



Collectif  
Démocratie,  
Éthique et  
Solidarités

[collectif-des.fr](https://collectif-des.fr)

## >> **FIN DE VIE** : les enjeux d'une loi en faveur d'une mort programmée

**Avis n°1 du Collectif Démocratie, éthique et solidarités**

1

## SOMMAIRE

### P. 6 / TITRE I - ANALYSE ET DIAGNOSTICS

- P. 6 / Section 1. Observations sur la proposition de loi n° 1100
- P. 14 / Section 2. Analyse des dimensions fondamentales de la fin de vie

### P. 23 / TITRE II - AVIS ET PRÉCONISATIONS

- P. 25 / Section 1. Douze constats
- P. 28 / Section 2. Deux recommandations

### P. 30 / TITRE III - SOURCES DOCUMENTAIRES

- P. 30 / Section 1. Textes relatifs à la fin de vie
- P. 33 / Section 2. Contentieux
- P. 35 / Section 3. Statistiques et données sociétales

### P. 37 / CONTRIBUTEURS À LA RÉDACTION DE L'AVIS



Collectif  
Démocratie,  
Éthique et  
Solidarités

collectif-des.fr

## PRÉSENTATION DU COLLECTIF DÉMOCRATIE, ÉTHIQUE ET SOLIDARITÉS (CDES)

**L**e Collectif DES regroupe des citoyens issus de multiples disciplines et domaines<sup>1</sup>, impliqués dans la réflexion sur les questions de vulnérabilité dans la société, notamment sur les conditions d'accompagnement de la fin de vie et ses changements législatifs éventuels.

Le collectif DES a pour préoccupation essentielle de contribuer à un travail citoyen transversal collaboratif et objectif en contact avec les réalités sociales et médicales. Il poursuit une réflexion de terrain sur la fin de vie fondée sur des faits, guidée par des valeurs éthiques, démocratiques et solidaires.

Des spécialistes étrangers (Autriche, Canada, Pays-Bas, Suisse) de la fin de vie ont également été associés à cette réflexion, afin d'élargir le champ des approches de la fin de vie et de dresser un bilan objectif des lois ayant légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté.

Cet avis est complété par la publication en 2025 de l'ouvrage collectif *Fins de la vie : les devoirs d'une démocratie* (Paris, Éd. du Cerf).

<sup>1</sup><https://collectif-des.fr/>

## PRÉSENTATION DE L'AVIS N°1

**Le présent avis a pour objet d'analyser les implications médicales, juridiques, sociales, éthiques et économiques de la proposition de loi n° 1100 relative à la fin de vie, déposée le 11 mars 2025 sur le bureau de l'Assemblée nationale.**

**Cette proposition de loi ainsi que le discours qui la sous-tend, conduit à émettre TROIS critiques à l'égard du droit actuel :**

### >> **Premièrement**

« **Le droit ne prendrait pas assez en charge des situations de souffrances réfractaires persistantes.** »

**La législation applicable à la fin de vie**, issue des lois du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) et du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (dite loi Claeys-Leonetti) s'inscrit dans la ligne tracée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner) et par celle de 1999 offrant un droit d'accès aux soins palliatifs. La législation française est sans doute celle qui, dans le monde, est le fruit de la réflexion la plus nourrie, le résultat de textes successifs votés dans un continuum, respectueux de l'éthique du soin et de la personne malade. Elle porte une attention toute particulière au soulagement de la douleur et à l'avis de la personne.

Elle encadre les arrêts de traitements selon une procédure collégiale et transparente. En particulier, elle confère un droit au malade d'arrêter un traitement de maintien artificiel en vie (par exemple, ventilation artificielle) et un devoir pour le médecin de mettre en œuvre les traitements palliatifs destinés à l'accompagnement de la personne dont la fin de vie est alors précipitée. Elle proscrie l'obstination déraisonnable. Elle accorde une prééminence à la volonté du patient. Elle impose de tout mettre en œuvre pour le soulagement de la douleur au risque de contribuer à accélérer la fin de vie. L'article L. 1110-5-3 du Code de la santé publique (CSP) prévoit que « 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'abrégé la vie* ». Elle interdit l'acte euthanasique.

En cas d'impossibilité d'exprimer sa volonté, les directives anticipées du malade s'imposent au médecin, sauf urgence ou caractère inapproprié de celles-ci. En toute fin de vie, il est possible de faire dormir, par sédation profonde, la personne qui le souhaite en raison de souffrances réfractaires.

**Le droit à une sédation profonde et continue (avec analgésie)** jusqu'au décès est reconnu au patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme, c'est-à-dire en l'espace de quelques heures ou de quelques jours. Ce droit est aussi reconnu à toute personne dont le pronostic n'est pas engagé à court terme mais recevant des techniques artificielles de maintien en vie (dialyse, transfusions, ventilation...) dont l'arrêt la précipiterait dans un pronostic à court terme.

Différente de la sédation proportionnée, transitoire, intermittente et réversible, cette sédation profonde altère fortement la conscience du patient, à la manière d'une anesthésie générale. La sédation proportionnée a pour objet de soulager la souffrance sur un temps donné (nuit, mobilisation, soin douloureux...), tandis que la sédation profonde endort la personne jusqu'à sa mort qui vient dans son sommeil. La sédation a une finalité médicale (le soulagement) et non sociétale (le décès), à l'inverse du suicide assisté ou de l'euthanasie.

**On dispose donc actuellement d'une offre législative large** permettant, en fin de vie, un accompagnement destiné à soulager au maximum la personne jusqu'au terme naturel de son existence selon les règles de l'éthique médicale. Ces textes assurent aussi un équilibre destiné à sauvegarder les conditions d'une relation de soin, encore possible pour d'autres patients. On ne saurait donc soutenir que la législation actuelle ne prend pas en compte les situations réfractaires en fin de vie.

**La loi n'autorise pas l'euthanasie** des personnes en toute fin de vie, celles-ci pouvant être sédâtées. Elle n'autorise pas non plus l'euthanasie dans

des situations non terminales exceptionnelles réfractaires au soin. Elle permet la prise en charge des souffrances réfractaires par un accès au soin sans précipiter la mort et par une solidarité qui peuvent s'avérer insuffisants surtout quand ces supports font défaut. Mais une législation insuffisamment appliquée ou des soins insuffisamment accessibles ne devraient pas conduire une société à inciter ses membres à choisir une mort provoquée.

**La proposition de loi n° 1100 ne vient pas proposer une exception euthanasique** destinée à « combler » ces situations réfractaires, quand tout ce qui relève du soin a été tenté, mais vise bien à offrir une aide logistique beaucoup plus large aux personnes réclamant un droit à une mort provoquée. Le législateur a jusqu'alors considéré que cet acte ne relevait pas d'un soin médical, qu'il ne pouvait se situer dans la continuité du dispositif législatif actuel, qu'il relevait d'un « ailleurs » s'inscrivant dans le cadre d'une décision sociétale.

## >> Deuxièmement

*« Le droit actuel ne reconnaît pas un droit individuel à la maîtrise de sa fin de vie, qui serait une nécessité politique et sociale. »*

On touche là l'essentiel de la revendication exprimée par la proposition de loi n° 1100, à savoir une logique sociétale qui part du principe que l'homme pourrait décider en toute autonomie des conditions de sa mort. Cependant postuler ce droit individuel, c'est affirmer que l'expression d'une demande de mourir s'identifie à l'ultime liberté, alors qu'elle émane d'une personne pour qui la vie ou sa perspective est insupportable. C'est créer les conditions d'un environnement avec toutes les formes de pression sociale existantes, où le patient remplissant les critères légaux qui sont très larges, sera conduit à se demander s'il veut continuer à vivre. C'est ignorer que la plupart des patients ne demandent pas la mort mais demandent à être

réellement accompagnés dans leur chemin de fin de vie, dans l'écoute, la bienveillance et le respect.

**C'est ne pas prendre en compte les conséquences de l'exercice de ce droit sur les autres**, qu'il s'agisse de l'impact de l'euthanasie ou du suicide assisté sur les proches et plus largement sur les personnes vulnérables. Car si un tel droit était finalement voté pour ce patient qui le demande, en miroir il y aurait alors un devoir pour le médecin ou un infirmier désignés d'y répondre. Une telle modification législative ferait aussi passer sous silence les conséquences du suicide assisté sur la légitimité de la politique de prévention du suicide. C'est enfin, dans le cas de l'euthanasie, opérer un transfert de la réalisation du geste légal à un tiers, le médecin ou l'infirmier, alors que dans une logique de l'exercice d'une liberté individuelle, ce geste devrait incomber au seul patient.

## >> Troisièmement

*« Le droit actuel ne répondrait pas aux besoins de la société en raison de la déficience de l'offre de soins palliatifs, ceux-ci étant au demeurant compatibles avec la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. »*

L'inadéquation de l'offre des soins palliatifs par rapport à la demande ne saurait être contestée.

→ **500 personnes meurent chaque jour** sans les soins palliatifs requis. Chaque année, 200 000 personnes environ auraient besoin de soins palliatifs, soit près d'un tiers du nombre total de décès dans notre pays.

→ **22 départements ne disposent pas d'unités de soins palliatifs.** Un tiers de la population française vit dans un désert médical. Les soins palliatifs restent un parent pauvre de la médecine dans le cycle de formation des médecins, l'acte qui sauve étant plus prestigieux que l'acte qui soulage.

**Mais l'énoncé répété d'un droit d'accès aux soins palliatifs dans la loi ne saurait suffire** à garantir l'effectivité de ce droit pour tous. Celle-ci passe plus par l'attribution de crédits budgétaires que par la réitération d'un droit déclamatoire, consacré par le législateur dès la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Enfin, les soins palliatifs et l'esprit de soin de solidarité qui les anime auprès de la population ne sauraient être instrumentalisés dans ce débat.

Les soins palliatifs ont des objectifs radicalement distincts de l'euthanasie et du suicide assisté. Ils obéissent à une philosophie et à des techniques différentes. L'objet des soins palliatifs est de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, de sauvegarder la dignité de la personne malade et de soutenir son entourage, selon l'article L.1110-10 du CSP. Ce sont des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. L'euthanasie et le suicide assisté visent à hâter la mort. Les soins palliatifs cherchent à favoriser le lâcher-prise, tandis que la mort provoquée favorise une maîtrise et un contrôle de la mort. L'article 2 de la loi belge du 28 mai 2002 définit l'euthanasie comme l'acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Il s'agit d'un geste létal qui n'exige aucune compétence médicale. L'euthanasie ne complète pas les soins palliatifs, elle les interrompt, elle ne soulage pas le patient, elle met fin à la vie du patient. Elle arrête l'accompagnement.

#### **LE CDES A :**

- analysé la **proposition de loi n° 1100** et les **dimensions fondamentales** de la fin de vie (Titre I) ;
- émis un **avis** suivi de **préconisations** (Titre II) ;
- fondé cette réflexion sur les principales **sources documentaires** relatives à la fin de vie (Titre III).

## &gt;&gt; ANALYSE ET DIAGNOSTICS

## SECTION 1.

## Observations sur la proposition de loi n° 1100

## SECTION 2.

## Analyse des dimensions fondamentales de la fin de vie

## SECTION 1.

## Observations sur la proposition de loi n° 1100

- a. La disparition des conditions strictes du projet n° 2462 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie
- b. L'émergence d'un droit opposable à mourir
- c. La création d'un délit d'entrave à « l'aide à mourir »
- d. La disparition des conditions strictes prévalant dans les droits étrangers
- e. Une terminologie confuse
- f. Une implication du médecin ou de l'infirmier contraire à leur vocation et à l'acte de soin
- g. Des délais inadaptés
- h. Des protections, des reports et des recours insuffisants

L'analyse de la proposition de loi n° 1100 fait apparaître de nombreuses incohérences et approximations nécessitant que soient précisés le contenu et les objectifs poursuivis par le texte. Le flou terminologique, l'insuffisance des protections et des garanties en particulier pour les plus vulnérables et les contradictions de fond ne sont pas acceptables dans un texte conduisant à la mort de citoyens et touchant à leur liberté personnelle.

Les rédactions successives des critères du suicide assisté et de l'euthanasie dans le projet de loi n° 2462 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie du 10 avril 2024, la version de

la commission spéciale de l'Assemblée nationale et le dispositif adopté en séance publique<sup>2</sup> sont la preuve de la difficulté à définir rigoureusement des critères de la mort provoquée, qui revêtent la forme de l'euthanasie et / ou du suicide assisté :

- soit la légalisation de l'euthanasie et / ou du suicide assisté passe par la définition de critères généraux qui confèrent un grand pouvoir d'interprétation aux décideurs, patients, proches, tiers et soignants ;
- soit le législateur s'engage dans l'encadrement de cas précis qu'il ne peut prétendre maîtriser et qui évoluent avec les progrès de la médecine.

<sup>2</sup> Les dispositions de l'article 6, 3° du projet de loi à l'issue de la séance du 6 juin 2024, de l'article 24, 3° de la proposition de loi n° 204 et de l'article 4, 3° de la proposition de loi n° 1100 (affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital en phase avancée ou terminale) sont identiques.

L'examen approfondi des dispositions de la proposition de loi n° 1100 révèle que l'objectif poursuivi est non pas de lutter contre les souffrances ou douleurs de l'agonie mais de poser une « loi d'autodétermination » de principe des patients sans égard à leur réelle situation (introduction d'un délit d'entrave à « l'aide à mourir », disparition des conditions strictes, « droit opposable à mourir »...), qui relève dès lors d'un choix de société présenté aux citoyens.

**L'objectif poursuivi est non pas de lutter contre les souffrances ou douleurs de l'agonie mais de poser une « loi d'autodétermination » de principe des patients sans égard à leur réelle situation.**

Même le système d'autodétermination envisagé repose sur des incohérences, notamment en ce qu'il n'introduit aucun questionnement sur le processus d'expression de la volonté du patient et sur sa stabilité et en ce qu'il exige la présence de soignants dans tous les cas.

### **a. La disparition des conditions strictes du projet n° 2462 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie**

Le président de la République, annonçant l'examen du projet de loi n° 2462 le [10 mars 2024](#), a assuré que la loi envisagée « ne crée, à proprement parler, ni un droit nouveau ni une liberté, mais [qu']elle trace un chemin qui n'existait pas jusqu'alors et qui ouvre la possibilité de demander une aide à mourir sous certaines conditions strictes ». Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) avait également exprimé l'exigence d'un cadre strict dans son avis n° 139 : « Le CCNE considère qu'il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir, à certaines conditions strictes, avec lesquelles il apparaît inacceptable de transiger ».

Les conditions dites « strictes » (être atteint d'une maladie incurable, avoir un pronostic vital engagé à court ou à moyen terme...) ont disparu en quelques jours – entre le 27 mai et le 8 juin 2024 – devant l'Assemblée nationale. Le projet de loi visait un pronostic vital à court ou moyen terme, sans que ce dernier puisse être défini, le gouvernement chargeant la Haute Autorité de santé (HAS) de définir cette notion, tout en poursuivant la discussion parlementaire. Le texte issu de la commission spéciale a fait disparaître le

critère de pronostic vital. Le texte des propositions de loi n° 204 et [n° 1100](#) fait maintenant référence à une affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital en phase avancée ou terminale. Mais le pronostic vital n'est toujours pas défini, et avec les affections en phase avancée seraient ainsi éligibles à « l'aide à mourir » des personnes atteintes de maladies chroniques ou de maladies neurodégénératives sévères.

Cette attitude laisse présager que l'esprit de la loi s'oriente spontanément et rapidement vers une option quasiment sans limite de la mort provoquée.

Les députés se sont, dès lors sans surprise, heurtés à l'impossibilité de définir des critères, tels que le moyen terme ou un pronostic à six mois d'espérance de vie. L'étude de l'application de la législation de l'Oregon aurait, de plus, montré aux députés, les contre-exemples de « survie » au-delà des six mois, malgré un pronostic inférieur, de personnes qui avaient initié un processus de suicide assisté.

La HAS, en décembre 2024, a renoncé à parvenir à proposer une définition du pronostic vital à moyen terme. Ce critère de moyen terme comptait pourtant parmi les « conditions strictes » présentées à l'article 6 du projet de loi [n° 2462](#).

Cependant, l'avis de la HAS sur le pronostic vital ne sera disponible qu'en juillet 2025<sup>3</sup> soit après la discussion parlementaire en première lecture. Il ne permettra donc pas au législateur de se prononcer en connaissance de cause.

À l'inverse, les députés ont créé pendant ces débats un droit opposable à mourir et un délit d'entrave à l'aide à mourir. Les critères initialement voulus comme rassurants du président de la République ont été ainsi écartés par les députés.

### **b. L'émergence d'un droit opposable à mourir**

L'amendement introduisant un « droit opposable à mourir », c'est-à-dire à la mort provoquée, a conduit à un processus dangereux au regard de la faiblesse déjà critiquée des voies de recours

<sup>3</sup> Calendrier issu de la [lettre de cadrage de la HAS du 12 décembre 2024](#).

et des protections des personnes prévues par le projet de loi n° 2462. Le phénomène est révélateur de la propension extensive de « l'aide à mourir ». Les rares cadres posés ont non seulement été supprimés mais ont été d'emblée élargis. Si la formule « droit opposable » n'est pas reprise dans la proposition de loi n° 1100, le principe en est maintenu par des recours devant les juridictions administratives lorsque la personne n'a pas reçu dans les temps une offre de prise en charge. Ce droit est rédigé de façon ambivalente entre soins palliatifs et soins d'accompagnement, incluant dans la proposition les demandes d'euthanasie.

Ce « droit opposable » se veut une copie, au moins dans les termes, du droit au logement opposable (DALO, loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale). Le DALO laisse entendre que tout citoyen pourrait demander à bénéficier d'un logement. En réalité, face à l'impossibilité de donner une telle garantie aux citoyens, il n'offre que la possibilité, sous conditions, de formuler un recours auprès d'une commission départementale après qu'une demande de logement social n'a pas été satisfaite. Outre que le logement est un bien, alors que le patient est une personne physique, l'amendement ne définit pas clairement les conditions d'accès aux soins palliatifs, quand l'objectif pourrait être considéré.

La Cour des comptes en 2023 a regretté que seule la moitié des personnes en fin de vie qui en auraient besoin puissent accéder à cette prise en charge. Ce sont ainsi près de 200 000 personnes par an en France (un tiers des décès survenant dans notre pays) qui ne peuvent bénéficier des soins palliatifs, chiffre d'autant plus inquiétant que les patients demandant l'euthanasie abandonnent leur demande aussitôt après la prise en charge par les soins palliatifs dans la quasi-totalité des cas.

### **C. La création d'un délit d'entrave à « l'aide à mourir »**

Ce point mérite une attention particulière.

La proposition prévoit un délit d'entrave (CSP, art. L. 1111-12-14-I de la proposition), assorti de 15 000 euros d'amende et d'un an d'emprisonnement, pour toute personne empêchant, tentant « d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide

à mourir par tout moyen ». Cela signifie que l'accompagnement habituel des soignants visant à écouter et à trouver des alternatives permettant une meilleure qualité de vie, c'est-à-dire tout ce qui consiste à prévenir le suicide, serait délictueux.

Construit sur le modèle du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) [CSP, art. L. 2223-1 s.], ce concept s'inscrit dans le mécanisme d'extension du domaine du « droit » à une mort provoquée. Le délit d'entrave à l'IVG ne saurait cependant être assimilé à celui de l'euthanasie.

Le « délit d'entrave » n'est pas conciliable avec la non-assistance à personne en péril ; les soignants, notamment les psychiatres, luttant contre la pathologie de désir de mort de certains patients, seront en infraction pour avoir « soigné ». Ce délit constituerait une négation de la prévention du suicide, « enjeu majeur de santé publique, priorité pour le ministère chargé de la santé qui l'a inscrite dans l'action 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 et dans l'instruction du 6 juillet 2022 actualisant la stratégie multimodale de prévention du suicide », pour reprendre les termes de la Stratégie nationale de prévention du suicide.

**Ce délit est le premier pilier d'un projet de société tout autre, dont la préoccupation est non pas la lutte contre les douleurs réfractaires en fin de vie mais la volonté de prôner une autodétermination quasi absolue dans une approche ultralibérale.**

La création d'un tel délit d'entrave à « l'aide à mourir » vise à ouvrir la porte à l'élargissement de la mort provoquée à toutes autres hypothèses, comme constaté dans les pays ayant légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté. Il constitue un pilier essentiel du projet d'autodétermination qui sous-tend le projet et la proposition de loi.

En réalité, ce délit ne vise pas à protéger des personnes demandant une mort provoquée. Il est le premier pilier d'un projet de société tout autre, dont la préoccupation est non pas la lutte contre les douleurs réfractaires en fin de vie mais la volonté de prôner une autodétermination quasi absolue dans une approche ultralibérale.

Un tel concept conduit à un bouleversement en profondeur de la société et de ses principes fondamentaux juridiques et sociaux. Il autorise des latitudes inconciliables avec la protection des personnes vulnérables notamment. Il n'existe nulle part ailleurs à notre connaissance.



#### **d. La disparition des conditions strictes prévalant dans les droits étrangers**

L'étude des précédents étrangers en matière d'euthanasie et de suicide assisté révèle que la « pente glissante » est incontournable, les conditions ou critères d'éligibilité s'ouvrant toujours plus.

##### **>> Des critères pathologiques évincés**

Au Canada, à peine cinq ans après avoir accueilli l'aide médicale à mourir (AMM) en 2021, la loi a supprimé le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible », énoncé dans le Code criminel ainsi que le critère de « fin de vie » prévu dans la loi concernant les soins de fin de vie du Québec.

En 2024, le Canada a voté le principe d'une extension de l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux, celui-ci ayant été reporté à 2027.

De fait, les études montrent une augmentation inquiétante des euthanasies réalisées sur des personnes atteintes de **troubles autistiques**.

L'accueil de demandes de **personnes dépressives** en **Belgique** inquiète fortement les psychiatres et interroge sur la protection par la société des personnes vulnérables et la compatibilité de ces dispositions avec la prévention du suicide.

L'accueil progressif d'**euthanasies de couples** (**Pays-Bas**, avec 58 euthanasies de couples en 2022, étude de Cambridge, 2023) révèle une recherche d'autodétermination et non une lutte contre des souffrances insupportables. Cette étude passe par ailleurs sous silence les conditions réelles de la volonté du conjoint à se suicider en couple comme s'il ne pouvait y avoir de pressions psychologiques.

La **Suisse** n'a cessé d'élargir l'accès au suicide assisté, le proposant d'abord (2004) aux malades en fin de vie, puis aux personnes ayant des séquelles d'accidents, graves et incurables (2007), puis à celles ayant des limitations fonctionnelles induisant une souffrance jugée insupportable (2018) ; la discussion porte désormais sur la situation des prisonniers (2023) et des personnes éprouvant des souffrances existentielles (2024).

##### **>> L'exclusion des mineurs**

Les Pays-Bas et la Belgique ont peu à peu supprimé l'âge minimum requis pour accéder à une mort provoquée. La condition prévoyant une euthanasie réservée aux personnes de plus de 18 ans lors du vote initial de leurs lois (en 2001 et 2002) a disparu avec le temps. Aux Pays-Bas, l'euthanasie des mineurs est possible pour des enfants de moins de 12 ans depuis 2023. La Belgique a accueilli, quant à elle en 2014, l'euthanasie des mineurs sans condition d'âge s'ils sont doués de discernement.

La Convention citoyenne sur la fin de vie, en 2023, avait annoncé dans un premier temps accepter le principe de l'euthanasie et du suicide assisté pour les mineurs comme pour les majeurs avant de les réserver aux seuls majeurs dans son manifeste final. Elle conforte la perspective de l'évolution inéluctable de l'élargissement du champ de la loi.

##### **>> L'ouverture à l'anticipation**

Le Canada a ajouté, en 2024, la possibilité d'accéder à une aide médicale à mourir par demande anticipée lorsque la personne apprend être atteinte d'une maladie de type Alzheimer.

Aux Pays-Bas, la loi du 12 avril 2001 reconnaît explicitement la validité des demandes anticipées d'euthanasie.

Le Conseil fédéral suisse, après deux ans de travail, a abandonné en 2011 le projet de réglementer l'assistance au suicide (au-delà du simple article 115 du Code pénal suisse). Il s'est heurté à l'impossibilité de poser des conditions strictes d'encadrement de cette pratique.

#### **e. Une terminologie confuse**

##### **« FIN DE VIE » :**

L'intitulé même de la proposition s'inscrit dans l'imprécision et la confusion : « proposition de loi relative à la fin de vie ». C'est reprendre délibérément la formule des lois françaises précédentes consacrées réellement à la fin de vie : loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) et loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (dite loi Claeys-Leonetti).

La proposition de loi [n° 1100](#) laisse entendre qu'elle s'inscrit dans un *continuum* des lois précédentes, ne révélant pas une rupture fondamentale avec la législation existante. La proposition envisage la mort provoquée quand les lois de 2005 et 2016, notamment, promeuvent les soins palliatifs et la lutte contre les souffrances en fin de vie dans une logique de non-abandon, d'accompagnement et de soins continus.

Le titre de la proposition ne reflète pas son vrai contenu : instaurer en France un droit à l'euthanasie et au suicide assisté. Cette confusion se poursuit dans le corps même de la proposition.

#### « EUTHANASIE ET SUICIDE ASSISTÉ » :

Le choix a été fait par le projet de loi (repris par la proposition de loi n° 1100) de ne pas nommer les choses. S'inspirant du système canadien, ni l'euthanasie ni le suicide assisté ne sont cités. Qui plus est le geste euthanasique est assimilé dans la proposition de loi [n° 1100](#) à de l'accompagnement du malade (CSP, art. L. 1111-12- 5). L'avis du Conseil d'État sur le projet de loi qui demandait une clarification des termes dans un domaine touchant à la vie de la personne n'a pas été suivi d'effet, alors que le Conseil constitutionnel de son côté enjoint au législateur de respecter un objectif d'intelligibilité de la loi.

**Le choix a été fait de ne pas nommer les choses.**

Or l'évolution du système canadien manifeste que l'absence de précision conduit à :

- une confusion elle-même génératrice d'une augmentation des personnes éligibles : personne non en fin de vie, personne souffrant de troubles mentaux, en situation de précarité financière, etc.;
- une non-maîtrise du phénomène comme le montrent les statistiques de décès par AMM (1 018 en 2016 et 15 343 en 2023) et qui représente un taux actuel de 4,7 % au Canada (+ 16 % par rapport à 2022) et d'environ 7 % de décès par AMM au Québec (+ 17 % en 2023 et + 46 % en 2022, les taux de décès par AMM dépassant 10 % dans des régions comme Lanaudière et le Bas-Saint-Laurent).

Un [appel à projet](#) doté de 900 000 \$ a été lancé en 2024 au Québec pour des chercheurs universitaires, afin de comprendre le phénomène de « succès »

non maîtrisé de l'AMM (63 en 2016 et 5 211 en 2022-2023). Comme le rapportait la presse québécoise le 26 octobre 2023, la ministre déléguée à la Santé relevait que « l'augmentation de 42 % du nombre d'AMM administrées mérite qu'on s'y attarde et tente d'en analyser les raisons sous-jacentes possibles afin que l'AMM continue d'être administrée conformément à la loi ». Dans son rapport sur l'année 2024, la Commission québécoise des soins de fin de vie fait état de 65 cas d'AMM non conformes à la loi, admettant ainsi que la loi a été méconnue dans un certain nombre de cas.

La Belgique, l'Espagne, le Luxembourg, les Pays-Bas et le Portugal, États européens culturellement plus proches de nous, assument en revanche une terminologie claire et expressive pour traiter de questions aussi graves que la mort provoquée.

Une [terminologie](#) ambiguë ou floue ne peut qu'être facteur d'insécurité juridique, sociale et médicale. Elle est contraire à l'objectif constitutionnel d'intelligibilité de la loi, qui impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques.

#### **f. Une implication du médecin ou de l'infirmier contraire à leur vocation et à l'acte de soin**

Le Canada précise que « l'aide médicale à mourir » ne peut procéder que d'un geste médical. Le projet français a introduit la possibilité – sans précédent – d'une aide à mourir administrée par un proche : « L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même ou, lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, à sa demande, soit par un proche ou une personne volontaire qu'elle désigne [...] » (art. 11 du projet de loi n° 2462).

Les députés ont voté contre cette option prévue ensuite dans l'article 5 issu de la commission spéciale. Elle ne figure plus à l'article 7 de la proposition de loi n° 1100. Mais la proposition de loi n° 204, qui annonçait reprendre le projet amélioré des amendements votés, avait maintenu l'hypothèse d'un proche administrant la substance létale dans son article 29. Cette idée a donc bien été envisagée. Les rares États dans le monde ayant toléré une mort provoquée ont tous exclu le proche comme auteur de l'acte légal.

Par ailleurs, quelle serait la cohérence à imposer que le médecin accomplissant le geste ne soit pas de la famille du patient, si un proche peut accomplir le geste ?

La Suisse recense pour sa part 20 % de proches souffrant de stress post-traumatique après avoir accompagné un suicide assisté.

La proposition n° 1100 n'a finalement pas repris ce que la proposition n° 204 avait réintroduit : il n'est plus envisagé que le geste léthal puisse être réalisé par un proche. Cependant, face aux amendements inattendus votés lors du débat du projet n° 2462, un retour lors des nouveaux débats parlementaires ou dans les années suivant l'admission d'une loi sur la mort provoquée ne serait nullement une surprise. La mort provoquée voit ses cadres ou limites toujours évoluer vers plus d'ouverture.

## **g.** Des délais inadaptés

Les délais pour accueillir une demande d'euthanasie ou un suicide assisté sont révisés à la baisse dans les différents pays ayant accepté la mort provoquée. Le délai de réflexion du patient pour cet acte ultime et irréversible est anormalement bref pour la décision la plus grave qu'un être humain puisse prendre.

Le projet de loi [n° 2462](#) a ainsi prévu que le médecin sollicité par un patient devra se prononcer dans un délai maximal de quinze jours à compter de la demande (CSP, art. L. 1111-12-2 du projet repris à l'article 6 de la proposition n° 1100).

Le délai pour confirmer au médecin qu'une personne demande bien l'administration de la substance létale est de quarante-huit heures. Toutefois, « ce délai peut être abrégé à la demande de la personne si le médecin estime que cela est de nature à préserver la dignité de cette dernière telle qu'elle la conçoit » (CSP, art. L. 1111-12-4 de la proposition). Ce délai abrégé confond la « dignité » (terme toujours discutable) perçue par le patient et la dignité perçue par le soignant. Le médecin (et non le patient) disposerait de la possibilité d'abrégé le délai de réflexion de

quarante-huit heures s'il estimait que la dignité du patient était atteinte.

Le critère très subjectif et donc trop facilement actionnable, et cette décision anormalement solitaire d'un médecin, dont il n'est pas précisé qui il est et quelles garanties il présente, et sans aucune collégialité ni réelle possibilité de recours, confèrent un caractère expéditif anormal, compte tenu des ambivalences connues dans ce type de situation et abrogent une sécurité supplémentaire contre une mort provoquée pour une raison potentiellement réversible.

Les délais envisagés tranchent notamment avec les systèmes étrangers. L'Oregon, en matière d'assistance au suicide, prévoit au minimum deux consultations médicales avec un délai de quinze jours entre les deux avant l'éventuelle prescription médicale (qui n'aboutira à un suicide effectif que dans un nombre très réduit de cas).

Saisie d'un recours pour vérifier la constitutionnalité de la loi de 2021 autorisant le suicide assisté, la Cour constitutionnelle autrichienne a considéré, dans un arrêt du 12 décembre 2024, que le délai de réflexion de douze semaines entre la première consultation médicale et l'acte avait pour objet de s'assurer de la solidité de la décision de la personne. Cet exemple étranger montre là encore que cette procédure qui engage la vie ne peut être précipitée contrairement aux délais envisagés par la proposition de loi n° 1100.

Un délai minimal de deux jours est requis entre la demande et l'exécution d'une procédure de mort provoquée. Et ce délai peut être réduit si le médecin justifie pour des raisons éthiques de le raccourcir.

Ce délai est très en-deçà de la loi belge qui exige un mois entre la formulation de la demande et l'exécution de l'acte.

Cette procédure est clairement expéditive, alors que son issue est possiblement réversible. En cas de douleur réfractaire, il serait alors plus facile d'obtenir une euthanasie qu'une consultation spécialisée en douleur au regard des délais constatés aujourd'hui en France. Cette

***Cette procédure est clairement expéditive, alors que son issue est possiblement réversible. En cas de douleur réfractaire, il serait alors plus facile d'obtenir une euthanasie qu'une consultation spécialisée en douleur au regard des délais constatés aujourd'hui en France.***

procédure n'aurait donc pas permis aux personnes handicapées après un accident grave et traversées naturellement par des idées suicidaires initiales, de trouver le temps d'accéder à la résilience et d'exprimer une forte envie de vivre ainsi qu'ont pu en témoigner de très nombreuses personnes, comme les athlètes des jeux paralympiques.

## **h.** Des protections, des reports et des recours insuffisants

### >> Des recours limités

La proposition de loi n° 204 (art. 4 portant sur les art. L. 1110-9, L. 1110-9-1 et L. 1111-12-10 CSP modifiés) prévoyait un recours imbriquant, malheureusement, soins palliatifs et soins d'accompagnement. Un recours amiable puis contentieux le cas échéant mais non en référé, était ouvert aux personnes qui n'auraient pu bénéficier de soins palliatifs et d'accompagnement. La dissociation des deux textes (soins palliatifs – « aide à mourir ») décidée en 2025 conduit logiquement la proposition de loi n° 1100 à ne pas aborder ces développements. Mais on voit dès lors l'un des rares recours existants disparaître.

« La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir » ouvre un recours en contestation qui n'a pas son pendant pour les soins palliatifs, un tel recours en contestation (CSP, art. L. 1111-12-10) est réservé à la seule « aide à mourir ».

Ce recours ne peut être formé que devant les juridictions administratives, or les juridictions judiciaires auraient dû être envisagées pour les cliniques privées.

Plus inquiétant encore, seule la personne ayant exprimé cette demande peut exercer ce recours. C'est réserver à la seule personne (confrontée aux circonstances de sa fin de vie qui plus est) la possibilité de contester, et exclure les proches d'un tel droit. Ce droit fondamental n'a pas été refusé aux proches en Espagne comme le montre un procès actuel<sup>4</sup> dans lequel un père s'oppose à l'euthanasie accordée à sa fille paraplégique.

Or, dans sa décision sur la procédure collégiale préalable à la décision de limitation ou d'arrêt des traitements d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté (QPC 2017-32, 2 juin 2017), le Conseil constitutionnel a rappelé qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution. Est garanti par cette disposition le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif. » Pour ces motifs les personnes intéressées, au nombre desquelles figurent les proches, ne sauraient être privées du droit à un recours effectif.

La protection de la personne (nécessairement fragile) dans le processus euthanasique est anormalement faible.

### >> Un report incitatif

Enfin, l'article 29 II prévoit que « si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et **convient d'une nouvelle date** ». Ce dispositif institue une pression manifeste, enfermant le demandeur dans un processus dont il lui sera ensuite très difficile de sortir, alors même que ses forces se réduisent. Le professionnel participe ainsi à « l'enfermement du patient » dans le processus légal en relançant le projet. La liberté du patient, la protection de la personne vulnérable et la déontologie médicale ne sont pas respectées. Cet « enfermement » est en contradiction avec le respect de l'autonomie du patient qui est la justification première du projet de loi.

Ce mécanisme transforme progressivement la « demande » en « proposition ». La proposition d'euthanasie fait partie des « évolutions » dénoncées (au Québec notamment) : des patients voient des ressources du réseau de santé québécois leur proposer d'emblée des AMM.

**La protection de la personne (nécessairement fragile) dans le processus euthanasique est anormalement faible.**

<sup>4</sup>Le père représenté par une association fait état d'un trouble obsessionnel compulsif entraînant des pensées suicidaires pouvant affecter la capacité de sa fille à prendre une décision libre et consciente. L'affaire pendante devant le tribunal de Barcelone au 4 mars 2025 donnera lieu à une décision de justice contre laquelle un recours pourra être déposé auprès du Tribunal supérieur de justice de Catalogne (TSJC).

## >> **Le contrôle a posteriori**

Considérant qu'un contrôle a priori risquerait de rallonger potentiellement une phase terminale inconfortable, le choix a été fait par certains pays d'un contrôle *postérieur* à l'acte légal.

Le contrôle, en Belgique et en Suisse, se fait *a minima et a posteriori*. Le rapport du Sénat français, en 2023, fait état d'un « contrôle administratif malaisé ».

→ **Commission belge de contrôle a posteriori** (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation CFCEE) : le contrôle porte sur les déclarations des médecins ; en vingt ans aucune euthanasie n'a été considérée comme illégale par la CFCEE – soit plus de 30 000 dossiers de personnes euthanasiées...

Le seul dossier discutable relevé a été considéré comme n'étant pas une euthanasie car le soignant avait remis un verre au patient. Le dossier a donc été qualifié de suicide assisté et non d'euthanasie.

Pourtant, la [CFCEE](#) elle-même, la Cour européenne des droits de l'homme (4 octobre 2022, [Mortier c / Belgique](#)), des études scientifiques (*J. Med. Philos.*, [2021](#)) ou encore le Comité consultatif national d'éthique (avis [121](#), p. 50) relèvent des dysfonctionnements institutionnels dans le protocole des euthanasies pratiquées.

→ **La Belgique** a été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme à l'occasion de l'affaire [Mortier \(CEDH, Mortier c / Belgique du 4 octobre 2022, n° 78017/17\)](#). La Cour a jugé insuffisantes les garanties d'indépendance de la Commission de contrôle et estimé que la durée de l'enquête pénale avait été trop longue (violation de l'article 2 de la Conv. EDH).

→ **Les Pays-Bas** (Regional Euthanasia Review Committees RTE) : le rapport des RTE de 2023 aux Pays-Bas fait état de deux cas qui n'auraient pas respecté les critères de rigueur. La faiblesse de ce chiffre au regard du nombre d'euthanasies et de suicides assistés pratiqués cette année-là (9 068 soit près de 5,4 % des décès) est, au moins sur le plan statistique, contestable.

### Doivent être contestées :

- 1 L'association de deux pratiques incompatibles entre elles : les soins palliatifs et la mort provoquée.
- 2 L'absence d'étude d'impact.
- 3 L'intrication de la prévention du suicide (encouragée) et de l'aide au suicide assisté (s'y opposer est un délit pénal).
- 4 La soumission par la procédure et l'absence de recours enfermant le patient dans une logique mortifère.

## SECTION 2.

### Analyse des dimensions fondamentales de la fin de vie

- a. La dimension médicale (acteurs de santé)
  - b. La dimension sociale (personnes en fin de vie ou non)
  - c. La dimension juridique
  - d. La dimension économique
- Conclusion de l'analyse

#### a. La dimension médicale (acteurs de santé)

- 1 L'acceptation des professionnels concernés
- 2 Le silence fait sur la psychiatrie
- 3 Les douleurs rebelles
- 4 La conception d'une toute-puissance des professionnels de santé
- 5 La perte de la collégialité
- 6 La clause de conscience

L'ensemble des missions confiées au médecin pour vérifier les différentes étapes de cette procédure grave conduit à s'interroger sur des actions en responsabilité futures à son encounter, induisant une augmentation du coût des assurances responsabilité civile professionnelle (RCP) médicales.

##### >> 1 L'acceptation des professionnels concernés

L'ensemble des données du monde médical et soignant actuellement disponibles est très homogène : une grande majorité de soignants s'opposent à la rupture du contrat naturel du soin, qui est le non-abandon et le soin attentif jusqu'à la fin de vie. Le respect de l'interdit de tuer est constitutif de l'engagement de la majorité absolue des professionnels, encore plus s'ils sont confrontés à la fin de vie.

Un dispositif d'« aide à mourir » menace la relation thérapeutique dans son ensemble et particulièrement en psychiatrie où toutes sortes de situations (patients déprimés, états-limites, autres patients souffrant de troubles chroniques) incitent à toujours rechercher un meilleur confort

psychique malgré des échecs thérapeutiques. Un tel dispositif pourrait les inciter à renoncer. Or, c'est bien parce qu'il leur est interdit de renoncer qu'ils restent soignants ; si demain il leur est permis de renoncer, ils ne pourront plus l'être.

Même si l'on prend en compte les informations en provenance de pays étrangers qui ont légalisé l'euthanasie et le suicide assisté, aucun pays au monde n'a jamais pu afficher une majorité de professionnels favorables à la pratique de l'euthanasie. En effet dans ces pays le pourcentage de médecins pratiquant l'euthanasie est inférieur à 5 % au début de la mise en œuvre de la légalisation, et n'augmente que très lentement ensuite. De plus la proportion de médecins compétents en soins palliatifs reste infime parmi les pratiquants de l'euthanasie (8 % en Belgique, après vingt ans de légalisation).

##### >> 2 Le silence fait sur la psychiatrie

Le monde de la psychiatrie a réalisé à quel point il serait impacté par une éventuelle légalisation du suicide assisté. La psychiatrie a été ignorée lors des débats et ses sociétés savantes n'ont pas été auditionnées, malgré la demande insistante de la Société médico-psychologique notamment.

Le dispositif envisagé est un véritable incitateur / accélérateur / facilitateur de suicide, puisqu'il fait de l'idée de la mort un projet, puis procède à sa mise en acte non sans passer, comme cela est déjà indiqué, par des propositions et même des relances en cas de rendez-vous non honoré. Il ne permet pas de retour en arrière, dès lors que la personne a annoncé son intention à son entourage.

En fait, le dispositif envisagé nie l'ambivalence

humaine, en ne retenant qu'un propos explicite et en ignorant volontairement la demande sous-jacente (vivre mieux, moins souffrir). Cette mécanique doit être expliquée: elle constitue au total une incitation au suicide des plus vulnérables (sujets âgés, précaires, souffrant de troubles chroniques qu'ils soient somatiques ou psychiques) soumis à une pression sociale implicite, volontairement niée par le projet.

Un des rôles du psychiatre est d'assurer une prévention du suicide auprès des personnes dont la société a toujours estimé normal de les réanimer si elles passaient à l'acte. Autoriser le suicide assisté pour raison psychiatrique conduirait à stopper ce soin préventif et à brouiller les indications de prévention du suicide avec celles de l'aide au suicide.

Un suicide assisté serait ainsi pris en charge par la société pour des personnes qui seraient atteintes d'une pathologie de type cancer et le patient ne serait pas réanimé.

En revanche, face à un délire schizophrénique, paranoïaque ou à un syndrome dépressif, la prévention du suicide conduit à empêcher la personne de se suicider et, en cas de tentative de suicide, à être réanimée (le scénario pouvant même se produire plusieurs fois).

En voulant légaliser la mort provoquée pour des raisons psychiatriques, c'est tout le travail des psychiatres qui est ainsi mis en cause. C'est notamment au nom de la nécessité de prévention du suicide que les Suisses n'ont pas légalisé en 2011 le suicide assisté. C'est pour les mêmes raisons que le 6 juillet 2023 le Bundestag a rejeté toute légalisation du suicide assisté et a voté une résolution en faveur d'une politique de prévention du suicide. C'est le même raisonnement qu'a tenu la Cour constitutionnelle autrichienne dans l'arrêt précité du 12 décembre 2024, lorsqu'elle a fait état d'une nécessité politique de prévention du suicide pour ne pas alléger la procédure comme le réclamaient les plaignants. Elle a souligné la fragilité socio-économique des personnes voulant se suicider. Elle a rappelé l'obligation de ne pas laisser seules les personnes en situation précaire et invoqué la nécessité d'apporter une aide et un soutien à ces personnes afin qu'elles prennent une décision autodéterminée au regard de cette aide.

À elle seule cette distorsion évidente rend inacceptable la légalisation du suicide assisté sur un plan général pour une population.

Il existe des demandes de mort qui n'entrent dans aucun cadre psychiatrique pathologique avéré ce qui ne veut pas dire qu'elles sont exemptes de souffrance psychique.

D'autres sont des symptômes directs de troubles mentaux tout à fait caractérisés, mais rien n'est prévu pour les dépister dans le texte.

**La psychiatrie a été ignorée lors des débats et ses sociétés savantes n'ont pas été auditionnées.**

### >> ③ **Les douleurs rebelles**

Le Collectif DES tient à rappeler qu'il faut bien différencier la *douleur* (perception d'origine physique ressentie au niveau cérébral, donc avec une composante psychologique) et la *souffrance morale* (sensation purement subjective de souffrance reliée à la douleur physique ou à un autre élément). Il est admis et prouvé que la très grande majorité des *douleurs physiques* sont contrôlables lorsque les équipes sont compétentes, mais il faut reconnaître que la fin de vie, même confortable, n'est jamais complètement exempte de *souffrance existentielle ou spirituelle*. La quête de « zéro souffrance » est d'ordre sociétal et ne relève pas d'une réalité médicale.

Le Collectif DES estime comme un droit celui de souffrir le moins possible, et donc comme un devoir social et politique de mettre en œuvre, d'une part, les accès aux équipes spécialisées contre la douleur et aux dispositifs médicaux adaptés et accessibles à tous et, d'autre part, de témoigner à la personne la sollicitude d'un accompagnement en société, qui lui apporte les soutiens dont elle éprouve le besoin.

Ce qui précède suggère que la tentation de promouvoir « l'aide active à mourir » est corrélée à l'incapacité à accorder aux patients les bénéfices des soins palliatifs.

### >> ④ **La conception d'une toute-puissance des professionnels de santé**

Les tenants de la loi suggèrent que les opposants à la mort programmée sont des médecins qui utilisent leur toute-puissance médicale. Paradoxalement, de nombreux éléments renforcent la conception d'une toute-puissance du médecin (ou du soignant)

dans la proposition de loi n° 1100, à l'encontre de la philosophie de la démocratie en santé érigée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ainsi le médecin est seul à décider de l'éligibilité de la demande ; les soignants vont acheminer le produit mortel jusqu'au lit du malade ; leur présence est obligatoire auprès du malade quel que soit le mode euthanasie / suicide assisté ; le médecin doit même intervenir en suppléance du patient si celui-ci ne parvient pas à se suicider lui-même dans des délais raisonnables, délais que le législateur laisse d'ailleurs dans le flou.

La toute-puissance du médecin est considérablement renforcée par sa possibilité de décider et d'appliquer seul une procédure d'euthanasie dans un délai réduit à quelques heures. Qu'en est-il, dans de telles conditions, de l'autonomie invoquée par la personne qui sollicite du médecin le geste létal pratiqué de manière directe ou indirecte ? Ce concept même d'«urgence euthanasique» est un défi que contredisent l'éthique des soins et tout l'arsenal thérapeutique actuel permettant de soulager une fin de vie complexe.

## >> 5 La perte de la collégialité

Contrecarrant trente ans d'évolution du système de santé qui ont laborieusement construit l'interdisciplinarité de la procédure collégiale, la solitude du médecin semble ici inquiétante. L'arbitrage collégial est disqualifié par l'avis d'un confrère sollicité, qui peut se prononcer sur un dossier sans être tenu d'examiner la personne : cela représente un recul majeur sur les acquis des décisions prises en équipe en visant l'intérêt supérieur de la personne malade.

Cela signifierait qu'aucune réflexion ni collégialité ne seraient requises pour examiner la recevabilité d'une demande d'euthanasie d'une personne et la pratiquer, alors qu'une procédure collégiale plus étoffée est exigée pour arrêter une dialyse ou une réanimation, ou procéder à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

## >> 6 La clause de conscience

La clause de conscience (permettant à un professionnel de refuser de pratiquer un acte contraire à ses convictions) pourrait alors se retourner contre les malades qui renonceraient à choisir un centre ayant annoncé son opposition à l'euthanasie. Ainsi les patients perdraient des chances d'être correctement pris en charge et de pouvoir abandonner ensuite ce projet initial d'euthanasie ou de suicide assisté. Cette déviation subtile de la trajectoire des malades a été décrite au Québec.

La clause de conscience n'existerait que pour certains soignants, excluant les pharmaciens qui pourtant seraient conduits à délivrer un produit mortel en leur qualité de soignants professionnels de santé. De plus, un service ou un établissement de santé ne pourrait faire valoir une clause de conscience « collective » dans l'état actuel du droit, mettant ainsi à mal des structures dont les valeurs affirmées sont collectives.

Par ailleurs, des listes préétablies de soignants acceptant de pratiquer les injections mortelles seraient bien difficiles à concilier avec la clause de conscience qui peut évoluer plus rapidement que l'inévitable rigidité de ces listes.

## b. La dimension sociale (personnes en fin de vie ou non)

- 1 Au-delà de l'exception euthanasique
- 2 Le médecin prestataire obligé
- 3 L'altération des facultés mentales
- 4 Le critère de l'âge
- 5 Les préoccupations financières

### >> 1 Au-delà de l'exception euthanasique

Les auditions et déclarations de personnes ou représentants d'associations favorables à l'euthanasie (ADMD notamment en avril 2024) et l'esprit de la proposition de loi n° 1100 ont montré une volonté d'une légalisation allant bien au-delà de ce qu'il est commun d'appeler « ultime recours » ou « aide à mourir pour des situations extrêmes ou exception d'euthanasie ».



Le projet révélé est celui d'une aspiration à une organisation régie par l'État d'une mort programmée avec l'aide de la médecine, avec le moins de contraintes possibles et même sans conditions. La médecine y est à la fois convoquée comme prestataire d'exécution et exclue pour participer à toute réflexion médicale et éthique dans l'examen concerté de la demande.

La médecine – là encore tout particulièrement la psychiatrie – sera instrumentalisée : l'indication sera posée par « l'usager » lui-même au nom de son autonomie, et le médecin tenu d'exécuter l'indication. Tandis que la psychiatrie, si elle avait à se prononcer en vue du dépistage systématique d'affections curables sous-tendant le désir de mort (en particulier lors d'une dépression sévère) ou d'une évaluation du discernement (ce qui, voir plus haut, n'est pas envisagé), serait utilisée pour valider cette mise en œuvre contraire à sa mission générale.

La question de l'euthanasie des personnes âgées, au motif qu'il existe un taux de suicide important dans cette tranche d'âge avec parfois des modes violents, est régulièrement évoquée ([ADMD](#) et v. documentation Titre III, section I, f *infra*), la mission de protection des vulnérables par la société est alors déniée. Ainsi aux Pays-Bas, des personnes âgées, craignant une euthanasie réalisée sur elles par abus d'influence, traversent la frontière pour s'installer en Allemagne<sup>5</sup>.

Il a été demandé à maintes reprises que le pronostic du patient puisse ne pas entrer en compte dans les critères d'éligibilité de la mort programmée afin de n'exclure personne...

Des mutuelles ont affiché leur soutien à la mort programmée (Pacte progressiste fin de vie du 23 mai 2023) sans que soit interrogées publiquement différentes considérations, notamment d'ordre financier, qui peuvent justifier leurs positions et pourraient susciter à terme des discriminations dans l'accès aux soins.

La proposition de loi n° 1100 crée et facilite les conditions de l'exécution d'une procédure de mort programmée avec des délais réduits au plus court possible, et freinant toute conduite d'autrui susceptible d'amener à renoncer au désir de suicide par l'instauration d'un délit d'entrave.

## >> ② **Le médecin prestataire obligé**

Si le projet de loi instituait un tel *droit* pour le patient, alors en miroir il y aurait un *devoir* pour le médecin d'y répondre. Tout médecin serait tenu soit d'exécuter l'acte légal soit d'adresser le patient vers un confrère acceptant de réaliser cet acte. En milieu hospitalier comme en institution, les directeurs seraient tenus de contribuer à faire intervenir un médecin extérieur si aucun membre de l'établissement n'accepte le geste.

Les médecins en charge de l'enseignement des étudiants en médecine, si la loi est adoptée, devront enseigner cette pratique. La clause de conscience devrait aussi s'appliquer à l'enseignement. Dans ce cadre, la modification du serment d'Hippocrate prêté au moment de la soutenance de la thèse sera posée.

## >> ③ **L'altération des facultés mentales**

L'euthanasie pratiquée sur une personne non apte à exprimer sa volonté est confrontée à des enjeux d'une particulière gravité. Lorsqu'elle a rédigé des directives anticipées, comment s'assurer de l'authenticité du texte écrit et des conditions de la demande de l'époque ? Comment dans la pratique réaliser cet acte avec une personne non consentante sans y voir une maltraitance sur personne particulièrement vulnérable ?

## >> ④ **Le critère de l'âge**

Il est souvent réclamé que l'âge ne soit pas un critère excluant une possible euthanasie, de telle sorte que les adultes comme les enfants puissent y recourir. Il est en revanche demandé que l'âge avancé puisse être un critère acceptable d'euthanasie au motif d'avoir « accompli sa vie », de vouloir librement décider d'arrêter de vivre. Il peut également s'agir d'éviter à des proches le spectacle d'un suicide violent sans tenir compte des raisons et de la prévention du suicide. Aux Pays-Bas, il est réclamé qu'une personne de plus de 75 ans, quelle que soit sa situation médicale, puisse recourir à l'euthanasie.

Le rapport 2022-2023 de la [Commission belge](#) (CFCEE) fait apparaître l'augmentation des polyopathologies comme motif de demandes

<sup>5</sup> [Bundesverfassungsgericht](#), Urteil vom 26. Februar 2020.

ainsi que celle des décès qui ne sont pas à brève échéance. Se manifeste une nouvelle fois le passage progressif de ce qui était présenté comme une « exception » pour des malades en phase terminale à une pratique sur des personnes qui ne sont pas appelées à mourir à brève échéance. Le taux de ces euthanasies est désormais de 20 % en Belgique. Pour 2024, la CFCEE constate une augmentation du nombre d'euthanasies de 16,6 % par rapport à 2023. La majorité des patients concernés étaient âgés de plus de 70 ans (72,6 %), dont 43,2 % avaient plus de 80 ans. Ces chiffres intègrent les euthanasies pour « fatigue de vivre », sous couvert de polyopathologies.

### >> ⑤ **Les préoccupations financières**

Il est prévu que le décès par acte euthanasique puisse être considéré comme une mort naturelle (projet de loi n° 2462) et déclaré comme tel pour ne pas entraver le versement des primes d'assurance aux ayants droits.

Un contrat d'assurance doit être aléatoire : souscripteur et assureur doivent tous deux courir des risques. L'aléa disparaît si le souscripteur (celui qui veut être assuré) est en mesure de maîtriser l'un des paramètres : en choisissant de mourir tôt il perturbe l'équilibre économique du contrat, l'assurance-vie est transmise au bénéficiaire (le conjoint par exemple) mais le contrat n'a pas duré aussi longtemps que l'espérance de vie pouvait le laisser prévoir à l'assureur.

Les dispositions du Code des assurances (article L. 132-7) et de la mutualité prévoient ainsi des exclusions de garantie en cas de suicide dans la première année du contrat. En maîtrisant sa fin de vie, le souscripteur peut instrumentaliser, à l'avantage de son bénéficiaire, le contrat d'assurance-vie qu'il aurait souscrit. La neutralisation du recours à l'aide à mourir sur les contrats d'assurance a donc été expressément prévue par la proposition de loi n° 1100.

Dans le projet de loi n° 2462, il était notifié l'obligation d'écrire « décès par mort naturelle » sur le certificat de décès de toute personne morte par euthanasie ou suicide assisté, alors qu'en Suisse par exemple le suicide assisté est assimilé à une mort violente impliquant la venue de la police après la réalisation de l'acte pour le constater. Cette injonction de rédiger un certificat mensonger

par le médecin traduisait déjà la volonté d'une fiction juridique ou au moins une demande anormale, plus qu'ambiguë, que n'aurait sans doute pas acceptée le corps médical. La proposition de loi n° 1100 a modifié le projet initial en exigeant des mutuelles et contrats d'assurance-vie l'interdiction de fixer l'euthanasie ou suicide assisté comme critère d'exclusion au contrat. On ne peut donc exclure une possible incitation à une mort programmée dans un but lucratif.

On constate donc que l'intention qui conduit le discours en faveur de l'euthanasie est bien de permettre la mort programmée de toute personne qui ne se sente pas en pleine puissance, productive et en pleine forme physique ou psychique. Par ailleurs, il n'y pas de douleur physique ni de désir de mort sans souffrance psychique, de sorte que le libre arbitre n'est jamais tout à fait libre et qu'aucun candidat n'est exempt de souffrance, si ce n'est de trouble psychique.

Il s'agit d'une volonté de faire la promotion et de faciliter le suicide de toute personne qui le souhaite. C'est donc bien ce que l'on doit discuter.

*L'intention qui conduit le discours en faveur de l'euthanasie est bien de permettre la mort programmée de toute personne qui ne se sente pas en pleine puissance, productive et en pleine forme physique ou psychique.*

## **C. La dimension juridique**

- 1 **Le développement des soins palliatifs**
- 2 **Les « soins d'accompagnement »**
- 3 **L'autonomie de la volonté**
- 4 **Le consentement et l'expression de la volonté des personnes**
- 5 **Une réflexion décalée**
- 6 **La maturité du dispositif français existant**

### >> ① **Le développement des soins palliatifs**

Ce prérequis fondamental est rappelé de façon unanime, y compris par les associations promouvant l'euthanasie comme l'ADMD. Il a été expressément rappelé par le Comité consultatif national d'éthique (2022, avis [139](#)), le Conseil d'État (avis de [2024](#)), la Convention citoyenne sur la fin de vie ([2023](#)), la Cour des Comptes (2023, [les soins palliatifs](#)), le Sénat (2023, [privilégier une éthique du soin](#)).

## >> ② **Les « soins d'accompagnement »**

Ce concept « nouveau » (apparu en 2023 dans le [Rapport Chauvin](#) puis dans le projet de loi n° 2462, repris dans la proposition de loi n° 1100) introduit une confusion malencontreuse et une association des soins palliatifs au processus de mort provoquée. Les soins palliatifs sont en effet historiquement connus comme des soins d'accompagnement. Or le terme est ici repris comme englobant la mort provoquée et les soins palliatifs, voire en distinguant d'autres fois les soins palliatifs des soins d'accompagnement. Outre le manque de rigueur de la proposition de loi, ce choix terminologique inutile constitue manifestement un dévoiement sur un sujet que les Français connaissent déjà mal.

## >> ③ **L'autonomie de la volonté**

Le respect de l'autonomie de la volonté est reconnu grâce à divers outils et modalités élaborés par les différentes lois relatives à la fin de vie (1999, 2002, 2005, 2016). Le dispositif s'est enrichi avec les lois successives et aboutit à un système respectueux de l'individu et des valeurs de la société. Il comprend ainsi :

- **le refus de l'obstination déraisonnable**  
(CSP, art. L.1110-5-1, L. 1110-5-2 et R. 4127-37);
- **la possibilité d'une demande d'arrêt des traitements par le patient**  
(CSP, art. L. 1110-5-1 et R. 4127-37-2);
- **la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès**  
(CSP, art. L. 1110-5-2 et R. 4127-37-3);
- **le principe du double effet : un traitement est administré pour soulager la souffrance au risque d'abrèger la vie**  
(CSP, art. L. 1110-5);
- **la désignation d'une personne de confiance**  
(CSP, art. L.1111-6);
- **la rédaction de directives anticipées**  
(CSP, art. L. 1111-11), avec deux modèles distincts selon que la personne est atteinte d'une pathologie grave ou non.

La seule limite à l'autonomie de la volonté réside dans la possibilité – fort justifiée et confirmée par la décision du Conseil constitutionnel du 10 novembre 2022 – pour le médecin d'écartier des directives anticipées qui s'avèreraient manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient (CSP, art. L. 1111-11). Pourtant, il est essentiel de souligner que le contentieux porté actuellement devant les juridictions françaises depuis plus d'une dizaine d'années concerne certes des arrêts des traitements, mais beaucoup plus souvent des demandes de maintien en vie considérées comme inappropriées par le corps médical.

## >> ④ **Le consentement et l'expression de la volonté des personnes**

Le respect de la volonté des personnes en fin de vie doit être contrôlé et amélioré dans son recueil, son suivi, sa surveillance, sa protection et les recours éventuels. Plus précisément, il s'agit d'encadrer la demande exprimée par la personne ou sa décision.

Juridiquement, il convient de dissocier : la demande d'une personne qui attend une réponse, le consentement d'une personne qui répond à une proposition faite par un tiers et enfin une décision personnelle définitive. Pour chacune de ces hypothèses, le droit surveille les conditions dans lesquelles la personne s'exprime : est-elle vraiment libre, lucide et informée ? Jusqu'à la dernière minute, la personne peut-elle librement changer d'avis et a-t-on prévu de vérifier si elle n'a pas changé d'avis ? Enfin, la personne et certaines personnes justifiant d'un intérêt à agir ont-elles la possibilité d'intervenir, contester, remettre en cause (avant, pendant ou après) ?

Ni la proposition de loi n° 1100 ni les débats parlementaires n'ont fait émerger la question pourtant centrale de l'appréciation de la recevabilité de la demande de mort provoquée, c'est-à-dire de la réelle volonté du patient quand il dit demander à mourir. La question se pose également lorsque la demande est exprimée dans des directives anticipées ou émane de la personne de confiance.

Les personnes vulnérables (en raison d'un handicap, du grand âge ou de la minorité, d'une altération de leurs facultés mentales, d'une résidence en Ehpad, en situation de précarité

financière...) sont particulièrement concernées. L'expression, le recueil et la persistance de leur volonté doivent faire l'objet d'une protection toute particulière. L'influence éventuelle du conjoint, de proches, de soignants, de bénévoles, du monde associatif n'est pas prise en considération.

Le droit veille pourtant toujours au respect d'une volonté libre, éclairée et persistante.

Des pratiques euthanasiques sur des personnes non consentantes reposant sur une sédation (par barbituriques) à leur insu ont été rapportées aux Pays-Bas. Les euthanasies de couples déclarées aux Pays-Bas sont aussi susceptibles d'inquiéter : la demande du conjoint est-elle vraiment libre et éclairée (Étude [Cambridge, 2023](#)) ?

Le recueil de la réelle volonté stable de la personne en fin de vie et le respect du consentement de la personne en fin de vie sont cruciaux mais peu abordés. Outre le caractère irréversible et grave des préconisations létales, les soignants rappellent l'ambivalence et l'évolution permanente des attentes des patients en fin de vie. La pulsion de vie se manifeste jusque dans les derniers instants.

Juridiquement, l'expression de la *volonté personnelle* est distincte du *consentement*, qui constitue lui-même une condition nécessaire (mais non suffisante) de validité d'un acte. En matière de soins, le patient consent à une proposition (après information et préconisations, CSP, art. L.1111-4). Le refus de traitement est ainsi consacré par la possibilité, pour le patient, d'accepter ou de refuser une proposition émanant d'un soignant.

Le soignant propose (des soins) et le patient accepte (consent) ou non.

Mais la proposition de loi n° 1100 conduirait à un *renversement du processus* : le patient demande (la mort) et le soignant consent (en pratiquant une injection létale) ou non.

## >> 5 Une réflexion décalée

Le contentieux émergent relatif à la fin de vie manifeste le décalage entre les « évolutions » préconisées par certaines associations favorables à l'euthanasie et les réalités des attentes citoyennes.

Tous les textes français actuels concourent au respect de la vie et aux soins adaptés jusqu'à la fin de l'existence.

Une légalisation de l'euthanasie nécessiterait de réviser la totalité de nos textes de loi : Code civil, Code pénal, Code de la Sécurité sociale, Code de la santé publique, règlement des établissements hospitaliers, recommandations de la HAS, ainsi que de nombreux textes régissant la solidarité et la cohérence du système de santé. On peut se demander si ce travail est une priorité actuellement pour les autorités en charge de la santé publique au regard de la crise que traverse notre système de santé.

## >> 6 La maturité du dispositif français existant

Le droit existant est équilibré. Il pourrait, sur certains points être encore ponctuellement amélioré. On pense aux réflexions à mener sur l'impossibilité actuelle de désigner une institution en tant que personne de confiance, sur la nécessité de mieux encadrer les modalités de désignation de cette personne. Des progrès sont à attendre d'une amélioration des dispositions relatives aux directives anticipées, notamment leur inscription dans le temps et leur enregistrement, aucun registre central n'existant à ce jour.

### d. La dimension économique

- 1 L'étude d'impact
- 2 Les dépenses de soins pour la fin de vie
- 3 Les crédits annuels pour les soins palliatifs
- 4 La dépense moyenne annuelle de santé
- 5 L'incidence financière de l'euthanasie

## >> 1 L'étude d'impact

L'étude d'impact qui accompagnait sous la XVI<sup>e</sup> législature le projet de loi n° 2462 relatif à l'accompagnement des malades et à la fin de vie dont l'examen a été interrompu par la dissolution de l'Assemblée nationale ne contenait aucune information sur les incidences économiques

et financières de ce texte. La proposition de loi n° 1100 déposée le 11 mars 2025 a repris le dispositif du projet de loi [n° 2462](#). Or, sur un sujet de cette nature, dans un contexte général de dégradation de nos finances publiques et de profonde crise de notre système de santé, on ne peut ignorer les données économiques et financières dans lesquelles s'inscrit la problématique de la fin de vie. Elles portent sur les dépenses de santé à ce moment de la vie, la prise en charge des remboursements de ces dépenses et les gains à attendre d'une légalisation de l'euthanasie et / ou du suicide assisté.

### >> ② **Les dépenses de soins pour la fin de vie**

Les remboursements par l'assurance maladie des dépenses de soins pendant la dernière année de vie se montent à 13,5 milliards d'euros, soit environ 26 000 euros par personne. Les dépenses de soins concernant les situations de fin de vie étaient chiffrées par [l'IGAS en 2017](#) à 6,6 milliards d'euros, soit 12 700 euros par personne décédée. Avec l'inflation, cette somme serait aujourd'hui approximativement de 7,6 milliards d'euros. Dans ce même rapport, l'IGAS relevait que les dépenses destinées à couvrir le traitement du dernier mois de vie représentaient 3,4 milliards d'euros, soit un peu plus de la moitié des dépenses attribuables à la fin de vie. Corrigé de l'inflation, ce montant serait aujourd'hui de 3,9 milliards d'euros.

### >> ③ **Les crédits annuels pour les soins palliatifs**

Ce chiffre doit être rapporté aux crédits annuels pour les soins palliatifs, soit 1,6 milliard d'euros et aux dépenses annuelles de l'assurance maladie pour les traitements et soins onéreux à l'hôpital, soit 9 milliards d'euros ([DREES](#), 2022). Ces dernières dépenses ont augmenté de 15,2 % en 2022.

Elles sont remboursées sans que l'on s'interroge outre mesure sur leur pertinence au regard de la proscription de l'obstination déraisonnable imposée par la loi depuis 2005. Elles éclipsent celles qui sont consacrées au soulagement de la douleur dans le

cadre des soins palliatifs, alors que leur régulation permettrait de dégager des crédits pour les soins palliatifs.

La maîtrise de ces coûts conduirait à remettre en question des choix économiques dont le financement est garanti par la collectivité.

Un rapport de la Cour des comptes a montré que 1 milliard d'euros avait été consacré par les complémentaires santé aux « prestations à la périphérie des soins de santé » en 2022.

Dans un contexte de vieillissement de la population et de rareté des crédits pour les soins palliatifs, un débat sur la fin de vie ne peut pas faire l'économie d'un questionnement sur l'allocation de ces dépenses de santé. Il ne suffit pas de plaider pour une augmentation des crédits de soins palliatifs. Il convient de s'interroger aussi sur l'allocation des dépenses de santé publique.

### >> ④ **La dépense moyenne annuelle de santé**

La dépense moyenne annuelle de santé augmente avec l'âge. La dépense moyenne remboursable par personne et par an est deux fois plus élevée chez les 60-74 ans (4 005 euros) et quatre fois plus élevée chez les plus de 85 ans (8 102 euros) que chez les 17-59 ans (1 757 euros) [[Rapport du Sénat, 2023, n° 770](#)].

Par ailleurs sur une dépense moyenne en santé de 3 475 euros par an et par habitant, couverte à raison de 2 765 euros par la Sécurité sociale et de 439 euros par les complémentaires santé, le reste à charge moyen des ménages s'établit à 250 euros par an et par habitant en moyenne. En 2021, le taux de reste à charge en France est le plus faible au sein des pays de l'OCDE avec le Luxembourg (8,9 %) [[Rapport du Sénat, 2023, n° 770](#)].

Le poids de ces dépenses sur l'assurance maladie et les complémentaires santé est très significatif et n'est donc pas totalement absent des motivations du projet des propositions de loi présentées en 2024 et 2025. Certaines complémentaires santé ont déjà officiellement communiqué sur leur

soutien pour la légalisation de l'euthanasie et / ou du suicide assisté.

***Dans un contexte de vieillissement de la population et de rareté des crédits pour les soins palliatifs, un débat sur la fin de vie ne peut pas faire l'économie d'un questionnement sur l'allocation de ces dépenses de santé.***

## >> 5 L'incidence financière de l'euthanasie

Le rappel de ces données économiques aide à prendre la mesure des enjeux financiers que pourrait constituer une légalisation de l'euthanasie.

**Prendre la mesure des enjeux financiers que pourrait constituer une légalisation de l'euthanasie.**

Si l'on rapportait en effet à la France les chiffres de l'aide médicale à mourir<sup>6</sup> au Québec (7,3 % des décès<sup>7</sup>), notre pays enregistrerait 46 000 euthanasies par an<sup>8</sup>.

Sachant que le coût annuel de la dernière année de vie est estimé comme on l'a vu à 26 000 euros, les économies annuelles de dépenses de santé réalisées atteindraient à terme 1,4 milliard d'euros<sup>9</sup>.

Par conséquent ces économies dépasseraient le montant annuel de 1 milliard d'euros de la stratégie décennale des soins palliatifs présentée en juin 2024<sup>10</sup>. Le Canada a assumé en 2020 ces économies, en indiquant dans un rapport officiel que le gain financier total net de l'aide médicale à mourir était de 149 millions de \$ canadiens.

Il convient de porter à la connaissance de l'opinion publique toutes ces données, malgré leur caractère sensible ou polémique.

## Conclusion de l'analyse

**Pour conclure cette analyse française, le CDES s'associe pleinement aux mises en garde énoncées par des médecins experts de langue allemande en 2023 (Allemagne, Autriche, Suisse) sur les points suivants :**

- **Une société n'a pas vocation à encourager le suicide (assisté). L'État a le devoir de garantir le bien-être et la protection des personnes.**
- La prévention du suicide doit être développée, renforcée et intégrée dans la société. Des moyens financiers appropriés doivent y être consacrés. En outre, la prévention du suicide doit être inscrite dans la loi et mise en œuvre rapidement. La prévention du suicide s'adresse également aux personnes qui souhaitent recourir au suicide assisté.
- La recherche sur le suicide assisté et ses conséquences pour les proches et les autres personnes concernées est nécessaire. Les motivations des personnes concernées et des assistants au suicide doivent être étudiées, de même que les répercussions sur la société. La condition préalable est un recensement en temps réel des suicides assistés et de leurs circonstances.
- Les bonnes pratiques relatives aux médias, qu'ils soient traditionnels ou relèvent des réseaux sociaux, concernant les reportages sur le suicide et la représentation du suicide dans les productions médiatiques, doivent être largement diffusées et prises en compte.
- Le risque existe que le suicide assisté soit lié à un objectif national de réduction de coûts de la santé ou de systèmes de retraite, qui permettrait de développer en quantité et en qualité les offres dans le domaine de l'assistance aux personnes âgées ou de la médecine palliative, et plus généralement de restreindre les mesures de sécurité et d'aide sociales.

6 Le Québec utilise l'expression « aide médicale à mourir » pour ne pas employer le mot « euthanasie ».

7 Rapport annuel d'activités 2023-2024 élaboré par la Commission sur les soins de fin de vie (Québec).

8 638 266 décès en 2023.

9 2025 : Y.-M. Doublet et P. Favre, *Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie*, Fondapol.

10 La somme annuelle de 1 milliard d'euros de la stratégie décennale était censée s'ajouter à la somme annuelle d'1,6 milliard (Interview d'Emmanuel Macron, *La Croix et Libération*, 10 mars 2024).

## >> AVIS ET PRÉCONISATIONS

### SECTION 1. Douze constats

### SECTION 2. Deux recommandations

## >> AVIS

### LES ENJEUX D'UNE LOI EN FAVEUR D'UNE MORT PROGRAMMÉE : LA PROPOSITION DE LOI N° 1100 RELATIVE À LA FIN DE VIE

Le présent Avis porte sur la proposition de loi n° 1100 relative à la fin de vie, reprise du projet de loi n° 2634 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie et de la proposition de loi n° 204 qui porte le même titre.

#### Le CDES considère que :

**L**es citoyens doivent être informés de l'impact de la proposition de loi relative à la fin de vie n° 1100. Il s'agit d'un projet de société d'« autodétermination », qui revient à dire : « Je choisis ma mort comme je veux... », sous l'apparence trompeuse de visées médicales contre les souffrances réfractaires ou insupportables en phase avancée ou terminale.

Le mouvement militant en faveur d'une légalisation d'une mort provoquée et inspirant la proposition de loi n° 1100 revendique un accès pour tous au suicide et à l'euthanasie sans conditions, allant donc bien au-delà d'une problématique médicale.

Comme ce fut le cas dans tous les autres pays ayant légalisé l'euthanasie et / ou le suicide assisté, ce texte emploie des euphémismes comme « l'aide à mourir » pour désigner la mort provoquée, prévoit une procédure pour la réalisation de cet acte et

fait appel à la notion de souffrances réfractaires, afin de susciter une adhésion du public à ce projet. Les conditions d'accès à une mort provoquée sont vouées à être ensuite élargies à toute forme de vulnérabilité avec l'aide des soignants qui ne devront en aucun cas contester l'indication.

L'analyse de ce texte, inspiré par une autodétermination individuelle, sans limitation sociale ni juridique, et qui, derrière l'expression d'« aide à mourir », légalise en fait le suicide assisté et l'euthanasie, présente trois caractéristiques principales :

- 1 Il a un champ très large, puisqu'il s'applique « à toute affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale », mais sans définition du terme du pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Appartiennent à ce champ d'affection des centaines de milliers de personnes – les affections de longue durée (ALD) touchent 13,8 millions de personnes, chiffres 2022 – pouvant

être atteintes par un diabète, une insuffisance rénale, une insuffisance respiratoire, une arthrose diffuse, une psychose chronique invalidante, un handicap (Rapport IGAS IGF, 2024).

La notion d'incurabilité en psychiatrie est particulièrement impropre. Et, malheureusement singulièrement en psychiatrie, affirmer que toutes les thérapeutiques raisonnables ont été tentées, s'avère particulièrement hasardeux.

- ② Le dispositif autorise aussi bien le suicide assisté que l'euthanasie, même si la personne peut s'auto-administrer le produit. Mais, là où le suicide assisté et l'euthanasie existent comme au Canada et aux Pays-Bas, cette dernière supplante complètement le suicide assisté. L'expérience des pays étrangers montre qu'une fois ouvert, ce nouveau « droit » s'étend inmanquablement (et ce, de façon prévisible) aux personnes souffrant de troubles psychiques sur cette seule « indication » (le Canada a créé une « anorexie terminale » sur le modèle du cancer terminal).
- ③ Dans la proposition n° 1100, seul un médecin ou un infirmier peut administrer le geste mortel. Il a donc été supprimé la possibilité « à toute personne désignée par le patient » d'accomplir le geste mortel. Cette proposition, qui n'existe nulle part ailleurs dans le monde, aurait pu permettre à un parent d'euthanasier son enfant adulte, à un petit-fils majeur d'euthanasier sa grand-mère sans que l'impact traumatique psychologique ait pu être évalué, avec un possible intérêt à cet acte et un risque certain d'abus de faiblesse ou de maltraitance envers une personne vulnérable. Mais le collectif note que cette proposition irréfléchie avait été introduite par la commission spéciale en 2024 et que cet élément pourrait donc de nouveau l'être fin avril, dans la commission des affaires sociales de 2025.

Qu'il s'agisse de la reconnaissance de ce droit ou de ses modalités, les règles proposées ne sont entourées d'aucune limite sérieuse. Ce qui était présenté comme une exception au départ pour les seules personnes en fin de vie, est devenu au fil des débats parlementaires un droit largement ouvert sans garde-fou, qui peut concerner à terme de très nombreuses personnes vulnérables ; il devient de fait un « droit à la mort », au même titre que d'autres droits opposables à l'issue d'une procédure anormalement expéditive sans exemple en droit étranger, droit « créance » impliquant en miroir un devoir de la part du médecin. La personne vulnérable devient une personne « euthanasiable ».

**Les règles proposées  
ne sont entourées  
d'aucune limite sérieuse**

Le dispositif de la proposition de loi n° 1100 traduit un emballement qui a été critiqué en son temps par l'Académie nationale de médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins et le rapporteur de l'avis n° 139 du CCNE. La réflexion légitime sur les enjeux de la fin de vie mérite que l'on revienne aux principes fondamentaux sur lesquels est fondée notre société.

La proposition de loi n° 1100 exige la présence d'un médecin ou d'un infirmier pour accomplir le geste létal sur la personne ou y participer.



## LE CDES DRESSE DOUZE CONSTATS ET PRÉSENTE DEUX RECOMMANDATIONS

### SECTION 1.

#### Douze constats

#### 1. Le développement des soins palliatifs est un préalable

Comme l'ont déjà rappelé la Convention citoyenne sur la fin de vie, le CCNE, la Cour des comptes et le Sénat, le développement des soins palliatifs est une nécessité préalable à toute législation sur la mort provoquée. Les soins palliatifs ne sauraient continuer à être l'objet de lois déclamatoires sans lendemain mais doivent faire l'objet d'un financement pérenne sanctuarisé, pour garantir un accès effectif et universel à ces soins ainsi que la formation des soignants et la nécessaire recherche dans ce domaine.

#### 2. Une loi sur la mort provoquée ne s'impose pas d'évidence

Le droit existant en France est adapté à la fin de vie. Il est respectueux des patients et de l'éthique des soignants. Il garantit l'autonomie de la volonté et, dans le cadre d'une procédure transparente et collégiale, protège les patients contre les risques d'abus de faiblesse et d'emprise qui seraient induits par une légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, et les risques de décisions médicales solitaires. Il garantit l'absence de douleur lors de la sédation profonde qui « laisse mourir », à la différence de l'euthanasie qui directement « fait mourir ».

#### 3. L'euthanasie constitue une rupture anthropologique

L'euthanasie ne saurait être légalisée. Elle constitue une transgression majeure de l'interdit de tuer. Obéissant à une vision exclusivement binaire de la vie et de la mort, elle ne constitue nullement la réponse au « mal mourir » dans notre pays.

Il s'agit bien d'une rupture anthropologique qui ne relève pas d'une croyance religieuse, même si les grandes religions s'y opposent. Ce refus anthropologique de tuer peut s'exprimer dans le cadre le plus strict de la laïcité républicaine, qui postule la fraternité sans discriminations. Par ailleurs le préambule de la Constitution de 1946 garantit à tous la protection de la santé.

L'euthanasie est également contraire au principe fondamental de non-abandon de la personne. Elle est une négation de l'acte de soin. Enfin, la possibilité laissée à la personne de « choisir d'arrêter son traitement » rend celle-ci éligible à la mort provoquée. Cette contradiction a été soulevée par le collectif soignant dans notre pays comme par les psychiatres flamands en Belgique, qui font observer que le caractère insupportable de la maladie ne peut être invoqué quand on le rend volontairement insupportable par refus de traitement efficace.

#### **4. L'euthanasie ne peut, d'expérience, être sérieusement encadrée**

Elle ne peut être sérieusement encadrée comme le montrent les dérives et les élargissements continus de son champ, constatés dans tous les États où elle a été légalisée. Une exception d'euthanasie sera toujours une autorisation d'euthanasie.

#### **5. L'autodétermination de la personne sans limites est une illusion**

La « loi de liberté » que déclare être la proposition de loi n° 1100 vise non pas à mettre fin aux souffrances réfractaires en fin de vie mais à autoriser la mort sous forme de suicide assisté ou d'euthanasie, quels que soient le contexte et le moment. C'est de l'autodétermination sans limites, faisant fi de toute l'éthique médicale des soins et du non-abandon du malade. Or il est impossible de penser l'exercice des libertés individuelles sans prendre en compte leurs conséquences pour les autres. Ce point est majeur. Cette loi-créance n'est pas une loi-liberté. Une volonté exprimée, au départ dans l'intérêt spécifique de quelques-uns comme expression d'une forme d'« ultime liberté », aurait *de facto* immédiatement un impact pour tous les patients fragiles ou vulnérables suspects d'avoir « déjà trop vécu »... Il faut intégrer, d'une part, la vulnérabilité et, d'autre part, la solidarité.

L'héroïsation des personnes qui ont recours à l'étranger à la mort provoquée, « dans la dignité », aboutit à une véritable promotion du suicide évidemment contraire à la politique nationale de prévention du suicide, enjeu majeur de santé publique en 2025, année de santé mentale grande cause nationale.

#### **6. L'euthanasie envoie une représentation négative des vulnérabilités**

L'euthanasie intériorise des représentations négatives de la société envers la vulnérabilité, qu'il s'agisse de la vieillesse, de la souffrance, du handicap voire de la précarité économique. Elle envoie le message qu'une personne vulnérable peut être euthanasiée et que, même sans obligation de passer à l'acte, elle est conduite à l'envisager, voire insidieusement encouragée. Plusieurs cas où des patients avaient demandé à être euthanasiés en partie pour des raisons sociales telles que l'isolement et la peur de se retrouver sans abri ont été rapportés au Canada<sup>11</sup>. L'isolement social concerne 15 % des patients en phase terminale et 39 % des patients n'étant pas en phase terminale en Ontario. Dans cette même province, 29 % des personnes euthanasiées l'ont été dans sa partie la plus pauvre alors qu'elles ne représentent que 20 % de la population de la province.

La proposition n° 1100 est accompagnée d'un discours qui instrumentalise et stigmatise certaines maladies comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Charcot), présentée comme la maladie de référence devant justifier la légalisation de l'euthanasie alors même que la revendication première de nombreuses associations de ces malades est une aide à mieux vivre au quotidien.

#### **7. Un geste intentionnellement léthal ne peut être médical car il n'est ni éthique ni déontologique**

Le geste léthal n'est pas un geste anodin pour un soignant et est contraire à son éthique. Il n'est pas un soin, puisqu'il interrompt brutalement la vie. Le geste léthal ne se situe pas dans la continuité des soins palliatifs, il en est la rupture. L'exercice de la médecine ne saurait être assimilé à une banale prestation de service. Ce geste est contre-nature pour un soignant et son serment et contraire à la définition même des soins palliatifs qui visent à aider à vivre jusqu'au terme naturel d'une existence (selon l'Organisation mondiale de la santé), ce qui explique l'opposition massive des soignants à un tel texte.

<sup>11</sup> Associated Press, 19 septembre 2024, [Committee reviewing euthanasia in Canada finds some deaths driven by homelessness fears, isolation](#).

## 8. La volonté de la personne doit rester libre et éclairée

La condition d'une volonté libre et éclairée de la personne est fondamentale car elle tient compte de son ambivalence permanente. Pour être en état de choisir, les conditions du choix doivent être réunies. Or ces conditions ne sont pas remplies lorsque la mort est provoquée sur une personne souffrant d'une maladie neurodégénérative, en souffrance physique altérant le jugement, lors de troubles psychiques ou psychiatriques, ou lorsque cette personne est exposée à une situation de vulnérabilité sociale ou que ses directives anticipées sont très anciennes ne reflétant plus son ressenti actuel. *De facto*, l'euthanasie serait alors proposée ou imposée à la personne, alors même que sa volonté serait devenue fragile, oscillant entre le souhait et la résignation.

## 9. Le recours à l'euthanasie au lieu d'un suicide assisté pour des personnes à l'autonomie physique limitée n'est pas justifié

L'implication des soignants dans une procédure initiale de suicide assisté au motif que la personne est très limitée dans ses mouvements n'est pas indispensable. Les pays qui n'ont légalisé que le suicide assisté en témoignent. Des techniques de domotique et d'assistance manuelle ou visuelle déjà mises en place au cours de la maladie permettent dans toutes les situations cette aide au suicide sans implication d'un tiers pratiquant lui-même l'injection létale.

*L'euthanasie envoie le message qu'une personne vulnérable peut être euthanasiée.*

## 10. Le suicide assisté n'est pas compatible avec une politique publique de prévention du suicide

Les caractéristiques de la maladie d'un patient ne sauraient constituer un critère d'éligibilité soit à l'assistance au suicide et donc à sa non-réanimation, soit à une réanimation en cas de suicide. Un tel système serait nécessairement discriminatoire et stigmatisant suivant la maladie en cause.

L'avis n° 139 du CCNE a lui-même reconnu qu'« il est loin d'être clair que les individus qui choisissent le suicide médicalement assisté soient dans une position fondamentalement différente de ceux qui décident de se suicider ». Occulter cette réalité psychiatrique est une perte de chances pour le patient. La compatibilité d'une politique de prévention du suicide avec la légalisation du suicide assisté est négligée ou ignorée dans ce débat. C'est ainsi que l'Observatoire national du suicide n'a pas été auditionné par la commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

## 11. La légalisation de la mort provoquée ne saurait constituer la réponse par défaut à la crise du système de santé

On ne saurait tirer parti du déficit de l'offre de soins en général et de soins palliatifs en particulier pour légaliser la mort provoquée. Il serait par ailleurs profondément injuste d'avoir recours à des soins palliatifs pour les habitants des grandes villes et à l'euthanasie pour les autres, sachant que 30 % de nos concitoyens vivent dans des déserts médicaux – et ce, pas uniquement dans les campagnes d'ailleurs – et qu'un tiers des décès dans notre pays surviennent sans avoir accès aux soins palliatifs nécessités par leur état.

## **12 Les données économiques de la fin de vie ne doivent pas être occultées**

Le développement des soins palliatifs doit aller de pair avec une réforme de l'allocation de nos dépenses de santé pour les médicaments et traitements onéreux ainsi qu'avec une réforme de la tarification hospitalière à l'activité. Les données économiques et financières de notre système de santé ne sauraient être occultées de ce débat comme elles l'ont été dans l'étude d'impact du projet de loi n° 2462 et les choix financiers de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté doivent être assumés par les promoteurs de cette légalisation. Le dépôt d'une proposition de loi permet au surplus de contourner l'obligation de présentation de toute étude d'impact.

## SECTION 2.

### Deux recommandations

#### **1. Recommandation n° 1**

**Une demande sociétale s'exprime en faveur d'une évolution de la législation.** Néanmoins, on ne saurait tout attendre de la loi dans notre société, surtout lorsque chaque cas est singulier et qu'une loi ne saurait prétendre à mettre fin à la souffrance. On ne saurait ignorer pour autant la persistance de situations de mal mourir dans notre pays. Cependant la solution passe plutôt par des réponses adaptées à chaque cas plutôt que par une règle générale légalisant l'euthanasie et / ou le suicide assisté aux effets immaîtrisables. Si la mort touche à l'intime, elle ne peut être normée. Des lors, c'est affaire de cas par cas. Et nombre de sujets ayant de fortes interactions avec l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas pris en considération dans ce débat. Or, avant toute évolution législative, ceux-ci gagneraient à être explorés.

**Il est urgent, pour cette raison, d'organiser huit conférences de consensus sur ces sujets majeurs qui n'ont pour l'instant pas bénéficié d'un tel travail d'envergure.**

#### **1 Six sujets majeurs en éthique médicale :**

- l'impact d'un changement législatif sur les mécanismes de prévention du suicide et les pratiques des soignants (psychiatres, généralistes, gériatres) ;
- les enjeux éthiques posés par les patients ayant tenté de se suicider et leur réanimation ;
- les enjeux liés aux suicides (demande, prise en soins, assistance...);
- l'évaluation des stratégies de prise en charge des symptômes réfractaires, quelle que soit la pathologie ;
- la spécificité des maladies neurodégénératives ;
- les enjeux éthiques des comas prolongés.

## ② Deux sujets majeurs sur le financement de la politique de santé :

- la pertinence des médicaments et traitements onéreux et de leur financement au regard du financement des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur en particulier, ainsi que de la proscription de l'obstination déraisonnable ;
- la tarification hospitalière à l'activité au regard de la spécificité des soins palliatifs.

Ces huit **conférences de consensus**, retransmises au public, devraient être conduites avec toutes les parties prenantes concernées (professionnels, usagers, instances juridiques, instances politiques...), en coordination avec la Haute Autorité de santé, le CCNE et l'Observatoire national du suicide.

## 2. Recommandation n° 2

**La société doit développer une solidarité nationale au-delà de la diffusion d'une culture des soins palliatifs.**

Le développement d'une culture et des pratiques des soins palliatifs ne peut à lui seul suffire à prévenir le « désir de mourir » des personnes vulnérables, en particulier lors de situation d'isolement, de sentiment d'abandon ou de perception de charge pour la société. Un quart des personnes seulement meurent entourées de leurs proches. Beaucoup de décès dans l'isolement passent inaperçus, faute de signalement.

L'ensemble de la société dans ses composantes, ses compétences et ses capacités d'action – notamment dans les initiatives citoyennes de proximité – est concerné. Tout ce qui pourra faciliter, par **des politiques publiques**, l'éducation et la sensibilisation notamment dans les parcours de formation, un meilleur accès aux soins, la recherche, l'autonomie des personnes, une meilleure inclusion de la vulnérabilité, du grand âge et du handicap en ville, en milieu rural, à domicile comme en entreprise, doit être encouragé. Tout ce qui permet le développement massif d'une offre d'expertise et de moyens de lutte contre la douleur doit être soutenu.

Tout ce qui contribue à l'entraide au quotidien et à la solidarité nationale doit être encouragé et développé.

Cela passe par :

- l'encouragement et l'incitation au bénévolat et ce, dès le plus jeune âge et à l'école ;
- le soutien des associations d'entraide aux personnes vulnérables et leur inclusion ;
- un encouragement au « voisinage solidaire » : un encouragement et un soutien aux initiatives citoyennes en termes de proximité, de solidarité et de pair-aidance ;
- le financement complet des matériels d'aide à l'autonomie dans le cadre d'une politique de la fin de la vie en répondant au souhait de la majorité des Français de mourir chez eux ;
- l'amélioration de l'accès à l'allocation journalière d'accompagnement des personnes en fin de vie encore ignorée par nos concitoyens ;
- le développement d'une politique de soutien aux aidants qui puisse également prendre en compte l'urgence de mettre des moyens dans les services d'aide à la personne et dans le secteur médico-social ;
- la création de Maisons de vie (maisons de soins palliatifs pour des patients en amont de leur fin de vie, bénéficiant ainsi d'une prise en charge globale adaptée qui manque toujours dans le maillage actuel du système de santé – sorte de « Soins médicaux et de réadaptation [SMR] palliatif prolongé ») ;
- l'adoption de la loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge qui devait être votée avant la fin de l'année 2024, aux termes de l'article 10 de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie et qui n'a pas été adoptée.

## >> SOURCES DOCUMENTAIRES

Le CDES, soucieux d'une réflexion en profondeur sur la question de la fin de vie, dépourvu de tout filtre dogmatique et animé par la volonté de prendre en compte toutes les ressources transversales disponibles, s'est appuyé sur un socle documentaire large et autorisé, présenté ci-après.

### SECTION 1.

Textes relatifs à la fin de vie

### SECTION 2.

Contentieux

### SECTION 3.

Statistiques et données sociétales

## SECTION 1.

### Textes relatifs à la fin de vie

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Textes internationaux</li> <li>b. Lois françaises</li> <li>c. Parlement</li> <li>d. Avis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Rapports</li> <li>f. Documentation spécialisée</li> <li>g. Déclarations</li> </ul> |
|---|--|

#### a. Textes internationaux

##### OMS (WHO)

→ 2024 : [Comment faire face au manque de progrès dans ce domaine 10 ans après la résolution de l'OMS](#)

##### ALLEMAGNE

→ 2023 : Atelier d'experts « Suicide assisté et prévention du suicide en Allemagne, en Autriche et en Suisse », qui s'est tenu du 25 au 27 août 2023 au « *Schloss Hofener* »

##### AUTRICHE

→ 2021 : Loi légalisant le suicide assisté pour les personnes atteintes d'une maladie grave ou incurable. [Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafgesetzbuch geändert werden](#)

##### BELGIQUE

- 2014 : Loi du [28 février 2014](#) étendant l'euthanasie aux mineurs
- 2002 : Loi du [22 août 2002](#) relative aux droits du patient
- 2002 : Loi du [14 juin 2002](#) relative aux soins palliatifs
- 2002 : Loi du [28 mai 2002](#) relative à l'euthanasie

##### CANADA

- 2024 : [Demandes anticipées](#) d'aide médicale à mourir
- 2024 : [Report](#) de la loi canadienne sur l'extension de l'AMM
- 2024 : Rapport du [Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir](#) : L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir
- 2023 : [Quatrième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2022](#) comportant des données sur l'évaluation et la prestation de l'AMM au Canada

- 2021 : [Admissibilité](#) élargie à l'AMM
- 2020 : Rapport officiel : *Cost estimate for Bill C-7* « *Medical assistance in dying* », Coût estimé pour le projet C7 d'Aide médicale à mourir
- 2016 : [Loi](#) fédérale d'aide médicale à mourir

#### ESPAGNE

- 2021 : Loi de régulation de l'euthanasie [Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España](#)

#### LUXEMBOURG

- 2009 : Loi du [16 mars 2009](#) sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

#### PAYS-BAS

- 2001 : Loi du [12 avril 2001](#) sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide

#### PORTUGAL

- 2023 : Loi du 25 mai 2023 dépenalisant l'euthanasie et le suicide assisté [Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal](#)

#### ROYAUME-UNI

- 2024 : [Terminally III Adults](#) (End of Life) Bill (Projet de loi sur les adultes en phase terminale [fin de vie])

#### SUISSE

- Code pénal suisse, article [115](#)
- Office fédéral de la justice suisse (OFJ) : Les différentes formes d'assistance au décès et leur réglementation légale

#### CONSEIL DE L'EUROPE

- 2018 : [Résolution 2249](#) du Conseil de l'Europe du 23 novembre 2018 sur l'offre de soins palliatifs en Europe
- 2014 : [Guide](#) sur le processus décisionnel relatif au traitement médical dans les situations de fin de vie
- 2009 : [Résolution 1649](#) du Conseil de l'Europe du 28 janvier 2009, Soins palliatifs : un modèle pour des politiques sanitaires et sociales novatrices
- 2003 : [Recommandation 2003](#) (24) du Conseil de l'Europe sur l'organisation des soins palliatifs
- 1999 : [Recommandation 1418](#) du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants

## b. Lois françaises

### Considérant les lois françaises relatives aux patients et à la fin de vie :

- 2016 : [Loi n° 2016-87 du 2 février 2016](#) créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- 2005 : [Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005](#) relative aux droits des malades et à la fin de vie
- 2002 : [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 1999 : [Loi n° 99-477 du 9 juin 1999](#) visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

## c. Parlement (Assemblée nationale, Sénat, missions d'information et d'évaluation)

### Considérant les travaux de l'Assemblée nationale :

- Mars 2025 : [Proposition de loi n° 1100](#) relative à la fin de vie.
- Septembre 2024 : [Proposition de loi n° 204](#) relative à l'accompagnement des malades et de la fin de vie
- Avril 2024 : [Projet de loi 2462](#) relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie
- Avril 2024 : Accompagnement des malades et de la fin de vie, [auditions](#) avant l'examen du projet de loi

### Considérant les travaux du Sénat :

- Octobre 2024 : [Proposition de loi n° 456](#) pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique – dite maladie de Charcot – et d'autres maladies évolutives graves (adoptée à l'unanimité et transmise à l'Assemblée nationale)
- 2023 : [Proposition de loi « relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé »](#) (février). Adoptée à l'unanimité et transmise à l'Assemblée nationale en 2024
- 2023 : [Rapport n° 770](#) : Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français
- 2023 : Fin de vie : [privilégier une éthique du soin](#), rapport d'information n° 795 par la commission des affaires sociales
- 2021 : Proposition de loi n°3755 visant à affirmer le [libre choix](#) de la fin de vie et à assurer un accès universel aux soins palliatifs en France

### Considérant les travaux des missions d'information et d'évaluation des lois de fin de vie :

- 2023 : [Mission d'évaluation de la loi de 2016](#) et auditions de spécialistes réalisées par la mission d'évaluation
- 2008 : [Mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005](#)
- 2004 : Missions d'information de l'Assemblée nationale sur la fin de vie en [2004](#)

### d. Avis

#### Conseil d'État :

- 2024 : Avis sur un [projet de loi](#) relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie
- 2018 : Avis sur [révision de la loi de bioéthique](#) : Quelles options pour demain ?

#### Comité consultatif national d'éthique :

- 2022 : [139](#) Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité
- 2018 : [128](#) Enjeux éthiques du vieillissement
- 2013 : [121](#) Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir
- 2000 : [63](#) Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie

#### Académie nationale de médecine :

- 2023 : [Favoriser une fin de vie digne et apaisée](#) : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables

### e Rapports

#### Cour des comptes :

- 2023 : [Les soins palliatifs](#) : une offre de soins à renforcer

#### IGAS :

- 2024 : Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable
- 2020 : Évaluation du [plan national 2015-2018](#) pour le développement des soins palliatifs
- 2018 : Rapport d'évaluation sur les conditions d'application de la loi Claeys-Leonetti ([2018](#))
- 2017 : Rapport sur les [soins palliatifs et la fin de vie à domicile](#)

#### Divers :

- 2024 : [Stratégie décennale](#) des soins d'accompagnement
- 2023 : [Rapport Chauvin](#) : Vers un modèle français des soins d'accompagnement
- 2012 : Rapport de la commission du professeur Sicard : [Penser solidairement la fin de vie](#)

### f. Documentation spécialisée

#### Analyse économique :

- 2025 : Y.-M. Doublet et P. Favre : [Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie](#), Fondapol.
- 2024 : B. Dormont : « [Pas de "mort digne" sans une loi grand âge!](#) », *Alternatives économiques*

#### HAS :

- 2024 : [Lettre de cadrage de la HAS du 12 décembre 2024](#)

#### SFAP :

- Documentation
- 2023 : [Fin de vie : les données du débat](#)

#### Suicide des personnes âgées :

- 2024 : Conduites suicidaires de la personne âgée : état des connaissances, S. Richard-Devantoy, F. Jollant, « Suicidal behaviors among the elderly: The state of knowledge », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 24, Issue 143, septembre 2024, pp. 269-278
- 2022 : S. Boucaud, « Le suicide des personnes âgées, un impensé sociétal », [Usbek et Rica](#).
- 2021 : « L'invisible suicide des personnes âgées un double tabou », *Les cahiers de l'accompagnement, L'inattendu*, n° 7, avril 2021
- 2020 : F. Balard, P. Moulin, C. Schrecker, « Finir sa vie, hâter la mort au grand âge », *Gérontologie et société*, vol. 42, n° 163, 2020/3, pp. 9 à 28

#### Terminologie de la fin de vie :

- 2024 : P. Favre : *Les mots de la fin de vie : ne pas occulter les termes du débat*, Fondapol, [mars 2024](#)



## **g.** Déclarations

### **CNOM :**

- **2024 :** Déclarations du CNOM sur les [Conditions d'accès à l'aide à mourir](#)
- **2023 :** [Fin de vie et rôle du médecin](#)

### **Divers :**

- **2023 :** Convention citoyenne sur la fin de vie : [Manifeste](#)
- **2023 :** [Pacte progressiste](#) des mutuelles et de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité
- **2023 :** Collectif national de soignants : [Donner la mort peut-il être considéré comme un soin ?](#)
- British Geriatrics Society ([BGS](#)) : « Position Statement on Assisted Dying (Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia) »

- [Déclaration de l'AMM sur les soins médicaux de fin de vie](#) (2011 et 2022)
- « [Déclarations](#) » sur les soins palliatifs : [élaboration d'une étude de cas](#)
- **2016 :** [Manifeste du CLHEE](#) (Collectif Lutte et handicaps pour l'égalité et l'émancipation)

### **Associations d'usagers favorables à l'euthanasie :**

- Association pour le droit à mourir dans la dignité [ADMD](#) (audition Assemblée nationale)
- [Le choix](#) (audition Assemblée nationale)
- Conseil autoproclamé de la vieillesse ([CNAV](#))
- [Le choix d'Odette](#) (documentaire d'A. Bard, J. Jonas, M. Gualandi, B. Blanc et B. Sauvage, 2025, présenté dans « Envoyé spécial » par É. Lucet)

## SECTION 2.

### Contentieux

- a. Canada
- b. Cour EDH
- c. Allemagne
- d. Autriche
- e. Belgique
- f. Espagne
- g. Suisse
- h. France

### **a.** Canada

- **2019 :** Arrêt Truchon c. PG Canada : la Cour supérieure du Québec a déclaré inconstitutionnels le critère d'admissibilité de la « mort naturelle raisonnablement prévisible » (MNRP) prévu dans la législation fédérale sur l'AMM, ainsi que celui de « fin de vie » prévu dans la loi concernant les soins de fin de vie du Québec
- **2015 :** Arrêt Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5, [2015] 1 RCS 331 (prohibition de l'aide à mourir et objectif législatif d'empêcher qu'une personne vulnérable mette fin à ses jours dans un moment de faiblesse)
- **1999 :** Arrêt Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 RCS 519 (dispositions interdisant l'aide médicale à mourir et atteinte à la liberté et la sécurité des personnes affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables)

### **b.** Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)

- **2024 :** CEDH 13 juin 2024, Karsai c. Hongrie, n° 32312/23 (sur l'impossibilité pour un malade en phase terminale, atteint d'une maladie neurodégénérative incurable, d'obtenir une aide à mourir)
- **2022 :** CEDH, 4 octobre 2022, [Mortier](#) c / Belgique, n° 78017/17 (sur l'euthanasie de la mère pratiquée à l'insu de ses enfants)
- **2015 :** CEDH, 5 juin 2015, Lambert et autres c / France, n° 46043/14 (sur l'interruption de l'alimentation et de l'hydratation artificielles maintenant en vie une personne en situation d'entière dépendance)
- **2013 :** CEDH, 14 mai 2013, [Gross](#) c. Suisse, n° 67810/10 (sur les critères légaux de prescription de médicament à une personne ne souffrant pas d'une maladie mortelle pour laquelle se suicide)

- **2012**: CEDH, 19 juillet 2012, [Koch](#) c / Allemagne, n° 497/09 (sur le refus d'autoriser à se procurer une dose létale de médicaments)
- **2011**: CEDH, 20 janvier 2011, [Haas](#) c / Suisse, n° 31322/07 (sur le droit de choisir le moment de sa mort et la manière de mourir)
- **2002**: CEDH, 29 avril 2002, [Pretty](#) c / Royaume-Uni, n° 2346/02 (sur le refus de s'engager à ne pas poursuivre le mari d'une requérante s'il aidait celle-ci à se suicider)

### **c.** Allemagne

- **2023**: Cour administrative fédérale allemande, 7 novembre 2023 (refus de délivrance de Pentobarbital, le patient pouvait se suicider)
- **2020**: *Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26. Februar 2020*

### **d.** Autriche

- **2024**: 12 décembre 2024 : VfGH-Erkenntnis G 229-230/2023. G 2272-2273/2023
- **2020**: le [11 décembre 2020](#), la Cour constitutionnelle censure un article du Code pénal qui prévoyait de punir d'une peine allant jusqu'à cinq ans de prison toute personne « qui fournit de l'aide » au suicide, estimant que cela était contraire au principe de libre arbitre

### **e.** Belgique

- **2023**: Euthanasie accordée à une femme condamnée à prison à vie pour un quintuple infanticide
- **2023**: Suspicion d'euthanasie à domicile d'une femme achevée par un [étouffement](#) par les soignants

### **f.** Espagne :

- **2025**: 4 mars 2025, opposition d'un père au droit à l'euthanasie accordé à sa fille paraplégique en raison d'un trouble obsessionnel compulsif entraînant des pensées suicidaires pouvant affecter sa capacité à prendre une décision libre et consciente (tribunal de Barcelone)
- **2022**: Tribunal de Tarragone, juillet 2022 (euthanasie de l'accusé accordée avant son procès)

### **g.** Suisse :

- **2024**: Arrestations après un suicide réalisé en capsule Sarco (24 septembre 2024)

### **h.** France :

#### Conseil d'État :

- **2024**: [CE 13 septembre 2024, n° 497087](#) (limitation des traitements)
- **2022**: [CE 19 août 2022, n° 466082](#) (directives inappropriées de maintien en vie)
- **2014**: [CE 24 juin 2014](#), M<sup>me</sup> Lambert, n° 375081, 375090 et 37509 (cessation des traitements)

#### Conseil constitutionnel :

- **2022**: Décision n° 2022-1022 [QPC 10 novembre 2022](#) (demande de maintien en vie, directives inappropriées)
- **2017**: Décision 2017-632 [QPC 2 juin 2017](#) (procédure collégiale décision arrêt de traitement)

#### Cour de cassation :

- **2016**: Cass. civ. 1, 8 décembre 2016, [n° 16-20.298](#) (tutelle accordée à l'épouse de V. Lambert)

## SECTION 3.

### Statistiques et données sociétales

- a. Nombre de décès par euthanasie / aide médicale à mourir
- b. Données économiques et financières
- c. Études universitaires sur la mort assistée
- d. Suicide
- e. Sondages d'opinions
- f. Décès, vieillissement, population et profil social

#### a. Nombre de décès par euthanasie / aide médicale à mourir

**PAYS BAS** (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie [RTE](#))

- **2025** : sur 20 ans, 22 % de décès en plus, mais 500 % d'euthanasie en plus (T.A. Boer, « L'euthanasie va toujours plus loin », dans *Fins de la vie. Les devoirs d'une démocratie*, Paris, les éditions du Cerf, 2025)
- **2023** : 9 068 euthanasies + 4 % des décès par rapport à 2022
- **2022** : 8 720 euthanasies et suicides assistés (dont 58 personnes euthanasiées en couple)
- **2012-2021** : [Cambridge University Press](#) : I. Tuffrey-Wijne, L. Curfs, S. Hollins, I. Finlay, « Euthanasia and physician-assisted suicide in people with intellectual disabilities and/or autism spectrum disorders: Investigation of 39 Dutch case reports (2012–2021) », *B. J. Psych. Open*, 9(3), 2023

**CANADA** (rapport annuel sur l'aide médicale à mourir [AMM](#))

- **2023** : [5<sup>e</sup> rapport](#) annuel sur l'AMM 15 543 euthanasies = 4,7 % des décès soit 17 % de plus qu'en 2022 496 personnes ont retiré leur demande
- **2022** : 13 241 cas d'aide médicale à mourir soit 4,1 % de tous les décès dans le pays + 31,2 % par rapport à 2021

**QUÉBEC** (Commission sur les soins de fin de vie, rapport annuel)

- **2023/2024** : 5 717 personnes ont reçu l'AMM soit 7,3 % des décès dans le pays + 9 % par rapport à 2022/2023
- **2022/2023** : 5 211 personnes ont reçu l'AMM soit 6,8 % des décès dans le pays Aide à mourir anticipée ([ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec MSSS](#))
- **2024** : 119 demandes en 2 mois

**BELGIQUE** (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie [CFCEE](#))

- **2024-2025** : Rapport de la CFCEE 2025 3 991 euthanasies en 2024 soit + 16,6 % par rapport à 2023 = 3,6 % des décès 72,6 % des patients étaient âgés de plus de 70 ans et 43,2 % avaient plus de 80 ans
- **2023-2024** : rapport de la [CFCEE 2024](#) 3 423 euthanasies en 2023 soit + 15 % par rapport à 2022 = 3,1 % des décès
- **2022-2023** : [CFCEE](#) Augmentation des euthanasies pour poly-pathologies et sans brève échéance de décès
- **2022** : 2 966 euthanasies enregistrées + 9,85 % par rapport à 2021 69,9 % des patients étaient âgés de plus de 70 ans et 42,2 % avaient plus de 80 ans

**OREGON** (Oregon Death with Dignity Act - [DWDA](#))

- **2023** : 560 prescriptions médicamenteuses (suicide assisté) 367 décès par ingestions consécutives

## b. Données économiques et financières

### FRANCE

- **2022** : [DREES](#) (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) « Les établissements de santé en 2022 »  
1,6 milliard d'euros : crédits annuels pour les soins palliatifs  
9 milliards d'euros : dépenses annuelles de l'assurance maladie pour les traitements et soins onéreux à l'hôpital

### CANADA

- **2020** : [Rapport](#) sur le coût de l'AMM  
149 millions \$ : gain financier total net de l'AMM en 2017
- **2017** : [Université de Calgary](#) (étude à partir de données canadiennes et néerlandaises)  
Jusqu'à 139 millions de \$ par an pour le budget de la santé canadien

## c. Études universitaires sur la mort assistée

- **2023 Canada** : [Université de Cambridge](#) : « The realities of Medical Assistance in Dying in Canada »
- **2021 Belgique** : S. Sterckx, K. Raus, B. Vanderhaegen, « Euthanasia in Belgium : Shortcomings of the law and its application and of the monitoring of practice », *J. Med. Philos.*, janvier 2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33491735/>
- **2017 Canada et Pays-Bas** : [Université de Calgary](#)

## d. Suicide

- **2025** : [Observatoire national du suicide](#) « Suicide: mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre », 6<sup>e</sup> rapport
- **2023** : Direction générale de la santé : [stratégie nationale de prévention du suicide](#)  
10 000 décès et 200 000 tentatives de suicide par an (28 décès par jour)

Taux de suicide français:

- l'un des plus élevés d'Europe : 13,4 suicides pour 100 000 habitants
- moyenne européenne : 10,2 pour 100 000 habitants
- 400 suicides d'adolescents français par an
- **2022, 2020, 2018** : [Rapports de l'Observatoire national du suicide](#)
- **2019** : 13,07 : taux de décès par suicide français pour 100 000 habitants  
10,15 : moyenne de l'Union européenne pour 100 000 habitants

## e. Sondages d'opinion

- **2024** : [Sondage Harris Interactive](#) 20 propositions à classer par préférence pour les priorités du gouvernement Barnier  
Santé : 2<sup>e</sup> priorité pour les Français  
Fin de vie (pas nécessairement l'euthanasie) : 15<sup>e</sup> place

## f. Décès, vieillissement, population et profil social

### ATLAS CNSPFV

- **2023** :
  - 6,7 millions de personnes âgées de plus de 75 ans
  - 12,4 millions de personnes âgées de plus de 75 ans prévus en 2070
- **2019** : 613 200 décès
- 70 % des personnes décédées avaient 75 ans et plus

### CANADA

- **2024** : *Associated Press*, 19 septembre 2024, « Committee reviewing euthanasia in Canada finds some deaths driven by homelessness fears, isolation »

## >> CONTRIBUTEURS À LA RÉDACTION DE L'AVIS

- Alexis Burnod, Médecin urgentiste et soins palliatifs
- Aline Cheynet de Beaupré, Professeur de droit privé, Université d'Orléans
- Yves-Marie Doublet, Enseignant de droit, Université Paris-Saclay
- Jean-Marie Gomas, Gériatre, médecin de la douleur et de soins palliatifs
- Laurent Frémont, Juriste, enseignant à Sciences-Po Paris
- Emmanuel Hirsch, Professeur émérite d'éthique médicale, Université Paris-Saclay, membre de l'Académie nationale de médecine

- Jean Leonetti, Ancien ministre
- Sadek Beloucif, Chef de service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Avicenne, AP-HP
- Pierre-Henri Duée, Directeur honoraire de recherche de l'Inrae, ancien président de la section technique du CCNE
- Olivier Mariotte, Président de nile
- Jacques Ricot, Chercheur associé, département de philosophie, Université de Nantes
- Gérard Reach, Médecin, professeur honoraire, Université Paris Sorbonne Paris-Nord, membre de l'Académie nationale de médecine
- Pascale Favre, Médecin
- Émilie Olié, Professeur de psychiatrie, Université de Montpellier
- Olivier Joël, Ancien universitaire à l'Université Paris-Dauphine
- Pierre-François Pradat, Neurologue, GH Pitié-Salpêtrière, AP-HP
- François-Xavier Putallaz, Ancien professeur de philosophie, Université de Fribourg
- Agnès Certain, Pharmacien praticien hospitalier, AP-HP
- Françoise Chastang, Praticien hospitalier, psychiatre, CHU de Caen Normandie
- Raphaël Gourevitch, Psychiatre, délégué de la société médico-psychologique
- Elisabeth Hubert, Ancien ministre
- Clémence Joly, Médecin de soins palliatifs
- Sara Piazza, Psychologue clinicienne
- Patrice Queneau, Professeur émérite de thérapie, membre émérite de l'Académie nationale de médecine
- Jean Picq, Magistrat honoraire
- Jean-Marc Sauvé, Fonctionnaire honoraire
- Didier Sicard, Professeur émérite, Université Paris Cité, président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

- Jeanne Amourous, Infirmière en soins palliatifs
- Marie-Frédérique Bacqué, Professeur de psychopathologie, Université de Strasbourg, directrice du Centre international des études sur la mort
- Jean-Marc Baleyte, Professeur de pédopsychiatrie, Université Paris-Est-Créteil
- Nicolas Bauer, Docteur en droit, Centre européen pour le droit et la justice (ECLJ)
- Paul Benadhira, Directeur d'accueils de jour Alzheimer et d'un service d'accompagnement des aidants
- Frédéric Blanc, Professeur des Universités, praticien hospitalier de gériatrie et de neuro-gériatrie, Hôpitaux universitaires de Strasbourg
- Bertrand Bonnefond, Ancien ouvrier forestier à Blois, créateur du Café Charcot (2003 à 2014) et membre fondateur de l'association Les Papillons de Charcot (2006-2016)
- Christine Bonnefond, Compagne de Bertrand Bonnefond, aidante-experte
- François Braun, Ancien ministre
- Hélène Brocq, Psychologue clinicienne, pôle IULS-Neurosciences, MPR
- Laurent Bureau, Fondateur d'un festival, bénévole, association de soins palliatifs
- Anne-Lyse Chabert, Chargée de recherche en philosophie, CNRS, laboratoire IHRIM, ENS, Lyon
- Bernard Charpentier, Professeur émérite de néphrologie, Université Paris-Saclay, président honoraire de l'Académie nationale de médecine
- Alain Combescure, Professeur d'Université émérite, INSA, Lyon
- Alain Cordier, Ancien vice-président du Comité consultatif national d'éthique
- Hervé Chneiweiss, Neurologue, président du Comité d'éthique de l'INSERM
- Danielle Cohen-Levinas, Professeur à la faculté des lettres, Sorbonne Université
- Pierre Corbaz, Médecin généraliste FMH, docteur en philosophie
- Xavier Deau, Médecin généraliste, ancien président de l'Association médicale mondiale, et vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins
- Vincent des Portes, Médecin neuro-pédiatre, professeur, Université Lyon 1
- Jean-François Dodet, Médecin de santé publique, vice-président de Dijon Métropole
- Laetitia Dosne, Directrice générale, Helebor
- Jean-Marie Faroudja, Ancien président de la section éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins

- Michaël Finaud, Médecin interniste et gériatre
- Stéphanie Fortier, Directrice d'établissement médico-social
- Claire Fourcade, Médecin de soins palliatifs
- Gilles Freyer, Chef de service d'oncologie médicale, Hospices civils de Lyon, CHU de Saint-Étienne
- Sylvie Froucht-Hirsch, Médecin, anesthésiste-réanimateur
- Jean Furtos, Psychiatre des hôpitaux honoraire, fondateur de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et exclusion
- Ludovic Gally, Directeur de la Clinique Sainte Brigitte (Grasse), ancien président régional JALMALV
- Charles Gardou, Anthropologue, professeur émérite, Université Lumière Lyon 2
- Jean Gauthier, Cardiologue
- Robert Gelli, Magistrat honoraire
- François Genin, Co-fondateur de Voisins et Soins
- Daniel Goldberg, Professeur de mathématiques appliquées, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis
- Caroline Granier Ciuti, Kinésithérapeute, doctorante en psychanalyse
- Alain Grimfeld, Professeur honoraire à Sorbonne Université, président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)
- Olivier Guérin, Professeur de médecine, gériatre
- Marc Guillaume, Économiste
- Philippe Gutton, Psychiatre, psychanalyste
- Marie de Hennezel, Psychologue, écrivain
- Olivier Jarry, Pneumo-oncologue, Centre hospitalier du pays Charolais Brionnais
- Cyrille Jeanteur, Ingénieur polytechnicien (X85) retraité, Locked In Syndrom (1997)
- Magali Jeanteur, Médecin, épouse-aidante
- Jean Lacau St Guily, Professeur émérite, Sorbonne Université
- Roland Lallemand, Médecin généraliste
- Laurent Lantieri, Chef de service de chirurgie plastique, HEGP, AP-HP
- Véronique Lefebvre des Noëttes, Psychiatre et gériatre, Hôpital Émile-Roux, AP-HP
- Marc Le Fort, Praticien hospitalier, chef du pôle de médecine physique et de réadaptation, CHU de Nantes
- Marc Lévêque, Neurochirurgien, algologue
- Michael Levinas, Compositeur, pianiste, membre de l'Institut de France, ancien président de l'Académie des Beaux-Arts
- Daniel Loisançe, Professeur honoraire de cardiologie, Université Paris-Est Créteil Val de Marne, membre de l'Académie nationale de médecine
- Laurence Lucas-Skalli, Psychiatre
- Denis Malvy, Professeur de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux, membre de l'Académie nationale de médecine
- Sylvie Manouvrier, Professeur honoraire de génétique médicale, Université de Lille
- Nathan Mathieu, Cadre dans un établissement médico-social
- Catherine de Metz, Juriste, maire adjointe Santé, senior, handicap, Gien
- Pauline Monnier, Médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs à domicile, L'Estey Mutualité
- Jean-Paul Ortiz, Néphrologue, ancien président de la CSMF
- Didier Ouedraogo, Chargé d'enseignement de philosophie, Université Paris-Saclay
- Pierre-François Perrigault, Chef de service d'anesthésie-réanimation Gui de Chauliac, chef du pôle neurosciences tête et cou, CHU de Montpellier
- Ségolène Perruchio, Médecin de soins palliatifs
- Philippe Petit, Médecin spécialiste en santé publique, chargé des questions éthiques à France Cérébrolésion
- Benoît Plaud, Chef de service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Saint-Louis, AP-HP
- Cristina Poletto-Forget, Professeure de philosophie, membre du Comité d'éthique de Sorbonne Université
- Gary Pommier, Praticien hospitalier, service de soins de support et palliatifs, CHU de Nice
- Georges Poncet, Photographe
- Julie Pouget, Cheffe du pôle soin de support, algologie et soins palliatifs, Fondation Bagatelle, Bordeaux
- Sylvain Pourchet, Médecin de soins palliatifs
- Julie Ramette, Médecin généraliste, gériatre, directrice médicale emera
- Jean-Daniel Remond, Psychologue, essayiste
- Madjid Si Hocine, Gériatre hospitalier
- Brigitte Soudrie, Praticien hospitalier, médecine physique et rééducation, Hôpital Marin d'Hendaye, AP-HP, directrice du département médico-universitaire maladies rares, neurologiques et polyhandicap
- Alain Toledano, Cancérologue, président de l'Institut Rafael
- Flora Tremellat Faliere, Chef de service de soins de support et palliatifs, CHU de Nice
- François Vialla, Professeur de droit privé, École de droit de la santé, Université de Montpellier
- Paul-Henri Wicky, Médecin réanimateur, Institut mutualiste Montsouris
- Valérie Winckler, Photographe et réalisatrice

Sous la direction de  
EMMANUEL HIRSCH

# FINS DE LA VIE

Les devoirs  
d'une démocratie

COLLECTIF DÉMOCRATIE,  
ÉTHIQUE & SOLIDARITÉS



Cet ouvrage est un acte politique, l'expression d'un engagement et d'une exigence de discernement partagés au sein du Collectif Démocratie, éthique et solidarités. Il associe 68 contributeurs représentatifs de la société civile dans une approche pluraliste, accessible, étayée par les expériences et les expertises. Les points essentiels des débats concernant les évolutions législatives relatives à la fin de vie de 1999 à 2025 sont argumentés et discutés, sans concessions. Six thèmes y sont approfondis et mis en perspective : *L'État peut-il répondre à la demande de mort ? Fin de vie, quelle société voulons-nous ? Responsabilités, droits et engagements du soin. Suicide, euthanasie : face à la souffrance ce qu'est l'attente. Accompagner : notre devoir de non-abandon. Là où le suicide et l'euthanasie sont légalisés.*

Éditions du Cerf, mai 2025.



Collectif  
Démocratie,  
Éthique et  
Solidarités

[collectif-des.fr](http://collectif-des.fr)