

22 septembre 2025



**Collectif
Démocratie,
Éthique et
Solidarités**

collectif-des.fr

**>> CONTRE-VÉRITÉS ET NON-DITS
DE LA PROPOSITION DE LOI
CRÉANT UN DROIT À L'AIDE A MOURIR**

Avis n° 2 du Collectif Démocratie, éthique et solidarités

n° 2

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

Le Collectif DES regroupe des citoyens issus de multiples disciplines et domaines, 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.

Cet avis prolonge l'avis n°1 Fin de vie : les enjeux d'une loi en faveur d'une mort programmée du 3 avril 2025.

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



SOMMAIRE

Présentation de l'avis n° 2 du CDES, p.3

Introduction, p. 5

1. L'invocation de la devise républicaine et ses contre-vérités

L'invocation de la liberté, p. 7

La réalité sociale et médicale

La consécration du « tout pouvoir médical »

L'invocation de l'égalité, p. 9

L'égalité des droits des personnes

L'égalité des droits des soignants

L'égalité des droits des tiers

L'invocation de la fraternité, p. 11

Les conséquences sociales

2. Les silences et les non-dits du législateur, p.13

L'usage des mots

Le flou des critères

L'absence d'encadrement du délit d'entrave

L'impact sur les personnes vulnérables

La dimension économique

La manipulation statistique

3. Avis et souhaits du CDES, p. 16

Rédaction de l'avis n° 2, p. 18



> PRÉSENTATION DE L'AVIS N° 2

Rappels relatifs aux deux propositions de lois examinées par la Sénat en septembre 2025 :

- **Droit de la fin de vie existant en France**

Le dispositif français en matière de fin de vie, à l'issue de la loi de 2016 ne provoque pas la mort, respecte l'autonomie personnelle et lutte contre la souffrance en posant notamment les principes suivants :

- La non-obstination déraisonnable ;
- L'arrêt/limitation/refus des traitements par le patient et/ou par le médecin (procédure collégiale) ;
- Une personne de confiance qui témoigne quand la personne est hors d'état de manifester sa volonté ;
- Le traitement à double effet luttant contre la douleur au risque d'accélérer la survenue de la mort ;
- Deux modèles de directives anticipées selon que la personne est gravement malade ou en bonne santé ;

- La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, prévue pour une personne mourante avec des douleurs réfractaires : la personne meurt endormie sans souffrir via l'administration d'un sédatif et d'un analgésique.

• Proposition de loi n° 662 sur les soins palliatifs

En parallèle de la proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à « l'aide à mourir », la proposition de loi n° 662 ne fait que viser à « garantir l'égal accès de tous » à l'accompagnement et aux soins palliatifs, et non un droit. Cet intitulé reprend celui de 1999 (garantir l'accès aux soins palliatifs) toujours loin d'être atteint 26 ans plus tard (500 personnes mourant chaque jour en France sans avoir pu bénéficier des soins palliatifs dont elles auraient eu besoin).

Dans la proposition de loi n° 662 relative aux soins palliatifs, lors des débats, les députés reprenant pourtant mot à mot la définition de l'OMS ont expressément supprimé les deux alinéas suivants :

Ils sont accessibles sur l'ensemble du territoire national.

L'accompagnement et les soins palliatifs ne visent ni à hâter, ni à différer la survenance de la mort.

• Proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir

Les observations suivantes peuvent être faites :

« Aide à mourir » : jamais les termes d'euthanasie ni de suicide assisté ne sont employés alors qu'ils sont concernés, au mépris des incidences pénales.

L'institution d'un « droit » à l'aide à mourir :

- Ouvrir la voie aux recours pour discrimination et élargissement des critères d'éligibilité ;
- Autoriser ultérieurement l'entrée dans la Constitution à prévoir.

art. 4 : les critères médicaux sont flous, larges (subjectivité de la souffrance, arrêt volontaire des traitements...). Des cas d'insuffisance rénale sévère, insuffisance cardiaque sévère, insuffisance respiratoire sévère, diabète, cancers, SLA, Alzheimer, Parkinson, myopathie de Duchenne, tétraplégiques... : tous éligibles

Art. 5 : l'écrit est recommandé mais pas obligatoire pour demander à mourir (aucun prêt bancaire ne le peut)

Si le médecin a un doute sur le discernement d'un majeur protégé, il « peut » saisir le juge ou le conseil de famille

Art. 6 : pas de réelle **collégialité**, la réunion peut se faire en simple visioconférence, elle réunit :

1 médecin décisionnaire, non nécessairement spécialiste de la pathologie du patient

+ 1 « simple » avis (non contraignant) d'un médecin spécialiste de la pathologie, non tenu d'examiner le patient

+ 1 auxiliaire médical (infirmière, podologue...).

Le médecin décisionnaire décidera seul de la mort d'une personne.

Les délais prévus permettent d'être euthanasié en 2 jours :

- le médecin sollicité doit répondre en moins de 15 jours (il peut le faire le jour-même)
- le patient ne doit attendre que 48 h avant de confirmer

Art.12 : aucun recours des tiers n'est possible contre la décision du médecin acceptant euthanasie ou suicide assisté

- Seul le patient (mourant...) le peut ;
- Impossibilité de saisir la justice pour les : parents, proches, conjoint, personne de confiance, procureur... ;

- Seule exception : le tuteur d'un majeur protégé dispose de 2 jours pour saisir la justice quand le médecin décisionnaire a un « doute » sur les facultés de discernement du patient (au bout de 2 jours, l'euthanasie est possible).

Art. 15 : commission de contrôle et évaluation

- Copiée sur la Belgique qui a été condamnée pour défaillances (1 seul dossier signalé en 23 ans...) ;
- A posteriori : la personne est décédée lorsque la commission examine la validité du dossier...
- Sur les 8 membres :
Deux médecins sont prévus : seuls habilités à accéder au dossier médical. Les autres membres statueront sans le consulter ;
Deux membres « d'association des usagers », l'ADMD a déjà dit vouloir en faire partie.

Art. 17 : délit d'entrave à l'aide à mourir

- Interdit de tenter de dissuader une personne d'une euthanasie ou suicide assisté :
est inconciliable avec la prévention du suicide ;
est inconciliable avec le travail des psys et des soins palliatifs confrontés à une dépression ou un désir de mort ;
- Dissuader de la mort est un délit, mais aucun délit n'est prévu pour inciter à mourir

Art. 19 : assurance-décès (« assurance-vie »)

- Un suicide assisté permet à l'assurance d'être effective ;
- Un « simple » suicide bloque l'assurance s'il a lieu dans l'année de l'année de la souscription.



>INTRODUCTION

Le 27 mai 2025, la proposition de loi relative au « droit à l'aide à mourir » a été adoptée en première lecture par les députés avec 54 % de votes favorables parmi les votants. Dans le même temps était votée à l'unanimité, en première lecture, la proposition de loi relative aux soins palliatifs. Ces deux textes ont été déposés au Sénat^{1 2}.

Depuis, le Comité des droits des personnes handicapées (CDPH) de l'ONU a émis de sérieuses critiques³ contre le premier texte. Il recommande à la France :

- avant toute adoption du texte, d'effectuer une évaluation approfondie avec la participation active des personnes handicapées, de la conformité de la proposition de loi à la Convention des droits des personnes handicapées de l'ONU ;
- de sensibiliser Assemblée nationale, Sénat et ministères à la Convention et à ses principes fondamentaux, notamment le modèle des droits humains en matière de handicap et l'obligation pour les États parties de renoncer à tout modèle médical ou discriminatoire ;

¹ <https://www.senat.fr/leg/ppl24-661.html>

² <https://www.senat.fr/leg/ppl24-662.html>

³ *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Follow-up report to Concluding observations, 26 Aug. 2025, CRPD/C/33/3*

- de combler les lacunes actuelles concernant les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des personnes handicapées (prestation de services de soutien et de soins en santé mentale, soins palliatifs à domicile, aide personnalisée et soutien à l'emploi) ;
- d'empêcher toute nouvelle déclaration publique affirmant que la Convention et/ou le Comité reconnaissent un « droit à mourir » et mener une campagne de sensibilisation et d'information sur la Convention et les droits des personnes handicapées ;
- de ne plus faire de médiatisation non encadrée de l'euthanasie ;
- que le projet ne soit pas adopté avant d'avoir vérifié le respect de la Convention des droits des personnes handicapées, en n'oubliant pas d'associer le monde du handicap aux réflexions.

Le débat parlementaire a pour vertu d'aborder des sujets de manière civilisée et d'échanger des arguments et des idées. Sur une question comme celle de la fin de vie, on serait en droit d'attendre que chaque camp entende l'autre, afin de trouver un consensus. L'adoption de la loi Leonetti était parvenue à cet objectif en 2005, ce texte ayant été adopté à l'unanimité à l'Assemblée nationale et ayant fait l'objet d'un vote conforme au Sénat.

On notera qu'un vote en faveur d'une légalisation d'une mort provoquée, sans débat préliminaire, avait été de 81 % dans l'hémicycle en avril 2021 à l'occasion d'une niche parlementaire. Le débat national et la confrontation aux situations réelles auraient-elles contribué à susciter la nuance et le doute sur le bien fondé d'une telle modification législative ?

Le nombre limité d'outrances verbales auxquelles a donné lieu la discussion à l'Assemblée nationale de la proposition de loi créant un « droit à l'aide à mourir » ne doit pas dissimuler le rejet quasiment systématique des arguments et des amendements présentés par une partie de l'hémicycle pour alerter sur les dangers de ces dispositions. Le gouvernement n'a pas accédé aux suggestions de modification du texte, dans la mesure où la proposition de loi en discussion n'était que la copie du projet de loi 2462⁴ dont l'examen avait été interrompu par la dissolution de l'Assemblée nationale en 2024. De fait, les amendements apportés au texte initial ont pour la plupart paraphrasé le dispositif ; les autres n'ont eu qu'une portée très limitée.

On retiendra certains exemples emblématiques relevant plutôt de la cosmétique ou paraphrases que de la volonté de tenir compte des sérieuses réserves exprimées par ailleurs :

- Les critères de phase avancée et pronostic à moyen terme, caractérisé comme impossible à définir par l'HAS ont été remplacés par : *« caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie »* sans que cela confère de précision supplémentaire sur un critère déjà flou.
- Le projet de mort programmée était initialement construit sur un mode de type suicide assisté. Le suicide assisté seul a comme effet de retenir par effet anxiolytique, près de 30 % des patients qui, dans l'État d'Oregon (États-Unis), n'ont pas utilisé le produit létal.
Or, le rétablissement en séance de la place de l'euthanasie, sans la nommer, « lorsque la personne ne peut s'administrer la dose létale » confirme en fait une procédure qui conduira à une pratique généralisée d'euthanasie à toute forme d'aide à mourir comme c'est le cas dans les pays qui ont légalisé les deux modes. Ce constat se vérifie aussi bien au Canada qu'aux Pays-Bas. Subordonner l'euthanasie à une condition d'incapacité physique de la personne n'y change rien. Aussi la différence entre les deux actes, ici volontairement confondus sous le vocable trompeur d'« aide à mourir », doit impérativement apparaître.
- L'introduction d'un possible recours exceptionnel devant le juge des contentieux de la protection dans les 48 heures qui suivent une décision de mort programmée, pour les personnes sous protection ne rassure en rien. L'enclenchement du processus déjà expéditif est ainsi à peine modifié.

Dans la continuité du premier avis rendu par le Collectif DES⁵, le présent document a pour objet de relever les contrevérités dispensées au cours de ce débat ainsi que les silences entretenus autour celui-ci.

⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2462_projet-loi

⁵ <https://collectif-des.fr/avis>



>1. L'INVOCATION DE LA DEVISE RÉPUBLICAINE ET SES CONTRE-VÉRITÉS

Ces contrevérités ont le plus souvent fait appel, par commodité rhétorique, à la devise républicaine de « *liberté, égalité et fraternité* ». Derrière chacun de ces mots-valises pouvait s'abriter une justification simple et compréhensible par tous d'une signification exactement antinomique à la définition de chaque terme. Outre qu'une simplification à l'excès d'un sujet aussi complexe aux multiples dimensions s'est avéré une construction idéologique artificielle, elle oublie que la trilogie républicaine constitue un pilier permettant de défendre le respect de la dignité humaine. Or celle-ci ne décline pas avec les forces de l'individu. La démonstration peut en être apportée lorsque l'on reprend chacun de ces concepts.

- **L'invocation de LA LIBERTÉ**

Le thème de la liberté ultime auquel le législateur et la société ne sauraient faire obstacle est revenu comme le *leitmotiv* principal dans les débats pour justifier cette proposition de loi. C'est méconnaître cependant tant la réalité médicale et sociale que la procédure qui s'attache à la mise en œuvre de l'aide à mourir dans ce texte.

- ***La réalité sociale et médicale***

Comme le relevait Axel Kahn en 2008 devant la Mission d'information d'évaluation de la loi Leonetti, « *La demande de mourir émane toujours d'une personne pour qui la vie est devenue insupportable, et qui estime qu'elle n'a d'autre choix que de l'interrompre. C'est tout à fait le contraire d'une liberté. Il convient, une fois pour toutes, de tordre le cou à cette idée selon laquelle la demande d'euthanasie serait de ces libertés glorieuses pour lesquelles on est prêt à se battre parce qu'elles sont un idéal de vie. Ce n'est jamais cela* »⁶.

Présenter le recours au suicide assisté et à l'euthanasie comme une liberté contrevient à la réalité car la personne qui s'inscrit dans cette démarche n'est précisément pas libre. Elle l'est d'autant moins, lorsqu'elle n'a pas accès aux soins dont elle aurait besoin, qu'elle se sent prisonnière d'une souffrance physique ou psychique durable, qu'elle se perçoit comme une charge pour son entourage⁷ ou lorsque des préoccupations financières entrent comme des facteurs déterminants dans son choix⁸. Au-delà du profil général des personnes relevant de ce cadre théorique se pose la question du profil de personnes dont le discernement libre et éclairé exigé par l'article 4 de la proposition de loi, est sujet à caution.

Où se situe en effet la liberté de la personne dont le doute sur le consentement libre et éclairé requiert la consultation d'un psychiatre, comme c'est le cas dans la loi autrichienne sur le suicide assisté⁹ ? Peut-on invoquer la liberté pour les personnes sans autre pathologie que la maladie mentale, pour lesquelles le législateur canadien a décidé de reporter l'application de l'aide à mourir à 2027 ?

⁶ <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1287-t2.asp>

⁷ En Oregon cette perception revient dans 44 % des cas

<https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/Documents/year26.pdf>

⁸ En Oregon les préoccupations financières des personnes candidates au suicide assisté n'entraient que dans 1 % des cas. Au Canada celles-ci représentent désormais plus de 8 % des cas.

<https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/Documents/year26.pdf>

⁹ <https://ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxcabfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20011782>

Une personne atteinte d'un handicap mental ne peut pas demander une euthanasie de façon éclairée, pas plus qu'un nourrisson souffrant de multiples pathologies irréversibles ne demande le suicide assisté. Prévoir, comme le fait l'article 6 de la proposition de loi, que « *La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée* »¹⁰ laisse grande ouverte la marge d'appréciation du médecin en charge de la personne.

Les expériences cliniques portant sur des demandes à mourir font essentiellement part de demandes de cesser de continuer à vivre certaines situations trop difficiles puisque leur soulagement fait interrompre le plus souvent cette demande. Des situations possiblement réversibles aliènent les personnes dans une demande de mort qui n'a rien d'une liberté.

Par ailleurs la liberté suppose par définition de pouvoir changer d'avis. Elle est la traduction de l'ambivalence habituelle de la personne humaine, qui fait que le désir de vie fluctue avec un désir de mort dans la confrontation de chacun avec sa propre finitude. Or, un délai minimal contraint de seulement 48 heures avant l'acte légal laissée par l'article 6, alinéa 14 à la personne pour se déterminer ne laisse pas de temps suffisant à ce changement d'avis possible. En Belgique, ce délai est officiellement d'un mois. Une même vision enfermant l'individu dans un espace temporel d'où il ne peut s'échapper oblige le médecin à se rapprocher de la personne qui n'aurait pas donné suite à son expression de mort provoquée, dans un délai de trois mois (art. 6, al. 15)¹¹. Tout est fait pour satisfaire au plus vite un désir de mort, rien pour en accompagner sa possible fluctuation et son renoncement.

On notera enfin, l'ouverture de ce droit aux prisonniers qui par définition ne sont pas « libres ».

- *La consécration du « tout pouvoir médical »*

Ce pouvoir confié au médecin qui n'est pas systématiquement le médecin traitant de la personne fragilise encore un peu plus l'affirmation d'une démarche libre de la personne. Parce que ce médecin aux termes de la proposition de loi est à la fois l'expert, le décideur et l'exécutant, c'est en lui que se concentrent tous les pouvoirs. Dès lors pourquoi construire ce discours sur l'ultime liberté de la personne, si celle-ci abdique dans les faits sa décision au médecin ? Pourquoi revendiquer haut et fort la liberté de la personne, si implicitement le droit-créeance de l'euthanasie est préféré au droit-liberté du suicide assisté, ce dernier étant le modèle de l'Oregon ou de la Suisse ?

Au surplus le médecin, fût-il opposé à cette procédure en invoquant sa liberté de conscience, est tenu d'orienter la personne vers un confrère ou une consœur, disposés à participer à la mise en œuvre dès la procédure provoquant la mort. Ceux-ci sont ainsi impliqués dans le processus activement, qu'ils le veuillent ou non. Les confrères et les consœurs « *disposés à* » exécuter l'acte (article 14, alinéa 5) devront s'être fait connaître en amont comme favorables à l'acte euthanasique. Inscrits sur des listes, ils seront identifiés avec le risque que se crée une spécialité de médecins euthanasiques, alors même que ce geste ne requiert fondamentalement aucune compétence particulière. D'ores et déjà au Québec, 30 médecins réalisent 40 % des aides médicales à mourir¹². En Oregon, 20 % des prescriptions sont effectuées par un seul médecin.

Qui dit médecin décisionnaire dit, on peut le craindre, médecin solitaire.

Le « *collège pluriprofessionnel* » (article. 6, al. 5)¹³ peut n'être composé que de trois personnes. Le médecin décisionnaire n'est pas tenu d'être un spécialiste de la pathologie du patient. Seul le second médecin doit l'être ; encore n'est-il pas précisé s'il doit être spécialiste de la pathologie « *principale* ». Le troisième membre est un « *auxiliaire médical* » (kinésithérapeute, podologue, diététicien (ne), opticien lunetier) ou un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne. Le troisième professionnel de santé peut donc être subordonné hiérarchiquement au médecin décisionnaire.

Le médecin spécialiste n'est pas tenu d'examiner le patient et le collège peut se réunir en visioconférence ou par télécommunication. Or la consultation d'un second médecin par communication téléphonique a été

¹⁰ Article L. 1111 -12-4 CSP.

¹¹ *Ibidem*.

¹² « Regard sur les faits saillants du Rapport quinquennal 2018-2023 sur la situation des soins de fin de vie » (Québec), https://csfv.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/rapports_sfv/csfv_rapport_2018-2023_regard_president_sortant.pdf

¹³ *Ibidem*.

condamnée en 2009 par le Comité des droits de l'homme de l'ONU à propos de telles pratiques aux Pays-Bas. Dans une logique de collégialité, le médecin principal prendra seul la décision, puisqu'il peut passer outre un avis non conforme du spécialiste et du troisième professionnel de santé.

Si elle consacre le tout pouvoir médical, cette procédure constitue un retour en arrière sur la collégialité instituée par la loi Leonetti (2005) et consacrée par la loi Claeys-Leonetti (2016). Rappelons que pour la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, elle est requise. Le Conseil d'État dans une décision du 4 juillet 2025 a d'ailleurs rappelé la force qui s'attache aux décisions collégiales pour les arrêts de traitement¹⁴. Ce retour en arrière est de plus un recul démocratique, puisque ces décisions sont insusceptibles de recours. En écartant les tiers d'un droit au recours (article 12), la proposition de loi a fait le choix d'une procédure qui écarte tous les tiers et risque de créer des contestations et des frustrations qui ne pourront recevoir de réponse.

La notion souvent invoquée que la liberté de pouvoir décider de sa mort avec l'aide de l'État et la médecine serait une liberté qui n'enlève rien à autrui est un leurre ou un argument de communication. Elle ignore le caractère relationnel de chaque individu en société, tenté dans de nombreux domaines de s'inspirer d'autrui, de le suivre dans un effet de mimétisme pouvant aller jusqu'au suicide dans un effet connu de boule de neige appelé « effet Werther », surtout si la société valorise cet acte. On devient alors de plus en plus contraint par une société qui regarde de travers ceux qui sortent de la norme sociale.

• L'invocation de L'ÉGALITÉ

On sait depuis Alexis de Tocqueville que l'égalité occupe une place prépondérante dans notre histoire politique¹⁵. C'est elle qui a été mise en avant par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour justifier le recours à l'euthanasie pour les personnes ne pouvant s'administrer la dose létale¹⁶. Même si les médecins ont souligné que la sédation profonde et continue jusqu'au décès pouvait se pratiquer sur ces personnes sans devoir faire le saut de l'euthanasie¹⁷ — dans la mesure où celles-ci bénéficient généralement de matériel d'assistance technique à leur vie (domotique, perfusion...) — l'argument de l'égalité a été le plus fort. C'est lui qui revient pour justifier le recours à l'euthanasie, par exemple chez les personnes atteintes de SLA. C'est lui qui est avancé au nom des discriminations dont seraient susceptibles de souffrir certaines personnes. Mais tout comme la liberté, l'égalité ne saurait souffrir d'exceptions au gré des dispositions d'un même texte. Or lorsque l'égalité des droits des personnes, des soignants et des tiers est méconnue dans un même texte, le discours égalitaire perd de sa crédibilité.

L'égalité d'accès à l'aide au suicide est revendiquée encore plus fort que l'égalité d'accès aux soins. La France s'apprête à légaliser un droit à l'aide au suicide et en parallèle n'offrir qu'une garantie d'accès aux soins palliatifs.

- *L'égalité des droits des personnes*

Il y a un paradoxe à se réclamer de l'égalité, quand on sait que la première égalité dans ce domaine, celle de l'accès aux soins palliatifs n'est pas assurée. Faut-il encore rappeler que 500 personnes décèdent chaque jour faute de soins palliatifs dont elles ont besoin (rapport de la Cour des comptes) et que 21 départements français à ce jour ne sont pas équipés d'unités de soins palliatifs ? Réclamer une égalité des droits permettant à chacun les conditions d'une existence décente, un accès aux soins et à la solidarité nationale devrait être la revendication première du critère d'égalité. Ici, la première égalité à garantir est celle de l'accès de tous aux

¹⁴ <https://justice.pappers.fr/decision/5ceb560b13228a4539b29fcd5ce110f5e59a2242>

¹⁵ « Les peuples démocratiques ont pour l'égalité une passion ardente, insatiable, éternelle, invincible ; ils veulent l'égalité dans la liberté et s'ils ne peuvent l'obtenir ils la veulent encore dans l'esclavage », *De la Démocratie en Amérique*, Paris, Gallimard Pléiade p. 611.

¹⁶ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite.pdf>

¹⁷ P.F. Pradat, C. Fourcade, P.F. Perrigault, S. Piazza : « Quand la maladie de Charcot devient un argument dans le débat sur la mort programmée : une analyse critique », in *Fins de la vie - Les devoirs d'une démocratie*, ss la dir. d'E. Hirsch, Coll. DES, Paris, éd. du Cerf, 2025, p. 217s.

soins palliatifs. Dès lors qu'une prise en soin compétente et attentionnée est proposée, le désir d'euthanasie se dissipe dans la grande majorité des cas .

Les esprits chagrins rappelleront que cet accès (il ne s'agit pas même d'un droit) aux soins palliatifs est proclamé dans la loi depuis 1999 et que les besoins n'ont pu être entièrement satisfaits. Les esprits sceptiques feront remarquer que la réitération d'une garantie de l'accès aux soins palliatifs dans deux articles de la proposition de loi 662 déposée au Sénat ne changera pas fondamentalement les choses. Les professionnels de santé savent bien en effet que tout est affaire de volonté politique, laquelle passe par des crédits et non des droits déclamatoires. Ils ont été attentifs au fait que la proposition de loi 662 ne fait que « viser à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs », alors que la proposition de loi 661 va plus loin. Elle crée un « droit à l'aide à mourir ». Cette dernière loi serait d'application immédiate, alors que l'autre n'ouvre que des crédits annuels pour les soins palliatifs dont l'adoption dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale reste aléatoire, avec un horizon de dix ans.

- L'égalité des droits des soignants

L'égalité des soignants est tout aussi mise à mal puisqu'ils ne sont pas placés sur un terrain d'égalité dans le cadre de la procédure collégiale. Seul le médecin en charge du patient est habilité à examiner physiquement le patient. Pour le second médecin, il ne s'agit que d'une simple faculté. Les aide-soignants et auxiliaires médicaux appelés à intervenir sont dans un rapport hiérarchique avec le premier médecin. Par conséquent les soignants (autres que le premier médecin) ne sont pas à armes égales avec celui-ci, ce qui affaiblit une procédure présentée comme collégiale.

Cette égalité à géométrie variable se retrouve dans l'exclusion des pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience (Article 14). L'explication donnée à cette rupture d'égalité entre soignants repose sur le fait qu'ils ne sont pas prescripteurs mais les infirmiers qui bénéficient de la clause ne sont pas plus prescripteurs, puisque seuls les médecins ont le statut de prescripteurs.

Enfin où est l'égalité des droits des professionnels de santé ? Organisés en ordres professionnels, ils pourront être soumis à des poursuites disciplinaires, alors que les autres y échapperont (Article 15, alinéa 8) ?

- L'égalité des droits des tiers

L'inégalité de traitement est encore plus flagrante pour les tiers. Ils sont soumis à un double régime d'exception. D'une part, ils ne peuvent former de recours contre la décision médicale. Seules les personnes malades sont autorisées à exercer un recours et encore seulement contre la décision médicale de refus d'aide à mourir¹⁸. Alors qu'un droit de recours est ouvert aux proches et à la personne de confiance contre les décisions d'arrêt de traitement, ce droit élémentaire est refusé lorsqu'un médecin prend une décision permettant la pratique du geste léthal. Cette exclusion contrevient à la jurisprudence constitutionnelle.

Dans sa décision sur la procédure collégiale préalable à la décision de limitation ou d'arrêt des traitements¹⁹, le Conseil constitutionnel a rappelé le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif contre les arrêts de traitement. L'exclusion du droit fondamental au recours n'existe nulle part ailleurs à l'étranger. Des proches en ont fait usage en Belgique, pays érigé comme "modèle", en allant jusqu'à saisir la CEDH²⁰. Si la personne peut former un recours, elle ne peut en outre le déposer que devant le juge administratif, ce qui traduit une méfiance certaine à l'égard du juge judiciaire, auquel la Constitution a confié pourtant la mission de la défense des libertés individuelles. D'autre part, une fois l'acte léthal réalisé, seuls les médecins membres de la Commission de contrôle et d'évaluation sont autorisés à accéder au dossier médical de la personne (article 15, alinéa 12). Cette disposition méconnaît l'article L. 1110-4 CSP sur l'accès des tiers

¹⁸ Article 12, Article L. 1111-12-10 CSP.

¹⁹ <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2017/2017632QPC.htm>

²⁰ Mortier 78017/17

au dossier médical²¹. Non seulement ces deux dispositions créent une inégalité devant le juge et devant la loi mais elles ont pour effet d'instituer une procédure fermée échappant à tout contrôle extérieur. On peut ainsi pratiquer un acte euthanasique sans la moindre information délivrée à une famille ou proche et sans que celle-ci, une fois informée du décès ne puisse contester l'acte létal.

- **L'invocation de LA FRATERNITÉ**

Alors que l'on aurait pu croire que la fraternité n'était pas la valeur la plus naturelle pour légitimer l'euthanasie, elle est également appelée à la rescousse. La fraternité ne serait plus l'entraide à mieux vivre son existence. En 2023-2024, l'expression de « *secourisme à l'envers* » avait vu le jour pour justifier le recours à l'euthanasie dans un avant-projet de loi pour « achever » la personne en cas d'échec dans la procédure de faire mourir. Dans une décision sur l'entrée et le séjour des étrangers²², le Conseil constitutionnel a fait découler de ce principe la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire, sans considération de la régularité de son séjour sur le territoire national. Transposée à la fin de vie, la fraternité imposerait l'obligation de reconnaître le droit à l'aide à mourir.

L'autonomie trouve cependant ses limites dans le collectif social qui repose sur un lien d'humanité conduisant à toujours vouloir sauver une vie. « *La liberté totale tue l'égalité, l'égalité totale tue la fraternité.* »²³

L'institution de ce droit aurait des conséquences sociales considérables que l'on ne peut occulter. Elles sont à la fois quantitatives et qualitatives au regard du profil des personnes concernées.

Les conséquences sociales

Faute d'étude d'impact sur le volume des populations touchées par le dispositif de la proposition de loi, il est apparu utile de l'évaluer. Plusieurs outils sont à disposition pour esquisser cette analyse.

Les personnes atteintes de pathologies chroniques ou évolutives pourraient théoriquement entrer dans le champ d'éligibilité de l'article 4 de la PPL. Ainsi sont concernées :

- Les maladies neuro-évolutives, avec
 - 150 000 personnes atteintes de la maladie de Parkinson ;
 - 120 000 cas de sclérose en plaques ;
 - 7 500 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA).
- Les maladies psychiatriques :
 - Environ 400 000 personnes vivant avec une schizophrénie ou des troubles psychotiques sévères.
- Les pathologies cancéreuses :
 - Plus de 450 000 patients atteints de cancers métastatiques, dont 150 000 décès annuels.
- Les maladies cardiovasculaires et métaboliques :
 - 500 000 patients avec une insuffisance cardiaque ;
 - 120 000 patients diabétiques insulino-dépendants.
- Les pathologies respiratoires :
 - 150 000 personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique oxygène-dépendante.
- L'insuffisance rénale terminale :
 - 50 000 personnes dialysées en France,
 - 10 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale sont diagnostiqués chaque année.

²¹ Art. 1110-4 CSP : (...) dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

²² https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2018/2018717_718QPC.htm

²³ Jean Leonetti, Congrès SFAP, Lille 19 juin 2025.

Ces estimations suggèrent que plus d'un million de personnes pourraient, en théorie, être éligibles à une demande d'« aide à mourir » selon une interprétation large des critères, notamment en l'absence de précisions cliniques normatives sur les phases avancée et terminale.

Si l'on croise également le critère de la phase avancée retenu par l'article 4 de la PPL avec les affections de longue durée, 20 % de la population française — soit près de 14 millions de personnes — serait touchée²⁴.

Un dernier chiffre intéresse plus spécifiquement les personnes en situation de handicap. On rappellera qu'au Canada où l'euthanasie est légalisée pour les personnes affectées d'un handicap depuis 2023, celles-ci représentaient 22 % des euthanasies concernant des personnes dont la mort était raisonnablement prévisible et 34 % des euthanasies sur des personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible²⁵.

Le nombre de personnes en situation de handicap en France est compris entre 6 et 12 millions. Parmi elles, 80 % seraient porteuses d'un handicap invisible. Les déficiences motrices, légères ou sévères, toucheraient plus de 8 millions de personnes. On recense 1,5 million de personnes déficientes visuelles, 6 millions de personnes sourdes et malentendantes. 700 000 personnes seraient porteuses d'un handicap mental ou cognitif. La maladie mentale et les troubles psychiques touchent environ 13 millions de Français, dont 3 millions de personnes avec des troubles psychiques sévères²⁶.

Ce rappel de données sur les handicapés est justifié par le fait que toutes les tentatives faites pour exclure les personnes handicapées au cours des débats parlementaires ont été vaines. Le Gouvernement a émis un avis défavorable sur plusieurs amendements prenant en considération la vulnérabilité particulière de cette population : l'amendement qui proposait d'exclure l'accès à l'aide à mourir pour les personnes placées sous protection juridique en l'absence des garanties prévues à l'article 459 du Code civil ; l'amendement qui prévoyait que le représentant légal d'une personne protégée puisse opposer un veto en cas de désaccord avec la demande d'aide à mourir de cette personne, alors que cette dernière a justement déjà fait l'objet d'un examen médical déterminant qu'elle était incapable d'exprimer sa volonté ; l'amendement qui visait à instaurer une vérification systématique de l'absence de mesure de protection, ainsi que l'amendement qui proposait d'exclure les personnes souffrant de troubles psychiatriques, en raison de la fragilité de leur discernement.

Mais tout n'est pas seulement affaire de chiffres même si ceux-ci donnent à réfléchir. L'appel à la fraternité se heurte à des principes fondamentaux anthropologiques, dûment consacrés par le droit : l'interdit de l'homicide volontaire (Code pénal, art. 221-1) ; la mise en danger de la personne (Code pénal art. 223-1 et suivants) ; l'assistance à personne en péril (Code pénal, art. 223-6, al. 2) ; la sanction de la provocation au suicide (Code pénal, art. 223-13 à 223-15-1) ; l'interdiction faite au médecin de provoquer délibérément la mort (CSP, art. R. 4127-38). Comment le juge tracera-t-il demain une frontière entre « l'aide à mourir » et ces principes sur lesquels notre société est construite ?

Si le législateur a été prolixe pour se réclamer de la trilogie républicaine, il s'est bien gardé en revanche d'évoquer les difficultés soulevées par ce texte.



²⁴ <https://igas.gouv.fr/protection-sociale/revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree-ald-pour-un-dispositif-plus-efficient-et-equitable>

²⁵ <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2023.html>

²⁶ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b1692-tii_rapport-information

>2. LES SILENCES ET LES NON-DITS DU LÉGISLATEUR

Sans prétendre être exhaustif, on se concentrera sur quelques silences éloquents.

• L'usage des mots

Le contraste entre l'invocation de la devise républicaine et le refus persistant à employer les mots justes d'euthanasie et de suicide assisté tout au long du débat est frappant. L'argument invoqué à cette retenue serait le renvoi à des pages sombres de l'histoire européenne. Les Belges et les Hollandais, confrontés aux mêmes situations que les Français dans leur histoire ont assumé leur choix en faisant référence dans leur législation à l'euthanasie. La manipulation sémantique ne change pas la réalité²⁷. Elle ajoute de la confusion. Elle place d'ailleurs les promoteurs de cette législation si attachés à l'euphémisation des mots devant une contradiction. Les mêmes soutiennent d'un côté que l'euthanasie signifie étymologiquement la mort douce et de l'autre côté utilisent des circonvolutions pour désigner le geste létal. Cette ambiguïté terminologique n'est pas sans conséquence.

Faute de dénommer précisément l'acte létal, le législateur risque de générer des situations créatrices de contentieux. Dans son avis sur le projet de loi 2462, Le Conseil d'État exigeait d'avoir une définition claire et précise de l'aide à mourir au regard du droit pénal²⁸ : « *Il ne peut être exclu que des manquements dans la mise en œuvre de la procédure pour l'aide à mourir puissent donner lieu à des poursuites notamment pour le délit d'homicide involontaire.* » Dans un sujet au confluent du droit pénal, la loi ne saurait être inintelligible. Elle se doit d'être d'interprétation stricte.

La proposition de loi initiale dans son préambule était qualifiée pour les personnes en fin de vie dans le cadre d'un ultime recours, ce qui s'est révélé être faux. Aucun article ne parle de fin de vie, aucun critère pronostic n'est invoqué, et le titre de la proposition de loi a changé de nom en fin de Commission des affaires sociales octroyant le mot fin de vie pour aide à mourir. Dans les débats, il est souvent question de fin de vie bien que ce ne soit pas un critère législatif pour désigner sans le dire la mort programmée.

• Le flou des critères

Un des critères d'accès de « l'aide à mourir » était d'avoir un pronostic vital engagé en lien avec une affection grave. La proposition de loi initiale parlait de pronostic engagé à « moyen terme ». Mais faute de pouvoir définir avec précision le terme du pronostic vital engagé, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'étant déclarée incapable de déterminer le critère du moyen terme²⁹, le pronostic vital n'est maintenant plus qualifié dans l'article de la proposition de loi. On a vu que la « phase avancée » est une notion très vague. Elle signifie que la guérison n'est plus possible, mais peut correspondre à des maladies dont le pronostic vital peut être repoussé de plusieurs années en raison de l'efficacité de certains traitements.

Le critère de « maladie incurable » est également discutable. L'incurabilité d'une situation n'empêche pas l'offre de traitements et soins permettant de freiner l'évolution d'une maladie et de soulager des symptômes pour permettre une qualité de vie. Des pathologies en particulier cancéreuses étaient hier incurables et aujourd'hui bénéficient de nouvelles thérapeutiques (thérapies ciblées, immunothérapies, greffes, etc.) modifiant considérablement le pronostic. Tous ces critères dits avancés nommés à l'article 4, sans précision scientifique, participent du flou de l'appréciation laissée au médecin seul que l'on a dénoncé.

• L'absence d'encadrement du délit d'entrave

Le délit d'entrave reproche l'attitude consistant à tenter de dissuader une personne souffrante ou suicidaire, de recourir à l'aide au suicide décrite ici. Si l'on pousse cette logique jusqu'au bout, la prévention du suicide

²⁷ <https://www.fondapol.org/etude/les-mots-de-la-fin-de-vie-ne-pas-occulter-les-termes-du-debat/>

²⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/les-avis-du-conseil-d-etat-rendus-sur-les-projets-de-loi/2024/avis_ce_tssp2407983l_cm_10.04.2024.pdf

²⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3529685/fr/ pronostic-vital-engage-a-moyen-terme/phase-avancee

deviendrait un délit. Mais il est vrai que la prévention du suicide n'a pas retenu l'attention des promoteurs de la loi. L'Observatoire national du suicide n'a pas été auditionné. La question fondamentale de l'articulation de la politique publique de prévention du suicide avec la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie a été refoulée, alors même que le CCNE dans une annexe à son avis n° 139 n'excluait pas de différence dans les motivations du suicide et du suicide assisté³⁰. La question de l'augmentation du nombre de suicides depuis la légalisation de l'euthanasie a été évacuée. Or les suicides ont connu une hausse de 27 % entre 2007 et 2021 aux Pays-Bas³¹ et la Belgique est le cinquième pays d'Europe au taux de suicide le plus élevé. Enfin à partir du moment où la chambre d'un malade est considérée juridiquement comme un espace privé, la question de la poursuite du délit d'entrave contre des soignants, au risque de diviser la communauté médicale, ne manquera pas de se poser.

- **L'impact sur les personnes vulnérables**

Dans son avis du 6 mai 2025, l'Académie nationale de médecine fait référence à un avis antérieur du 27 juin 2023 – où elle attirait l'attention sur les risques d'exposition de publics vulnérables à l'euthanasie et au suicide assisté – appelait à « *exclure du champ de l'indication d'une assistance au suicide [les personnes souffrant des pathologies suivantes :] les troubles psychologiques, l'état dépressif, le grand âge avec troubles cognitifs avérés, les maladies et handicaps avec altération de la capacité de jugement* »³².

Faute d'étude d'impact, alors même que des études canadiennes ont montré que les populations les plus vulnérables, les plus isolées étaient les plus exposées à l'euthanasie dans l'État d'Ontario³³, la présentation de la proposition de loi a évité de tenir compte de cette réalité sociale incontestable. Si l'on fait un rapprochement avec les personnes handicapées, un rapport de l'Assemblée nationale paru à l'occasion des vingt ans de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, met en lumière la fragilité sociale particulière de ces personnes. Le taux de pauvreté des personnes en situation de handicap s'établissait en France à 26 % en 2021 contre 14 % pour la population générale³⁴.

Au Royaume-Uni, il convient d'attirer l'attention sur le soin mis pour introduire des mesures de protection pour les personnes handicapées mentales dans la proposition de loi de légalisation du suicide assisté en cours de discussion devant le Parlement³⁵. Des experts indépendants sont mêmes prévus pour soutenir les personnes souffrant de maladie mentale ainsi qu'un conseil consultatif sur le handicap qui a pour mission de conseiller le gouvernement sur la mise en œuvre de la loi et son impact sur les personnes handicapées.

En Allemagne, la Cour constitutionnelle a fait part de l'émigration de personnes âgées hollandaises qui, craignant d'être euthanasiées, sont allés trouver refuge dans le pays voisin³⁶.

Le rejet des amendements français destinés à protéger ces personnes vulnérables d'une incitation euthanasique, montre le peu de considération du risque évident d'abus de faiblesse. Notre pays fait déjà l'objet de 500 condamnations annuelles pour ce motif.

- **La dimension économique**

La même pudicité a inspiré les aspects économiques de cette problématique. Les promoteurs de la proposition de loi ne sauraient avoir comme intention première de réaliser des économies substantielles de dépenses de santé. On ne peut cependant occulter cette dimension dans un pays où les dépenses de santé

³⁰ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite.pdf>

³¹ Theo Boer, *Le Monde*, 1^{er} décembre 2022 ; cf. « L'euthanasie va toujours plus loin », in *Fins de la vie – Les devoirs d'une démocratie*, *ibidem*.

³² <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2025/05/25.5.6-Communique-Loi-fin-de-vie.pdf>

³³ <https://www.fondapol.org/etude/les-non-dits-economiques-et-sociaux-du-debat-sur-la-fin-de-vie/>

³⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b1692-tii_rapport-information

³⁵ <https://bills.parliament.uk/bills/3774>

³⁶ https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

représentent 12 % du PIB et où le reste à charge des assurés est le plus bas d'Europe. L'étude d'impact accompagnant le projet de loi 2462 n'a pas abordé cette question. Le Canada a assumé pleinement les gains économiques de l'euthanasie. Il a estimé ces gains nets, en 2021, à 149 millions de \$ canadiens³⁷.

Au demeurant, le résultat économique n'est pas le même selon la légalisation du suicide assisté ou celle de l'euthanasie. En 2016, la Californie introduisait le suicide assisté quand le Canada, à population identique d'environ 38 millions d'habitants, légalisait de fait l'euthanasie. Six ans plus tard, en 2022, on comptait 853 suicides assistés en Californie contre 13 241 euthanasies au Canada, soit un écart de 1 à 16.

Les études menées jusqu'ici en France font apparaître que les gains appliqués à une projection en France des euthanasies du Québec — soit 7 % des décès — aboutiraient à réaliser approximativement 1, 4 milliards d'€ chaque année³⁸. Ces informations ne doivent pas être tues car elles sont à mettre en rapport avec les dépenses de soins palliatifs évaluées à 1, 6 milliards.

• La manipulation statistique

Le recours à l'expression « d'aide à mourir » n'est pas la seule manipulation sémantique de la proposition de loi. C'est aussi le cas de la notion de « mort naturelle » pour ne pas évoquer le suicide assisté et l'euthanasie. La disposition classifiant initialement les décès issus d'une aide à mourir comme une mort naturelle a été rejetée en séance. Cependant le débat n'est pas clos. Une « mort naturelle » est provoquée par la maladie, à l'inverse d'un suicide toujours considéré comme « mort violente ». D'ailleurs en Suisse les décès par suicide assisté donnent toujours lieu à enquête de police du fait de son caractère brutal. La classification des euthanasies et de suicides assistés est renvoyée au pouvoir réglementaire puisqu'en vertu de l'article R 2213-1-1 du code général des collectivités territoriales, ce sont les autorités locales qui établissent les certificats de décès. Mais faute d'encadrement par la loi, deux risques peuvent se présenter :

- l'assimilation des euthanasies et des suicides assistés à des morts naturelles ;
- l'absence d'identification spécifique des euthanasies et des suicides assistés, puisque ces deux formes de mort provoquée ne sont pas définies précisément dans la proposition de loi 661.

Cette confusion serait un facteur d'opacité empêchant d'évaluer l'application de la loi. Certaines leçons doivent être tirées. L'assimilation des suicides assistés aux suicides en Suisse a eu pour effet de faire diminuer le nombre de suicides assistés en donnant une image tronquée de la réalité³⁹. Si en effet les euthanasies et les suicides assistés sont assimilés à des morts naturelles et si les euthanasies et les suicides assistés ne sont pas classés correctement, la crédibilité de la Commission de contrôle et d'évaluation sera fortement entamée et il sera impossible d'évaluer sérieusement la législation.



³⁷ <https://www.pbo-dpb.ca/fr/publications/RP-2021-025-M--cost-estimate-bill-c-7-medical-assistance-in-dying--estimation-couts-projet-loi-c-7-aide-medicale-mourir>

³⁸ <https://www.fondapol.org/etude/les-non-dits-economiques-et-sociaux-du-debat-sur-la-fin-de-vie/>

³⁹ <https://librairie.saint-augustin.ch/livre/9782204164955-la-deroute-de-la-raison-les-enjeux-du-suicide-assiste-francois-xavier-putallaz/>

>3. AVIS ET SOUHAITS DU COLLECTIF DÉMOCRATIE, ÉTHIQUE ET SOLIDARITÉ

1. LE COLLECTIF DÉMOCRATIE, ÉTHIQUE ET SOLIDARITÉ EST D'AVIS QUE...

1/ Le texte de la proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir porte un projet :

- > non clairement exprimé ;
- > ouvertement favorable à l'autodétermination ;
- > incompatible avec les principes de fraternité et de solidarité qu'il revendique par ailleurs.

2/ Le texte de la proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir,

- > sous couvert de respect de la devise républicaine, ne crée pas une exception ou ultime recours dans des cas précis et selon une procédure encadrée.

Il crée un « droit à mourir » avec des critères flous, des garde-fous lâches et sans contrôle extérieur. Il institue un déséquilibre entre un droit d'entrave mal défini et une absence de contrepouvoir. Participent de cette absence de contrepouvoir l'absence d'ouverture d'un droit de recours aux tiers, l'absence d'accès au dossier médical pour les membres non-médecins de la Commission de contrôle et d'évaluation, la menace permanente du délit d'entrave pesant sur les soignants.

3/ Le texte de la proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir,

- > expose les personnes les plus fragiles socialement et économiquement en refusant de prendre en compte leurs spécificités.

4/ Le texte de la proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir,

- > ne répond pas à de très nombreuses interrogations juridiques et médicales.

5/ Le texte de la proposition de loi n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir,

- > ne constitue qu'une étape vers des élargissements à venir de son champ d'application.

Dans tous les pays, les associations militantes en faveur d'une légalisation de l'euthanasie appartiennent le plus souvent au même mouvement mondial fédérateur réclamant le droit à une mort provoquée sans condition avec l'aide de la médecine. En France, la revendication militante est identique, avec la « réclamation d'une grande loi de liberté qui puisse permettre un accès au suicide assisté et à l'euthanasie sans condition ». Un ancien député militant affirmait en 2024 que la loi française ne serait que la première étape d'un système qui veut « mettre le pied dans la porte » et demain étendre l'aide à mourir aux catégories de personnes suivantes : « les mineurs, les maladies d'Alzheimer et les maladies psychiatriques⁴⁰.

6/ le texte de la proposition n° 661 visant à créer un droit à l'aide à mourir,

- > participe à la promotion du suicide en le facilitant

⁴⁰ <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7324691945837019139/>



2. LE COLLECTIF DÉMOCRATIE, ÉTHIQUE ET SOLIDARITÉ SOUHAITE...

1/ Que les questions soulevées dans cet avis

> puissent recevoir au cours de la lecture du texte devant le Sénat des réponses claires de la part des auteurs de la proposition de loi et du Gouvernement qui la soutient, afin que l'opinion publique soit pleinement éclairée sur les enjeux de ce projet.

2/ Qu'un modèle français

> respectueux des trois valeurs de la République s'attache à mettre en œuvre :

- un grand plan de prévention du suicide incompatible aujourd'hui avec la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie ;
- une politique de santé qui ne soit pas exclusivement attachée à l'activité, incompatible avec l'effectivité du soin ; que soient reconsidérés le plan grand âge, le plan douleur, et un autre regard sur la vulnérabilité qui suscite recherche, offre de soin, solidarité et enseignement ;
- un engagement financier avec une échéance précise pour que tout le territoire dispose à court terme d'unités de soins palliatifs et de spécialistes de soins palliatifs.

3/ Qu'une réflexion soit engagée

> sur la prise en compte de certaines situations exceptionnelles avec un contrôle judiciaire *a posteriori* ou *a priori*.

Préférant imposer un cadre juridique général couvrant des personnes en fin de vie ou non, le débat parlementaire a évacué toute réflexion sur les situations où il conviendrait d'accéder à la demande d'une personne en fin de vie, souffrant d'une douleur réfractaire ou d'une personne qui demande à mourir, alors même qu'elle a été efficacement soulagée. Accéder à cette demande serait une transgression. Mais de même que la légitime défense ouvre droit à une procédure pénale, on pourrait imaginer qu'une procédure soit ouverte pour instruire cette situation. La volonté de la personne, dans un contexte médical, serait appréciée au cas par cas *a posteriori* par le juge comme dans le cadre de la légitime défense. Ce dispositif n'entraînerait pas de modification de la législation avec tous les impacts que celle-ci entraîne pour la société.

Une autre piste est celle du contrôle *a priori* qui impose une plus forte contrainte sur l'engagement de la procédure. Les Espagnols ont fait le choix de l'avis d'un comité d'experts. Après avoir envisagé initialement de faire appel à un juge, les députés britanniques se sont rangés à ce dispositif le 20 juin 2025 dans la proposition de loi en cours de discussion. Les deux options sont envisageables, le juge étant le plus qualifié dans la mesure où il est garant de la liberté individuelle. Cette procédure n'exposerait pas la communauté médicale en première ligne contrairement à la nature de sa vocation.

Au lieu d'un projet de loi au message collectif qu'une personne vulnérable est possiblement « suicidable », il conviendrait de maintenir tout acte provoquant délibérément la mort comme transgressif par souci de chercher à toujours mieux prendre soin et réfléchir à une possible exception transgressive au cas par cas, au-delà du soin, quand tout aurait réellement été tenté dans l'offre compétente de soins et une solidarité nécessaire pour aider à vivre et soutenir l'existence.



> RÉDACTION DE L'AVIS N° 2

- 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*
- Pascale Favre, *Médecin, chercheuse en éthique*
- Jean-Marie Gomas, *Gériatre, médecin de la douleur et de soins palliatifs*

Avec le concours de :

- Laurent Frémont, *Juriste, enseignant à Sciences-Po Paris*
- Emmanuel Hirsch, *Professeur émérite d'éthique médicale, Université Paris-Saclay*

