

Droit à une aide à mourir : où va-t-on ?

 **Alexis BURNOD**

 Institut Curie - 26 rue d'Ulm - 75005 PARIS (France)
 alexis.burnod@curie.fr

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les principales dispositions de la loi sur l'accompagnement et les soins palliatifs
- Connaître les principales législations existantes en Europe
- Connaître les pré-requis, la procédure et les modalités de l'aide à mourir en France
- Connaître les droits du malade, le délit d'entrave et la clause de conscience

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation.

MOTS-CLÉS

Aide à mourir ; Euthanasie ; Suicide assisté ; Soins palliatifs ; Fin de vie.

ABRÉVIATIONS

Non communiquées.

Introduction

En ce tout début de l'année 2026, à l'heure où cet article est soumis, la commission des affaires sociales du Sénat s'apprête à étudier la proposition de loi numéro 661 relative au « droit à l'aide à mourir », adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 par 54 % des députés présents (305 voix pour, 199 voix contre, 57 abstentions) (1).

Ce texte prévoit, sous certaines conditions, et avec l'aide de la médecine, à la demande de personnes en situation de « souffrances réfractaires » lorsqu'elles sont atteintes d'une « affection grave et incurable en phase avancée », un droit à se voir administrer un produit létal. Autrement dit, cette proposition de loi vient légaliser l'ouverture du suicide assisté et de l'euthanasie, même si ces mots ne sont jamais notifiés, comme l'ont pu le faire certains pays.

Ce projet vise pour certains à répondre à une demande individuelle de mort provoquée comme échappatoire en cas de situation extrême ; pour d'autres, à servir de première étape pour répondre plus largement à un souhait de mort choisie accessible à tous sans condition.

Ce texte tente de comprendre le chemin législatif ayant conduit à cette proposition de loi, les tensions éthiques qu'il

suscite, notre rapport au soin et l'aperçu de l'évolution sociétale dans les pays ayant passé le pas.

Ce que dit la PPL n° 661

Le droit à l'aide à mourir notifié par la proposition de loi numéro 661 consiste à autoriser et accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions définies ci-dessous afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. Le droit à l'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du Code pénal. Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre à toutes les conditions suivantes :

- 1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;
- 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, 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, ou en phase terminale ;

- 4° Présenter une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
- 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande écrite ou par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités à un médecin en activité.

Le médecin informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles.

Il informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs et s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle y ait accès de manière effective.

Il indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande et explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre.

Après une demande exprimée, le médecin doit répondre sous 15 jours à la personne sur la possibilité d'obtention de l'acte après une procédure nécessitant l'avis d'un autre médecin de la spécialité concernée non tenue de rencontrer le malade et d'un auxiliaire de soin. En cas de refus de pratiquer un tel acte, le médecin peut faire valoir sa clause de conscience et orienter la personne vers un professionnel acceptant de le réaliser. Une fois sa réponse donnée, le patient doit reformuler sa demande dans un délai minimal de 48 heures puis décider d'une date avec le médecin. L'acte a lieu par l'auto-administration d'un produit létal mis à disposition par le médecin ou par administration intra veineuse par celui-ci en cas d'impossibilité physique de la personne. Une commission de contrôle évalue *a posteriori*, c'est-à-dire après le décès que les conditions relatives à l'aide à mourir ont été respectées.

Enfin, il est inscrit un délit d'entrave, c'est-à-dire qu'il est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende, le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif.

Des avis divergent sur cette proposition de loi, revenons sur l'histoire des courants de pensée pour mieux les percevoir.

Historique d'un constat commun du mal mourir : deux chemins de réponse

Il y a quarante-cinq ans, sur un constat commun d'un mal mourir en France, deux chemins, deux visions sociétales et pensées voient le jour et poursuivent leur parcours.

Dans les années quatre-vingt, la médecine est en plein essor et accomplit des prouesses extraordinaires. Des transplantations cardiaques et de nouvelles chirurgies sont mises à l'honneur. On est capable d'exploits en réanimation. Mais des hommes et des femmes en fin de vie traversant des situations difficiles sont laissés dans l'indifférence. Leur sort n'intéresse pas vraiment. La lutte contre la douleur n'est pas une priorité. La médecine palliative n'existe pas, elle n'était pas enseignée, pas valorisée. Lors de la visite médicale du matin, il n'était pas rare de passer sans s'arrêter dans la chambre de la personne dont la vie arrive à son terme. On évite ainsi une confrontation ou une maladresse. On s'épargne d'être en vérité avec elle. Pour éviter de se confronter à la condition humaine, on s'interdit de voir la mort qui conclut la vie de tout être, on la défie sans cesse dans l'espoir de la maîtriser, la contrôler. Le mot d'ordre est l'action. Il faut *faire*. Il n'est pas rare de s'obstiner, de s'acharner, de tout tenter même lorsque c'est déraisonnable, ou de dégainer des traitements lourds, futiles, et parfois hors de prix. On s'acharne avec raison contre la leucémie du jeune enfant pour le faire guérir, réduisant ainsi la mortalité d'une grave maladie, un progrès salué par tous. Mais on s'acharne aussi de manière déraisonnable, en particulier sur des personnes dont la vie prend fin et pour lesquelles on sait pertinemment que des thérapeutiques futiles et parfois agressives ne font rien d'autre que d'éviter une concertation nécessaire et un dialogue sincère. La science sans conscience et la technique sans penser le soin sont aussi responsables de dégâts humains, de souffrances et d'incompréhension. Et lorsque la technique échoue à faire vivre, on la sollicite pour faire mourir. C'est une époque où l'on pratiquait des euthanasies. Celles-ci sont cachées, car interdites. Elles peuvent, sur prescriptions médicales, être réalisées par des infirmières, laissées seules sans explications ni informations sur les autres options possibles. Elles sont surtout réalisées sans se préoccuper du consentement du patient, et parfois à l'insu des familles. Cette période qui galvanisait par ses exploits, mais aussi inquiète et choque par des pratiques d'abandon de certains malades et de paternalisme exacerbé, a vu naître en réaction deux courants d'opinions radicalement différents dans leur projet, mais dont le constat était commun : celui que l'on mourrait mal.

Un premier courant de pensée réclame le droit pour chacun d'avoir une fin de vie conforme à ses conceptions personnelles de dignité et de liberté. L'écrivain Michel Lee Landa et le médecin Pierre Simon fondent en 1980 l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD). Cette association réclame d'obtenir en France le vote d'une loi légalisant l'euthanasie et le suicide assisté (2). Elle est membre de la Fédération internationale pour le droit de mourir (3). Un de ses présidents fut le sénateur Henri Caillavet. Il fut à l'origine d'une première proposition de loi en 1978 pour légaliser ce possible droit (4). Cette demande reposait sur un concept modélisé de dignité ressentie, individuelle, au nom d'un droit à l'autonomie de chacun. Il défendait aussi l'idée qu'il y aurait aussi un âge où l'on devrait pouvoir tout arrêter pour éviter l'indignité d'un état de décrépitude, ou pour éviter aux autres un spectacle indécrot. Dès lors qu'un individu considérait qu'il avait perdu sa dignité, en raison de son état général, ses pertes de capacité ou ses souffrances avec une perspective de vie réduite et peu réversible, il était normal qu'il puisse être aidé à stopper sa vie. Henri Caillavet est mort naturellement, à 99 ans, à son domicile. L'association

diffusait, en 1980, un guide de l'auto-délivrance sous forme de fascicule relatant différentes techniques pour réussir son suicide (5). Il fut rapidement interdit en raison de passages à l'acte recensés après sa lecture. Aujourd'hui, l'association dit compter 75 000 adhérents en France. Cette association exerce pour cela une action militante auprès des politiques, des médias et des personnalités du show-biz. Elle impose aux candidats à l'élection présidentielle de se positionner sur le sujet. Elle organise partout dans le pays des conférences publiques, allant à la rencontre de députés et de sénateurs, les poussant à légiférer vers un droit à l'euthanasie et au suicide assisté. Elle développe des antennes dans toute la France et recueille les témoignages de fin de vie appuyant l'idée d'un changement de loi. Elle dénonce aussi un paternalisme médical encore trop présent, ainsi que des souffrances insuffisamment prises en compte. Elle tient une ligne téléphonique d'écoute. Les témoignages se multiplient.

Durant ces vingt dernières années, l'ADMD a contribué à soutenir plus d'une quinzaine de propositions de loi suggérant de légaliser l'euthanasie et le suicide assisté, initialement, au nom de la dignité humaine, et maintenant, au nom de la liberté. Elle a édité en 2018 un texte, distribué aux parlementaires, pouvant servir de trame au législateur. Elle participe à la diffusion régulière d'une communication auprès des médias et politiques et contribue à la promotion de films ou documentaires en faveur de la mort programmée. Elle est actrice influente de la proposition de loi actuelle en faveur de la mort provoquée, dont l'auteur, le député Olivier Falorni est membre d'honneur.

Un autre courant de pensée a aidé à faire naître une nouvelle discipline médicale, celle des soins palliatifs. Le concept ici défendu de dignité n'est pas variable d'un individu à l'autre, mais repose sur la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies : « les hommes naissent libres et égaux en dignité et en droit ». Cette dignité en tant que valeur absolue à toute humanité oblige l'autre à ne pas lui faire subir des traitements dits indignes. C'est une dignité qui nous lie les uns aux autres.

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé de 2002, « les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés et ce jusqu'à la fin naturelle de la vie ».

Les soins palliatifs se résument parfois par « tout ce qu'il y a à faire quand il n'y a plus rien à faire » ou par « tout ce que l'on peut faire pour la personne malade quand il n'y a plus rien à faire contre la maladie ». Par leur introduction au juste moment d'un parcours de soin, ils peuvent aussi compléter une prise en charge de soins curatifs pour optimiser la qualité de vie de la personne. Ils ne succèdent ni ne s'opposent aux soins curatifs, ils viennent en complément, dans une logique de prise en charge globale pluridisciplinaire. C'est une médecine du non-abandon, une médecine qui, à défaut de guérir, ne cesse de prendre soin, sans chercher à prolonger la vie ni à la réduire volontairement, sans céder à la tentation

de l'acharnement thérapeutique ni à celle de l'euthanasie. Le mouvement des soins palliatifs a connu son essor à la suite de la circulaire Laroque, parue en 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. La première unité de soins palliatifs a été ouverte en 1987 à l'hôpital de la Cité universitaire à Paris. À ce jour, on estime qu'environ 10 000 soignants et 6 000 bénévoles travaillent auprès des personnes malades en soins palliatifs. La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), créée en 1989, les représente. Elle participe au développement de ces soins par son action scientifique et de recherche (6). Elle élabore des recommandations médicales et organise la formation de nombreux soignants. Elle milite pour le développement d'une culture palliative et l'accès à ces soins partout en France. Elle a, ces dernières années, développé une activité militante pour défendre une culture du soin, s'opposer au projet d'une légalisation de l'euthanasie présentée comme un ultime soin palliatif à réaliser par les soignants, et réclamé d'étendre l'offre de soins palliatifs et la lutte contre la douleur sur tout le territoire.

Les prises de position de l'ADMD et autres associations en faveur d'un droit à une aide à mourir reposent sur la revendication d'un nouveau droit, d'une nouvelle liberté et surtout d'un choix personnel sur sa propre fin de vie. Cette revendication dépasse d'ailleurs largement la question des situations de fin de vie et de critères médicaux. Je dois pouvoir au nom de ma liberté individuelle et autonomie pouvoir décider du moment et des conditions de ma mort, sans que ceux-ci me soient imposés par la médecine. C'est une liberté qui n'enlève rien à autrui et qui permettrait entre autres d'éviter un certain nombre de suicides violents en particulier chez les personnes âgées.

Elles réclament un *continuum* entre soins palliatifs et aide à mourir, demandent à ce que l'on étende l'accès aux soins palliatifs et que l'on n'oppose pas ces deux approches. Elles revendiquent l'euthanasie et le suicide assisté comme partie intégrante du soin, ultime soin palliatif. Elles présentent les législations étrangères comme pionnières et dont il faut suivre l'exemple et rappellent le nombre de 104 Français se rendant en Belgique en 2024 pour y recevoir une euthanasie. Elles reprochent une législation incomplète, une sédation qui laisserait mourir de faim et de soif, une mainmise du corps médical, des situations indignes de fin de vie, des pratiques clandestines d'euthanasie et une application insuffisante des directives anticipées.

L'argumentation de la Société française de soins palliatifs et d'une trentaine de fédérations de soignants contre cette proposition de loi repose essentiellement sur une vision plus collective.

Elles rappellent dans un argumentaire commun que donner la mort n'est pas un soin. Que la définition mondiale des soins palliatifs tient d'un accompagnement jusqu'à la fin naturelle d'une existence. Que vingt-et-un départements n'ont pas d'unité de soins palliatifs et qu'environ 500 personnes meurent chaque jour sans y avoir accès selon le rapport de la Cour des comptes. La légalisation d'un acte visant à faire mourir par défaut d'accès au soin est dénoncée. Elles pointent un texte qui n'assume jamais de parler d'euthanasie ou suicide assisté alors qu'il ne s'agit que de cela, manie les euphémismes et les slogans de liberté-égalité-fraternité

à contre sens et trompe le public en parlant de loi de fin de vie alors qu'il n'en est jamais une seule fois question dans le texte. Elles affirment que la plupart des demandes de mourir s'estompent à la prise en charge globale et de la douleur ; dénoncent des légalisations devenues portes grandes ouvertes pour des demandes y compris sociales par sentiment d'abandon sans souffrance physique et réclament que l'on considère surtout les raisons qui poussent aux demandes d'en finir pour les traiter. Elles rappellent qu'une loi adresse un message à une population et que celui-ci, sans obliger, incite à envisager une mort programmée ce qui est déjà inciter au départ des personnes vulnérables. Et qu'enfin, nous sommes tous des êtres relationnels touchés et influencés par les attitudes de ceux qui nous entourent, penser qu'une telle décision n'a pas d'impact sur un proche est un leurre. Enfin, elles s'inquiètent de la considération adressée à l'égard des personnes handicapées, malades ou âgées qui réclament davantage à bénéficier d'une meilleure condition d'existence plutôt qu'être accompagnées dans leur suicide. Elles militent pour une diffusion massive de la culture palliative et pour plus d'inclusion.

Parcours législatifs

La France est le pays ayant le plus travaillé sur le plan législatif dans le domaine de la fin de vie par des lois successives. La loi de 1999 fixe un droit à toute personne à pouvoir accéder à des soins palliatifs (7). Celle de 2002, dite loi Kouchner, permet à toute personne d'être éclairée sur des choix thérapeutiques et la possibilité de refuser un traitement après avoir été bien informée des conséquences de ce choix sans être abandonnée (8). La loi de 2005 dite Léonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie vient interdire l'acharnement thérapeutique et fixe une procédure collégiale pour permettre d'arrêter des soins de maintien en vie (9). Elle contribue à impliquer la personne de confiance et les directives anticipées dans la décision. C'est la loi du « droit au laisser mourir ». Elle oblige à toujours tenter de soulager la douleur au risque consenti avec le malade du possible double effet qui risque de hâter la mort en voulant soulager la souffrance. Elle confirme l'interdit de l'euthanasie. Elle est votée à l'unanimité. Elle se résume ainsi par son auteur : « je ne t'abandonnerai pas, je te soulagerai toujours, je ne pratiquerai pas d'obstination déraisonnable ». Enfin la loi dite Claeys-Léonetti de 2016 vient renforcer la place de la personne de confiance et des directives anticipées et ouvre un droit à une possible sédation profonde et continue jusqu'au décès pour des personnes en souffrance réfractaire, en fin de vie avec un pronostic à court terme (10). Elle maintient l'interdiction de l'euthanasie. Cet encadrement législatif a été de nombreuses fois salué par les soignants désireux d'être aidés dans leurs procédures décisionnelles complexes, invités à instaurer davantage de collégialité, traçabilité et surtout de recueillir l'avis de la personne concernée. Le milieu associatif désireux d'aller plus loin vers une mort programmée dénonce l'absence de cadre législatif pour les personnes non encore en fin de vie, désireuses de mourir en raison de leur situation dramatique et milite pour une ouverture à l'euthanasie et suicide assisté. Jusqu'en 2022, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a toujours sur cette question, refusé d'inscrire une possible voie à l'euthanasie. Ce dernier

avait, en 2013 par l'avis n° 121, inscrit la mort provoquée comme une voie vers laquelle il fallait se retenir d'aller (11). Le CCNE avait alors recommandé de maintenir l'interdiction faite aux médecins de provoquer délibérément la mort afin de protéger les personnes en fin de vie, jugeant qu'il serait dangereux pour la société que des médecins puissent participer à « donner la mort ».

Tournant législatif

L'avis 139 du CCNE, rendu public le 13 septembre 2022, vient marquer un tournant déterminant sur le sujet en tentant de concilier autonomie et solidarité envers la personne en fin de vie (12). Il considère en effet « 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 ». Ces garanties, selon l'avis, devraient notamment concerner : le consentement libre, éclairé et réitéré de la personne, des conditions claires sur le pronostic et la souffrance, une procédure collégiale médicale et éthique pour valider chaque demande. Le CCNE considère que sans ces conditions éthiques strictes et sans un renforcement effectif des soins palliatifs, légaliser l'aide active à mourir ne serait pas acceptable éthiquement. Huit membres sur quarante-cinq expriment un avis de réserve. Pour eux, ce texte marque une rupture majeure dans l'interdit de donner la mort. Ils dénoncent une primauté insuffisante accordée aux soins palliatifs, un risque de pression sociale sur les personnes vulnérables, l'impossibilité de garantir un consentement totalement libre, et un glissement normatif des critères.

Ce dernier avis marque le pas d'un mouvement en marche vers la proposition de loi actuelle. Le président de la République demande que l'on organise une convention citoyenne sur le sujet. Celle-ci doit répondre à la question suivante : « Le cadre d'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits ? » Telle est la question posée aux cent quatre-vingt-cinq citoyens tirés au sort pour prendre part à la convention citoyenne sur la fin de vie organisée par le CESE (Conseil économique, social et environnemental) dans une démarche démocratique.

Les membres de la convention citoyenne – prenant au sérieux leur mission et respectueux des échanges – ont voté massivement pour une légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté (75 % pour 23 % contre). Ils se sont exprimés en faveur de la facilitation du suicide pour des adultes comme pour des enfants, pour des personnes en fin de vie comme pour celles sans pronostic engagé (et ce pour des raisons physiques ou psychologiques), et même à 22 % pour les personnes non aptes à consentir librement à un tel acte (13). S'il fut salué la participation exemplaire des citoyens de la convention, des opposants ont dénoncé une présidence du CESE connue de longue date pour être militante pour une mort programmée, une question orientée qui ne pouvait que répondre que la loi ne répondait pas à toutes les questions et un enseignement très orienté vers une légalisation de l'euthanasie. Certains membres de la convention ont exprimé publiquement leur malaise, et une quarantaine, se sentant « manipulés », ont écrit une lettre commune pour regretter la communication d'un vote trop hâtif, focalisé sur le faire-mourir (14).

Quel enseignement vu de l'étranger sur une évolution législative ?

À l'étranger, certains pays permettent uniquement un possible suicide assisté, c'est-à-dire la possibilité, par une procédure où le médecin n'intervient pas ou très peu, d'obtenir un produit létal à prendre devant un personnel d'association (Suisse) ou chez soi à tout moment (Oregon). L'euthanasie reste interdite et punie. Ces pays sont représentés par la Suisse, les États-Unis, l'Autriche et l'Allemagne. Pour des situations extrêmes où le patient ne peut s'administrer seul le produit, des dispositifs techniques sont mis en place avec des possibilités d'auto-déclenchement.

D'autres pays ont légiféré en faveur de l'euthanasie ou parfois des deux mais dans ce cas c'est quasiment exclusivement l'acte d'euthanasie qui prime. Il s'agit d'organiser un rendez-vous médical avec le patient et d'injecter avec son consentement, un produit létal pour le faire mourir. Les pays pratiquant l'euthanasie sont la Belgique, les Pays-Bas, le Luxembourg, le Canada, l'Espagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Portugal (15).

Tous les états sans exception ayant légalisé l'euthanasie ont sans cesse élargi les critères d'accès à une mort programmée et observé leur taux d'euthanasie grossir davantage chaque année. C'est par exemple le cas de la Belgique avec + 15 % d'augmentation des euthanasies en 2024 soit 22 ans après la promulgation de leur loi (16). L'évolution de la loi promulguée est toujours la même. Initialement présentée comme une loi pour des situations exceptionnelles en fin de vie chez des adultes, elle fait régulièrement l'objet d'amendements pour être élargie aux mineurs puis aux personnes non en fin de vie, aux personnes handicapées puis aux personnes suivies pour maladies psychiatriques, puis les personnes âgées sous l'appellation « polypathologies liées à l'âge ». Le taux de mort par euthanasie est de 3 % des décès en Belgique, de 4,5 % aux Pays-Bas et de 8 % au Québec où les associations pour le droit de mourir dans la dignité sont très actives. Rapporté à la France, un taux de 8 % d'euthanasie représenterait 50 000 décès par cet acte chaque année. Comparée au suicide assisté, la progression de l'euthanasie au fil du temps est nettement supérieure. Pour exemple, le Canada et la Californie avec tous deux 38 millions d'habitants ont modifié leur législation la même année 2016. Le Canada pratique l'euthanasie avec 15 300 actes en 2023, la Californie pratique le suicide assisté avec 884 actes en 2023. L'écart entre les deux pratiques montre une pratique euthanasique 17 fois supérieure au suicide assisté (15). L'offre euthanasique crée indiscutablement une demande.

En Suisse, le suicide assisté sans mobile égoïste n'est pas punissable depuis 1942. L'euthanasie y est toujours interdite. Elle est gérée par des associations auprès d'adhérents qui interviennent au domicile, à l'hôtel et maintenant dans certains hôpitaux, alors que cette pratique était jusqu'alors interdite. On observe au fil des années, un accès à la polypathologie liée à l'âge. Le premier prisonnier a pu être aidé dans son suicide en 2023.

En Oregon, le suicide assisté est accessible depuis 1994 pour des patients avec maladie incurable et pronostic inférieur à 6 mois. On délivre une ordonnance pour obtenir un kit contenant des médicaments à dose létale à ramener au domicile.

34 % des patients n'absorbent pas le produit. En 2024, le suicide assisté représente 0,9 % des décès. 83 % ont lieu au domicile pour des patients souffrant de cancer (58 %), de pathologies neurologiques (15 %). On observe 11 % de décès sur prescription antérieure à 1 an (15).

Aux Pays-Bas, il y a eu 9 958 euthanasies en 2024 après une dépénalisation en 2002 (4,5 % des décès). Depuis, l'accès a été étendu aux enfants de plus de 12 ans, aux pathologies psychiatriques (219 euthanasies en 2024), aux couples (54 euthanasies en couple en 2024). Une discussion en cours réclame un projet de loi permettant de légaliser l'euthanasie pour toute personne de plus de 75 ans sans condition médicale.

Le Comité des droits de l'homme de l'ONU a dénoncé le taux élevé d'euthanasies en particulier sur personnes atteintes de seule pathologie psychiatrique et reproché le deuxième avis médical par un simple appel téléphonique (17).

En Belgique, la dépénalisation de l'euthanasie date de 2002 pour les adultes en fin de vie d'une maladie incurable avec souffrances réfractaires. Elle est étendue aux enfants sans condition d'âge en 2014, un comité se penche sur les cas des fatigués de vivre en 2017, elle permet l'euthanasie sur directives anticipées en 2020. La commission de contrôle après 30 000 dossiers reçus n'a relevé aucune irrégularité de procédure. Il lui a cependant été reproché par le Comité européen des droits de l'homme d'être juge et partie avec des médecins contrôlant leurs propres dossiers. Les témoignages de médecins belges pratiquant l'euthanasie parlent d'un acte plutôt bien accepté par la population. Dans son audition à l'Assemblée nationale de 2021, le professeur François Damas, membre du comité d'éthique de Liège parle d'un rééquilibrage médecin-patient (18). « Le patient choisit sa fin de vie, décide pour lui-même. C'est un accompagnement, ensemble, jugeant qu'il s'agit de la meilleure solution. Une majorité des demandes n'aboutit pas à l'acte. Il y a un effet anxiolytique. Il dit que son expérience est en générale positive. Elle permet de choisir le jour et l'heure et d'organiser ainsi un rite, des retrouvailles.

Le malade décide et le médecin consent. Ça n'altère pas l'image du médecin.

Le Canada dépénalise l'euthanasie en 2016 et l'étend en 2022 aux personnes en situation de handicap. Il est prévu une extension aux personnes atteintes de maladies psychiatriques en 2027. Les patients ont pour 69 % des cas un cancer, pour 13 % une maladie cardiovasculaire. Le geste est pratiqué dans 68 % des cas par un médecin généraliste. L'acte est pratiqué en fait par moins de 3 % des médecins avec certains « super-euthanasieurs » pratiquant plus de 250 actes par an. 30 médecins assurent en fait 40 % des actes. Il y a eu 15 000 euthanasies en 2024. Le Québec étant la région du monde avec le plus d'euthanasies totalisant 8 % des décès de l'année (19). Le 18 mars 2025, le comité des droits des personnes handicapées de l'ONU appelle à interdire l'euthanasie des personnes handicapées « le handicap n'est pas une raison pour approuver l'assistance médicale à mourir ». Il recommande de ne pas euthanasier les personnes dont le décès n'est pas raisonnablement prévisible (20).

En fait, la plupart des associations militantes en faveur d'une légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté sont regroupées dans une même fédération internationale : *The World's Federation of right to Die Societies* (WFRTDS) (21). La mission

de cette fédération est de « permettre aux gens de pouvoir choisir le moment et la manière de mourir, en assurant à chacun le droit de mourir selon ses propres choix concernant la mort dans un environnement sûr et paisible, soutenu par la loi ». Pour cela, elle diffuse du matériel pédagogique sur l'autodétermination, organise des conférences, facilite l'entre aide entre associations.

« Elle agit et aide sur demande, les groupes et les individus intéressés à créer des sociétés pour le droit de mourir dans les pays où de telles sociétés n'existent pas encore. Elle soutient les demandes d'activités de publicité, y compris de désobéissance civile, dans les pays des sociétés membres. Elle aide au développement de nouvelles lois à partir d'affaires judiciaires ».

Ce qui est régulièrement dénoncé comme dérives à l'étranger lors d'extension de critères d'accès est en fait l'évolution d'un projet sociétal voulu dès le départ qui avance pas à pas après avoir entrouvert la porte législative sur une modalité d'exception.

Un sondage de *Research Co* effectué au Canada en avril 2023 et publié dans le *National Post* montre, parmi les 1 000 personnes interrogées, que 28 % des personnes interrogées considèrent qu'être sans domicile fixe est une condition suffisante pour pouvoir bénéficier d'une euthanasie, 27 % le pensent aussi pour le seul critère de pauvreté et 20 % souhaite l'accès possible à l'euthanasie sans condition, sur demande (22).

Rapport de la Cour des comptes

Depuis 1999 existe une loi donnant droit à toute personne à pouvoir accéder à des soins palliatifs. Ce droit donne à l'État le devoir de permettre cet accès. Pourtant, plus de vingt départements sont dépourvus d'unités spécialisées de soins palliatifs. Il existe quand même des lits identifiés dans des hôpitaux, des équipes mobiles qui interviennent dans les services et des réseaux à domicile, mais pas encore ce genre de structures faites pour recevoir l'expertise et les soins spécifiques requis pour les personnes dont les situations sont les plus complexes et à risque de demander d'en finir, faute de profiter de cet accès.

Selon le rapport de la Cour des comptes, 380 000 personnes devraient pouvoir bénéficier de soins palliatifs. Or seulement la moitié y ont accès. « L'argent consacré à ces soins a pourtant augmenté ainsi que des places de lits dédiés dans les hôpitaux, mais l'offre et la stratégie globale restent insuffisantes », précisent les juges, qui déplorent qu'« une vingtaine de départements ne sont pas dotés d'unité de soins palliatifs » et que « la culture palliative est très peu développée chez les médecins généralistes » (23).

Le coût

Dans son premier rapport de juillet 2020 sur l'aide médicale à mourir, l'administration fédérale canadienne indique que plus d'un tiers des demandeurs mentionnent le fait d'être une

charge pour leur famille ou leurs proches comme motif de la demande. Le 20 octobre 2020, à l'instigation d'un sénateur, le bureau du directeur parlementaire du budget canadien estime à 149 millions de dollars l'économie réalisée par l'aide active à mourir. Cette économie a dû depuis doubler, comme le nombre d'euthanasies.

En janvier 2025, dans *Les non-dits économiques et sociaux* du débat sur la fin de vie, pour la Fondation pour l'innovation politique, Pascale Favre et Yves-Marie Doublet estiment à 1,4 milliard d'euros l'économie annuelle qu'une légalisation de l'euthanasie pourrait permettre en France (24).

Conclusion

La proposition de loi pour un droit à une aide à mourir intervient au bout d'un parcours législatif entamé depuis 1999 lors de l'ouverture d'un droit aux soins palliatifs. Or vingt-cinq ans plus tard, force est de constater que la moitié des personnes qui décèdent chaque année n'ont pas accès à ces soins dont elles auraient eu besoin. La légalisation d'une euthanasie et d'un suicide assisté non nommés risquent donc d'être présentés comme une alternative par défaut d'accès au soin et à une meilleure solidarité en pleine période d'une situation très critique hospitalière. Occasion de repenser collectivement les valeurs de soin que nous souhaitons porter et le message transmis à une population qui réclame davantage de considération pour vivre des conditions dignes d'existence.

Bibliographie

1. <https://www.senat.fr/leg/pp124-661.pdf>
2. <https://www.admd.org/action/essentiel>
3. https://wfrtds.org/members/?utm_source=chatgpt.com
4. https://www.senat.fr/leg/1977-1978/i1977_1978_0301.pdf
5. https://www.lemonde.fr/archives/article/1982/06/12/l-association-pour-le-droit-de-mourir-dans-la-dignite-diffuse-un-guide-de-l-auto-delivrance_2903405_1819218.html
6. <https://www.sfap.org/>
7. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000212121>
8. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000227015/>
9. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000446240/>
10. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
11. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-121-fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir>
12. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite>
13. https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/sites/cfv/files/Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf
14. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/malaise-et-soupcons-d-instrumentalisation-a-la-convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie-20230303>
15. <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/panorama-des-legislations-sur-laide-a-mourir-dans-le-monde/>
16. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2024-chiffres-des-annees-2022-2023>

17. <https://www.ohchr.org/fr/press-releases/2009/10/human-rights-committee-starts-examination-report-netherlands-civil-and>
18. <https://www2.assemblee-nationale.fr/15/les-groupes-d-etudes/les-comptes-rendus/comptes-rendus-ge-fin-de-vie/audition-du-pr.-francois-damas-chef-du-service-des-soins-intensifs-et-membre-du-comite-d-ethique-du-centre-hospitalier-regional-citadelle-a-liege-responsable-de-la-consultation-sur-la-fin-de-vie>
19. <https://www2.assemblee-nationale.fr/15/les-groupes-d-etudes/les-comptes-rendus/comptes-rendus-ge-fin-de-vie/audition-du-pr.-francois-damas-chef-du-service-des-soins-intensifs-et-membre-du-comite-d-ethique-du-centre-hospitalier-regional-citadelle-a-liege-responsable-de-la-consultation-sur-la-fin-de-vie>
20. <https://ieb-eib.org/fr/euthanasie-et-suicide-assiste/canada-lonu-recommande-interdire-euthanasie-des-personnes-dont-le-deces-nest-pas-raisonnablement-previsible>
21. <https://wfrtds.org/>
22. <https://researchco.ca/2023/05/05/maid-canada-2023/>
23. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20230705-soins-palliatifs.pdf>
24. <https://www.fondapol.org/etude/les-non-dits-economiques-et-sociaux-du-debat-sur-la-fin-de-vie/>

5

Les cinq points forts

- À la date de rédaction de ces points forts, le projet de loi sur l'aide à mourir est en cours de discussion par les deux chambres.
- En 2025, plus de 20 départements français ne sont pas dotés d'unité de soins palliatifs.
- Le projet de loi prévoit d'autoriser « une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale [sous certaines conditions] (...) afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier », ce qui correspond au suicide assisté et à l'euthanasie.
- Le texte prévoit de créer également une clause de conscience pour les professionnels de santé qui ne souhaiteraient pas participer à cette procédure et qui devraient alors communiquer au patient le nom d'autres professionnels de santé.
- Le texte prévoit de définir un délit d'entrave et les sanctions afférentes pour les actions visant à empêcher ou à tenter d'empêcher par tout moyen de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir.