

CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie ¹

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton. 14, rue des Tapisseries, 75017, Paris.

Site internet : <http://crpa.asso.fr> Pour nous contacter, <https://lc.cx/IIItoP>

- Communiqué – agenda. Paris, le 25 février 2026.

Conférence - débat samedi 7 mars, 14h – 18h, et mercredi 11 mars 2026, 14 h – 18 h.

L'euthanasie démocratiquement ouverte aux psychiatisés ... Discutons – en.

Cette réunion se tiendra à l'AGECA, 177, rue de Charonne, 75011, Paris, métro Alexandre Dumas, ligne de métro 2 Nation – Porte Dauphine.

- Inscriptions obligatoires en présence ou par visioconférence. Nous renvoyer le formulaire d'inscription en pièce jointe, dernier délai : jeudi 5 mars, 17h.
- Participation aux frais libre.
- Sont concernées les personnes qui sont ou ont été psychiatisées, ainsi que les professionnels de la psychiatrie ou intervenants en psychiatrie (juristes inclus) partisans du rétablissement et de la dé-chronicisation des personnes psychiatisées.

La proposition de loi sur l'aide à mourir (ou euthanasie ou suicide assisté ...) est adoptée ce jour par un vote public en 2^{ème} lecture par l'Assemblée nationale, après avoir été rejetée par le Sénat en 1^{ère} lecture le 28 janvier. Une 2^{ème} lecture aura lieu par le Sénat après les élections municipales, se concluant par un nouveau rejet. Une 3^{ème} lecture interviendra par l'Assemblée nationale au début de l'été, avec une promulgation au plus tard à la rentrée 2026 ...

Malgré de nombreuses objections soulevées notamment par des porte - parole du handicap, ainsi que par des représentants de la psychiatrie, dont notre propre position dans une tribune du 12 mai 2025, les parlementaires de gauche alliés aux parlementaires des groupes gouvernementaux, sauf exceptions, ont validé ce texte.

Or cette future législation ouvre une porte pour une admission qui ne pourra qu'être élargie après quelques années d'exercice, aux personnes laissées pour compte, subissant une atteinte psychiatrique, aux indésirables, aux personnes trop pauvres pour pouvoir accéder à des prises en charge de qualité. Ces personnes à l'instar de ce qui se passe en Belgique ou au Canada, et singulièrement au Québec, auront une orientation par défaut vers une demande « volontaire » d'euthanasie.

Quelques députés de gauche se sont inscrits contre une telle perspective, ainsi du député PCF Stéphane Peu, à l'instar de la position courageuse qu'avait pris l'ancien député PCF Pierre Darrhéville en juin 2024 avant la dissolution de l'Assemblée nationale décidée par le Président de la République au soir des élections européennes le 9 juin 2024.

¹ Le CRPA est adhérent au Réseau européen des (ex) usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP / REUSP).

Les parlementaires qui ont argumenté contre l'adoption de cette légalisation de l'euthanasie sont pour l'essentiel des élus de droite et d'extrême droite (au sens de leur position géographique dans l'hémicycle), ainsi qu'une partie du groupe centriste indépendant. Voir la position argumentée par M. Charles de Courson (centriste, indépendant).

Une alerte est en place sur un risque d'élimination « volontaire » dans les rangs des personnes connaissant, ou ayant connu, une institutionnalisation psychiatrique.

Nous proposons d'en discuter.

Nous avons réservé deux dates le samedi 7 mars et le mercredi 11 mars après-midi de sorte que les personnes qui ne sont pas disponibles un samedi puissent participer le mercredi suivant. Le Dr Mathieu Bellahsen devrait intervenir mercredi 11 mars.

Références :

1. Notre tribune co-signée avec le Dr Mathieu Bellahsen du 12 mai 2025, publiée sur le Club de Mediapart.
2. Tribunes du Front de gauche antivalidiste sous la signature d' Elena Chamorro, du 22 mai 2025 et du 17 février 2026.
3. Analyse de la loi Belge sur les demandes anticipées d'euthanasie, par Tatiana Gründler, maîtresse de conférence en Droit à l'université de Paris X Nanterre, in Lettre des droits de l'homme.
4. Proposition de loi sur l'aide à mourir, adoptée en 1^{ère} lecture le 24 mai 2025 par l'Assemblée nationale.
5. Fondation Fondapol, janvier 2025, sur les non-dits économiques de l'aide à mourir. Lien pour accéder à ce document sur le site de la Fondapol : <https://urls.fr/sBpyfn>
6. Lien sur le dossier parlementaire « fin de vie » : <https://urls.fr/bfpm19>

Précision – Lors de cette session, de même que pour les précédentes, nous nous passerons aisément de notations psychiatrises, dévalorisantes, deshumanisantes et chronicisantes auxquelles les personnes psychiatisées ou l'ayant été sont systématiquement confrontées. Ces notations par lesquelles les personnes visées cessent d'être des êtres humains à part entière avec leurs singularités, et sont essentialisées dans des catégories diagnostiques.



Dans cet espace, retrouvez les tribunes collectives sélectionnées par la rédaction du Club de Mediapart.

TRIBUNE 12 MAI 2025

(Se) Soigner ou (se) suicider ?

Le projet de loi relative à l'aide à mourir sera débattu le 12 mai 2025 à l'Assemblée Nationale. Le docteur Mathieu Bellahsen et André Bitton alertent sur ce projet qui « invisibilise la pénurie de services publics et évite de remettre en question la carence de soins psychiatriques dignes, universels et accessibles, en France. »

[Le projet de loi](#) relative à l'aide à mourir sera débattu le 12 mai 2025 à l'Assemblée Nationale. L'article 4 ouvre ce cadre aux personnes ayant des troubles psychiatriques. Pour cette année « *santé mentale, grande cause nationale* » s'agit-il d'une nouvelle pierre à l'édifice de la déstigmatisation ?

À l'instar du cancer et du diabète, les maladies mentales sont envisagées de façon trompeuse comme des maladies chroniques « *comme les autres* ». Vu de loin, cela sonne comme une nouvelle émancipation : les personnes avec des troubles psychiatriques seraient désormais traitées de façon égale aux autres malades.

Ici, elles bénéficieraient, comme les autres, de ladite « *aide active à mourir* », que ce soit pour une pathologie somatique associée à leur trouble psychiatrique ou pour leur trouble psychiatrique. Cet amalgame faussement déstigmatisant nie les spécificités des troubles psychiques.

[Aux Pays-Bas](#), en Suisse, en Belgique, où l'euthanasie a été légalisée, [l'extension de ses indications](#) s'est portée sur les malades mentaux, enfants, adultes, personnes âgées étiquetées dans certains pays comme incurables. Déjà, certaines schizophrénies et dépressions sont considérées comme résistantes. De la résistance à l'incurabilité, la ligne rouge peut être vite franchie. [Auparavant la lobotomie](#), désormais l'euthanasie ?

Depuis la loi du 5 juillet 2011 qui a légalisé [la contrainte aux soins en ambulatoire](#), la logique de l'intériorisation de la contrainte aux « *soins* » se couple aux discours médiatiques qui véhiculent un amalgame entre pathologie mentale - dangerosité - indignité personnelle et sociale. Les personnes suivies pour pathologie mentale sont conduites à intérioriser cet amalgame et à se considérer elles-mêmes comme indignes de continuer à vivre.

Le seul garde-fou qui subsiste au sein du projet de loi est la nécessité d'une demande « *libre et éclairé* ». Cela suffira-t-il devant les politiques de mises à l'écart des plus fragiles d'entre nous ? L'organisation de déserts médicaux et psychiatriques, créés par les pouvoirs publics, institue sans que la population s'en aperçoive un nihilisme thérapeutique collectif. Tout espoir de soin, de rétablissement, de guérison se trouve bien souvent enterré.

Aujourd'hui, nous alertons sur ce projet de loi, car il invisibilise la pénurie de services publics et évite de remettre en question la carence de soins psychiatriques dignes, universels et accessibles, en France.

En effet, la campagne de communication « *Santé mentale, grande cause nationale* » ne suffira pas à masquer la terrible réalité vécue au quotidien ; un manque de soins psychiatriques de proximité, la fermeture des lieux de secteurs publics gratuits. Et ce ne sont pas la création de dispositifs tels les centres experts, plateformes de diagnostics, d'évaluation et d'orientation qui résoudront le problème. Ces dispositifs non seulement ne soignent pas mais, plus grave, ils masquent

les pénuries en se contentant souvent d'orienter les personnes vers des structures et des professionnels du secteur privés qui n'existent pas ou plus.

Les institutions publiques encore existantes sont débordées. Il s'y manifeste de plus en plus des contre-attitudes chez les soignants, créant de la maltraitance institutionnelle : des patients en décompensation renvoyés chez eux faute de place, des services d'urgence débordés avec recours importants aux contentions... Des contraintes physiques, chimiques et légales qui se font passer pour des soins. Des droits fondamentaux régulièrement bafoués, des pratiques maltraitantes banalisées. La rue et la prison regorgent de personnes malades psychiques. Faut-il les euthanasier ?

Comble du malheur, le refus de soin institué par les pouvoirs publics concourt à des drames comme [dans les Ardennes en août 2024](#), où une personne nécessitant des soins a été tuée par des forces de l'ordre dépassées.

Face à ce constat, faut-il se résigner à ce que le recours au suicide assisté soit la dernière planche de salut ? Que la dignité à mourir éclipse l'actuelle indignité de la vie proposée aux personnes avec des troubles psychiatriques ? Doit-on supporter que des normes utilitaristes, validistes et psychophobes dictent quelles vies valent et quelles autres non ? Cette proposition d'euthanasie ouverte aux troubles psychiatriques s'inscrit dans un décharnement thérapeutique, un acharnement anti-thérapeutique.

Les traitements à mettre en place sont connus. Avoir des lieux d'hospitalité et d'accueil accessibles - le temps qu'il faut -, des lieux de répit, des pratiques de soins et d'accompagnement diverses et hétérogènes, une réinsertion dans la cité qui ne se limite pas aux destigmatisations de façade ou aux politiques inclusives centrées uniquement sur la reprise du travail ; limiter les abus et la répétition des traumas dans nos familles, dans nos institutions, dans notre société.

Commençons par prendre en charge correctement les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées en souffrance psychique afin de construire collectivement de la vie vivante, de la solidarité, de l'hospitalité. Soigner plutôt que suicider, se soigner plutôt que se suicider.

Signatures :

Dr Mathieu **Bellahsen**, psychiatre lanceur d'alerte et auteur de *Abolir la contention. Sortir de la culture de l'entrave*, Libertalia, 2023

André **Bitton**, président du CRPA (Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie) et ancien Président du Groupe Information Asiles (GIA)



Elena Chamorro

TRIBUNE 17 FÉVRIER 2026

« Aide à mourir » : lettre aux député·es de la part du Front de Gauche Antivalidiste

La gauche anti-validiste vous appelle à voter contre la proposition de loi relative à « l'aide à mourir ». Nous, collectifs et associations de personnes handicapées, citoyen·nes et soignant·es engagé·es à gauche, souhaitons de nouveau vous alerter sur les dangers majeurs que représente ce texte.

Mesdames, Messieurs les député·es,

Vous examinez actuellement en seconde lecture la proposition de loi relative à « l'aide à mourir », visant à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté.

Nous, collectifs et associations de personnes handicapées, citoyen·nes et soignant·es engagé·es à gauche, souhaitons de nouveau vous alerter sur les dangers majeurs que représente ce texte.

Contrairement à ce qui est avancé, la proposition de loi ne concernera pas seulement des personnes malades dont la mort est imminente, mais bel et bien de nombreuses personnes malades et handicapées, dont la mort n'est ni proche ni prévisible, comme le confirment les critères d'éligibilité retenus. Sur un tel sujet, il n'y a d'ailleurs pas de distinction artificielle à faire entre maladie et handicap, puisque la maladie constitue l'une des principales causes des limitations qui produisent le handicap, les deux notions sont inextricablement liées.

Dans une société marquée par la précarité, le manque d'accompagnement et l'effondrement du système de soins, le suicide assisté et l'euthanasie risquent de devenir pour les personnes concernées une réponse à l'abandon plutôt qu'à la souffrance. Beaucoup de personnes malades et handicapées pourraient ainsi être conduites à demander la mort faute de pouvoir vivre dignement.

La liberté invoquée ne peut être réelle dans un contexte d'inégalités profondes, où les personnes concernées subissent déjà dépendance, pauvreté et pressions sociales. Présenter le choix de la mort médicalisée comme libre revient à faire abstraction des contraintes sociales, économiques et institutionnelles existantes.

Les expériences étrangères montrent qu'une fois le principe adopté, les critères vont en s'élargissant et les demandes en augmentant, y compris pour des raisons sociales, sans qu'aucune garantie ne puisse empêcher les dérives observées. L'exemple du Québec doit à cet égard nous alerter. L'euthanasie, qui avait été présentée initialement comme une réponse à des situations exceptionnelles, s'est progressivement banalisée et représente désormais environ 7 % des décès.

Dans une société qui peine déjà à prévenir le suicide, la reconnaissance d'un droit à mourir risquerait, en outre, d'affaiblir la prévention du suicide et de conduire à une hiérarchisation des vies inacceptable tant sur le plan éthique que politique.

En tant qu'élu·es de gauche, vous avez une responsabilité particulière. Vous ne pouvez faire de la mort une proposition sociale. L'urgence est d'améliorer les conditions de vie, de soins et d'accompagnement des personnes malades et handicapées.

Pour toutes ces raisons, nous vous demandons de vous opposer fermement à cette proposition de loi lors du vote du 20 février 2026.

Nous comptons sur vous,

<https://fg-antivalidiste.fr/>

Le FGA et ses soutiens.

Le Front de Gauche Anti-validiste est composé des associations CLE Autistes, CUSE (Collectif Une Seule École), Handi-Social, Odile Maurin, élue municipale, présidente d'Handi-Social, Elisa Rojas, avocate et militante, l'Observatoire Féministe des Violences Médicales, Corps Dissidents, Les Dévalideuses, Collectif JABS – jusqu'au bout solidaires, Elena Chamorro, enseignante et militante.

Il est soutenu par plus de 2700 soignant·es, chercheur·ses, membres de la société civile, syndicats, collectifs et associations ARRA Association pour la Réduction des Risques Aéroportés, **Winslow Santé Publique**, #NousToutes, **SNJMG syndicat national des jeunes médecins généralistes**, Pour une Santé Engagée et Solidaire, **collectif d'étudiant·es en santé de Sorbonne Université**, Collectif Nos Enfants Trans, **Les Dégommeuses**, AcceptesT, **Pour une MEUF (Médecine Engagée Unie et Féministe)**, Collectif CHAUD, collectif de soutien aux personnes handiEs, **Collectif Dévalidiste du Pays de Redon**, Syndicat handi angoumoisais, **Cabrioles**, **Carnet de recherche pour l'autodéfense sanitaire face au Covid-19**, Mask Bloc Lille, **Mask Bloc Lyon**, Mask Bloc Paris, **Paye ta Psychophobie**, Association of Rights-based Public Jobs for the Disabled, **Korea Council of Centers for Independent Living**, National Coalition of Disabled Survivors of Institutionalization, **l'Assemblée pour des soins antiracistes et populaires**, Collectif Queer Handi Access 80...



Elena Chamorro

TRIBUNE 22 MAI 2025

« Aide à mourir » : lettre ouverte du Front de gauche antivalidiste (FGA) aux député·es

Vous examinez actuellement la proposition de loi relative à « l'aide à mourir ». Par cette lettre ouverte, nous vous saisissons en tant que collectifs et associations de personnes handicapées, de personnes valides, membres de la société civile et soignant·es, engagé·es comme vous à gauche, afin de vous alerter devant l'extrême dangerosité de ce texte.

Mesdames, Messieurs les député·es,

Vous examinez actuellement la proposition de loi relative à « l'aide à mourir », qui propose de légaliser en France l'euthanasie et le suicide assisté pour les malades qui demandent à mourir.

Par cette lettre ouverte, nous vous saisissons en tant que collectifs et associations de personnes handicapées, de personnes valides, membres de la société civile et soignant·es, engagé·es comme vous à gauche, afin de vous alerter devant l'extrême dangerosité de ce texte.

Rappelons à titre préalable que, contrairement à ce qui a été dit dans l'hémicycle et dans les médias, ce texte concerne bien une large proportion de personnes à la fois malades et handicapées. En effet, la distinction entre « handicap » et « maladie » apparaît totalement artificielle sur le sujet. Si le handicap résulte de l'interaction entre les limitations d'une personne et les obstacles qui l'empêchent de participer pleinement à la société (article 1 de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par la France), la maladie, quant à elle, est justement l'une des principales causes des limitations évoquées, qui peuvent être physiques intellectuelles ou sensorielles. Par conséquent, si toutes les personnes handicapées ne sont pas malades, de très nombreuses personnes malades sont aussi, de fait, handicapées. Il n'est donc pas nécessaire que le texte fasse référence au handicap, qui est une catégorie sociale, là où la maladie est une notion biomédicale, pour avoir vocation à s'appliquer à des personnes handicapées.

Les critères retenus par l'article 2 du texte relatif à « l'aide à mourir » qui n'ont rien de strict, confirment d'ailleurs que des personnes malades et handicapées, tous types de handicaps confondus, seront éligibles au dispositif et même qu'une grande partie des maladies invalidantes prises en charge par la sécurité sociale au titre des affections longue durée seront concernées.

De plus, si ce projet de réforme initialement relatif « à la fin de vie », rebaptisé « aide à mourir », prétendait concerner uniquement les personnes malades et handicapées dont le pronostic vital était engagé à court terme ou moyen terme, **il est désormais clair que son dessein va bien au-delà des situations de « fin de vie » et qu'il est destiné aux personnes malades et handicapées dont la mort n'est ni imminente, ni proche, ni même prévisible, soit un nombre considérable de personnes.**

Dans une société en plein effondrement social, dans laquelle l'hôpital est à l'agonie, les aides humaines et matérielles à domicile dramatiquement insuffisantes, et où le handicap, la vieillesse, la dépendance conduisent à l'exclusion et à la relégation dans des institutions, il ne fait aucun doute qu'avec ce texte de nombreuses

personnes malades, handicapées et âgées se retrouveront contraintes de demander à mourir, non par réelle envie de mettre fin à leurs jours, mais parce qu'elles n'auront tout simplement plus les moyens de se soigner, de continuer à vivre et d'échapper à des souffrances auxquelles la société pourrait remédier si elle en faisait sa priorité.

Invoquer la liberté individuelle ou l'instauration d'éventuels « remparts » pour balayer d'un revers de main ce risque évident ne suffit pas.

La gauche ne peut ignorer qu'il n'y a pas de liberté sans égalité et que dans une société aussi inégalitaire que la nôtre, tout le monde ne bénéficie pas réellement de la même marge de manœuvre dans ses choix. La liberté des personnes malades et handicapées en particulier est des plus réduite quel que soit le domaine. La plupart d'entre elles vivent dans la pauvreté, ne choisissent ni leur lieu, ni leurs conditions de vie ou de soins, ni leurs aidants et sont soumises à d'innombrables pressions d'ordre familial, médical, et social. **Alors même que les politiques publiques menées contribuent bien souvent à organiser leur précarité et leur dépendance et les privent de la maîtrise de leur existence, il est particulièrement hypocrite de prétendre qu'elles pourraient soudainement retrouver leur entière liberté au moment – seulement – du choix de leur mort.** Cette hypocrisie est d'autant plus grave, que la société s'évertue également chaque jour à convaincre ces mêmes personnes malades et handicapées que leur mort est toujours préférable à leur maintien en vie puisqu'elles sont considérées comme inutiles, improductives et comme un poids pour le reste de la collectivité.

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le fait qu'aucune garantie, quelle qu'elle soit, ne sera de nature à sécuriser ce texte et à prévenir, d'une part, que des personnes malades et handicapées se dirigent vers ce dispositif par défaut, d'autre part, qu'il soit étendu à toujours plus de malades. Les exemples étrangers des pays ayant légalisé le suicide assisté et l'euthanasie, comme le Canada, sont sans appel. Une fois le principe adopté, l'élargissement des critères (maladies psychiatriques, mineurs, personnes âgées via les polyopathologies, personnes atteintes de troubles cognitifs), l'augmentation des demandes, y compris pour des raisons plus sociales que médicales, est inéluctable. Aujourd'hui l'euthanasie représente 7% des décès au Québec, et un quart des Québécois estime dorénavant que la précarité devrait être un critère pour l'accès à l'euthanasie.

Ces dérives ne sont pas de simples conséquences malheureuses mais sont consubstantielles à ce type de texte. **En effet, en légalisant le suicide assisté ou l'euthanasie, soit en réalité deux modalités de suicide, le suicide deviendrait un droit.** Dès lors qu'il s'agira d'un droit, **comment justifier la prévention du suicide tant à l'égard des personnes malades et handicapées que du reste de la population ?**

Comment s'opposer sur la durée et sans se contredire à ce que ce droit soit étendu à plus que les personnes malades ou en souffrance qui le revendiquent ? Comment ne pas être amené-e à mettre en concurrence les souffrances et à opérer un tri entre les idées suicidaires, entre les vies qui méritent d'être vécues et soutenues et celles qui ne le méritent pas ? **Comment ne pas s'apercevoir que la simple existence de ce droit constituera une incitation au suicide pour les personnes éligibles en permettant un passage à l'acte rapide et simple, là où l'obtention des soins et des aides est longue et complexe ?** La réponse légale et collective apportée à la question du suicide doit rester cohérente et ne peut décemment se permettre de faire une distinction entre les personnes malades et celles bien portantes comme le propose ce texte. **Sinon, c'est toute la politique publique de prévention du suicide qui se retrouverait anéantie et la hiérarchisation des vies légitimée.**

En tant qu'élu-es de gauche vous avez une responsabilité particulière. Vous ne pouvez soutenir ce projet sans trahir vos valeurs. Dans la période lugubre que nous vivons, dans laquelle les idées fascistes et eugénistes se déploient sans complexe, dans laquelle le système économique et l'abandon de la santé publique fragilisent les personnes malades et handicapées, tout en augmentant leur nombre, vous ne pouvez avoir la mort pour seul

horizon à leur offrir. Vous ne pouvez l'assimiler à un soin ou à un quelconque « progrès », ni prétendre qu'elle est « une solution », et mettre ainsi en danger la vie des plus vulnérabilisées d'entre elles. Vous vous devez de proposer, au contraire, aux personnes malades et handicapées des perspectives d'amélioration de leurs conditions de vie et défendre des mesures susceptibles de remédier à toutes les souffrances et les morts qui peuvent être évitées.

Eu égard à tout ce qui précède, nous, organisations et citoyen·nes signataires de cette tribune, vous demandons instamment de vous opposer totalement et fermement à cette proposition de loi et de voter contre le 27 mai prochain.

Nous comptons sur vous,

Le Front de gauche anti-validiste composé de: **Collectif JABS**, Le **CLHEE** : Collectif Lutte et Handicaps pour l'Egalité et l'Emancipation, **Handi-Social**, **CUSE** : Collectif Une Seule École,

CLE Autistes, **Les Dévalideuses**, Collectif de Lutte Anti-Validiste (**CLAV**), **Corps Dissidents**, **Elisa Rojas**, Avocate et militante, **Elena Chamorro**, enseignante et militante, **Odile Maurin**, élue municipale, présidente d'Handi-Social, **Johanna-Soraya Benamrouche**, militante

Soutien, associations, collectifs: **ARRA** Association pour la Réduction des Risques Aéroportés, l'association **Winslow Santé Publique**, **#NousToutes**, **SNJMG** syndicat national des jeunes médecins généralistes, **Pour une Santé Engagée et Solidaire**, collectif d'étudiant·es en santé de Sorbonne Université, **L'Observatoire Féministe des Violences Médicales**, **Collectif 25 Novembre**, **Féministes contre le cyberharcèlement**, **Collectif Génération Panasiatique**, **Les Dégommeuses**, **AcceptessT**, **Collectif Queer du Pays de Redon**, **Collectif Dévalidiste du Pays de Redon**, **Transistor Collectif**, **association d'auto soutien trans et TDS** (travailleureuses du sexe), **Syndicat handi angoumoisain**, **Cabrioles**, **Carnet de recherche pour l'autodéfense sanitaire face au Covid-19**, **Association les Cousines de L'Est**, **Mask Bloc Lille**, **Mask Bloc Lyon**, **Paye ta Psychophobie**, **Espace QG - Bibliothèque Queer&Genres**

Soutien, signatures individuelles : Plus de 300 militante·s anti-validistes et pour la justice sociale, personnes handicapées et membres de la société civile, élu·es, soignante·s, syndicalistes, journalistes, retraité·es, chercheureuses... (la liste complète sera publiée en ligne)

Grace Ly, autrice ; **Laura Nsafou**, autrice ; **Amandine Gay**, autrice et réalisatrice ; **No Anger**, artiste ; **Elsa Dechézeaux**, médecin généraliste ; **Mélina Germes**, chercheure au CNRS ; **Alexandre Legrain**, militant antivaldiste, syndicaliste Solidaires ; **Rizzo Boring**, artiste handie et militante associative en santé communautaire, **Ahmed Hammad**, militant-e à Handi-Social et autonomie de classe ; **Alex Deval**, militant écologiste & pour les droits des personnes LGBTQIA+, handicapé invisible, **Mathieu Bellahsen**, psychiatre et lanceur d'alerte ; **Catherine Fromage**, élue locale ; **Lydie Raër**, activiste aux Dévalideuses et conseillère municipale écologiste à Ivry-sur-Seine ; **Olivia Draghici Campolo**, AESH ; **Daisy Letourneur**, autrice et militante transféministe ; **Schnell Julien**, syndicaliste CGT ; **Fatima Benomar**, militante féministe ; **Latifa Oulkhoulir**, directrice de l'association ~le mouvement ; **Aden Nasteho**, conseillère municipale et territoriale ; **Nina Faure**, réalisatrice ; **Anne-Sophie Bosson**, retraitée ; **Faroudja Hocini**, Psychiatre, psychanalyste, aidante ; **Asiya Bathily**, réalisatrice et soignante ; **Nadia Morand**, activiste aux Dévalideuses, sexologue clinicienne ; **Sufjan Valero**, illustrateur et artiste, handicapé/malade chronique ; **Luck**, artiste, membre du Clav ; **Nawal Zouak Seddiki**, Balance Ton Boss et Inclusivité·es ; **Naël.le "Zoriaah"**, illustratrice, autiste; **Arthur Picou**, Salarié grande surface; **Mounia El-Kotni**, anthropologue ; **Élijah Djaé**, artiste et militant-e anti-validiste, **Selma Oumari**, bibliothécaire, militante CGT ; **Sahara Azzeg**, artiste militant queer crip spécialiste des questions d'arts militants handi queer contemporain ; **Emily Tante**, Drag-queen ; **Alexia Soyeux**, podcast Présages, **Eva Doumbia**, metteuse en scène et autrice anti-raciste ; **Zig Blanquer**, militant autonomiste et plus de 300 autres..

La Revue des droits de l'homme

Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux

Actualités Droits-Libertés

2026

Février

Les demandes anticipées d'euthanasie

A propos de l'Avis 89 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 10 novembre 2025¹

TATIANA GRÜNDLER

Résumé

C'est aujourd'hui, 24 février 2026, qu'a lieu, en 2^e lecture le vote solennel des députés sur la proposition de loi relative à l'aide à mourir. Loin d'achever le processus parlementaire, cette étape constitue un pas supplémentaire sur la voie de la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie en France. Cette actualité hexagonale est l'occasion de revenir sur un récent avis rendu par le Comité consultatif de bioéthique belge proposant au législateur outre-Québécois de permettre aux personnes de formuler de manière anticipée une demande d'euthanasie qui devra être mise en œuvre une fois qu'elles seront devenues démentes. Une telle proposition se fonde sur une compréhension et un usage des plus discutables des principes d'égalité et d'autonomie.

Texte intégral

- ¹ Alors qu'en France, l'Assemblée nationale examine en deuxième lecture une proposition de loi visant à légaliser l'aide à mourir (suicide assisté et euthanasie), la Belgique, qui avait franchi le pas dès 2002, envisage désormais d'étendre son accès aux personnes souffrant de démence et ayant demandé une telle aide dans leurs déclarations anticipées. C'est en tout cas à cette conclusion que parvient le Comité d'éthique belge dans son avis 89 rendu le 10 novembre dernier. Cette proposition illustre le fait qu'une fois le droit à être aidé activement et médicalement à mourir reconnu, des réformes sont envisagées afin d'assouplir les conditions d'accès, c'est-à-dire permettre au plus grand nombre d'y avoir accès. En outre, cette proposition constitue un nouveau point de rupture : permettre de pratiquer un acte légal sur une



personne qui l'a certes demandé à un moment mais qui ne le souhaite plus nécessairement au jour où on prend en compte sa demande. Si l'avis du Comité belge mérite attention, c'est parce qu'il nous semble soutenir une extension de l'aide à mourir sur la base d'une égalité mal comprise (I) et d'une autonomie dévoyée (II).

I/ - Une extension de l'aide à mourir défendue au nom d'une égalité purement formelle

- 2 Si le Comité d'éthique belge soutient l'extension de la demande anticipée d'aide à mourir aux personnes souffrant de troubles cognitifs, c'est au nom de l'égalité d'accès aux droits (A). Il s'agit-là d'un argument fréquemment mobilisé dans les États ayant déjà légalisé l'euthanasie et/ou le suicide assisté, pour assouplir progressivement les conditions d'accès (B).

A/ - La proposition d'ouvrir l'aide à mourir aux personnes démentes l'ayant demandé par anticipation

- 3 **La législation belge.** Dès sa légalisation par la loi du 28 mai 2002, l'aide à mourir a été ouverte en Belgique à des cas de demandes formulées de manière anticipée. La « déclaration anticipée relative à l'euthanasie » offre ainsi la possibilité, pour une personne, de demander, par avance et par écrit, en présence de deux témoins, une euthanasie pour le cas où elle serait un jour dans un état d'inconscience irréversible² (coma, état végétatif) tout en remplissant les conditions légales de l'aide à mourir (affection grave et incurable)³. Initialement limitées à 5 ans, ces déclarations anticipées sont, depuis 2020, dépourvues de limite de temps. Toutefois, la loi belge exclut de leur champ les situations dans lesquelles les personnes souffrent de graves troubles cognitifs. C'est précisément en faveur de cette extension des demandes anticipées d'euthanasie aux personnes atteintes de démence que le Comité consultatif de Belgique s'est prononcé à l'automne dernier.
- 4 **La proposition du Comité d'éthique belge.** En 2019, le Comité avait décidé de travailler à l'élaboration d'un avis « concernant la pertinence éventuelle, sur le plan éthique, d'élargir la portée de la déclaration anticipée aux personnes qui souffrent d'une pathologie affectant, brutalement ou de façon progressive, leur capacité à décider par et pour elles-mêmes tout en ne menant pas à une situation d'inconscience irréversible »⁴.
- 5 Mobilisant les principes de dignité, de solidarité ainsi que les éthiques du *care*, c'est logiquement à l'aune essentiellement des principes d'autonomie et d'autodétermination que le Comité belge a conduit sa réflexion : « La question sous-jacente qui se pose dans le cas d'une déclaration anticipée d'euthanasie précédant une atteinte de la capacité de décider pour soi est celle de situer l'autonomie. L'autonomie est-elle entièrement incluse dans, et exprimée par, la déclaration anticipée ? Ou ce qui est manifesté par la personne une fois qu'elle a perdu la capacité de décider pour elle-même (concernant sa santé et sa fin de vie) peut-il – doit-il – être pris en compte également ? »⁵.
- 6 Malgré les perspectives vertigineuses qu'ouvrent ces questions qu'il ne tranche d'ailleurs pas, le Comité recommande une modification du cadre légal relatif à l'euthanasie afin de permettre la déclaration anticipée d'euthanasie pour « rendre possible sa prise en compte, au bénéfice des personnes qui sont conscientes, mais dont la capacité de décider pour elles-mêmes et la capacité d'exprimer leur volonté ont été irréversiblement altérées en raison d'un accident ou d'une maladie »⁶. Ce faisant, les éthiciens se disent sensibles et critiques face à la différence qui « existe [en l'état du droit] dans l'accès à la demande d'euthanasie entre les personnes dont la pathologie

affecte de façon prioritaire la capacité de décider pour elles-mêmes et celles pour lesquelles ce n'est pas le cas avant un stade très avancé de leur maladie (par exemple un cancer) »⁷. Cela justifie, à leurs yeux, de réfléchir à la « réponse que la société souhaite apporter à une telle différence de situation (...) pour restaurer une équité mise à mal »⁸. Et le Comité de conclure unanimement en faveur de l'aménagement du cadre légal pour qu'une personne souffrant de démence puisse être euthanasiée dès lors qu'elle a pu le demander avant de souffrir de ces troubles cognitifs⁹.

- 7 **Une certaine acception de l'égalité.** L'idée d'égalité est au cœur de l'analyse du Comité. Il estime en effet que l'aide à mourir étant déjà autorisée pour des personnes inconscientes qui en ont fait la demande de manière anticipée, elle doit également l'être pour des personnes souffrant de démence qui l'auraient demandé à l'avance. En d'autres termes, pour le Comité, l'égalité se comprend comme le droit de chacun aux mêmes services et prestations – ici l'aide à mourir –, malgré les différences de situation qui peuvent exister entre les personnes – ici entre les malades dans le coma et les malades déments. Cette perception plus formelle que réelle de l'égalité conduit nécessairement à l'extension de l'accessibilité de l'aide à mourir une fois celle-ci légalisée.

B/ - Une proposition illustrant la tendance à l'assouplissement des conditions d'accès à l'aide à mourir

- 8 **Expériences étrangères.** Le détour par les États étrangers qui se sont déjà engagés dans la voie de la légalisation de l'aide à mourir est instructif en ce qu'il révèle que les conditions d'accès ont été depuis progressivement élargies, toujours à la faveur de l'argument de l'égalité dans l'accès à ce qui est perçu comme un droit de l'individu autonome¹⁰. Et si cet individu précisément n'est plus autonome, au sens décisionnel, point d'obstacle dirimant, puisqu'il est toujours envisageable de se fonder sur des volontés qu'il a pu antérieurement exprimer. Ainsi, au Canada, il est prévu – même si la mise en œuvre de la réforme est reportée à 2027 – que les personnes souffrant d'une maladie mentale puissent demander une aide à mourir. Et dans la province québécoise, il est possible, depuis 2024, de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir¹¹ pour une personne ayant reçu un diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins, par exemple, la maladie d'Alzheimer. Ces expériences étrangères doivent conduire à relativiser la portée réelle de l'encadrement aujourd'hui proposé en France de l'aide à mourir.

- 9 **France.** Le Sénat ayant rejeté, le 28 janvier 2026, le texte (181 voix contre et 122 pour)¹² visant à légaliser l'aide à mourir, il convient, pour savoir à quelles conditions le recours au suicide assisté et, subsidiairement, à l'euthanasie sont envisagés, de se reporter à la version adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025¹³. En l'état de ce texte, pour être éligible à l'aide à mourir, il faut être majeur et de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France, être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, être en outre atteint d'une affection – grave et incurable – qui engage le pronostic vital, en phase terminale ou avancée¹⁴ et, enfin, subir une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection¹⁵.

- 10 Il résulte de ces exigences que les mineurs, les personnes souffrant de maladies psychiatriques, tout comme celles dont le discernement est altéré sont exclues de ce futur droit. Que ce soit lors de la demande (art. 6¹⁶), ou lors de la réalisation de l'acte létal (art. 9), la personne ne doit pas voir son discernement altéré par des troubles cognitifs. Le texte voté par les députés prévoit en particulier que « le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier (...) vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder (...) ou faire procéder à l'administration », étant précisé qu'il doit veiller « à ce qu'elle ne subisse aucune pression de la part des personnes qui l'accompagnent pour procéder ou renoncer à l'administration ».

- 11 Toutefois, à l'instar de ce qui est envisagé aujourd'hui en Belgique au nom de l'éthique, rien ne garantit que ce garde-fou (sans mauvais jeu de mots) soit pérenne. D'ailleurs, d'aucuns¹⁷ assument que le texte actuellement discuté au Parlement ne constitue qu'une étape – stratégique¹⁸ – avant une ouverture plus large de l'aide à mourir – au nom de l'égalité – aux mineurs, aux personnes souffrant de maladies psychiatriques et à celles touchées par la maladie d'Alzheimer¹⁹. Plusieurs amendements déposés (mais non adoptés) à l'Assemblée nationale²⁰ comme au Sénat²¹ proposaient déjà de modifier l'article 4 du texte, relatif aux conditions d'accès à l'aide à mourir, afin de prévoir la possibilité d'en faire une demande *via* les directives anticipées pour le cas où le bénéficiaire ne serait plus en état de s'exprimer.
- 12 Si, au nom de l'égalité, il est envisagé, proposé, voire décidé de rendre éligible un nombre accru de personnes vulnérables à l'aide à mourir, c'est parce que cette conception de l'égalité rencontre une approche de l'autonomie qui est elle aussi contestable.

II/ - Une extension défendue au nom d'une autonomie dévoyée

- 13 Une partie du Comité belge – qui dans son ensemble appelle de ses vœux la reconnaissance, pour les personnes atteintes des troubles cognitifs, de la possibilité de demander dans les déclarations anticipées une aide à mourir – propose de rendre irréfragable la volonté de se voir donner la mort ainsi exprimée (A). Une telle proposition – qui correspond à une conception radicale de l'autonomie – paraît déconnectée de la réalité de ce que vit et ressent une personne atteinte de démence, comme le suggère un cas récemment jugé aux Pays-Bas où les demandes anticipées sont possibles dans de telles hypothèses (B).

A/ - La proposition de rendre irréfragable la volonté exprimée dans les déclarations anticipées

- 14 **La fiction de l'autonomie.** Dans son avis du 10 novembre dernier proposant de rendre l'euthanasie accessible aux personnes démentes par le truchement des directives anticipées, le Comité belge ne se contente pas de jouer sur la fiction qui consiste à considérer qu'une volonté exprimée par une personne à un temps t correspond à celle de la personne à $t+1$. Il n'acte pas seulement l'idée que lui rester fidèle, alors qu'elle n'est plus capable d'extérioriser une volonté, impliquerait de respecter la volonté qu'elle a pu formuler antérieurement, bien que ce soit précisément et par hypothèse avant qu'elle ne connaisse, ne vive et n'expérimente la situation médicale qui est la sienne désormais. Certains membres du Comité n'hésitent pas aller plus loin en proposant que cette volonté antérieurement exprimée (au temps t), dans les déclarations anticipées d'euthanasie, prévale sur ce que la personne souffrant de troubles cognitifs pourra exprimer en sens contraire, en situation (au temps $t+1$). En d'autres termes, ils vont jusqu'à considérer que les directives anticipées doivent être opposables à la personne elle-même, à l'instar d'un pacte d'Ulysse. À la différence toutefois que ce pacte, utilisé dans le champ psychiatrique, vise à permettre que la personne soit soignée, là où les déclarations anticipées d'euthanasie sont destinées à lui permettre de se voir donner la mort.
- 15 **Le mépris pour l'autonomie résiduelle.** Plus précisément, le Comité considère dans son ensemble que les déclarations anticipées d'euthanasie doivent constituer une présomption de persistance de la demande, de la souffrance que génèrerait la survenue d'une affection privant la personne de sa capacité décisionnelle et, enfin, de la prévision du caractère insoutenable de cette souffrance. Pour certains de ses membres, ces présomptions doivent même être considérées comme irréfragables, c'est-à-dire ne pas

pouvoir être renversées. En d'autres termes, « la déclaration anticipée constitue une présomption qui ne peut être renversée sur la base d'éventuels signes discordants (ou estimés tels par le médecin et/ou l'entourage) manifestés par la personne une fois qu'elle a irréversiblement et totalement perdu la capacité de décider pour elle-même sur ce sujet »²². Les partisans de cette solution radicale concèdent tout au plus la possibilité d'un « éventuel report de la mise en œuvre de la déclaration anticipée, pour des raisons médicales ou des considérations humaines nécessitant un temps de réflexion et de concertation »²³. D'autres, plus précautionneux, pointent l'absence de similitude entre les patients inconscients – qui ont pu rédiger des directives demandant une euthanasie en l'état du droit positif belge – et les personnes souffrant de troubles cognitifs – qui le pourraient si le droit belge évoluait – : « la personne qui a perdu sa capacité de décider pour elle-même n'est pas inconsciente. En conséquence, elle "vit sa vie", même si celle-ci connaît des limitations en raison de la maladie. À ce titre, elle continue d'effectuer des expériences qui peuvent faire sens à ses yeux au moment où elle les vit, qui peuvent lui apporter satisfaction, du plaisir voire une joie dont l'expression sera éventuellement manifeste »²⁴. Aussi, la présomption doit-elle, selon eux, pouvoir être renversée si « la relation de soin démontre de manière persistante que l'euthanasie n'est plus le souhait du patient »²⁵.

- 16 Une telle possibilité paraît être un garde-fou indispensable car rien ne garantit que la volonté de se voir donner la mort persiste en situation, comme le suggère notamment un cas rencontré aux Pays-Bas, où la demande anticipée d'euthanasie est admise dans des situations de troubles cognitifs.

B/ - L'« euthanasie café » ou l'autonomie brandie contre le sujet

- 17 Les Pays-Bas permettent depuis la dépénalisation de l'euthanasie en 2002 de faire une demande anticipée d'euthanasie, y compris pour les personnes atteintes de démence. Même si les euthanasies pratiquées dans ce cas demeurent peu fréquentes, elles existent. Ainsi, en 2024, 6 euthanasies ont été réalisées sur des personnes atteintes de démence qui n'étaient plus capables de décider pour elles-mêmes²⁶.
- 18 Il y a quelques années un cas a été révélé alors que la justice était saisie²⁷. Il s'agissait d'une femme atteinte de la maladie d'Alzheimer qui avait demandé dans ses directives anticipées à bénéficier d'une euthanasie quand elle ne pourrait plus, du fait de sa démence, vivre chez elle avec son mari. Quelques années plus tard, celui-ci l'a fait admettre dans une maison de retraite en demandant que les directives de son épouse soient mises en œuvre, c'est-à-dire que l'euthanasie soit pratiquée. Quant à la femme qui vivait désormais en institution, elle exprimait parfois spontanément vouloir mourir ; mais quand on lui posait la question, elle répondait que ce n'était pas le moment, que sa situation n'était pas si terrible. Ces éléments ont semblé incohérents aux soignants qui ont donc conclu à une absence de lucidité et décidé, en 2016, de pratiquer l'euthanasie. À son insu, ils ont versé dans son café un sédatif pour éviter qu'elle refuse de le prendre et qu'une lutte ait lieu pendant l'euthanasie, puis, lui ont administré un autre sédatif par voie sous-cutanée pour la placer dans un état de conscience réduite et, enfin, lui ont injecté le produit létal, pendant que sa famille la maintenait physiquement, jusqu'à ce que l'équipe de soin lui administre une dose de bloquants musculaires.

**

- 19 Ce cas concret et effroyable – pour lequel la médecin a été acquittée²⁸ – témoigne des difficultés éthiques majeures que pose la mise en œuvre d'une euthanasie sur une personne démente qui en avait fait la demande alors qu'elle ne souffrait pas encore de troubles cognitifs. Défendre l'accès à l'aide à mourir pour les personnes démentes, au nom de l'égalité et de l'autonomie²⁹, est une simplification trompeuse. Au mieux, c'est

faire le choix d'une égalité purement formelle, au détriment de la solidarité envers les personnes les plus vulnérables. Au pire, c'est favoriser la mort des plus fragiles.

Notes

1 Avis relatif à l'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée chez les personnes conscientes dont la capacité de décider pour elles-mêmes et d'exprimer leur volonté est irrémédiablement affectée, 85 p., <https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/documents/pIb6YZjGQSyaxuP36laTUAo465>.

2 « Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée (...) ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science » (art 4).

3 En 2021, les euthanasies pratiquées à la suite d'une déclaration anticipée représentaient seulement 0,6% des cas. (Centre Jean Gol, « Faut-il modifier les conditions d'accès à l'euthanasie ? », 2022, 16 p., p. 5.

4 Avis 89, p. 4.

5 *Ibid.*, p. 76.

6 *Ibid.*, p. 76.

7 *Ibid.*, p. 55.

8 *Ibid.*, p. 55.

9 *Ibid.*, p. 66.

10 Pour ne prendre que le cas de la Belgique, rappelons que l'aide à mourir, réservée en 2002 aux seules personnes majeures, a été ouverte en 2014 aux mineurs dotés de la capacité de discernement (avec des conditions spécifiques).

11 <https://aqdmd.org/demande-contemporaine-et-demande-anticipee-daide-medicale-a-mourir-queelles-sont-les-differences/>

12 Parallèlement, la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs a été adoptée à une très large majorité (307 voix pour et 15 voix contre).

13 Assemblée nationale, Texte adopté n° 122, 27 mai 2025, *Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir*.

14 La phase avancée étant entendue comme 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.

15 Cette souffrance devrait être 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, étant précisé qu'une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir.

16 « 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 ».

17 C'est en ce sens que s'est exprimé l'ancien député Jean-Louis Touraine, spécialiste des sujets de bioéthique devant l'assemblée générale de l'association *Le Choix*, 30 nov. 2024, <https://www.facebook.com/watch/?v=1026963029560558>.

18 « Le pied dans la porte » (J.-L. Touraine, *ibid.*).

19 Assemblée générale de l'association *Le Choix*, 30 novembre 2024 sur la base de l'égalité, <https://www.facebook.com/watch/?v=1026963029560558>.

20 Assemblée nationale, AS688. Cet amendement déposé le 4 avril 2025 vise à permettre la prise en compte d'un-e patient-e ayant formulé une demande expresse d'aide à mourir qui viendrait à perdre conscience de manière irréversible après avoir initié la procédure de manière libre et éclairée. <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements/1100/CION-SOC/AS688> V. aussi n° 2464 9 mai 2025 (rejeté), <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements/1364/AN/2464>.

21 Sénat, n° 328, 20 janv. 2026. L'amendement prévoyait que « par exception » la demande pourra se faire « par l'intermédiaire de directives anticipées rédigées », https://www.senat.fr/amendements/2025-2026/265/Amdt_328.html#:~:text=L'auteur%20de%20l'amendement,d'aide%20active%20C3%A0%20mourir.

22 Avis 89, p. 72.

23 *Ibid.*

24 Avis 89, p.73.

25 *Ibid.*

26 Avis 89, p. 8.

27 Claire Etchegaray, « Directives anticipées pour la fin de vie et déficience cognitive », *RGDM* 2023, n° 88, p. 27-56. V. aussi, « Une médecin néerlandaise acquittée dans une affaire d'euthanasie inédite », *Sciences et avenir*, 11 sept. 2019.

28 Trib. corr. de La Haye, 11 septembre 2019, n° 09/837356-18, <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBDHA:2019:9506>.

29 Ce cas montre la tension entre deux approches de l'autonomie, l'autonomie-authenticité (qui renvoie à ce qu'était la personne, à sa trajectoire, à ses valeurs) primant ici sur l'autonomie résiduelle. V. Marta Spranzi, « Respect de l'autonomie et liberté : quelle place pour la "liberté d'indifférences" ? », Eric Favereau, Véronique Fournier (coord.), *Le principe d'autonomie 10 ans plus tard*, Centre éthique clinique, https://evenementiels.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/229/files/2021/02/CEC-LivretAutonomie_BD.pdf, p. 23-28.

Pour citer cet article

Référence électronique

Tatiana Gründler, « Les demandes anticipées d'euthanasie », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 24 février 2026, consulté le 24 février 2026. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/25593>

Auteur

Tatiana Gründler

-  **IDREF** : <https://idref.fr/104461179>

Maîtresse de conférences en droit à l'Université Paris Nanterre

Du même auteur

Vaccination obligatoire pour les résidents d'Ehpad : vers une vision âgiste de la prévention ? [Texte intégral]

Paru dans *La Revue des droits de l'homme*, Actualités Droits-Libertés

Autonomie et droit médical spécial : les désillusions du majeur protégé [Texte intégral]

Paru dans *La Revue des droits de l'homme*, 26 | 2024

Introduction [Texte intégral]

Paru dans *La Revue des droits de l'homme*, 26 | 2024

Usages et mésusages des directives anticipées des majeurs protégés [Texte intégral]

Documents sonores

Paru dans *La Revue des droits de l'homme*, 26 | 2024

Revisiter l'accompagnement des vieux en fin de vie, une ambition à portée de main ?

[Texte intégral]

L'éclairage du rapport d'information du Sénat sur les soins palliatifs

Paru dans *La Revue des droits de l'homme*, Actualités Droits-Libertés

Une société inclusive pour les personnes âgées : mirage et désillusions [Texte intégral]

Les constats amers du Défenseur des droits

Paru dans *La Revue des droits de l'homme*, Actualités Droits-Libertés

Tous les textes...

Droits d'auteur



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont susceptibles d'être soumis à des autorisations d'usage spécifiques.

Proposition de loi, T.A. n° 122

17^e législature

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir le 27 mai 2025, T.A. n° 122.

Proposition de loi, T.A. n° 122 (Sommaire)



Chapitre I^{er} Définition

[Article 1^{er}](#), [Article 2](#) et [Article 3](#)

Chapitre II Conditions d'accès

[Article 4](#)

Chapitre III Procédure

[Article 5](#), [Article 6](#), [Article 7](#), [Article 8](#), [Article 9](#), [Article 10](#), [Article 11](#), [Article 12](#) et [Article 13](#)

Chapitre IV Clause de conscience

[Article 14](#)

Chapitre V Contrôle et évaluation

[Article 15](#) et [Article 16](#)

Chapitre VI Dispositions pénales

[Article 17](#)

Chapitre VII Dispositions diverses

[Article 18](#), [Article 19](#), [Article 19 bis](#) et [Article 20](#)



TEXTE ADOPTÉ n° 122
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

27 mai 2025

PROPOSITION DE LOI

relative au droit à l'aide à mourir,

ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
EN PREMIÈRE LECTURE

L'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros : 1100 et 1364.

– 1 –

CHAPITRE I^{ER}

Définition

Article 1^{er}

Article 1^{er}

Après le mot : « santé », la fin de l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigée : « , expression de leur volonté et fin de vie ».

Article 2

① Après la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, est insérée une section 2 *bis* ainsi rédigée :

②

« Section 2 bis

③

« **Droit à l'aide à mourir**

④

« Sous-section 1

⑤

« Définition

⑥

« Art. L. 1111-12-1. – I. – Le droit à l'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, 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.

⑦

« II. – Le droit à l'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal. »

Article 3

Le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide. »

CHAPITRE II

Conditions d'accès

Article 4

① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :

②

« Sous-section 2

③

« Conditions d'accès

④

« Art. L. 1111-12-2. – Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre à toutes les conditions suivantes :

⑤

« 1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;

⑥

« 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;

⑦

« 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 ;

⑧

« 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 ;

⑨

« 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

CHAPITRE III

Procédure

Article 5

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :
- ② « Sous-section 3
- ③ « Procédure
- ④ « Art. L. 1111-12-3. – I. – 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 qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.
- ⑤ « La personne ne peut ni présenter ni confirmer de demande lors d'une téléconsultation. Si la personne se trouve dans l'incapacité physique de se rendre chez son médecin, ce dernier se présente à son domicile ou dans tout lieu où cette personne est prise en charge, pour recueillir sa demande.
- ⑥ « Une même personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.
- ⑦ « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Il vérifie ces informations en ayant accès au registre mentionné à l'article 427-1 du code civil. Le médecin doit à la personne protégée une information loyale sur son état et adaptée à ses facultés de discernement. Cette information est délivrée à la personne de manière appropriée et adaptée à ses facultés de discernement. En cas de doute ou de conflit, le juge des tutelles ou le conseil de famille, s'il est constitué, peut être saisi.
- ⑧ « II. – Le médecin mentionné au I du présent article :
- ⑨ « 1° 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 ;
- ⑩ « 2° Informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 et s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle y ait accès de manière effective ;
- ⑪ « 3° Propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle y ait accès de manière effective ;
- ⑫ « 4° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;
- ⑬ « 5° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre. »

Article 6

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 5 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-4 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-4. – I. – Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article L. 1111-12-2. Si le médecin sollicite le préfet pour procéder à la vérification de la condition mentionnée au 2° du même article L. 1111-12-2, celui-ci répond sans délai.
- ③ « 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.
- ④ « II. – Pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article L. 1111-12-2, le médecin met en place une procédure collégiale. Le médecin :
- ⑤ « 1° Réunit un collège pluriprofessionnel, auquel il participe, composé au moins :

- ⑥ « a) D'un médecin qui remplit les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 et qui n'intervient pas dans le traitement de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci, sans qu'il existe de lien hiérarchique entre les deux médecins. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il examine celle-ci, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, avant la réunion du collège pluriprofessionnel ;
- ⑦ « b) D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;
- ⑧ « 2° Peut également convier à participer à la réunion du collège pluriprofessionnel d'autres professionnels de santé, des professionnels travaillant dans des établissements ou des services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et des psychologues qui interviennent dans le traitement de la personne ;
- ⑨ « 3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, informe la personne chargée de la mesure de protection et tient compte de ses observations, qu'il communique au collège pluriprofessionnel lors de sa réunion ;
- ⑩ « 4° (*nouveau*) Peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, lorsqu'elle a été désignée.
- ⑪ « Lorsque la personne malade est atteinte d'une maladie neurodégénérative, l'évaluation de sa capacité de discernement doit tenir compte de son mode de communication et des dispositifs adaptés utilisés et ne peut se fonder exclusivement sur des tests cognitifs sensibles à la fatigue, à l'anxiété ou aux troubles moteurs.
- ⑫ « La réunion du collège pluriprofessionnel se déroule en la présence physique de tous les membres. En cas d'impossibilité, il peut être recouru à des moyens de visioconférence ou de télécommunication.
- ⑬ « III. – La décision sur la demande d'aide à mourir est prise par le médecin à l'issue de la procédure collégiale mentionnée au II du présent article. Le médecin se prononce et notifie, oralement et par écrit, sa décision motivée à la personne dans un délai de quinze jours à compter de la demande. Il en informe par écrit, le cas échéant, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.
- ⑭ « IV. – Après un délai de réflexion d'au moins deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III, la personne confirme au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.
- ⑮ « Lorsque la confirmation de la demande intervient plus de trois mois après la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.
- ⑯ « V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe oralement et par écrit des modalités d'action de la substance létale.
- ⑰ « Il détermine, en accord avec la personne, les modalités d'administration de la substance létale et le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour cette administration.
- ⑱ « V *bis*. – La procédure prévue au présent article ne peut être réalisée par des sociétés de téléconsultation.
- ⑲ « VI. – Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ⑳ « Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du présent code. »

Article 7

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 et 6 de la présente loi, est

complétée par un article L. 1111-12-5 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 1111-12-5. – I. – Avec le médecin ou l’infirmier chargé de l’accompagner en application du second alinéa du V de l’article L. 1111-12-4, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l’administration de la substance létale.
- ③ « Si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision mentionnée au III du même article L. 1111-12-4, le médecin mentionné à l’article L. 1111-12-3 évalue à nouveau, à l’approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au second alinéa du IV de l’article L. 1111-12-4.
- ④ « II. – Dans des conditions convenues avec le médecin ou l’infirmier chargé de l’accompagner, l’administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile, à l’exception des voies et espaces publics.
- ⑤ « La personne peut être entourée par les personnes de son choix pendant l’administration de la substance létale. Le médecin ou l’infirmier chargé d’accompagner la personne informe les proches et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d’accompagnement psychologique existants. »

Article 8

- ① La sous-section 3 de la section 2 bis du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte des articles 5 à 7 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-6 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-6. – Lorsque la date de l’administration de la substance létale est fixée, la pharmacie à usage intérieur mentionnée au VI de l’article L. 1111-12-4 réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d’officine désignée par le médecin ou l’infirmier chargé d’accompagner la personne, en accord avec celle-ci. La pharmacie d’officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l’infirmier.
- ③ « Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d’une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d’officine prévues au premier alinéa du présent article.
- ④ « La pharmacie à usage intérieur et la pharmacie d’officine réalisent leurs missions dans un délai permettant l’administration de la substance létale à la date fixée. »

Article 9

- ① La sous-section 3 de la section 2 bis du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte des articles 5 à 8 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-7 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-7. – I. – Le jour de l’administration de la substance létale, le médecin ou l’infirmier chargé d’accompagner la personne :
- ③ « 1^o Vérifie que la personne confirme qu’elle veut procéder ou, si elle n’est pas en capacité physique de le faire elle-même, faire procéder à l’administration et veille à ce qu’elle ne subisse aucune pression de la part des personnes qui l’accompagnent pour procéder ou renoncer à l’administration ;
- ④ « 2^o Prépare, le cas échéant, l’administration de la substance létale ;
- ⑤ « 3^o Assure la surveillance de l’administration de la substance létale par la personne ou l’administrateur.
- ⑥ « II. – Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l’administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et, à la demande du patient, convient d’une nouvelle date dans les conditions prévues à l’article L. 1111-12-5.
- ⑦ « III. – Une fois la substance létale administrée, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n’est plus obligatoire. Il est toutefois suffisamment près et en vision directe de la personne pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23^o de l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

- ⑧ « IV. – Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.
- ⑨ « V. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée à l'article L. 1111-12-6 la préparation magistrale létale qui n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.
- ⑩ « Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits dans des conditions sécurisées en application de l'article L. 4211-2.
- ⑪ « Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa du I du présent article dresse un compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III. »

Article 10

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 9 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-8 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-8. – I. – Il est mis fin à la procédure d'aide à mourir :
- ③ « 1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner qu'elle renonce à l'aide à mourir ;
- ④ « 2° Si le médecin mentionné au même article L. 1111-12-3 prend connaissance, après sa décision sur la demande d'aide à mourir, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article L. 1111-12-2 n'étaient pas remplies ou cessent de l'être. Le médecin notifie alors sa décision motivée par écrit à la personne et, si celle-ci fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, il en informe par écrit la personne chargée de la mesure de protection ;
- ⑤ « 3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale.
- ⑥ « II. – Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article L. 1111-12-3. »

Article 11

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 10 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-9 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-9. – Chacun des actes mentionnés à la présente sous-section est enregistré dans un système d'information, sans délai, à chacune des étapes de la procédure par les professionnels concernés. La mise en œuvre du système d'information respecte les critères de sécurité et de protection des données mentionnés à l'article 31 de la loi n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique. Les actes enregistrés dans le système d'information reçoivent un code spécifique dans le cadre de la classification des actes médicaux, afin de garantir leur traçabilité et leur exploitation à des fins statistiques dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-13 du présent code. »

Article 12

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 11 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-10 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-10. – La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ainsi que la décision de mettre fin à la procédure dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 1111-12-8 ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun.
- ③ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne à accéder à l'aide à mourir peut être contestée, dans un délai de deux jours à compter de sa notification par la personne chargée de la mesure de

délai de deux jours à compter de sa nomination, par la personne chargée de la mesure de protection, devant le juge des contentieux de la protection, en cas de doute sur l'aptitude de la personne ayant formé la demande d'aide à mourir à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. La saisine du juge des contentieux de la protection suspend la procédure prévue à la présente sous-section. Le juge des contentieux de la protection statue dans un délai de deux jours. »

Article 13

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 12 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-11 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-11.* – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de la présente sous-section, notamment :
- ③ « 1° Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;
- ④ « 2° La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article L. 1111-12-3 et de sa confirmation mentionnée au IV de l'article L. 1111-12-4 ;
- ⑤ « 3° La procédure de vérification des conditions prévues à l'article L. 1111-12-2. »

CHAPITRE IV

Clause de conscience

Article 14

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 4 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 4*
- ③ « *Clause de conscience*
- ④ « *Art. L. 1111-12-12.* – I. – Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 ne sont pas tenus de participer aux procédures prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section.
- ⑤ « Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures doit, sans délai, informer la personne ou le professionnel le sollicitant de son refus et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de celles-ci.
- ⑥ « II. – Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou service mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre :
 - ⑦ « 1° L'intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 du présent code ;
 - ⑧ « 2° L'accès des personnes mentionnées au II de l'article L. 1111-12-5.
- ⑨ « III. – Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure prévue à la sous-section 3 de la présente section se déclarent à la commission mentionnée à l'article L. 1111-12-13. »

CHAPITRE V

Contrôle et évaluation

Article 15

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une

sous-section 5 ainsi rédigée :

- ② « Sous-section 5
- ③ « Contrôle et évaluation
- ④ « Art. L. 1111-12-13. – I. – Une commission de contrôle et d'évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :
- ⑤ « 1° Le contrôle *a posteriori*, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9, du respect, pour chaque procédure d'aide à mourir, des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section ;
- ⑥ « 2° Le suivi et l'évaluation de l'application de la présente section, afin d'en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de formuler des recommandations. Ce suivi et cette évaluation reposent notamment sur l'exploitation de données agrégées et anonymisées et sur la mise en œuvre d'une approche sociologique et éthique ;
- ⑦ « 3° L'enregistrement des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l'article L. 1111-12-12 dans un registre accessible aux seuls professionnels de santé, dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- ⑧ « Lorsque, à l'issue du contrôle mentionné au 1° du présent I, la commission estime que des faits commis à l'occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des sous-sections 2 à 4 de la présente section sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle saisit la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.
- ⑨ « Lorsque la commission estime que les faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, elle le signale au procureur de la République dans les conditions prévues à l'article 40 du code de procédure pénale.
- ⑩ « II. – La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9 du présent code.
- ⑪ « Nonobstant l'article L. 1110-4, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues à la présente section.
- ⑫ « III. – Nonobstant l'article L. 1110-4, les médecins membres de la commission peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale.
- ⑬ « IV. – La composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section sont déterminées par décret en Conseil d'État. La commission comprend au moins :
- ⑭ « 1° Deux médecins ;
- ⑮ « 2° (*nouveau*) Un conseiller d'État ;
- ⑯ « 3° (*nouveau*) Un conseiller à la Cour de cassation ;
- ⑰ « 4° (*nouveau*) Deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou dans les instances de santé publique ;
- ⑱ « 5° (*nouveau*) Deux personnalités désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales. »

Article 16

- ① I. – Après le 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :
- ② « 23° Définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir

définie à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique et élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes rendus mentionnés au V de l'article L. 1111-12-7 du même code. »

- ③ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le 1° de l'article L. 5121-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Est qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1, qui est préparée, dans le respect des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé et qui est délivrée dans les conditions mentionnées à l'article L. 5132-8 du présent code ; »
- ⑥ 2° Après la référence : « L. 5121-17 », la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-14-3 est ainsi rédigée : « , de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 ou des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ 3° L'article L. 5126-6 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ⑧ « 7° Les pharmacies à usage intérieur mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 peuvent transmettre les préparations magistrales létales définies au même second alinéa aux pharmacies d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de leur délivrance, mentionnées à l'article L. 1111-12-6. » ;
- ⑨ 4° Le premier alinéa du II de l'article L. 5311-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, sur demande du ministre chargé de la santé, elle peut également procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du présent code. »

CHAPITRE VI

Dispositions pénales

Article 17

- ① Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1115-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1115-4. – I. – 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, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir :*
- ③ « 1° Soit en perturbant l'accès aux établissements où est pratiquée l'aide à mourir ou à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée, en entravant la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces lieux ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ou en perturbant le lieu choisi par une personne pour l'administration de la substance létale ;
- ④ « 2° Soit en exerçant des pressions morales ou psychologiques, en formulant des menaces ou en se livrant à tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur l'aide à mourir, des personnels participant à la mise en œuvre de l'aide à mourir, des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers ou des professionnels de santé volontaires mentionnés au III de l'article L. 1111-12-12 et enregistrés sur le registre de la commission mentionné au 3° du I de l'article L. 1111-12-13.
- ⑤ « II. – Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des

[Accéder au dossier législatif](#)



Commission des affaires sociales

[Accéder à la page de la commission](#)



Assemblée nationale de la 17ème législature

[Voir la page de l'organe](#)

Autres formats :

[Version PDF](#)



[Version HTML](#)



[Notice XML](#)



[Notice JSON](#)



present article, aucune remuneration ou gratification en especes ou en nature, quelle qu'en soit la forme, ne peut être allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir.

Article 19

- ① I. – L'article L. 132-7 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'assurance en cas de décès doit couvrir le décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ③ II. – L'article L. 223-9 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ⑤ III. – Le présent article s'applique aux contrats en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 19 bis (nouveau)

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la

présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :

- ② 1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;
- ③ 2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques en matière de santé et de sécurité sociale particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.
- ④ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 20

(Supprimé)