

Lois Soins palliatifs et Aide à mourir : "Il va y avoir des abus"

Par Louis François, le 25 août 2025.

Avant l'inéluctable fin de notre vie, la déchéance et la souffrance causées par la maladie sont, et seront, le lot de nombre d'entre nous. La nouveauté, c'est que nous sommes **tous immédiatement concernés** par les lois sur la fin de vie qui sont actuellement en préparation en France. Y compris les jeunes à partir de 18 ans.

S'agissant de **loi sur les soins palliatifs**, adoptée à l'unanimité en première lecture à l'Assemblée nationale le 27 mai 2025, que ceux qui pensent ne pas être impactés se détrompent. "*À compter de sa majorité*", chaque assuré recevra "*de manière périodique*" de la caisse d'assurance maladie (Sécurité sociale), une incitation à "*rédiger, réviser et confirmer ses directives anticipées et désigner une personne de confiance*" (Article 15). Que sont les "**directives anticipées**" ? Un testament dans lequel on inscrit ses dernières volontés concernant sa propre fin de vie !

Comment les jeunes réagiront-ils à ces incitations répétées à **penser leur propre mort**, envoyées par l'organisme qui rembourse leurs dépenses médicales, alors que selon Santé Publique France **un jeune Français sur quatre déclare être dépressif ou avoir des pensées suicidaires** ? Comment est-il possible que **l'étude d'impact** de cette loi déclare (p. 34) que son impact sur la jeunesse est "*sans objet*" ?

De plus, toute personne recevant le **diagnostic d'une maladie grave** (comme le cancer du sein, explicitement

mentionné p. 59 de **l'étude d'impact**) se verra proposer par *“l'équipe de soins”* de rédiger ou d'élaborer un *“plan personnalisé d'accompagnement”* prévoyant sa fin de vie (Article 14 de la **loi sur les soins palliatifs**).

Comme chacun le sait, nous pouvons tous recevoir, du jour au lendemain, un tel diagnostic, à l'instar des **3,8 millions de personnes qui vivent actuellement avec ou après un cancer** et de leurs 5 millions d'aidants, dont 8 % (soit 400 000 personnes) ont cessé de travailler pour se consacrer à cette mission...

S'agissant de la **loi sur la fin de vie** approuvée en première lecture à l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 par 305 voix contre 199, accordant l'euthanasie et le suicide assisté aux malades qui « veulent mourir » et sont en état d'en exprimer la *“volonté libre et éclairée”* elle est calquée sur celle du **Canada**, pays où a été introduit le terme **“aide médicale à mourir”** et où, depuis son entrée en vigueur en 2021, les décès ainsi provoqués ont augmenté de 2,5 % à 7,5 % de l'ensemble des décès, selon le médecin honoraire Jean Leonetti, co-auteur de la législation actuelle, qui lors de **son audition le 12 juin 2025 devant le Sénat** a clairement exprimé son opposition à ce nouveau texte.

Qu'est-ce que *“l'aide médicale à mourir”* ? Le **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** en donne cette définition : *“L'aide médicale à mourir est un terme traduit de l'anglais « medical aid in dying (MAiD) » initialement utilisé au Canada pour parler de l'euthanasie et du suicide assisté. Elle consiste en l'administration par un médecin de médicaments à des patients, à leur demande, afin de soulager leurs souffrances en provoquant leur mort.”*

Dans la future loi française, le terme retenu est *“aide à mourir”*. Il s’agit donc bien d’euthanasie et de suicide assisté. Mais contrairement au **Canada**, la prétendue évaluation de cette **future loi française** sera impossible à réaliser dès lors qu’aucune codification spécifique des actes euthanasiques n’est explicitement prévue dans le texte (Article 15).

Au **Canada**, les critères d’admissibilité stipulent que la demande d’aide médicale à mourir (AMM) *“ne découle pas de pressions externes”*, et que le patient *“se trouve à un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible”*. Des termes absents du **texte français**.

Autre différence notable, la **loi canadienne** prévoit que la demande d’AMM soit *“écrite et contresignée par un témoin indépendant”*. En **Belgique**, la demande doit être *“actée par écrit en présence de deux témoins, datée, signée par le déclarant et par les témoins”* ; il en va de même pour les directives anticipées. Mais dans les textes français **actuels** et **futurs**, la présence d’un ou de deux témoins n’est absolument pas prévue.

En France, l’euthanasie humaine est déjà légalement pratiquée pour les patients qui « vont mourir » :

- La **loi du 22 avril 2005 dite “loi Leonetti”** autorisait l’arrêt des traitements, de l’alimentation artificielle et de l’hydratation, ces actes ne devant *« pas être poursuivis par une obstination déraisonnable (...) n’ayant d’autre effet que le seul maintien artificiel de la vie »*.
- La **loi du 2 février 2016, dite “loi Clayes-Leonetti”**, actuellement **en vigueur dans le code de la santé publique**, autorise la *« sédation profonde et continue »*, pratiquée à domicile et en institution,

sauf si le patient ou son entourage la refuse. Le médecin doit recueillir au préalable l'accord du malade ou, s'il n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, consulter la « *personne de confiance* » qu'il a désignée, ou « *à défaut, sa famille ou, à défaut, un de ses proches* ». La morphine à dose de plus en plus élevée est injectée pour endormir le patient jusqu'à ce que mort s'ensuive. D'autres substances peuvent aussi être utilisées pour provoquer le décès lorsqu'il est inconscient.

Tous les témoignages le confirment, que j'ai recueillis notamment auprès de médecins en exercice, d'aides-soignants en activité et de familles dont un membre est mort à son domicile de maladie ou de vieillesse : cela fait plusieurs années qu'à l'approche de la mort, la morphine est obtenue par le patient (ou par ses proches s'il est déjà inconscient), ou proposée par le médecin et très souvent acceptée, tant à domicile qu'en institution, et ce quel que soit l'âge et la maladie en cause. Les seuls patients qui n'en reçoivent pas sont ceux qui l'ont refusée.

L'article L. 1111-11 du code de la santé publique sur les directives anticipées est modifié par l'article 15 de la **loi sur les soins palliatifs** qui insiste beaucoup sur l'incitation de tous à les rédiger (le terme apparaît 16 fois dans le texte), mais il est à noter que ce terme est absent de **la nouvelle loi sur la fin de vie** qui ne prévoit pas d'obligation pour le médecin de les consulter (Article 4) au motif que la demande doit être faite par une personne exprimant "*sa volonté de façon libre et éclairée*".

Il est curieux que dans la **loi sur la fin de vie**, les nouvelles dispositions permettant à des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme d'accéder au suicide assisté et à l'euthanasie (L. 1111-12-1 à L. 1111-12-7)

soient insérées dans **l'actuel article L. 1111-12 du code de la santé publique** qui contraint le médecin à consulter les directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou les proches lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Qui plus est, les nouvelles dispositions sont créées dans une Section *2 bis* et non dans une Section 3. Cette anomalie est-elle une simple erreur de codification ou prépare-t-elle la possibilité ultérieure de supprimer en catimini cette obligation actuelle par une simple ordonnance, comme cela a été le cas avec **l'ordonnance n° 2020-71 du 29 janvier 2020** supprimant d'une simple signature l'intégralité de la loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées ?

Contrairement à la **Belgique**, où c'est le médecin traitant qui recueille la demande d'euthanasie, n'importe quel médecin sans lien familial avec le patient pourra le faire (Article 5), sauf par téléconsultation (Article 14).

C'est ainsi qu'une personne qui demandera l'aide à mourir pourra y accéder à l'insu de ses proches, en ayant recours à un médecin inscrit sur une liste (Article 14) qui n'a aucune obligation de consulter la famille, les proches aidants, ni la personne de confiance, avant la réalisation de l'acte ! (Article 6)

Contrairement aux **lois belges** et **suisses** qui encadrent solidement l'euthanasie humaine, la loi française qui sera **examinée à partir du 1er septembre 2025 par le Sénat** dépénalise totalement l'acte homicide, qui pourra être réalisé par *"un médecin ou un infirmier"* lorsque le patient *"n'est pas physiquement en mesure d'y procéder"* : l'Article 2 fait explicitement référence à l'article 122-4 du code pénal, qui stipule que : *"N'est pas pénalement"*

responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.”

(En **Belgique**, le médecin qui ne suit pas précisément le protocole prévu encoure jusqu'à 15 années d'emprisonnement ; en **Suisse**, l'euthanasie active directe par un tiers est considérée comme un meurtre punissable. Seul le patient peut s'auto-administrer la substance létale).

Dans la **loi française**, les conditions pour accéder à ce “*droit à mourir*” sont élargies comme au **Canada** : la notion de “*pronostic vital engagé à court terme*” disparaît complètement : le recours à l'euthanasie et au suicide assisté devient possible dès lors que la “*qualité de vie*” est affectée. L'Article 4 est ainsi rédigé : “*être atteint 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*”.

Le lecteur attentif aura noté le “*ou*” final, qui signifie que l'une ou l'autre des conditions précédemment évoquées est nécessaire et suffisante pour accéder à cette euthanasie.

Où l'acte pourra-t-il être accompli ? Le texte de loi est étonnamment flou sur ce point : “*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*” (Article 7). Ce qui contraste avec la clarté de l'énoncé dans **l'étude d'impact** : “*L'aide à mourir est en principe organisée au domicile de la personne ou dans un autre lieu déterminé par celle-ci*” (p. 114).

L'acte pourra également être réalisé dans les hôpitaux publics et les cliniques privées et en Ehpad (et plus largement dans tous "*les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles*" ; Article 14 de la loi sur la fin de vie), ainsi que dans des mouvoirs modernes qui seront construits dans chaque département, appelés "*maisons d'accompagnement*", spécialement créées (Article 10 de la loi sur les soins palliatifs). L'*étude d'impact* de la loi en prévoit "*une dans chaque département*" (p. 49), d'une capacité de "*12 à 15 lits*", (p. 42 et 43) et où la rotation sera très courte : "*estimation cible : inférieure à 30 jours*" (p. 43).

La condition de "*souffrance réfractaire aux traitements*" cède la place à la condition de "*souffrance physique ou psychologique constante, qui est soit réfractaire à tout traitement soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement*" (Article 4 de la loi sur la fin de vie, formulation inspirée de la *loi canadienne* : "*ressentir des souffrances physiques ou psychologiques insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que la personne juge acceptables*").

Enfin, bien que le médecin qui réalise l'acte soit tenu de réunir et de consulter au préalable "*un collègue pluriprofessionnel*" (une consultation qui peut avoir lieu par téléphone ou visioconférence, sans obligation pour le ou les autres médecins d'examiner la personne malade...), il prend ensuite seul la décision ! (Article 6)

Quant au contrôle de la légalité des actes, il est n'est prévu qu'*a posteriori* (c'est-à-dire après les décès), et sur la base de données enregistrées dans un système d'information par les médecins ou les infirmiers les ayant

réalisés... Une unique commission nationale composée de huit personnes en sera chargée, parmi lesquelles seulement deux médecins auront accès au dossier médical des patients (Article 15).

De toutes les personnes à qui j'en ai directement parlé, la seule à avoir lu cette loi en a fait ce commentaire éclairé : *"Il va y avoir des abus."*

En France, le nombre de décès annuels a augmenté de près de 100 000 personnes en 25 ans pour atteindre 643 168 décès en 2024 contre 547 266 décès en 1999 (**chiffres INSEE**). Ce qui est certain, au vu de ce qui s'est passé au Canada avec un texte presque identique, c'est que dans notre grand pays des secteurs entiers seront impactés :

- Les médecins seront confrontés à un afflux de demandes d'aide à mourir de la part de patients âgés isolés qui seront "éligibles" du fait de leurs pathologies. Combien sont-ils actuellement, parmi les 13 millions de personnes en affection longue durée (ALD), à passer leur vie entre le lit et le fauteuil devant la télévision, qui n'ont plus goût à la vie et s'ennuient à mourir parce qu'ils n'ont pas d'autres visites que celles de l'infirmière, du kiné et des aides à domicile ? Combien, même s'ils sont entourés de leur famille, veulent ne plus vivre dans la dépendance ou ne plus être une charge pour leurs proches ?
- Les pharmaciens d'officine seront privés de clause de conscience et ne pourront pas refuser de fournir la "substance létale" sur ordonnance (Article 8).
- Les mutuelles auront l'obligation de rembourser sans franchise (Articles 18 et 19) les honoraires d'esoucades de "professionnels de santé" inscrits sur des listes pour accomplir ces actes (Article 14).

- Les banquiers et assureurs devront solder les contrats d'assurance-vie déjà en cours (Article 19). Si le défunt était sous tutelle, le tuteur, **obligatoirement informé par le médecin** avant la réalisation de l'acte, sans aucune obligation de prévenir quiconque (Article 5), recevra l'héritage...
- Les **juges des contentieux de la protection** devront statuer dans un délai de deux jours en cas de contestation (Article 12).

Enfin, alors qu'actuellement, c'est l'incitation au suicide qui est réprimée par le code pénal dans ses **articles 223-13 à 223-15**, cette loi instaurera le délit d'entrave qui punit *"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"* ! (Article 17). Une disposition qui n'existe dans aucun autre pays, selon le **panorama des législations établi en 2022** par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

L'ex-président du conseil scientifique Covid à la manœuvre



Qui est à l'origine de cette loi ? **Jean-François Delfraissy** préside le Comité national consultatif d'éthique (CCNE), qui a émis le 13 septembre 2022 son **Avis n° 139** sur les *Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité*.

Alors que le code de la santé publique, dans son **article L. 1412-1-1**, prévoit que les

Conventions citoyennes précèdent les avis du CCCNE sur *“tout projet de réforme concernant les problèmes éthiques et les questions de société”*, cette **Convention citoyenne** n’a commencé qu’en décembre 2022, après que l’avis du CCNE soit rendu. Elle a pris fin en **avril 2023**.

Dans un **communiqué du 24 mars 2024**, le CCNE rappelle, au contraire, que la publication du 13 septembre 2022 *“a été suivie par une réaction rapide de l’Élysée, soulignant la nécessité d’un débat national approfondi sur cette question délicate”*.

Autre contravention au code de la santé publique : l’avis aurait dû être *“présenté devant l’Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et techniques”* (OPECST) afin qu’il *“procède à son évaluation, en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée”*. Mais une recherche n’a pas permis de trouver en ligne de rapport de l’OPECST sur la fin de vie.

Alain Claeys, co-auteur de la loi de 2016, est membre du CCNE et co-rédacteur de **l’Avis n° 139 du CCNE**. Dans son **audition devant le Sénat le 24 juin 2025**, il a affirmé :



“Cette loi, telle qu’elle arrive au Sénat, reprend désormais très largement l’avis du CCNE.”

Il a rapporté des faits inexacts. Il a affirmé que *“une vingtaine de départements ne disposent toujours pas d’unité de soins palliatifs”*, ce qui est contredit par **l’Atlas 2023** du Centre

national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) dans lequel il est écrit :

“Fin 2021, l’ensemble des départements français disposait de structures hospitalières dédiées à la prise en charge palliative” et précisant que “Mayotte ne dispose pas d’USP (unité de soins palliatifs) mais possède une équipe mobile configurée pour apporter prise en charge et expertise, y compris sur le plan pédiatrique.”

Alain Claeys a également prétendu que *“la sédation profonde et continue est très peu appliquée”*, ce qui est totalement faux : en 2025, les témoignages convergents d’aides-soignants, qui sont les professionnels de santé les plus en contact avec les mourants, et de familles de personnes décédées au domicile ou en institution, confirment qu’elle est largement pratiquée, et ce depuis plusieurs années.

[Les soins palliatifs : donner de l’amour à ceux qui ne pourront pas guérir de leur maladie](#) Extrait du premier livre de la psychologue Marie de Hennezel

[Aujourd’hui, j’ai rencontré...](#)
[Si le purgatoire existe...](#)

[Le Ziconotide, un antidouleur contre les douleurs réfractaires 1 000 fois plus efficace que la morphine,](#) autorisé aux États-Unis et en Europe depuis 2004, [inutilisé en France.](#)

[À partir du 1er septembre 2025 : Calendrier du Sénat pour l’examen du texte](#)

juin 2025 : Membres de la commission sociale du Sénat

Code de la santé publique en vigueur depuis le 2 février 2016 issu de la loi Claeys-Leonetti

- 24 juin 2025 : Audition d'Alain CLAEYS par la Commission des affaires sociales du Sénat Qui est Alain Claeys ?
- 11 juin 2025 : Audition de Jean Leonetti par la Commission des affaires sociales du Sénat
- 27 mai 2025 : Loi Aide à mourir, texte adopté par l'Assemblée nationale
- 27 mai 2025 : Loi Soins palliatifs : texte adopté par l'Assemblée nationale
- 11 mars 2025 : Loi Aide à mourir, proposition de loi du député Olivier Falorni
- 11 mars 2025 : Loi Soins palliatifs, proposition de loi de la députée Annie Vidal
- 10 avril 2024 : Projet de loi du Premier ministre Gabriel Attal
- 10 avril 2024 : Étude d'impact soumise au Conseil des ministres
- 4 avril 2024 : Avis du Conseil d'État
- 15 mars 2024 : Communiqué du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) : "Débat sur la Fin de Vie Vers une réflexion nationale"
- 27 avril 2023 : Synthèse de la conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux (sous l'égide du CESE, Conseil économique, social et environnemental)
- Avril 2023 : Rapport final de la Convention citoyenne sur la fin de vie Synthèse (sous l'égide du CESE)
- 29 mars 2023 : Rapport d'information, au titre de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, d'une mission d'information sur la loi du 2 février 2016 présidée par Olivier Falorni
- 13 septembre 2022 : Avis 139 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) : "Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité"
- 22 avril 2022 : Renouvellement des membres du CCNE présidé par Jean-François Delfraissy, ex-conseiller du président de la République sur le Covid (ex-président du Conseil scientifique Covid)

- 31 janvier 2022 : Panorama des législations sur la fin de vie dans le monde par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
- [La loi en Suisse](#)
- [La loi en Belgique](#)
- [La loi au Canada](#)