



CONTRIBUTION ÉCRITE

*soumise à l'expert indépendant sur les droits des personnes âgées auprès du
Comité des droits de l'homme des Nations Unies*

Autonomie, dignité et droits de l'homme : les risques de la légalisation de l'aide à mourir pour les personnes âgées

Grégor Puppinck,
Directeur

Sofia Gauruel et
Nicolas Bauer,
Chercheurs associés.

15 juin 2026

Le Centre européen pour le droit et la justice (ECLJ), organisation internationale non gouvernementale fondée en 1998 et dédiée à la promotion et la protection des droits de l’homme en Europe et dans le monde et titulaire du statut consultatif spécial auprès des Nations Unies/ECOSOC depuis 2007, a l’honneur de soumettre la présente contribution sur l’autonomie, la dignité et les droits de l’homme dans les situations de dépendance chez les personnes âgées.

La présente contribution s’inscrit dans le contexte du débat parlementaire en cours en France sur la légalisation de l’aide à mourir. La proposition de loi n° 1100 relative à la fin de vie, déposée le 11 mars 2025 par le député Olivier Falorni, a été adoptée à deux reprises par l’Assemblée nationale, mais rejetée à deux reprises par le Sénat¹. Aucun accord n’ayant pu être trouvé entre les deux chambres, le texte fait actuellement l’objet d’une nouvelle lecture, le gouvernement ayant exprimé sa volonté d’en obtenir l’adoption définitive avant la fin de l’été 2026.

La proposition de loi a déjà fait l’objet de travaux au sein d’autres instances des Nations Unies (ONU). Le 26 août 2025, le Comité des droits des personnes handicapées a recommandé à la France de suspendre l’examen de la proposition de loi, étant donné que le gouvernement n’avait pas donné suffisamment de garanties pour s’assurer du respect des droits des personnes handicapées². Le Comité a également formulé des demandes substantielles : protéger les personnes handicapées en tenant compte de leurs vulnérabilités spécifiques, abroger certaines dispositions du texte qualifiées de « validistes » et renforcer les solutions d’accompagnement et de soins des personnes handicapées. Le gouvernement français n’a jamais apporté de réponse à ces recommandations. En avril 2026, la Rapporteuse spéciale sur la liberté de religion ou de conviction a également fait part de ses réserves au gouvernement, dans le cadre de son mandat. La question spécifique de la protection des personnes âgées n’a pas encore été considérée par les instances de l’ONU, alors même que la proposition de loi relative à la fin de vie les cible particulièrement.

Ce texte définit des conditions d’éligibilité présentées comme strictement médicales : pronostic vital engagé à moyen terme ou maladie en phase avancée, souffrance réfractaire. Cependant, il faut distinguer les conditions d’éligibilité et les motivations réelles de la personne demandant l’euthanasie ou le suicide assisté. De nombreux cas individuels l’illustrent à l’étranger. Au Canada, Sophia a demandé à mourir en 2022 après des années d’errance dans un système incapable de l’aider à obtenir un logement décent. En Belgique, Shanti de Corte, survivante des attentats de Bruxelles de 2016, a été euthanasiée en 2022 à 23 ans pour un syndrome post-traumatique que le système de soins n’avait pas su traiter. La même année, Nathalie Huygens a obtenu l’euthanasie après un viol, ses souffrances psychiques jugées incurables faute, là encore, d’une prise en charge à la hauteur du traumatisme subi. Toutes ces situations ont comme point commun d’être officiellement médicales, mais profondément sociales dans leurs causes réelles.

¹ Assemblée nationale, Proposition de loi n° 1100 relative à la fin de vie, déposée le 11 mars 2025.

² Comité des droits des personnes handicapées, Rapport sur le suivi des observations finales, CRPD/C/33/3, 19 novembre 2025, pp. 4-7.

Cette contribution écrite vise à aller au-delà de ces cas individuels et à examiner les données disponibles sur les motivations des personnes souhaitant mourir. Ces données montrent que ce choix est fortement déterminé par la perception qu'ont les personnes de leur propre dignité et de leur autonomie, bien davantage que par des critères médicaux objectivables. Cette ambiguïté est d'autant plus préoccupante s'agissant des personnes âgées en situation de dépendance, pour lesquelles la frontière entre une demande librement formée et celle dictée par un sentiment de fardeau, d'isolement ou de défaut de prise en charge adaptée, apparaît particulièrement ténue. La contribution s'attache à répondre plus particulièrement aux questions 2 et 4 posées dans l'appel à contribution.

1. L'aide à mourir, symptôme d'un abandon plutôt qu'expression d'un choix libre

1.1 Les personnes âgées, premières concernées par l'aide à mourir

Les données disponibles dans les pays où l'aide à mourir est légale dessinent un profil relativement homogène des bénéficiaires. Dans l'ensemble, ce sont en grande majorité des personnes âgées qui ont le plus souvent entre 70 et 80 ans³. Au Canada, l'âge médian des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (AMM) était de 77,6 ans en 2023⁴.

Ce constat se retrouve dans d'autres juridictions. Selon le rapport officiel 2023 du Washington State Department of Health, 83 % des participants au programme *Death with Dignity* avaient 65 ans ou plus, dont 33 % entre 75 et 84 ans et 23 % âgés de 85 ans et au-delà, pour un âge moyen de 76 ans⁵.

1.2 L'isolement, facteur déterminant de la demande d'aide à mourir

En parallèle de l'âge, les raisons les plus souvent invoquées ne sont pas la douleur physique, mais un sentiment d'abandon. Dans l'Oregon, rare juridiction qui documente systématiquement les sources de souffrance invoquées, ce sont la perte d'autonomie (89 %), la diminution de la capacité à participer à des activités agréables (89 %), et le sentiment de déchéance (65 %) qui arrivent en tête⁶. Le sentiment d'être un fardeau pour l'entourage figure également parmi les motifs régulièrement invoqués. En ce sens, le recours à l'aide à mourir ne relève pas d'une liberté pleinement choisie mais s'impose souvent comme la conséquence d'un abandon que la société n'a pas su prévenir.

Parmi les participants au programme précité *Death with Dignity* (État de Washington), 83 % mentionnaient une moindre capacité à prendre part aux activités rendant la vie agréable, 81 % invoquaient une perte d'autonomie, 57 % une perte de dignité, et 51 % le sentiment d'être un

³ Regional Euthanasia Review Committees (RTE), *Annual Report 2024*, (p.20), 2025.

⁴ Santé Canada, *Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada* (tabl. C.2), Gouvernement du Canada, 2025.

⁵ Washington State Department of Health, *Death with Dignity Act Report 2023*, (tab.2 p. 4), 2024.

⁶ Oregon Health Authority, *Oregon Death with Dignity 2025 Act Data Summary*, (p.9), 2026.

fardeau pour leur famille, leurs amis ou leurs aidants⁷. Ces statistiques dépeignent la triste réalité d'un état de dépendance vécu comme insurmontable, faute de mesures adaptées.

L'isolement vient confirmer et approfondir ce constat. Les données canadiennes montrent que les personnes ayant recours à l'AMM vivent davantage seuls, dans des zones caractérisées par une plus grande instabilité résidentielle, avec des proportions plus élevées de locataires et de personnes sans conjoint. Or la solitude n'est pas une fatalité médicale. L'Institut national sur le vieillissement relevait en 2024 qu'au Canada, 19 % des personnes de 50 ans et plus se sentaient très seules, 40 % ressentaient une certaine solitude, et 43 % étaient à risque d'isolement social⁸.

Le sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada apporte sur ce point une précision significative. En 2024, l'isolement ou la solitude était invoqué comme source de souffrance dans 21,9 % des demandes d'AMM émanant de personnes en fin de vie imminente, et dans 44,7 % des demandes de personnes dont la mort n'était pas prévisible à court terme⁹. L'isolement s'ajoute aux autres souffrances.

2. La légalisation de l'aide à mourir, une menace pour la dignité des personnes les plus vulnérables

2.1 Le risque d'un « devoir de mourir »

Dans le cadre du débat sur la loi relative à la fin de vie, les auditions parlementaires françaises ont mis en lumière plusieurs types de pressions susceptibles de fausser le consentement des patients, parmi lesquelles la souffrance liée au manque de soins palliatifs, la peur de la maladie et le sentiment d'être une charge financière ou affective pour ses proches. De ce fait, dans bon nombre de cas, la notion de « droit de mourir » se mue finalement en un « devoir de mourir » qui trouve écho auprès des personnes les plus vulnérables.

Loin d'être un risque théorique, la procédure d'aide à mourir chez les personnes âgées montre combien il est difficile de distinguer une volonté authentique d'une résignation induite par des pressions extérieures. Par conséquent, l'offre en la matière peut créer sa propre demande. Légaliser l'euthanasie revient à institutionnaliser une option qui, dès lors qu'elle existe, peut être perçue par les personnes âgées comme un choix qui s'impose.

2.2 Un taux de suicide déjà élevé chez les personnes âgées

En France, les personnes âgées constituent déjà la population la plus exposée au risque suicidaire, selon les données épidémiologiques disponibles. En effet, selon les données de l'Inserm, le taux de mortalité par suicide croît en même temps que l'avancée en âge : il est de

⁷ Washington State Department of Health, *Death with Dignity Act Report 2023*, (tabl.6 p.7), 2024.

⁸ Iciaszczyk, N., Gallant, G., Bronstein, T., Brierley, A., Sinha, S. K. *Perspectives sur le vieillissement au Canada*, (p.19) Institut national sur le vieillissement, 2024.

⁹ Santé Canada, *Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada* (fig. 3.4a), Gouvernement du Canada, 2025.

35,2 pour 100 000 habitants chez les 75-84 ans, soit près du triple du taux mesuré pour l'ensemble de la population¹⁰.

Légaliser l'aide à mourir ouvrirait une voie supplémentaire à une tranche de la population déjà surexposée au risque de mort volontaire.

2.3 L'insuffisance des soins palliatifs comme facteur aggravant

La légalisation de l'euthanasie intervient, dans le cas français comme dans d'autres contextes nationaux, dans un paysage de soins palliatifs structurellement insuffisant.

La France compte 168 Unités de Soins Palliatifs pour 1 960 lits, et 909 établissements disposant de Lits Identifiés de Soins Palliatifs pour un total de 5 551 lits¹¹. Cela représente un lit pour 100 000 habitants, soit deux fois moins qu'en Allemagne. La Cour des Comptes révélait en 2023 que seulement 48 % des besoins en soins palliatifs étaient couverts en France, une carence qui frappe de manière disproportionnée les personnes âgées¹². En d'autres termes, pour que chaque patient qui le souhaite puisse y avoir accès, il faudrait théoriquement doubler les moyens existants. Ce déficit n'est pas nouveau, et les gouvernements successifs ont échoué à le combler malgré des engagements répétés.

Par ailleurs, l'expérience des pays pionniers confirme que la légalisation de l'euthanasie ne s'accompagne pas d'un renforcement des soins palliatifs mais tend au contraire à les concurrencer.

3. Légiférer à l'aveugle : l'opacité persistante des dispositifs d'aide à mourir

Dans la grande majorité des pays européens ayant légalisé l'euthanasie, les systèmes de contrôle ne collectent pas de données socioéconomiques individuelles. De même, les États ne publient pas de statistiques systématiques sur le profil des patients, sur les motifs réels de leur demande, ni sur les éventuelles pressions qui ont pu l'orienter.

Le cas de la Belgique illustre ce paradoxe. Après plus de vingt ans de pratique légalisée, les données disponibles demeurent lacunaires. Selon une enquête se rapportant à l'année 2007, 50 % des euthanasies n'étaient pas déclarées à la Commission fédérale de contrôle¹³. « Sur un échantillon de 208 personnes décédées à la suite d'une injection létale, 32 % n'avaient pas exprimé explicitement le souhait d'être euthanasiées. Dans cet échantillon, la décision n'avait même pas été discutée avec les intéressés dans 78 % des cas. Les raisons invoquées sont que le patient est comateux (70 %), dément (21 %), que la décision correspond au meilleur intérêt du patient selon les médecins (17 %), qu'en discuter avec le patient pourrait être difficile pour lui

¹⁰ DREES, *Semaine de prévention du suicide : l'état des lieux des conduites suicidaires*, (graph.3), 3 février 2025.

¹¹ Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France -3e édition*, offre de soins palliatifs, données actualisées.

¹² Cour des comptes, *Les soins palliatifs*, juillet 2023.

¹³ Sénat français, *Rapport d'information sur les soins palliatifs et la fin de vie*, n° 795, session 2022-2023.

(8 %) ¹⁴». Des études plus récentes estiment entre 25 % et 30 % les euthanasies non déclarées en Belgique¹⁵. Ces chiffres soulèvent des questions fondamentales sur la réalité du consentement dans ces systèmes dits encadrés. Par ailleurs, les rapports bisannuels de la Commission belge ont progressivement cessé de publier certaines statistiques sensibles, notamment sur le respect des délais légaux, rendant le suivi dans le temps difficile.

En Suisse, le programme national de recherche consacré à la fin de vie a lui-même conclu, en 2018, à une insuffisance des contrôles et à un manque de visibilité sur les profils des patients ayant recours à l'aide au suicide¹⁶. Aucune autorisation n'est requise pour exploiter une association d'assistance au suicide, et le contrôle des actes pratiqués par ces organisations reste minimal.

¹⁴ Grouille D, *Fin de vie : les options belge, suisse et orégonaise*, dans la Revue du praticien, le 20 janvier 2019.

¹⁵ Chambaere K., Stichele R. V., Mortier F., Cohen J., Deliens L., *Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium*, The New England Journal of Medicine, 2015.

¹⁶ Programme national de recherche PNR 67, *Fin de vie*, Fonds national suisse de la recherche scientifique, 2018.