

7. Observations finales précédentes :

En septembre 2021, le Comité a examiné le rapport initial de la France et adopté ses observations finales (CPRD/C/FRA/CO/1). Au paragraphe 21 de ces observations finales, le Comité a noté avec préoccupation le taux élevé de suicide chez les personnes autistes et les personnes présentant un handicap psychosocial. Il a recommandé à l'État partie de « renforcer les mesures visant à mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide chez les personnes handicapées, en prévoyant des mesures spécifiques ciblant les personnes autistes et les personnes présentant un handicap psychosocial, et en garantissant une consultation étroite et la participation active des personnes handicapées par l'intermédiaire des organisations qui les représentent ». Au paragraphe 40 de ces observations finales, le Comité a noté avec préoccupation « l'absence de dispositifs permettant de vivre de manière autonome et au sein de la société, notamment l'absence de logements indépendants, accessibles et abordables, de soutien individualisé et d'égalité d'accès aux services de proximité ».

8. Résumé de la lettre de suivi

Le 23 juin 2025, le Comité a adressé une lettre de suivi à l'État partie, conformément à l'article 36, paragraphe 1, de la Convention, demandant des informations sur le projet de loi n° 1100/1364-A0 - Droit à l'aide à mourir, ci-après le « Projet de loi », notamment sur ses dispositions établissant comme critères d'éligibilité « être atteint d'une affection grave et incurable » et « éprouver des souffrances physiques ou psychiques liées à cette affection, résistantes aux traitements ou insupportables », ainsi que celles prévoyant des amendes et des peines d'emprisonnement pour quiconque dissuade une personne de recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté. Le Comité a également demandé des informations sur les mécanismes garantissant le droit de choix des personnes handicapées, les garanties contre la coercition, l'abus d'influence et l'abus de pouvoir, et les mécanismes offrant des alternatives à l'aide à mourir ; L'intégration du principe d'accessibilité et la mise en place de mécanismes de consultation étroite et de participation active des personnes handicapées à l'élaboration de cette législation. Enfin, il a demandé des informations sur les mesures visant à remédier aux informations trompeuses diffusées par des agents publics selon lesquelles le Comité soutient les mécanismes d'aide à mourir.

9. Résumé de la réponse de l'État partie

L'État partie a obtenu un délai supplémentaire pour répondre à la lettre de suivi.

- a) La réponse de la France au Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies indiquait que le projet de loi n'avait pas été adopté, qu'il était actuellement en première lecture et que son examen avait été interrompu en raison de la dissolution du Parlement en juin 2024.
- b) L'État a précisé que l'aide à mourir s'adresse à toutes les personnes, qu'elles soient handicapées ou non, que le fait d'être handicapé ne rend pas une personne plus (ou moins) admissible à l'aide à mourir et qu'exclure les personnes handicapées de ce dispositif serait discriminatoire et contraire au principe d'égalité. Il a également expliqué les garanties prévues par le projet de loi, notamment celles issues des Conférences nationales du handicap, des Comités interministériels du handicap, des recommandations du Conseil national consultatif des personnes handicapées, ainsi que les spécificités des procédures de consentement et de la procédure d'aide au décès. Il a également indiqué que l'infraction pénale prévue par le projet de loi s'inspire de l'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, qu'elle vise à protéger les professionnels et les établissements impliqués dans l'aide au décès et a énoncé plusieurs principes d'interprétation concernant cette infraction.
- (c) L'État partie a indiqué qu'un projet de loi, en première lecture, vise à garantir l'égalité d'accès de tous aux soins palliatifs et à l'accompagnement, et en a expliqué le contenu essentiel. Ce projet de loi, conjointement avec le projet de loi sur l'aide au décès, vise à améliorer la qualité des services de soins.
- (d) Enfin, l'État a indiqué avoir adopté une terminologie précise, évitant délibérément «

euthanasie » et « suicide assisté » au profit d'« aide à mourir », soulignant la dignité, l'autonomie et les garanties du modèle français de soins de fin de vie. Il n'a toutefois pas répondu aux préoccupations du Comité concernant les déclarations des autorités diffusant des informations trompeuses et laissant entendre, à tort, que l'aide à mourir et des concepts similaires sont conformes à la Convention.

10. Synthèse des contributions des organisations de personnes handicapées

Le Comité a reçu des informations d'organisations de personnes handicapées (OPH), d'organisations de défense des droits humains, d'organisations de soins palliatifs, d'organisations médicales, d'étudiants en médecine, de professeurs de droit, d'experts en santé mentale et de psychanalystes exprimant leurs préoccupations concernant le projet de loi, notamment :

(a) Le projet de loi présente une orientation eugénique claire, reflétant un handicap profondément ancré dans l'État partie, et découle d'un modèle médical où le handicap est perçu comme une « maladie sociale » dont le traitement ne peut conduire qu'à l'éradication de la source du mal, à savoir les personnes handicapées elles-mêmes ; il ne prend pas en compte les lacunes sociétales et financières qui déterminent l'expérience et la vulnérabilité des personnes handicapées dans la société, telles que la pauvreté, le chômage, la discrimination et l'exclusion d'une société hostile ; le processus législatif n'a pas assuré la consultation et la participation active des personnes handicapées par l'intermédiaire de leurs organisations représentatives, manque d'études d'impact et une pression inhabituelle a été exercée pour son approbation accélérée. De plus, les critères d'éligibilité énoncés dans le projet de loi sont vagues et trompeurs, manquent d'approche scientifique et objective, car des concepts tels que « affection grave et incurable », « mettant la vie en danger », « stade avancé », « souffrance physique ou psychologique constante » ne sont pas clairement définis, ce qui donne lieu à des interprétations arbitraires aux conséquences potentiellement mortelles pour les personnes handicapées et ouvre la voie à des jugements de valeur validistes sur ce qui constitue une vie « méritant d'être vécue ».

(b) La procédure régissant l'aide à mourir est large et informelle. Elle permet des demandes orales (sans laisser de trace), sans témoins, et peut être mise en œuvre en seulement 48 heures, comparativement à d'autres délais d'accès aux soins, tels que les centres de prise en charge de la douleur (jusqu'à 6 mois) et la vasectomie (sous réserve d'un délai légal de quatre mois entre la consultation initiale et la date de l'intervention). Elle manque de garanties procédurales et de mécanismes de responsabilisation adéquats, de procédures de protection efficace contre la coercition, l'abus d'influence ou l'abus de pouvoir, telles que des procédures de recours pour les familles de personnes handicapées, et de mécanismes de contrôle indépendants. Des experts en droit français ont également mis en garde contre le fait d'ériger en infraction pénale le fait de dissuader une personne de recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté, ce qui risque d'être puni d'emprisonnement ou d'amende, criminalisant de fait la prévention du suicide pour les personnes malades et handicapées ainsi que pour les familles de personnes handicapées, et ne prévoyant aucune disposition pénale pour les personnes qui encouragent d'autres personnes à recourir à l'aide à mourir.

(c) Les experts médicaux ont exprimé leur inquiétude quant au manque de procédures complètes de consentement éclairé et d'information sur les traitements et les mécanismes de soutien disponibles, notamment les soins palliatifs et les futures innovations médicales, et quant à la banalisation des disciplines médicales, notamment la psychiatrie, ainsi que du concept de suicide. Il favorise également une forme subtile de capacitisme médical : la tendance avérée à l'occultation diagnostique qui se produit lorsqu'un professionnel de santé attribue à tort les nouveaux symptômes d'un patient à son handicap préexistant, notamment intellectuel ou psychologique. Les OPH s'inquiètent de l'approbation du projet de loi par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), organe consultatif chargé d'organiser la participation des personnes

handicapées ou de leurs représentants à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques, ainsi que des déclarations du ministre délégué à l'Autonomie et au Handicap selon lesquelles la Convention soutient l'aide à mourir. Enfin, des organisations et des experts ont exprimé leur inquiétude quant au fait que la couverture médiatique de l'aide à mourir sans entrave légitime une logique de retrait de la vie au lieu de garantir une vie digne.

11. Évaluation du Comité

Sur la base des informations reçues et rappelant les observations finales du Comité de 2021 (CPRD/C/FRA/CO/1), le Comité réitère ses précédentes recommandations. Il recommande en outre à l'État partie :

- a) D'envisager, avant de poursuivre le processus d'approbation du projet de loi, de procéder à une évaluation complète, en étroite consultation et avec la participation active des personnes handicapées, de sa conformité avec la Convention, notamment en ce qui concerne les articles 10 (droit à la vie), 16 (droit de ne pas être exploité, violent ou maltraité), 17 (protection de l'intégrité de la personne), 19 (autonomie de vie et inclusion dans la société), 25 (droit à la santé) et 28 (niveau de vie suffisant et protection sociale), ainsi que la vulnérabilité accrue prévisible des personnes handicapées confrontées à des formes croisées de discrimination si le projet de loi était approuvé, et d'élaborer, en étroite consultation et avec la participation active des personnes handicapées, un programme législatif pour répondre à leurs besoins.
- b) De mettre en place un programme de renforcement des capacités pour Pouvoir législatif, y compris l'Assemblée nationale et le Sénat, ainsi que tous les ministres du Travail, de la Santé, de la Solidarité et de la Famille, sur la Convention et ses principes fondamentaux, y compris le modèle des droits de l'homme en matière de handicap et l'obligation des États parties d'abroger tout modèle médical et capacitiste ;
- (c) Mettre en œuvre des mesures globales pour combler les lacunes actuelles en matière de mise en œuvre concernant les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des personnes handicapées et pour la fourniture d'un soutien communautaire en matière de santé mentale, de soins et de services palliatifs à domicile et d'assistance personnelle, ainsi que d'aide à l'emploi.
- (d) Empêcher toute nouvelle déclaration publique affirmant que la Convention et/ou le Comité reconnaissent le « droit de mourir » et mener une campagne de sensibilisation sur la Convention et les droits des personnes handicapées.