



Légiférer sur l'aide à mourir sera-t-il inévitablement le début d'une pente glissante ?



Anne Bert, qui souffrait de la maladie de Charcot et a écrit le livre 'Le Tout dernier été'¹ avant de se rendre en Belgique pour bénéficier d'une euthanasie

« J'ai le goût de la vie, je n'ai pas envie de mourir. C'est la maladie qui me fait mourir. Il ne faut pas agiter les fantasmes, en disant qu'on va décimer des populations, décimer les vieux, décimer les malades, parce qu'on demande ce droit à choisir. **Il faut prendre les malades dans ce débat-là. Il faut leur donner la parole!** »



Un procédé rhétorique pour faire peur

L'argument de la pente glissante est un procédé rhétorique bien connu en lobbying. Il consiste à rejeter une proposition non pas à cause de ses conséquences avérées, mais parce qu'elle serait supposée entraîner inévitablement une succession de mesures de plus en plus extrêmes et jugées indésirables. Il s'appuie sur la crainte de scénarios futurs amplifiés, hypothétiques ou imaginaires, et dévie ainsi le débat de la question de départ en induisant une dimension anxieuse.

Dans le débat actuel, cet argument consiste à avancer l'idée que si l'aide à mourir est autorisée, elle sera étendue à des situations de plus en plus nombreuses et inacceptables : les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de pathologies psychiatriques, les personnes dépressives, les personnes en situation de précarité, les enfants...

¹ <https://www.leparisien.fr/culture-loisirs/livres/euthanasie-les-extraits-exclusifs-du-livre-d-anne-bert-le-tout-dernier-ete-10-09-2017-7248798.php>

Légiférer sur l'aide à mourir sera-t-il

inévitablement le début d'une pente glissante ?



Pourquoi ça ne tient pas dans le contexte actuel ?

Le raisonnement de la pente glissante repose sur une extrapolation, or il faut juger la proposition de loi pour ce qu'elle propose en l'état et non pour ce qu'on suppose qu'elle pourrait hypothétiquement amener comme risque dans le futur. En d'autres termes juger sur pièce, sans faire de procès d'intention : on ne prendrait jamais aucune décision le cas échéant.

Aujourd'hui, le modèle français fait le choix de répondre aux situations de souffrance réfractaire ou insupportable dans le cadre d'affections graves et incurables, quelle qu'en soit la cause, qui engagent 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.

La personne doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée tout au long de la procédure. Elle doit avoir au moins 18 ans.

La proposition de loi française exclut donc :

- la situation des mineurs
- la situation de personnes en situation de handicap qui ne répondrait pas au critère de phase avancée, entendue comme l'entrée dans un processus irréversible, ou terminale et dont le pronostic vital ne serait pas engagé
- les pathologies psychiatriques, qui n'engagent pas le pronostic vital et dont l'incurabilité n'est pas établie
- les situations de dépression réactionnelle, par exemple suite à une annonce difficile, qui ne répondent pas au critère de souffrance réfractaire, et donc persistante



Attention à la confusion dans le débat entre la dépression entendue comme pathologie psychiatrique et le symptôme dépressif qu'on trouve fréquemment associé aux maladies graves et incurables !

Légiférer sur l'aide à mourir sera-t-il

inévitablement le début d'une pente glissante ?

- de même que les situations de précarité, la souffrance devant être en lien avec l'affection grave et incurable (une personne en situation de précarité avec une affection grave et incurable qui ferait une demande d'aide à mourir au motif d'une souffrance liée à sa condition sociale et non à l'affection dont elle est atteinte ne serait donc pas éligible).

Pour autant les personnes âgées, ou en situation de handicap, ou de précarité, ou présentant une pathologie psychiatrique qui n'altère pas leur capacité à s'exprimer de façon libre et éclairée quant à leurs volontés en matière de choix de santé ne doivent pas être discriminées en soi, si elles répondent aux critères d'accès cumulatifs.

Par ailleurs, **les conditions d'application d'une loi ne peuvent pas être modifiées sans débat parlementaire** et nécessiteront à nouveau une concertation avec les premiers concernés pour juger de la pertinence d'une éventuelle extension de la loi.



Regard vers l'étranger²

Parmi les pays ayant légiféré, l'on peut distinguer deux tendances : soit le choix d'adopter d'emblée des critères assez larges, soit le choix d'adopter des critères très restrictifs, quitte à les réviser dans un second temps.

Ce qui est appelé "pente glissante" à l'étranger résulte en réalité de la décision du législateur, confronté à des situations dramatiques non couvertes par le cadre initial, de réviser les critères d'accès pour les prendre en compte. **Ces extensions ne se sont donc pas faites toutes seules mais ont été décidées après délibération approfondie, consultation des instances concernées, débat démocratique et parlementaire.**

² www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2025/09/aide-a-mourir-dans-le-monde-2025.pdf

Légiférer sur l'aide à mourir sera-t-il

inévitablement le début d'une pente glissante ?

C'est d'ailleurs ce même processus qui a conduit le législateur français à envisager une évolution législative vers un droit à l'aide à mourir : interpellation des politiques par des personnes malades dont les souffrances n'étaient pas couvertes par la loi Claeys-Leonetti, débat citoyen, consultation des instances concernées (CCNE, sociétés savantes, CESE...) et débat parlementaire.

Par ailleurs, **tous les pays qui ont révisé leurs critères d'accès pour prendre en compte de nouvelles situations de souffrance ont adopté des garde-fous renforcés** : par exemple, lorsque la Belgique a ouvert l'accès aux mineurs en 2014, elle a posé comme garde-fou supplémentaire la condition d'un pronostic vital engagé à court terme et de souffrances physiques insupportables ainsi que l'accord parental et la consultation d'un pédopsychiatre afin de s'assurer de la capacité de discernement du mineur. Il s'agit de situations dramatiques mais rares : en 12 ans, seuls 7 mineurs ont été concernés.

Un point d'attention doit être porté sur **l'instrumentalisation des chiffres liés au taux de décès par aide à mourir**, une autre déclinaison de l'argument de la pente glissante mettant en avant l'augmentation inexorable et incontrôlable du nombre de personnes qui y auraient recours : même en prenant le pays où ce taux est le plus élevé, le Québec, où 8% des décès résultent d'une aide à mourir, cela indique que 92% des personnes qui décèdent n'y ont pas recours.

L'augmentation initiale des décès par aide à mourir dans les pays qui ont légiféré s'explique également par **l'appropriation des droits** répondant aux attentes de personnes vivant des situations de souffrance dramatiques.

Tous les pays qui ont légiféré ainsi que la proposition de loi française en discussion ont prévu **un dispositif de contrôle et d'évaluation des pratiques**, afin de prévenir tout risque de dérive mais aussi de voir si ce nouveau droit répond couvre effectivement les besoins.



www.france-assos-sante.org



www.accompagnementsoignantsolidaire.org