

Le médecin devant le dernier interdit



Nous avons reçu, depuis le Québec, cette réflexion sur le suicide médicalement assisté, dans le cadre canadien où il est légalisé depuis 2016. Elle est présentée de la façon suivante par son auteur : « Ce texte touche à une éthique antérieure aux lois et aux débats, car il rejoint la nature même du soin. Docteur en pharmacie et chercheur en oncologie, j'ai vu des hommes et des femmes traverser ce que la vie peut porter de plus sombre et s'accrocher, envers et contre tout, à leur souffle avec une ténacité bouleversante. Ces patients trouvaient dans cette lutte même – dans ce refus d'abandonner, devrais-je dire – une forme de grandeur. Leur dignité résidait dans la manière dont ils portaient leur souffrance et continuaient d'exister malgré elle, et parfois à travers elle. Soigner suppose d'avoir compris tout cela, afin de reconnaître dans l'autre une dignité qui précède sa douleur. Fille d'Hippocrate, la médecine porte cette vocation depuis ses origines. Aujourd'hui, je vois pourtant cette vocation glisser imperceptiblement, hélas, sous la pression d'un langage qui euphémise et de seuils moraux qui reculent, à mesure que l'on

cesse de les penser. » Ce témoignage nous a paru une contribution passionnante au débat qui a lieu en ce moment en France.

Revue ETUDES [Publié dans le numéro 4339 \(Juillet 2026\)](#) Alain E Andrea

Plan de l'article

- [Le cas canadien](#)
- [Les enjeux d'une accélération législative](#)
- [La logique de rupture](#)

Le 12 mai 2026, le Sénat français a rejeté pour la seconde fois en moins de quatre mois la proposition de loi instaurant un « droit à l'aide à mourir ». La presse y a vu un épisode parmi d'autres d'une procédure parlementaire ordinaire. L'événement marque pourtant l'un des derniers instants de ce qu'on peut aussi interpréter comme une résistance française à ce qui représente, depuis le tournant du millénaire, la mutation la plus considérable que la médecine occidentale ait connue depuis Hippocrate. À Kos (Grèce), le médecin prêtait serment de ne donner aucun poison à personne, quand bien même on le lui demanderait, ni de prendre l'initiative d'une pareille suggestion. Ce refus fondait l'art médical. Le praticien savait son patient mortel, savait la médecine impuissante à conjurer la finitude, savait la guérison toujours provisoire ; il savait aussi que le pouvoir de guérir suppose l'interdit de tuer. La main qui soigne ne pouvait être la main qui supprime. Sur cette dissymétrie reposait la confiance et la confiance fondait la médecine tout entière. Or cette dissymétrie est désormais atteinte. Adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025, confirmée en deuxième lecture le 25 février 2026, deux fois rejetée par le Sénat (d'abord le 28 janvier 2026, à nouveau le 12 mai), la proposition de loi sera examinée par une commission mixte paritaire dont l'issue déterminera le calendrier, non le principe. La France a basculé. La discussion ne porte plus sur la légitimité du geste létal médicalisé : elle porte sur l'étendue de ses bénéficiaires.

Cette bascule n'a rien d'isolé. La France rejoint, avec un retard d'une vingtaine d'années, une cohorte de démocraties libérales qui se sont ouvertes, l'une après l'autre, à la mort administrée par le médecin. Les Pays-Bas ont franchi le seuil en 2001, la Belgique en 2002. Depuis, l'Espagne, le Portugal, l'Autriche, l'Allemagne (par la voie du Tribunal constitutionnel fédéral¹), plusieurs États américains et australiens, la Nouvelle-Zélande et la Colombie ont accompli le même mouvement. La Suisse organisait depuis plus longtemps encore son tourisme létal. La loi Claeys-Leonetti² de 2016, qui poussait l'éthique des soins palliatifs à son extrême sans en franchir le seuil, avait tenu jusqu'ici lieu de rempart. Ce rempart cède et il le fait au moment précis où l'expérience des nations pionnières donne corps, après un quart de siècle, à ce que l'on dénonçait jadis comme le fantasme de la *pente glissante* : indications élargies, critères assouplis, effectifs en progression régulière, classes d'âge abaissées, exception devenue pratique ordinaire. L'épouvantail rhétorique est devenu statistique. Aucune des nations qui ont légalisé le suicide médicalement administré n'est revenue sur sa décision ; toutes ont étendu la portée initiale de leur loi.

Le cas canadien

Pour les nations parvenues à ce point, et la France s'y engage désormais, le cas canadien mérite une attention prioritaire. En 2016, l'aide médicale à mourir se présentait comme l'ultime recours offert au malade en phase terminale, à celui dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible. La compassion plaidait et l'on pouvait l'entendre. Cinq ans plus tard, la loi C-7 a ouvert le dispositif aux personnes atteintes d'affections graves et incurables, en détachant l'admissibilité de la prévisibilité raisonnable de la mort naturelle. Le moribond n'était plus la figure requise : il suffisait désormais d'être gravement malade, incurable et désespéré. Aujourd'hui, à dix mois d'échéance, le pays s'apprête à en étendre encore le périmètre. À compter du 17 mars 2027³, sauf nouveau report adopté d'ici là par le gouvernement de Mark Carney, les personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale deviendront admissibles à l'aide médicale à mourir. La souffrance morale obtiendra le même tarif légal que la souffrance physique.

Et demain, à qui le tour ? Les mineurs matures, dont on parle déjà dans les enceintes feutrées d'Ottawa ? Les déments par directives anticipées, qu'aucun consentement présent ne soutiendra plus ? Les personnes handicapées au seul motif de leur handicap ? Les pauvres dont le désespoir est aussi un produit social ? On procède par catégories et la mécanique avance avec une bonne conscience d'autant plus intouchable qu'elle se drape dans le vocabulaire de la dignité. Tocqueville, au second volume de *De la démocratie en Amérique*⁴, annonçait la figure d'un pouvoir tutélaire, doux et prévoyant, qui ôterait aux hommes la peine de vivre. Ce pouvoir achève aujourd'hui la prophétie en leur ôtant celle de mourir. Aldous Huxley, dans *Le meilleur des mondes*⁵, avait imaginé une société où la mort se prendrait comme un comprimé, sous lumière douce et musique apaisante. On s'y emploie et l'on n'a même plus besoin du soma. Ce comprimé semble avoir cédé la place à la « morale » dont Nietzsche parlait dans *Le crépuscule des idoles*⁶, cette bonne conscience qui permet de maquiller l'abandon en progrès moral.

Cette bonne conscience qui permet de maquiller l'abandon en progrès moral

Le Québec, pourtant peu réticent face aux élargissements antérieurs, a néanmoins fixé une limite claire en excluant de sa loi provinciale la maladie mentale lorsqu'elle constitue l'unique motif d'admissibilité. Ottawa s'apprête désormais à passer outre cette réserve. La trajectoire canadienne aura donc accompli en dix ans ce que les pionniers européens ont mis un quart de siècle à parcourir. Elle constitue, pour qui sait la lire, le brouillon de l'avenir européen.

Les enjeux d'une accélération législative

Que signifie, philosophiquement, ce mouvement que les calendriers parlementaires et les commissions d'éthique accompagnent selon une accélération manifeste, sans en interroger la nature ? Vingt-cinq siècles auront été nécessaires à l'Occident pour bâtir l'interdit qui empêchait le médecin de tuer. Vingt-cinq ans auront suffi à le défaire. La disproportion temporelle suffit à faire soupçonner que l'opération en cours engage davantage que ce

qu'en disent ses promoteurs. Aucun argument n'est toutefois parvenu à dissiper entièrement l'objection fondatrice portée par l'interdit hippocratique. La civilisation qui en avait fait l'un des fondements de son idée du soin a fini, en moins d'une génération, par inscrire dans son droit la légitimité du geste même qu'il interdisait : la mort donnée au patient par le médecin. Une telle disparition est plus inquiétante qu'une défaite. Un interdit qu'on combat demeure vivant ; un interdit qu'on cesse de comprendre disparaît sans laisser derrière lui autre chose que des procédures chargées d'en masquer l'oubli.

On présente cette mutation comme la conquête d'une nouvelle liberté. Le malade pourrait désormais décider du moment et de la forme de sa propre mort, tandis que la médecine, libérée d'un héritage théologique jugé encombrant, s'alignerait sur cette décision. La présentation est généreuse et c'est sans doute pour cela qu'elle convainc. Elle a toutefois l'inconvénient d'être l'envers exact de ce qui s'accomplit. Foucault avait montré, dans les années 1970, que la modernité politique se reconnaissait à une mutation du pouvoir souverain. Le souverain classique disposait du droit de prélever, dans le corps de ses sujets, le tribut de la mort ; le souverain moderne s'est donné, au contraire, la charge d'administrer la vie. « Faire vivre, laisser mourir », telle était la formule du biopouvoir². Une décennie aura suffi pour qu'il faille en écrire le second moment : « Laisser vivre, faire mourir. » L'État qui s'était constitué en prenant la charge des corps se donne désormais celle de les éteindre, et délègue au médecin l'office que la procédure veut administratif. Dès lors que la vie biologique des populations est devenue le grand objet du gouvernement, il était inscrit dans la matrice même de ce gouvernement qu'il pût en organiser aussi la sortie.

Ce qui distingue la séquence présente de ses précédents historiques tient à sa forme propre ; de là procède la nouveauté philosophique du moment. Les biopolitiques totalitaires du XX^e siècle avaient désigné, pour les éliminer, des catégories réputées objectives – la race, la classe, l'hérédité, la dégénérescence, l'inadaptation – et imposé la mort par décret. La biopolitique démocratique emprunte une voie plus oblique. L'acte jadis imposé prend désormais la forme d'une demande encadrée par le droit. Le sujet appelé à recevoir l'acte léthal formule lui-même la requête qui rend sa mort juridiquement recevable et médicalement présentable. Le consentement remplace la sélection ; la requête remplace l'ordre ; le médecin remplace le bourreau. La modernité tardive accomplit ici un schisme que ni le siècle précédent ni les siècles antérieurs n'avaient véritablement envisagé, en faisant de la sollicitation par la victime la condition juridique et morale de sa propre élimination, jusqu'à présenter cette élimination comme un « soin ».

La logique de rupture

Une telle transgression suppose, pour fonctionner, un considérable travail sur le langage. Les mots qui autrefois interdisaient l'acte doivent être recodés pour le légitimer. L'autonomie, qui désignait dans la philosophie kantienne la capacité d'un sujet rationnel à se donner une loi universalisable, se trouve réduite à la validation administrative d'une volonté individuelle. La dignité, que Pic de la Mirandole faisait reposer sur la liberté ontologique de l'homme à se déterminer entre les ordres de la création, devient le

synonyme administratif d'une mort propre et silencieuse. Le soin, qui depuis Kos désignait l'art d'accompagner sans jamais supprimer, inclut désormais l'acte de supprimer. La compassion, qui supposait qu'on prît sur soi une part de la souffrance d'autrui, se résout en geste technique qui en abolit le sujet. Ce déplacement sémantique porte une signification politique. Sans assimiler ce qui ne saurait l'être, on rappellera que l'une des marques distinctives des régimes totalitaires tient à leur rapport au langage, les mots y étant assujettis à signifier autre chose, voire l'inverse, de ce qu'ils désignent dans l'usage commun⁸. La biopolitique démocratique présente une forme adoucie mais analogue du phénomène. Aucun mot n'a en effet changé, mais aucun ne désigne plus exactement ce qu'il nommait autrefois. Cette opération sur le sens est si parfaitement intégrée qu'elle n'apparaît plus comme telle ; elle est devenue la langue ordinaire des comités d'éthique, des rapports parlementaires et des plaidoiries judiciaires qui accompagnent l'élargissement continu des conditions d'accès à la mort.

La conversion du clinicien en dispensateur de mort

Voilà ce que nous voyons paraître dans le monde contemporain : la conversion du clinicien en *dispensateur de mort*. Le mot est rude. Il est exact. Lorsque la consultation s'achève par une ordonnance létale ou par une intraveineuse fatale, le geste accompli, si sincère soit la compassion qui le commande, appartient à un autre ordre que celui de la médecine. Le médecin était jusqu'ici l'homme du retard, l'homme qui gagne du temps sur la mort, l'homme qui rend l'inévitable supportable, en somme l'homme qui change la souffrance brute en souffrance soluble. Il devient l'agent de la mort elle-même, son fonctionnaire et son artisan. Bernanos pressentait dès 1938, dans *Les grands cimetières sous la lune*⁹, la forme que pouvait prendre la cruauté moderne : froide, polie, courtoise, irréprochable, légitimée par l'ordre, la morale ou la religion, exercée par des hommes qui, protégés par les institutions et les bonnes consciences, ne se reconnaissent jamais dans la figure du bourreau. L'avenir dira sous quel nom il convient d'inscrire ce basculement dans la longue mémoire des hommes.

Ce que produit, au terme de cette réflexion, le droit de la mort administrée, est un type de citoyen nouveau, dont Giorgio Agamben a fourni, à propos d'autres contextes, le concept le plus précis : *homo sacer*. Le patient éligible au suicide médicalement assisté est cette figure paradoxale d'une vie humaine qu'il est permis de supprimer sans que cette suppression constitue un meurtre, dès lors qu'une procédure en consacre la légitimité. Il n'est pas hors la loi ; il est dans une loi qui suspend, à son endroit, la protection ordinaire. Sa demande, qui paraît le rétablir comme sujet, le constitue en réalité comme objet d'un dispositif.

Le temps n'est-il pas venu de reconquérir, contre la pente de l'irréversible, une certaine idée de l'humain ? La question, aujourd'hui, doit à nouveau être posée et ce, au-delà des polémiques et à l'abri des seuls argumentaires militants. Face à un devenir législatif présenté par avance sous l'argument d'autorité du progrès, cette question peut finalement être le cadre des débats éthiques en cours, autour de la question de la fin de vie. Elle consiste en somme à s'interroger à nouveau sur la signification profonde de la transgression du dernier interdit médical.

1 En Allemagne, le tournant est intervenu par voie jurisprudentielle. Dans son arrêt du 26 février 2020 (2 BvR 2347/15 e.a.), le *Bundesverfassungsgericht* a constaté la nullité du paragraphe 217 StGB, qui réprimait l'assistance au suicide exercée de manière récurrente ou organisée (*geschäftsmäßig*). La Cour a rattaché au droit général de la personnalité (garanti par l'article 2, alinéa 1 combiné à l'art. 1 al. 1 de la Loi fondamentale) un droit à la mort autodéterminée, comprenant la liberté de mettre fin à ses jours et de solliciter à cette fin l'aide volontaire d'un tiers. L'euthanasie active demeure, en revanche, prohibée par le paragraphe 216 StGB au titre de l'homicide à la demande (*Tötung auf Verlangen*).

2 Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite « loi Claeys-Leonetti ». Prolongeant la loi Leonetti du 22 avril 2005, elle a notamment consacré le droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie, dans les conditions prévues à l'article L.1110-5-2 du Code de la santé publique. Elle a également renforcé la portée des directives anticipées, désormais opposables au médecin sauf exceptions légalement prévues, conformément à l'article L.1111-11 CSP. Elle maintenait toutefois la frontière structurante du droit français entre le « laisser mourir » et le « faire mourir », sans ouvrir l'accès à l'assistance au suicide, ni à l'euthanasie.

3 À cette date, l'exclusion temporaire visant les personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale prendra fin ; ces patients deviendront alors admissibles à l'aide médicale à mourir, sous réserve des autres critères et sauvegardes prévus par le droit canadien. Cette échéance résulte de deux reports successifs. La loi C-7 du 17 mars 2021 prévoyait initialement l'ouverture du dispositif au 17 mars 2023. Le projet de loi C-39, sanctionné le 9 mars 2023, a différé cette ouverture d'un an, puis le projet de loi C-62, sanctionné le 29 février 2024, l'a reportée de trois années supplémentaires. Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMM), rétabli en 2026, est chargé de procéder à un examen complet de l'admissibilité à l'AMM des personnes souffrant uniquement d'un trouble mental. À l'issue de ses travaux, le législateur fédéral pourra confirmer l'extension, la reporter une troisième fois ou y renoncer.

4 Alexis de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique* [1840], partie IV, chap. VI, dans *Œuvres*, tome II, édition établie sous la direction d'André Jardin, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », 1992.

5 Aldous Huxley, *Le meilleur des mondes* [*Brave New World*, 1932], traduction de l'anglais (Grande-Bretagne) par Jules Castier, Plon, 1933.

6 Friedrich Nietzsche, *Le crépuscule des idoles, ou Comment philosopher à coups de marteau* [*Götzen-Dämmerung, oder Wie man mit dem Hammer philosophiert*, 1888], traduction de l'allemand par Jean-Claude Hémery, Gallimard, « Folio essais », 1988.

7 Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, tome I : *La volonté de savoir*, Gallimard, 1976, partie V : « Droit de mort et pouvoir sur la vie ». Voir également *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1975-1976*, Gallimard – Seuil – École des hautes études en sciences sociales, 1997, leçon du 17 mars 1976.

8 Sur le rapport du totalitarisme au langage, voir George Orwell, 1984 [*Nineteen Eighty-Four*, 1949], traduction de l'anglais (Grande-Bretagne) par Amélie Audiberti, Gallimard, « Folio », 1972 ; Hannah Arendt, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal* [*Eichmann in Jerusalem. A Report on the Banality of Evil*, 1963], traduction de l'anglais (États-Unis) par Anne Guérin, Gallimard, « Folio histoire », 1991.

[9](#) Georges Bernanos, *Les grands cimetières sous la lune*, Plon, 1938.



[Alain E. Andrea](#)

Docteur en pharmacie et titulaire d'une maîtrise en génétique moléculaire, auteur de publications scientifiques consacrées à la thérapie génique et lauréat de la prestigieuse bourse de la Fondation Goodman, il est doctorant-chercheur au Centre de recherche du centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval, où ses travaux portent sur la neuroinflammation associée au cancer. Ancien collaborateur de *L'Orient-Le Jour*, il cofonde en 2026 les Éditions du Logos, où il dirige la collection « Musicologie ».