1. Observations finales précédentes :

• En septembre 2021, le Comité a examiné le rapport initial de la France et a adopté des observations finales (CPRD/C/FRA/CO/1). Au paragraphe 21 de ces observations, le Comité a noté avec préoccupation le taux élevé de suicide chez les personnes autistes et les personnes en situation de 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 pour les personnes handicapées, avec des mesures spécifiques pour les personnes autistes et les personnes en situation de handicap psychosocial, et de veiller à la consultation et à la participation active des personnes handicapées, par le biais de leurs organisations représentatives ». Au paragraphe 40, le Comité a noté avec préoccupation « le manque de dispositifs permettant une vie autonome et intégrée dans la communauté, notamment le manque de logements indépendants, accessibles et abordables, de soutien individualisé et d'accès égal aux services communautaires ».

2. 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 relatif à l'aide à mourir (Proposition de loi n° 1100 / 1364-A0 - Droit à l'aide à mourir), notamment sur ses dispositions établissant comme critères d'éligibilité « une maladie grave et incurable » et « des souffrances physiques ou psychologiques liées à cette maladie, soit résistantes aux traitements, soit insupportables », ainsi que celles prévoyant des amendes et des peines de prison pour toute personne dissuadant une personne de recourir à l'euthanasie ou à l'aide au suicide. Le Comité a également demandé des informations sur les mécanismes garantissant le droit de choix des personnes handicapées, les garanties contre la coercition, l'influence indue et les abus de pouvoir, les alternatives à l'aide à mourir, l'intégration du principe d'accessibilité et les mécanismes de consultation et de participation active des personnes handicapées à l'élaboration de cette législation. Enfin, il a demandé des informations sur les mesures visant à contrer les informations trompeuses diffusées par des fonctionnaires affirmant que le Comité soutient les mécanismes d'aide à mourir.

3. Résumé de la réponse de l'État partie :

• Un délai supplémentaire a été accordé à l'État partie pour répondre à la lettre de suivi.

(a) Dans sa réponse au Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, la France a indiqué que le projet de loi n'a pas encore été adopté, qu'il est actuellement en première lecture et que sa discussion a été interrompue suite à la dissolution du Parlement en juin 2024.

(b) L'État a précisé que l'aide à mourir est destinée à toutes les personnes, qu'elles soient handicapées ou non, qu'un handicap ne rend pas une personne plus (ou moins) éligible à l'aide à mourir et que l'exclusion des personnes handicapées constituerait une discrimination et une violation du principe d'égalité. Il a également expliqué les garanties prévues dans le projet de loi, notamment les Conférences nationales sur le handicap, les Comités interministériels sur le handicap, les recommandations du Conseil

Please recycle

consultatif national des personnes handicapées, les procédures de consentement et la procédure d'aide à mourir. Il a également indiqué que l'infraction pénale prévue dans le projet de loi est inspirée de l'interdiction de l'interruption volontaire de grossesse, qu'elle vise à protéger les professionnels et les établissements impliqués dans l'aide à mourir et a présenté plusieurs principes d'interprétation concernant cette infraction.

(c) L'État a indiqué qu'un autre projet de loi, en première lecture, vise à garantir un accès égal à tous aux soins et à l'accompagnement en fin de vie, et a expliqué son contenu principal. Ce projet de loi, conjointement avec celui sur l'aide à mourir, vise à améliorer la qualité des services de soins.

(d) Enfin, l'État a indiqué avoir adopté une terminologie précise, en évitant délibérément les termes « euthanasie » et « suicide assisté » au profit de « aide à mourir », soulignant ainsi la dignité, l'autonomie et les garanties du modèle français de soins de fin de vie. Cependant, il n'a pas répondu aux préoccupations du Comité concernant les déclarations des autorités diffusant des informations trompeuses et affirmant, à tort, que l'aide à mourir et des concepts similaires sont conformes à la Convention.

4. Résumé des observations 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 évidente, reflétant un profond handicapexisme.

a) Le projet de loi présente une orientation clairement eugéniste, reflétant un profond handicapisme au sein de l'État partie, et découle d'un modèle médical qui perçoit le handicap comme une « maladie sociale » dont le traitement ne peut consister qu'à éliminer sa cause, à savoir les personnes handicapées elles-mêmes.

Il ne tient pas compte des lacunes sociales et financières qui déterminent la situation et la vulnérabilité des personnes handicapées, telles que la pauvreté, le chômage, la discrimination et l'exclusion sociale.

Le processus législatif n'a pas permis la consultation et la participation active des personnes handicapées par le biais de leurs organisations représentatives, et n'a pas fait l'objet d'évaluation d'impact. De plus, les critères d'éligibilité sont vagues et trompeurs, manquent d'approche scientifique et objective, et des notions telles que « affection grave et incurable », « menace pour la vie », « stade avancé » ou « souffrance physique ou psychologique constante » ne sont pas clairement définies, ce qui ouvre la porte à des interprétations arbitraires et à des jugements de valeur discriminatoires.

(b) La procédure relative à l'aide à mourir est trop souple et informelle : elle permet des demandes verbales (sans aucun enregistrement), sans témoin, et peut être mise en œuvre en seulement 48 heures, contrairement à d'autres procédures médicales (par exemple,

les centres de gestion de la douleur ou la vasectomie). Elle manque de garanties procédurales et de mécanismes de contrôle, et ne prévoit pas de procédures de protection contre la contrainte, l'abus d'influence ou le pouvoir abusif, ni de recours pour les familles de personnes handicapées. Des experts en droit français ont également souligné que pénaliser la dissuasion à l'euthanasie ou à l'aide au suicide criminalise la prévention du suicide pour les personnes malades ou handicapées et leurs familles, sans pour autant pénaliser ceux qui incitent à demander une « aide à mourir ».

(c) Des experts médicaux ont exprimé leur préoccupation quant au manque de procédures claires pour le consentement éclairé et l'information sur les traitements et les dispositifs de soutien disponibles, y compris les soins palliatifs et les innovations médicales futures. Ils estiment que le projet de loi banalise les disciplines médicales, notamment la psychiatrie, ainsi que le concept de suicide. Une forme subtile de discrimination médicale envers les personnes handicapées est la tendance, bien documentée, à minimiser les symptômes d'un patient en les attribuant à tort à son handicap préexistant, en particulier s'il est d'ordre intellectuel ou psychologique.

Les organisations de personnes handicapées s'inquiètent du fait que le Conseil consultatif national des personnes handicapées (CNCPH), organe consultatif chargé de la participation des personnes handicapées ou de leurs représentants à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques, ait approuvé le projet de loi, ainsi que des déclarations du ministre délégué à l'autonomie et aux personnes handicapées selon lesquelles la Convention soutiendrait l'aide à mourir.

Enfin, des organisations et des experts ont exprimé leur préoccupation quant à la couverture médiatique de l'aide à mourir, qui, sans contraintes, légitime une logique de renoncement à la vie au lieu de garantir une vie digne.

5. Évaluation du Comité • À la lumière des informations reçues et compte tenu des observations finales du Comité de 2021 (CPRD/C/FRA/CO/1), le Comité **réitère ses recommandations précédentes**. Il recommande également à l'État partie :

a) Avant de poursuivre le processus d'adoption du projet de loi, d'effectuer une évaluation approfondie, en étroite consultation et avec la participation active des personnes handicapées, de sa conformité à la Convention, notamment concernant les articles 10 (droit à la vie), 16 (protection contre l'exploitation, la violence et les mauvais traitements), 17 (protection de l'intégrité de la personne), 19 (vie indépendante et inclusion sociale), 25 (droit à la santé) et 28 (niveau de vie et protection sociale adéquats), et de la vulnérabilité accrue des personnes handicapées confrontées à des discriminations multiples en cas d'adoption du projet de loi. L'État partie devrait également élaborer, en étroite consultation et avec la participation active des personnes handicapées, un programme législatif répondant à leurs besoins.

b) De mettre en place un programme de renforcement des capacités pour le pouvoir législatif (Assemblée nationale et Sénat), ainsi que pour le ministre du Travail, de la Santé, de la Solidarité et de la Famille, sur la Convention.

b) Mettre en place un programme de renforcement des capacités pour le pouvoir législatif, notamment l'Assemblée nationale et le Sénat, ainsi que pour les ministères du Travail, de la Santé, de la Solidarité et de la Famille, afin de sensibiliser ces institutions à la Convention et à ses principes fondamentaux, notamment le modèle des droits humains en matière de handicap et l'obligation pour les États parties de renoncer à tout modèle médical ou discriminatoire ;

c) Mettre en œuvre des mesures globales pour combler les lacunes actuelles en matière de mise en œuvre, notamment concernant les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des personnes handicapées, ainsi que pour la prestation de services de soutien et de soins en santé mentale, de soins palliatifs à domicile, d'aide personnalisée et de soutien à l'emploi ;

d) Empêcher toute nouvelle déclaration publique affirmant que la Convention et/ou le Comité reconnaissent un « droit à mourir » et mener une campagne de sensibilisation et d'information sur la Convention et les droits des personnes handicapées.