

Fin de vie, France 3 et l'affaire Peillon

Quand un témoignage sert d'argument

Maroun BADR

Docteur en bioéthique (PhD)

Enseignant de droit civil, Faculté de Droit, UCO – Angers

Research Scholar at UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights – Rome

Associate Researcher at Facultad de Bioética Universidad Anáhuac México

mbadr@unescobiochair.org

Publié sur le site *Le Nouveau Conservateur*, le 27 février 2026.

RÉSUMÉ

Le 25 février 2026, jour du vote solennel sur la deuxième lecture de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, à l'Assemblée nationale, France 3 Auvergne-Rhône-Alpes publiait l'interview du Didier Peillon, radié de l'Ordre des médecins huit jours plus tôt pour avoir publiquement avoué des euthanasies hors cadre légal. Dans cet entretien, il s'exprimait sur des pratiques médicales dont les contours juridiques, éthiques et sémantiques restent largement absents de l'échange, à l'heure où le Parlement était appelé à légiférer et où le peuple a droit à une information complète.

Introduction

L'interview¹ du Didier Peillon, ancien médecin, publiée sur France 3 Auvergne-Rhône-Alpes le 25 février 2026 - jour du vote solennel de la proposition de loi sur l'aide à mourir à l'Assemblée nationale - soulève de graves questions éthiques, déontologiques et journalistiques. Suspendu en janvier² et radié de l'Ordre des médecins³ le 17 février 2026 pour avoir avoué publiquement avoir pratiqué des euthanasies hors cadre légal⁴, cet ancien chef des

¹ Blandine Lavignon, « Fin de vie : L'intention du médecin n'est pas de donner la mort, le médecin lyonnais Didier Peillon témoigne en faveur de l'aide à mourir », *France 3 Auvergne-Rhône-Alpes*, 25 février 2026. Disponible sur : https://france3-regions.franceinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/lyon/fin-de-vie-l-intention-du-medecin-n-est-pas-de-donner-la-mort-le-medecin-lyonnais-didier-peillon-temoigne-en-faveur-de-l-aide-a-mourir-3305385.html?utm_medium=Social&utm_source=Facebook#Echobox=1772038888-16

² Estelle Dautry, « 'Un sujet qu'on met sous le tapis' : ce médecin reconnaît avoir précipité la mort de certains patients », *Le Parisien*, 19 janvier 2026. Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/societe/un-sujet-quon-met-sous-le-tapis-ce-medecin-reconnait-avoir-arrete-les-traitements-de-certains-patients-19-01-2026-J7MTTNVDZFDZTKINNXF7CZQMLY.php>

³ S. Montaron, « Fin de vie : le Dr Didier Peillon radié par l'Ordre des médecins, 'pour des idées' », *Le Progrès*, 17 février 2026 <https://www.leprogres.fr/sante/2026/02/17/fin-de-vie-le-d-sup-r-sup-didier-peillon-radie-par-l-ordre-des-medecins-pour-des-idees>

⁴ Didier Peillon, *Ces malades que nous aidons à mourir*, Éd. City, 10 septembre 2025 Bernay, 192 p.

urgences de Villefranche-sur-Saône s'exprime néanmoins comme expert médical sur une chaîne du service public.

Voici sept angles critiques de cette interview.

I. Une légitimité institutionnelle compromise

Le premier problème, et sans doute le plus évident, est celui du titre. Peillon est présenté par France 3 comme « médecin lyonnais ». Or, celui-ci a été radié de l'Ordre des médecins huit jours avant cette interview. La radiation par l'Ordre des médecins est la sanction disciplinaire la plus grave qui soit⁵ : elle signifie que le professionnel n'est plus autorisé à exercer la médecine. Ainsi, France 3 devait utiliser plutôt le titre « ancien médecin ». Or, cette omission n'est pas anodine : elle confère au témoignage une aura d'autorité médicale que le praticien n'a plus.

La radiation ne retire pas à une personne le droit de s'exprimer publiquement. En revanche, présenter un médecin radié comme une voix légitime sur des pratiques médicales illégales, comme s'il se prononçait au nom d'une autorité quelconque relève d'un manque de transparence journalistique.

Par ailleurs, le lecteur/télespectateur de France 3, chaîne du service public soumise à des obligations d'information pluraliste fixées par l'Arcom en vertu de l'article 43-11 de la loi du 30 septembre 1986, est en droit d'attendre que le contexte complet lui soit fourni, avec « honnêteté, indépendance et pluralisme de l'information⁶ ». Or, ce contexte – radiation récente, signalement au procureur de la République au titre de l'article 40 du code de procédure pénale⁷, appel en cours – n'est mentionné que d'une manière « victimaire », comme « un coup de massue ».

Cette asymétrie d'information joue gravement sur la réception du message par le public.

⁵ Code de la santé publique (CSP), art. L. 4124-6 : « Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont [...] 5° La radiation du tableau de l'ordre ».

⁶ Loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, art. 43-11 :

« Les sociétés énumérées aux articles 44 et 45 poursuivent, dans l'intérêt général, des missions de service public [...] assurent l'honnêteté, l'indépendance et le pluralisme de l'information ainsi que l'expression pluraliste des courants de pensée et d'opinion dans le respect du principe d'égalité de traitement et des recommandations de l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique. »

⁷ Léo Juanole, « Fin de vie : un médecin suspendu après avoir publié un livre où il confesse ne pas avoir respecté le cadre légal », *Le Quotidien du Médecin*, 19 septembre 2025. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/justice/fin-de-vie-un-medecin-suspendu-apres-avoir-publie-un-livre-ou-il-confesse-ne-pas-avoir-respecte-le>

Code de procédure pénale, art. 40 : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerrait la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République ».

II. Première confusion sémantique

L'une des confusions conceptuelles les plus préoccupantes dans le discours de Peillon – et dans la manière dont France 3 aborde le sujet – est l'amalgame entre euthanasie, suicide assisté et aide à mourir.

Les deux premières notions sont fondamentalement distinctes, tant sur le plan éthique que juridique, et leur confusion entretient délibérément un flou dans le débat public. L'euthanasie désigne l'acte par lequel un tiers – en l'occurrence un médecin – administre activement une substance létale à un patient dans l'intention de provoquer sa mort⁸. Le suicide assisté, lui, désigne la situation dans laquelle un médecin prescrit ou fournit les moyens nécessaires à un patient qui s'administre lui-même la substance mortelle : l'acte final appartient au patient.

Didier Peillon, dans ses déclarations publiques sur *Le Quotidien du Médecin*⁹ et sur *BFM Lyon*¹⁰, a clairement admis avoir pratiqué la première forme – l'euthanasie – en injectant lui-même des substances pour provoquer la mort. Pourtant, il refuse d'assimiler son acte à une euthanasie : « Ce n'est pas une euthanasie déguisée, c'est simplement une réponse à une situation d'épouvante », dit-il.

Or, le terme euthanasie disparaît dans l'interview de France 3 : seuls des termes génériques d'« aide à mourir » et de « fin de vie » sont utilisés.

En gommant ces distinctions, France 3 et Didier Peillon présentent les actes comme étant de moindre gravité et relevant d'un continuum naturel de la pratique médicale, alors qu'ils en constituent une rupture radicale.

III. Des actes avoués sans consentement

Parmi les aveux les plus troublants de Peillon, et absents dans l'interview sur France 3, figure celui de « décisions prise parfois sans l'accord du patient lorsque celui-ci n'était pas en état de dire ce qu'il souhaitait¹¹ ».

Cette admission est extrêmement préoccupante au regard de l'éthique médicale fondamentale, d'autant plus dans le contexte actuel du débat sur la loi relative au droit à l'aide à mourir. Le principe d'autonomie du patient – pilier de la bioéthique moderne depuis la déclaration d'Helsinki¹² et formalisé en France par la loi Kouchner du 4 mars 2002¹³ – stipule qu'« aucun

⁸ C. pén., art. 221-1 : « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle ».

Art. 221-5 : « Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle ».

⁹ Léo Juanole, Op. cit., « Fin de vie : un médecin suspendu après avoir publié un livre où il confesse ne pas avoir respecté le cadre légal ».

¹⁰ Mathias Fleury, « 'Ces malades que nous aidons à mourir' : un médecin réanimateur suspendu après la sortie de son livre sur la fin de vie », *BFM Lyon*, 16 septembre 2025. Disponible sur : https://www.bfmtv.com/lyon/ces-malades-que-nous-aidons-a-mourir-un-medecin-reanimateur-suspendu-apres-la-sortie-de-son-livre-sur-la-fin-de-vie_AV-202509160656.html

¹¹ Didier Peillon, *Ces malades que nous aidons à mourir*. Quatrième de couverture.

¹² Association médicale mondiale, Déclaration d'Helsinki — Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, 1964, § 9.

¹³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient¹⁴ ». La loi prévoit des dispositifs précisément pour permettre l'expression de la volonté du patient y compris lorsque celui-ci est dans l'incapacité de s'exprimer : il s'agit des directives anticipées et de la personne de confiance¹⁵.

Or, Didier Peillon confesse avoir outrepassé ces garde-fous au nom de sa propre appréciation de « l'humanité » du geste. Présenter cette attitude comme un témoignage courageux, sans la confronter à cette réalité éthique, revient à légitimer ce que les instances médicales et le droit qualifient de violation grave.

La ligne est ici franchie entre compassion et arbitraire : même animé des meilleures intentions, un médecin qui provoque la mort d'un patient inconscient sans consentement explicite ni procédure légale n'accomplit pas un acte médical : il prend une décision unilatérale sur la vie d'autrui. France 3 n'interroge pas ce point, et le titre de l'article – « l'intention du médecin n'est pas de donner la mort » – en devient d'autant plus problématique.

IV. L'intention, entre le droit pénal et l'éthique médicale

Selon le Code pénal (C. pén.), porter atteinte à la vie d'une personne, pourvue d'une personnalité juridique, peut constituer un meurtre (acte volontaire : art. 221-1), un assassinat (acte avec préméditation ou guet-apens : art. 221-3) et un empoisonnement (emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort : art. 221-5), actes punis de réclusion criminelle. Un acte d'un tel type est lié au sujet qui le commet et non pas à celui qui le subit : il s'agit de ce qui est qualifié de l'*animus necandi* ou la volonté de tuer présente au moment de l'acte. Cet *animus necandi* est indépendant des mobiles (intentions) qui inspirent l'auteur de l'acte : que l'on tue par profit, par amour, ou pour abrégé la souffrance, le meurtre est constitué dès lors que la volonté de donner la mort est présente. L'acte demeure un meurtre par son essence.

Sur le plan de l'éthique médicale, l'idée de l'intention peut être également analysée à la lumière du principe du double effet, mal utilisé dans le contexte de fin de vie pour justifier l'euthanasie. Or, ce principe ne peut être invoqué que pour justifier certaines sédations palliatives profondes, où la mort survient plus rapidement sans que ce soit le but recherché. Selon ce principe¹⁶ encadré par la loi Claeys-Leonetti¹⁷, l'action à double effet est soumise à quatre conditions : a) intention droite, b) effet direct bon, c) proportionnalité et d) absence d'alternative sans effets négatifs.

Or, dans les cas spécifiquement décrits par Didier Peillon, cette lecture éthique est impossible. La mort n'est pas un effet secondaire non intentionnel d'un traitement antidouleur, mais bien

¹⁴ CSP, art. L. 1111-4.

¹⁵ CSP, art. L. 1111-11.

¹⁶ Bernard Devalois et Arnaud Leys, « Le double effet, d'un principe moral à une vision législative », *Soins*, Vol 51 - n° 708, pp. 36-37, Septembre 2006. Disponible : <https://www.em-consulte.com/article/85489/le-double-effet-d-un-principe-moral-a-une-vision-l>

¹⁷ CSP, art. L.1110-5-3.

d'un acte délibéré dont l'objectif premier était de provoquer le décès. Il affirme même son intention de renouveler l'acte si c'était à refaire¹⁸.

Le titre de France 3 reprend donc une justification rhétorique dont la formulation, sans recul critique, constitue non pas un titre informatif mais un argument de plaidoyer.

V. Des chiffres infidèles à l'étude

Les chiffres INED¹⁹ cités par France 3, en référence aux propos de Didier Peillon, (5 000 injections létales par an) sont sortis complètement de leur contexte scientifique.

L'étude couvre toutes les décisions de fin de vie, pas les seules euthanasies. Si des décisions médicales ont été prises tout en sachant qu'elles étaient susceptibles d'abréger la vie du patient²⁰, le calcul et l'interprétation de l'étude de l'INED ne sont pas exactes pour argumenter l'existence d'une certaine forme d'hypocrisie. Selon l'étude :

- 1) 45 % des décès (soit 2 252 des cas sur 4 723) résultent des traitements qui n'ont pas été administrés dans l'intention de provoquer une accélération de la survenue de la mort et sont donc conformes à l'esprit de la loi.
- 2) 3,1 % des décès (soit 148 cas sur 4 723) résultent d'un acte visant à mettre fin à la vie de la personne :
 - a) Décision de limitation ou d'arrêt des traitements (1,5 %) ;
 - b) Intensification des traitements de la douleur (0,8 %) ;
 - c) **Administration de médicaments** (0,8 %, soit 38 cas sur 4 723). Or, selon l'INED, **0,2 % (soit 11 cas sur 4 723) sont considérés comme euthanasie**, le reste étant une sédation profonde et continue jusqu'au décès. En extrapolant ce chiffre sur le nombre de décès en France en 2009 (548 500 selon l'INSEE²¹), on **compterait** 1 097 euthanasies clandestines pratiquées en 2009, soit 4 fois moins que le chiffre avancé.

Néanmoins, **cette extrapolation n'est pas précise et est contestable** : d'une part, le nombre total de décès recensés par l'INSEE englobe aussi ceux des enfants et d'autre part, l'étude de l'INED ne porte que sur les décès en fin de vie des adultes.

Dans le même sillage, une autre étude effectuée dans les territoires français d'outre-mer indique que l'utilisation de médicaments pour mettre fin délibérément à la vie a été mentionnée dans 1,3 % des décès (sur 1815 décès), l'arrêt des traitements était la décision la plus fréquente (41

¹⁸ Marc-Olivier Fogiel & Marie-Pierre Haddad, « 'Si c'était à refaire, je le referais' : Didier Peillon, médecin hospitalier, raconte avoir pratiqué deux euthanasies, hors du cadre légal », *RTL*, 17 septembre 2025. Disponible sur : <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/si-c-etait-a-refaire-je-le-referais-didier-peillon-medecin-hospitalier-raconte-avoir-pratique-deux-euthanasies-hors-du-cadre-legal-7900542280>

¹⁹ Alain Monnier, Sophie Pennec, Silvia Pontone, Régis Aubry, *Les décisions médicales en fin de vie en France*, INED, Collection : *Population & Sociétés*, n°494, novembre 2012. Disponibles sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/decisions-medicales-fin-vie-france/>

²⁰ Art. 2 de la Loi Leonetti [Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1)] et CSP, art. L1110-5-3.

²¹ INSEE, « Espérance de vie – Mortalité », 23 février 2011. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373643?sommaire=1373710>

%) et la sédation profonde et continue jusqu'au décès a été mise en œuvre dans 13,3 % des cas²².

Entre les diverses pratiques en fin de vie et une administration des médicaments pour mettre délibérément fin à la vie, la différence est substantielle.

VI. Deuxième confusion sémantique

L'analyse de ces chiffres ramène à une deuxième confusion sémantique créée par l'article de France 3, confusion qui brouille les frontières entre trois réalités très différentes : la limitation et l'arrêt des traitements (LAT), la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) et l'euthanasie. La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 encadre précisément les deux premières.

- 1) Les LAT consistent à renoncer à des traitements disproportionnés qui prolongeraient artificiellement la vie sans bénéfice pour le patient. Cette pratique est légale²³. Elle ne peut être faite qu'à la demande du patient – toujours libre de refuser des soins ou traitements –, soit après une procédure collégiale impliquant l'équipe soignante, un médecin extérieur, et dans la mesure du possible le patient ou ses proches. Le but étant d'évaluer le risque d'obstination déraisonnable en cas de poursuite des traitements²⁴.
- 2) La SPCMD est, quant à elle, une sédation profonde qui altère la conscience jusqu'au décès pour éviter des souffrances réfractaires. Depuis la loi Claeys-Leonetti, tout patient atteint d'une maladie grave et incurable a le droit de demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès²⁵. Le patient, mourant, est sédaté (on l'endort) et on lui administre des analgésiques pour lutter contre la douleur. **La sédation profonde et continue jusqu'au décès n'est absolument pas une euthanasie** : on n'administre aucunement une substance létale à la personne. La HAS²⁶ a déjà affirmé en 2018 que ces deux pratiques sont complètement différentes quant à l'intention, au moyen pour attendre le résultat, à la procédure entreprise, au résultat attendu et à la temporalité du résultat.
- 3) Or, Didier Peillon dans son livre comme dans ses déclarations médiatiques reconnaît explicitement avoir pratiqué l'euthanasie : administration d'une substance létale.

France 3 ne démêle pas ces distinctions, laissant croire que tous ces actes relèvent du même geste compassionnel, ce qui est inexact et juridiquement faux.

²² S. Pennec et al., « End-of-life medical decisions in French overseas departments: results of a retrospective survey », *BMC Palliative Care* 23/1 (2024), 224. Disponible sur : <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01552-x>

²³ CSP, art. R. 4127-37-2.

²⁴ CSP, art. L. 1110-5-2 et R. 4127-37-3.

Voir également, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), *Décisions de limitation et d'arrêt de traitements (LAT) en soins critiques de l'adulte*, 2025. Disponible sur : <https://sfar.org/download/decisions-de-limitation-et-darret-de-traitements-lat-en-soins-critiques-de-ladulte/?wpdmdl=123089&refresh=6908fa769f7d11762196086>

²⁵ CSP, art. L1110-5-2 et R. 4127-37-3.

²⁶ HAS, « Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie », Février 2018, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834342/fr/differences-entre-sedation-et-euthanasie

VII. Un calendrier, un projet

Le calendrier de cette interview ne peut être ignoré. Publiée le 25 février 2026, jour du vote solennel de la proposition de loi sur l'aide à mourir à l'Assemblée nationale, elle s'inscrit dans une démarche d'influence sur le débat législatif. Donner la parole à une personne dans une situation particulière (radiation de l'ordre, signalement au procureur de la République, appel), et lui permettre de se présenter publiquement comme un médecin courageux, avant que la justice ait rendu son verdict soulève deux problèmes distincts.

D'une part, en profilant Peillon comme un soignant bienveillant, le reportage anticipe un verdict qui n'appartient qu'aux juridictions compétentes.

D'autre part, l'utilisation d'un cas non tranché pour peser sur un vote législatif est une forme de pression médiatique sur le processus démocratique.

Il est légitime de couvrir le débat sur l'aide à mourir ; il l'est moins de faire d'un médecin en situation juridique instable l'incarnation éditoriale de ce débat, sans précaution. D'autres voix – soignants en soins palliatifs, juristes, éthiciens, représentants des patients – auraient pu nuancer ou contrebalancer un témoignage aussi partial dans sa forme comme dans son fond.

Conclusion

Le cas Peillon illustre les tensions profondes qui traversent le débat français sur la fin de vie : entre réalité du terrain médical et cadre légal, entre témoignage personnel et rigueur déontologique, entre liberté d'expression et responsabilité du service public. Ces tensions méritent d'être exposées avec toute leur complexité. Si le débat est légitime, à l'heure où le Parlement légiférerait, les citoyens méritaient une information plus complète, plus nuancée et plus précise sur les notions en jeu.