

Recours devant le Conseil constitutionnel

Loi adoptée par le Parlement relative au droit à l'aide à mourir

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les conseillers,

Les député(e)s soussigné(e)s défèrent au Conseil constitutionnel la loi relative au droit à l'aide à mourir adoptée par le Parlement, en raison des nombreuses méconnaissances des principes et objectifs de valeur constitutionnelle qu'elle contient.

Le texte qui vous est déféré soulève des questions de constitutionnalité totalement inédites, en ce qu'il permet à toute personne majeure résidant habituellement en France ou de nationalité française, remplissant les critères, souvent insuffisants ou d'application aléatoire, énoncés à l'article 4 d'obtenir à sa demande, sans contrôle du juge et avec un contrôle médical très lacunaire, le droit de mourir.

« Mal nommer un objet c'est ajouter au malheur de ce monde » a écrit Albert Camus.

Le texte déféré n'emploie pas le mot de suicide ni celui d'euthanasie, or c'est bien de cela dont il s'agit : il s'agit d'autoriser une personne à se donner volontairement la mort ou même de se la faire administrer par un tiers.

Il exclut toute référence au respect de la dignité humaine qui est une norme sociétale et non subjective (Conseil constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994) opposable à « toute forme d'asservissement, y compris si elle est volontaire (n° 2018-761 QPC du 1er février 2019) car elle relève de l'ordre public immatériel (CE commune de Morsang sur Orge 27 octobre 1995)

S'agissant d'une liberté d'interrompre sa vie, le texte crée un droit à l'aide à mourir qui, en méconnaissance de l'article 66 de la Constitution, n'est pas placé sous le contrôle de l'autorité judiciaire et auquel ni les proches ni des tiers ne peuvent faire obstacle ce qui remet en cause le principe de fraternité tel que défini par le conseil constitutionnel.

S'agissant d'une liberté personnelle, celle de choisir le moment et les modalités de son décès, le dispositif n'offre aucun encadrement suffisant et ne protège pas suffisamment les personnes concernées par l'aide à mourir.

Le dispositif n'offre pas davantage de garanties aux personnes vulnérables, qui en seront les premières victimes, en méconnaissance des exigences posées tant par votre jurisprudence sur

le handicap que sur le principe de fraternité (Conseil constitutionnel n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018)

Ce principe met à la charge du législateur le respect de la solidarité entre les êtres et non d'aide à leur disparition.

Si ces principes sont méconnus par l'ensemble du texte, les députés saisissants entendent les développer plus précisément sur les articles suivants.

Article 1^{er}

Selon une jurisprudence constante, le Conseil constitutionnel a affirmé que le plein exercice de sa compétence par le législateur, ainsi que l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi, qui découle des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789, lui imposent d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques (2011-644 DC, 28 décembre 2011, cons. 16, Rec. p.605 ; 2014-685 DC, cons. 7, Rec. p. 1125).

Or, en introduisant les mots « fin de vie » dans l'énoncé du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du Livre premier de la première partie du code de la santé publique, l'article 1^{er} de la loi adoptée par le Parlement contrevient à cet objectif d'intelligibilité de la loi, puisque le champ de cette expression reprise de l'intitulé du projet de loi 2462¹ est très imprécis.

On ne peut en effet soutenir que les personnes² relevant du champ d'application de la loi adoptée par le Parlement seraient systématiquement en fin de vie³.

D'une part, médicalement, la définition de la fin de vie peut recevoir plusieurs acceptions. Dans un livret sur la fin de vie à destination des professionnels de soins palliatifs⁴, le ministère chargé de la santé présente les deux approches de cette notion :

- La première associe la fin de vie à une estimation de la durée de vie restante : le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) relève, dans son avis n° 139, que le cadre juridique actuel est adapté aux pronostics de court terme (quelques heures à quelques jours) mais pas de moyen terme (quelques semaines à quelques mois).

- La seconde associe la fin de vie à l'évolution d'une pathologie grave qui rentre en phase avancée, potentiellement mortelle (cancer, défaillance d'organes, maladie neurodégénérative, etc.).

¹ https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/actualite-legislative/2024/exp_tssp2407983l_cm_10.04.2024.pdf

² Le présent mémoire reprend l'expression de « personne » contenue dans la loi adoptée par le Parlement mais conserve le mot « patient » lorsqu'il est employé dans les autres documents auxquels il est fait référence.

³ Madame Stephanie Rist, ministre de la santé : « Je le répète, ce texte ne concerne que des personnes malades et en fin de vie » <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/premiere-seance-du-lundi-22-juin-2026>

⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fin-de-vie_lexique__maj__mars_2023.pdf

Ces définitions confirment la possibilité d'une double lecture : celle du temps qui reste à vivre et celle de la trajectoire de fin de vie, qui fait appel à un temps variable.

D'autre part, la rédaction proposée de l'intitulé du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la première partie du code de la santé publique doit être rapprochée de la disposition du 7^{ème} alinéa de l'article 4 de la loi (art. L.1111-12-2, 3^o du code de la santé publique) adoptée par le Parlement, qui vise des patients « *en phase avancée* ». L'ouverture que contient cette expression peut conduire à une extension non maîtrisée du champ de la loi, contredisant l'objectif prêté à cette loi d'être un texte d'exception⁵. Car comme l'ont relevé plusieurs autorités médicales et les travaux parlementaires, un patient peut être en phase avancée sans être en fin de vie.

Le critère de la phase avancée a été introduit en 2024 dans le projet de loi n° 2462 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, dont la loi adoptée par le Parlement s'inspire largement. Ce qualificatif a été jugé inadapté et dangereux par l'Académie nationale de médecine : « *Une fois le pronostic vital effacé, il risque d'inclure les personnes atteintes d'une maladie certes a priori incurable mais avec laquelle il est possible de vivre longtemps. Il en est ainsi, par exemple, des malades atteints de maladies neuro-dégénératives sévères, des malades atteints de cancers avec métastases [...] ou [des personnes] atteintes d'une maladie chronique avec des complications* ». ⁶

Cette critique a également été partagée à la même époque par le Conseil national de l'Ordre des médecins :

« Le projet de loi amendé par la commission spéciale introduisait une notion qui ne permettait pas au médecin de déterminer le stade à partir duquel le patient va pouvoir formuler une demande d'aide à mourir, et rend plus difficile l'appréciation de ce critère d'éligibilité ainsi élargi. Il faut que la loi soit claire et précise afin d'éviter toute confusion » ⁷.

Le professeur Regis Aubry, membre du CCNE à l'époque, a rappelé de son côté que la vérité pronostique n'existait pas :

« Cette évaluation doit à mon sens être laissée à l'appréciation du médecin, se fondant sur les données de la science, sur l'approche des autres professionnels qui interviennent auprès de la personne malade et enfin sur la connaissance qu'il a de la personne malade. Un médecin, un professionnel de santé peut sans difficulté reconnaître la phase ultime ou agonique d'une maladie. Il peut approcher la notion de phase terminale, qui correspond à l'échappement des thérapeutiques spécifiques proposées, la rémission n'étant plus possible. Lors de la phase terminale, seule une prise en charge palliative est réaliste. Cette phase peut durer plusieurs mois. En revanche, la notion de phase avancée ne me semble pas définie de façon formelle et est beaucoup trop vague [...]. Elle signifie que la guérison n'est plus possible, mais elle peut, du fait de certains traitements, correspondre à des maladies dont le pronostic vital peut être de

⁵ Mme Brigitte Liso, rapporteure de la proposition de loi : « Il s'agit d'ouvrir, dans des circonstances exceptionnelles, une voie d'apaisement, un choix strictement encadré, profondément accompagné et mûrement réfléchi, un choix de liberté dans les ultimes instants. » <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/premiere-seance-du-lundi-12-mai-2025>.

⁶ <https://www.academie-medecine.fr/projet-de-loi-n2462-relatif-a-laccompagnement-des-malades-et-de-la-fin-de-vie-ecarter-les-prerequis-dun-pronostic-vital-engage-a-court-et-moyen-terme-est-un-choix-a-ha/>

⁷ <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/conditions-d'accès-l'aide-mourir>

*plusieurs années »*⁸.

On voit donc bien que la fin de vie ne correspond pas à la réalité médicale sous entendue par le nouveau libellé du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du Livre premier de la première partie du code de la santé publique et que dès lors le dispositif d'aide à mourir prévu par la loi adoptée par le Parlement ne couvre pas toujours la fin de vie.

La limitation du champ d'application de l'aide à mourir à la seule fin de vie a été contestée à plusieurs reprises au cours des travaux parlementaires au regard de l'impact effectif de la loi⁹.

Le député Philippe Juvin avait clairement démontré dès 2024 par des exemples l'inadaptation de cette expression de phase avancée, reprise en 2025 dans la loi adoptée par le Parlement :

*« Le diabète est une maladie, grave, incurable, qui peut être en phase avancée, et on peut vivre trente ans avec. Certains malades qui sont atteints de cancers – c'est une maladie grave –, incurables, en phase avancée, vivront pourtant des années grâce aux nouvelles immunothérapies. Et donc cette rédaction est totalement inadaptée »*¹⁰.

*« Ce qu'a dit Monsieur Falorni est très juste : le vrai sujet, c'est la souffrance. Mais puisqu'il n'y a plus aucun délai, il est faux de dire que ce texte serait relatif à la fin de vie : il est relatif à la souffrance. Je le redis : tous critères cumulés, des personnes qui ne sont pas en fin de vie pourraient demander l'aide à mourir »*¹¹.

Enfin, le précédent belge dont s'inspire largement la loi adoptée par le Parlement devrait faire réfléchir. Formellement la législation belge ne couvre que la fin de vie mais contrairement aux exigences de la loi qui vise une situation médicale sans issue¹², 21 % des euthanasies visent des personnes qui ne sont pas en fin de vie (Commission fédérale de contrôle 2025)¹³. Depuis 2002, le nombre de patients euthanasiés, alors que le décès n'était pas prévu à brève échéance a triplé : 7 % en 2003, plus de 21 % en 2023. Cette pratique constitue l'une des dérives observées dans ce pays. Au Canada, des experts des Nations Unies ont dénoncé également en 2021 le recours à l'aide médicale à mourir selon les termes désignés par la législation, pour des personnes handicapées n'étant pas en fin de vie, la législation d'origine datant de 2016¹⁴. Avec la notion de « vie accomplie » suggérée comme critère du recours à l'euthanasie aux Pays-Bas, le curseur de départ se déplace¹⁵.

⁸ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2023-2024/deuxieme-seance-du-jeudi-06-juin-2024>

⁹ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/premiere-seance-du-mercredi-18-fevrier-2026>; <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/deuxieme-seance-du-mercredi-18-fevrier-2026>

¹⁰ deuxième-seance-du-jeudi-06-juin-2024 <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2023-2024/>)

¹¹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cion-soc/l17cion-soc2425072_compte-rendu

¹² https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg

¹³ https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/11_rapport-euthanasie_2022-2023-fr.pdf

¹⁴ Conseil des Canadiens avec déficience (CDD) en ligne

¹⁵ Un parti politique le D 66 a proposé d'intégrer dans le champ de la législation la notion de vie accomplie . En anglais seulement <https://www.uu.nl/sites/default/files/Ethical-Annotation-5-A-Dutch-bill-on-completed-life.pdf>

On ajoutera que le Canada fait bien la différence depuis 2019 entre l'euthanasie par rapport à une mort « raisonnablement » prévisible et l'euthanasie par rapport à une mort qui n'est pas « raisonnablement » prévisible.

Non seulement l'intitulé de ce chapitre 1^{er} méconnaît l'objectif constitutionnel d'intelligibilité de la loi mais il le fait, la vie et la liberté personnelle de l'individu étant en cause. La vie humaine est en jeu, alors même que le droit à la vie est protégé par le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine résultant du Préambule de la Constitution de 1946 (2017-632 QPC, 2 juin 2017, paragr. 4 et 6, JORF n°0131 du 4 juin 2017 texte n° 78) et que la personne malade n'est pas nécessairement en fin de vie. L'intitulé de ce chapitre contrevient également à la liberté personnelle. Celle-ci touche à l'autonomie et aux droits les plus intimes de l'individu comme la liberté de mariage. Elle a valeur constitutionnelle (88-244 DC, 20 juillet 1988, cons. 22) et est proclamée par les articles 1^{er}, 2 et 4 de la Déclaration de 1789 (2017-632 QPC, 2 juin 2017). Elle bénéficie à la personne, qu'elle soit ou non en fin de vie. L'articulation de l'intitulé de ce chapitre 1^{er} avec le dispositif de l'article 4 de la loi adoptée par le Parlement ne protège pas la personne qui n'est pas en fin de vie et ne relève pas des critères de l'article 4 de loi adoptée par le Parlement.

Article 2

Cet article méconnaît gravement l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946, selon lequel « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». », consacré par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 90-283 DC, du 8 janvier 1991.

Il en découle la nécessaire protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux (n° 2011-202 QPC du 2 décembre 2011) et plus largement « la mise en œuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur des personnes handicapées. Il est cependant possible au législateur, pour satisfaire à ces exigences, de choisir les modalités concrètes qui lui paraissent appropriées » (24 mars 2023 n° 1039 QPC). Lorsque la question de la conciliation de la liberté d'entreprendre avec la préservation de l'ordre public s'est posée dans le cadre de la législation sur les jeux, le Conseil constitutionnel a été attentif aux mesures prises par le législateur pour protéger les personnes les plus vulnérables (2010-605 DC, 12 mai 2010, cons. 25), Aucune disposition similaire n'est prévue en l'espèce : le fait, pour un descendant, de faire état auprès de son ascendant du fardeau qu'il constitue peut constituer un abus de faiblesse comme l'a jugé la Chambre criminelle de la Cour de cassation¹⁶.

¹⁶ Cass. Crim. 19 février 2014 12-87.558 <https://www.fondapol.org/etude/enjeux-juridiques-dune-legalisation-dun-droit-a-laide-a-mourir/>

En ne traitant pas de manière spécifique la demande de personnes vulnérables, la loi méconnaît ces exigences sans justification appropriée. Elle méconnaît également le principe de fraternité.

Le consentement libre et éclairé de la personne vulnérable ou handicapée au sens de l'article 4 est évidemment impossible à déterminer avec certitude.

Le législateur aurait donc dû les exclure de tout processus de demande. En ne le faisant pas il ne respecte pas le principe de fraternité et la protection due aux personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, il convient de relever qu'avec l'insertion du dispositif de la loi adoptée dans le Code de la santé publique, on se heurte à nouveau à un problème d'intelligibilité de la loi.

Relèvent des actes de soin dans le code de la santé publique les actes de prévention, d'investigation et de traitement (Article L.1110-5). L'article L. 6112-2, 3° enjoint de son côté les établissements de santé participant au service public hospitalier d'assurer un égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité.

Dans la pratique internationale, on relève que pour l'Académie suisse des sciences médicales : « *l'assistance au suicide n'est pas un acte médical auquel les patients peuvent prétendre* ¹⁷ ». Les lois autrichiennes, belge, canadienne, espagnole, luxembourgeoise et néerlandaise n'ont pas intégré dans leur code ou législation de santé publique les règles sur la mort provoquée. Il en est de même en Oregon et dans les 11 autres Etats américains ayant légalisé le suicide assisté.

La raison en est simple. L'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas des soins, puisque par définition ils interrompent les soins et provoquent immédiatement la mort par la réalisation du geste létal. C'est parce que l'aide à mourir n'est pas, médicalement parlant un soin, qu'une disposition dérogatoire au code de sécurité sociale a été introduite dans l'article 18 de la loi adoptée par le Parlement, pour faire prendre en charge cet acte par la sécurité sociale, en l'assimilant à un soin.

Or, dès lors qu'elle ne se rapportent pas à un soin, les dispositions sur l'aide à mourir n'ont pas leur place dans le code de la santé publique. Elles devraient être, soit autonomes comme c'est le cas dans les Etats européens précités, soit déroger à l'interdiction de l'homicide volontaire et être inscrits dès lors dans le seul code pénal.

Donner la mort est en effet du ressort du droit pénal (meurtre, assassinat) et le droit pénal est d'interprétation stricte. Il revient au législateur, compte tenu des objectifs qu'il s'assigne en matière d'ordre public et qui peuvent notamment justifier un régime de sanctions pénales, de fixer, dans le respect des principes constitutionnels, les règles concernant la détermination des crimes et délits ainsi que les peines qui leur sont applicables. Le juge constitutionnel a ainsi jugé que les infractions prévues par l'article 21 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France sont définies dans des conditions qui permettent au juge, auquel le principe de légalité impose, d'interpréter strictement la loi pénale, de se prononcer sans que son appréciation puisse encourir la critique d'arbitraire. (96-377 DC, 16 juillet 1996, cons. 11, *Journal officiel* du 23 juillet 1996, page 11108, Rec. p. 87).

L'administration de substances nuisibles (empoisonnement)- ce qui serait le cas avec le dispositif proposé- est régie par les articles 221-5, 221-5-1, 221-5-3 du code pénal.

¹⁷ <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Ethique-en-fin-de-vie.html>

On rappellera à cet effet les dispositions de l'article 221-5 du code pénal : « *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* ».

Quant à l'article 223-13 du code pénal, il punit de 3 ans de prison et 45 000 € d'amende la provocation au suicide. La provocation suppose un acte positif. La loi ne précise pas ce qui peut constituer une provocation. Mais il est certain que l'abus d'autorité morale incitant au suicide constitue une provocation, laquelle peut être réalisée par tout moyen, oral, écrit ou gestuel, public ou privé, y compris par voie de presse. Quant au lien de causalité entre la provocation et le suicide ou sa tentative, le délit est légalement constitué, dès que la personne, objet de la provocation, s'est effectivement donnée la mort ou, du moins, a tenté de le faire et qu'il est constaté que sans y avoir été incité, le désespéré ne se serait pas donné la mort ou n'aurait pas tenté de le faire. La jurisprudence de la Cour de cassation considère que l'établissement de la provocation est une notion qui laisse une large place à l'appréciation souveraine du juge du fond.

Mais comme le relève un Président honoraire de la chambre criminelle de la Cour de cassation : « *La question se pose de savoir si la provocation à destination d'une personne afin qu'elle recoure à la procédure d'aide à mourir entrerait dans le champ d'application de l'incrimination édictée par l'article 222-13 du Code pénal. Même si l'aide à mourir devient autorisée par la loi, cela n'exclut pas en soi l'interdiction pénalement sanctionnée de provoquer une personne à user de ce mode de fin de vie, que la provocation émane d'un proche, d'une relation ou d'un membre du corps médical qui, par exemple, suggérerait à un patient le recours à l'aide à mourir comme la solution adaptée à sa situation, lui donnerait l'adresse d'une clinique ou d'un médecin pratiquant cette aide et insisterait pour qu'il prenne contact. Pourra donc être réprimé le fait d'avoir recours à la provocation afin qu'une personne demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 du CSP* »¹⁸.

Ainsi, alors même que le législateur rendrait licite l'aide à mourir, inciter une personne à y recourir entrerait dans le champ de l'incrimination de provocation¹⁹. Cette contradiction ne pourrait que brouiller la frontière entre l'acte criminel et celui qui serait permis par la loi. Il est regrettable que le législateur n'ait pas saisi d'ailleurs cette occasion pour prohiber toute publicité et toute campagne publicitaire en faveur de l'aide à mourir comme en Autriche²⁰.

Par là même, à travers cette indétermination de la loi et ces incohérences, l'introduction d'une section 2 bis dans le chapitre 1^{er} du titre I^{er} du livre 1^{er} de la première partie du code de la santé publique contrevient à l'objectif constitutionnel d'intelligibilité de la loi.

Ce même article 2 institue un droit à l'aide à mourir. Il est ouvert à la personne qui en a exprimé la demande et satisfait aux conditions posées par les articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 du code de la santé publique. La personne s'administre la dose létale ou, si elle n'est pas en capacité physique de le faire, se la fait administrer par un médecin ou un infirmier.

Là encore le législateur n'emploie pas les mots justes²¹. La loi adoptée par le Parlement ne nomme pas une seule fois l'euthanasie et le suicide assisté et lui préfère l'expression d'aide à

¹⁸ Aide à mourir et risque pénal Droit pénal n° 9, Septembre 2025, étude 15

¹⁹ <https://www.fondapol.org/etude/enjeux-juridiques-dune-legalisation-dun-droit-a-laide-a-mourir/>

²⁰ § 12 Sterbeverfügungsgesetz

²¹ Ce flou contribue à la méconnaissance de la différence entre l'euthanasie et le suicide assisté par les français. En mars 2025, 49% d'entre eux admettaient ne pas connaître cette différence. Enquête par FLASHS pour LNA santé
Seuls 23% des Français sont au fait de la différence être euthanasie et suicide assisté

mourir. Le mot euthanasie était cité 101 fois dans l'étude d'impact du projet de loi n° 2462, qui a été copié par la proposition de loi n° 1100, déposée par M. Olivier Falorni sur le Bureau de l'Assemblée nationale le 11 mars 2025, à l'origine du texte dont vous êtes saisis. L'expression suicide assisté était citée 29 fois. Les Pays-Bas parlent de « contrôle de l'interruption de la vie sur demande » et d'« aide au suicide ». La loi belge est « relative à l'euthanasie ». La loi espagnole est intitulée « loi de régulation de l'euthanasie ». Au Luxembourg, le législateur assume d'utiliser les mots d'euthanasie et d'assistance au suicide.

Dans son avis sur le projet de loi de 2024, déposé le 10 avril 2024, le Conseil d'Etat utilisait 13 fois le mot euthanasie et 10 fois les mots assistance au suicide. Tant au regard des exigences constitutionnelles relatives au droit pénal (en particulier le principe de légalité des délits et des peines) que de l'objectif constitutionnel d'intelligibilité et de clarté de la loi, le législateur, rappelait le Conseil d'Etat, doit définir clairement les actes entrant dans le champ de l'aide à mourir. Une définition équivoque et insuffisamment précise de l'acte méconnaît ces impératifs.

La clause d'irresponsabilité pénale par référence à l'article 122-4 du code pénal, introduite dans le II de l'article L. 1111-12-1 à l'article 2 de la loi adoptée par le Parlement, doit respecter les principes applicables à la législation pénale et, en premier lieu, le principe constitutionnel de légalité des délits et des peines. Le Conseil constitutionnel a en effet jugé à deux reprises que les lois qui instituent des « immunités » pénales doivent respecter ce principe (98-399 DC du 5 mai 1998 sur la loi relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, cons. 5 à 8 ; 2006-540 DC du 27 juillet 2006 sur la loi relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, cons. 57). Pour le Conseil constitutionnel, le principe de légalité des délits et des peines est respecté dès lors que l'infraction est définie « dans des conditions qui permettent au juge, auquel le principe de l'égalité impose d'interpréter strictement la loi pénale, de se prononcer sans que son appréciation puisse encourir la critique d'arbitraire » (96-377 DC du 16 juillet 1996 sur la loi tendant à renforcer la répression du terrorisme et des atteintes aux personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public et comportant des dispositions relatives à la police judiciaire, cons. 11).

En l'espèce, le droit à l'aide à mourir débouche sur le droit de donner la mort à autrui en ne se fondant pas sur des éléments d'information sûrs que constitueraient un fichier opérationnel pour les personnes protégées, une saisine systématique d'un psychiatre pour les personnes n'ayant pas un discernement libre et éclairé, la consultation du dossier médical de la personne lors de la formulation de la demande d'aide à mourir en amont de la procédure et l'examen de la personne par le médecin consultant, voire l'implication d'un second médecin consultant en cas de difficulté comme pour les arrêts de traitement²², le recueil systématique de l'avis de la personne de confiance et des proches, le recours à une concertation en « présentiel » pour la réunion du collège pluriprofessionnel et des délais de décision raisonnables pour la personne et le médecin en charge de cette dernière.

Le législateur tient de l'article 34 de la Constitution ainsi que du principe de légalité des délits et des peines, l'obligation de fixer lui-même le champ d'application de la loi pénale et de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis. Cette exigence s'impose pour exclure l'arbitraire dans le prononcé des peines et éviter une rigueur non nécessaire lors de la recherche des auteurs d'infractions (2004-492 DC, 2 mars 2004, cons. 5, *Journal officiel* du 10 mars 2004 page 4637, texte n° 4, Rec. p. 66). En l'espèce, ce principe constitutionnel doit recevoir application

<https://www.fondapol.org/app/uploads/2025/12/fondapol-les-francais-napprouvent-pas-la-proposition-de-loi-visant-a-legaliser-leuthansaie-et-le-suicide-assiste-20251230.pdf>

²² Article R. 4127-37-2 code de la santé publique

pour ne pas ouvrir un champ indéterminé à l'immunité pénale créée par une loi permettant de donner la mort ou d'aide à la survenance de la mort.

On rappellera par ailleurs que, dans son avis, le Conseil d'Etat soulignait qu'il ne peut être exclu que des manquements dans la mise en œuvre de la procédure prévue pour l'accès à l'aide à mourir puissent donner lieu à des poursuites, notamment pour le délit d'homicide involontaire, dans les conditions et selon les distinctions prévues par l'article 221-6 du code pénal. Ce risque n'est pas imaginaire lorsque l'on sait que l'on dénombre 400 à 500 condamnations pour abus de faiblesse par an²³. La méconnaissance d'une des conditions médicales posées par la loi, d'interprétation subjective pour la personne et pour le médecin, pourrait rendre l'auteur de l'acte coupable d'homicide volontaire. Une telle insécurité juridique est préjudiciable aux médecins et aux infirmiers appelés à effectuer le geste létal.

On relèvera également que le dispositif sur l'aide à mourir institué à l'article 2 de la loi adoptée par le Parlement contrevient à l'article 2 de convention européenne des droits de l'homme, qui impose à l'État l'obligation non seulement de s'abstenir de donner la mort "*intentionnellement*" (obligation négative), mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (obligation positive) (CEDH, 4 octobre 2022, n° 7801, Mortier²⁴). Dans ce même arrêt, la Cour de Strasbourg considère que « *pour être compatible avec l'article 2 de la Convention, la dépénalisation de l'euthanasie doit être encadrée par la mise en place de garanties adéquates et suffisantes visant à éviter les abus et, ainsi, à assurer le respect du droit à la vie* » (§ 139). Or comme on l'a vu plus haut, ces garanties ne sont pas réunies dans la proposition de loi.

Enfin, en légitimant le geste létal, le libellé de l'article L. 1111-12-1 contredit le droit à la protection de la santé, énoncé à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946, selon lequel « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* », consacré par le Conseil constitutionnel dans sa décision 90-283 DC « Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme » (90-283 DC, 8 janvier 1991, *Journal officiel du 10 janvier 1991, page 524, Rec. p. 11*). La légalisation de l'euthanasie en permettant d'effectuer le geste létal contrevient à cet alinéa du préambule, les modalités retenues par la loi, à savoir le geste létal étant manifestement inappropriées à l'objectif visé. (2015-458 QPC, 20 mars 2015, cons. 10, *JORF n°0069 du 22 mars 2015 page 5346, texte n° 4*).

Article 4

Sur l'article L 1111-12-2, alinéa 3 du code de la santé publique²⁵

Les mêmes imprécisions se retrouvent dans cet article, alors même qu'est en jeu la vie d'une personne et que celle-ci doit bénéficier des garanties fondamentales accordées aux citoyens

²³ <https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-7355QE.htm>

²⁴ [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-219559%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-219559%22])

²⁵ Article 4, alinéa 7 de la loi adoptée par le Parlement

pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale. Le Conseil constitutionnel a rappelé ces exigences à propos des conditions dans lesquelles la poursuite ou l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie peuvent être décidés (2017-632 QPC du 2 juin 2017, paragr. 6, 7 et 8 ; n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, paragr. 6, 7 et 8).

Encore une fois la loi crée pour ceux qui procurent l'aide à mourir à autrui un fait justificatif, ou plus précisément, selon les termes du code pénal, une cause de non-responsabilité au sens de l'article 122-4 du code pénal, selon lequel n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par les dispositions législatives ou réglementaires. La loi adoptée par le Parlement fixe en effet des conditions de fond et de procédure dont le strict respect devra être assuré pour que la cause d'irresponsabilité reçoive application.

Or la création d'une cause d'irresponsabilité pénale ayant pour conséquence la dépenalisation d'actes incriminés par la loi pénale doit satisfaire pleinement aux exigences constitutionnelles issues de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui consacre le principe de légalité des délits et des peines. Ces exigences s'imposent d'autant plus qu'il s'agit d'instituer une dérogation fondamentale au principe traditionnellement intangible en droit pénal, selon lequel le consentement de la victime ne peut légitimer un acte homicide.

Le Conseil constitutionnel exige que le législateur définisse lui-même le champ d'application des incriminations et des immunités suffisamment claires et précises.

C'est ainsi que sa décision 98-399 DC du 5 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France, il a censuré une disposition instituant une immunité pénale au bénéfice d'associations à but non lucratif « à vocation humanitaire » dont la liste devait être fixée par « le ministre de l'intérieur au motif que le législateur n'avait pas déterminé avec une précision suffisante le champ de l'exonération ». Cette décision rappelle notamment : « Il résulte, en application de l'article 34 de la Constitution ainsi que du principe de légalité des délits et des peines posé par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la nécessité pour le législateur de fixer lui-même le champ d'application de la loi pénale, de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis, afin de permettre la détermination des auteurs d'infractions, d'exclure l'arbitraire dans le prononcé des peines et de fixer dans les mêmes conditions, le champ d'application des immunités qu'il instaure (paragraphe 7).

De même, dans sa décision 2006-540 DC du 27 juillet 2006, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la constitution une disposition instituant dans des conditions imprécises et discriminatoires, une cause d'exonération de la répression pénale en matière d'édition de logiciels manifestement destinés à l'échange non autorisé d'œuvres protégées (2006-540 DC, 27 juillet 2006, Journal officiel du 3 août 2006, page 11541, texte n° 2, Rec. p. 88).

Ces décisions illustrent une exigence renforcée de précision, lorsque la loi institue une dérogation à une incrimination pénale : la frontière entre le comportement autorisé et celui qui demeure réprimé doit être tracée avec une netteté particulière.

A cet égard, la condition fondamentale d'accès à l'aide à mourir fixée par le 3° du projet d'article L.1111-12-2 du code de la santé publique et portant sur la détérioration de l'état de santé du candidat à l'aide à mourir est insuffisamment définie.

Le texte déféré ouvre l'accès à l'aide à mourir pour toute personne « atteinte d'une affection grave et incurable qu'elle qu'en soit la cause » « qui engage le pronostic vital », « en phase avancée (...) ou en phase terminale ». Si cette formulation paraît restrictive au regard de l'accumulation

apparente des conditions posées- cinq dont trois médicales-, elle repose en réalité sur des notions médicales dont la portée est largement ouverte et sujette à interprétation. Les expressions « *affection grave et incurable* », « *pronostic vital engagé* », « *phase avancée* » ou encore « *processus irréversible* » ne correspondent pas à des seuils médicaux objectivables de manière uniforme et sont susceptibles d'interprétations variables selon les pathologies et surtout selon les praticiens. On notera au passage que le mot « *affection* » a été préféré à celui de « *pathologie* » qui a un champ plus restreint. Dans le vocabulaire médical, l'affection, est une maladie qui concerne un patient, alors que la pathologie est une discipline scientifique recouvrant les pathologies générales, spéciales, l'anatomopsychologie et la psychopathologie.

En outre les formules employées incluent de nombreuses maladies à moyenne ou longue échéance. En définitive les termes utilisés englobent des affections de longue durée qui ne sont pas mortelles à court ou moyen terme.

Le terme auquel le pronostic vital peut être regardé comme engagé varie considérablement selon la maladie incurable et les patients. Ainsi, en Ontario, sur 9299 patients avec un horizon de mort prévisible, cette durée se situait entre un an et cinq ans pour 38 % d'entre eux et entre cinq et dix ans pour 11% d'entre eux ²⁶. En Oregon, qui autorise le suicide assisté mais proscrit l'euthanasie, le pronostic vital doit être de 6 mois mais les personnes ayant survécu au délai de pronostic vital de six mois étaient estimées à 4% sur la période 1998-2021 et à 5% en 2023 ²⁷. La durée de vie moyenne entre la prescription du produit létal et la mort par suicide assisté sur la période 1998-2018 était de 18 mois. Entre 2019 et 2022, la durée la plus longue était de 46 mois. En moyenne la durée la plus longue sur ces quatre ans a dépassé de deux ans le pronostic vital de 6 mois.

Consultée par le gouvernement sur la validité de retenir comme critère le pronostic vital à moyen terme, la Haute autorité de santé a fait valoir le 30 avril 2025 que le pronostic vital à moyen terme n'était pas réductible à une pathologie et dépendait de nombreux paramètres individuels et a appelé à assumer l'incertitude inhérente à la maladie grave et à la fin de vie ²⁸.

C'est la raison pour laquelle le législateur a défini, à l'alinéa 7 de l'article 4 de la loi adoptée par le Parlement, la « *phase avancée* » comme étant « *caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé la personne malade qui affecte sa qualité de vie* ».

Les personnes atteintes de pathologies chroniques ou évolutives pourraient théoriquement entrer dans le champ d'éligibilité de cette disposition.

Seraient en effet concernées par les critères tels qu'ils ont été définis par l'article 4:

Les maladies neuro-évolutives :

- 150 000 personnes atteintes de la maladie de Parkinson ;
- 120 000 cas de sclérose en plaques ;
- 7 500 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Les maladies psychiatriques :

²⁶ https://macdonaldlaurier.ca/wp-content/uploads/2025/08/2025.1_Incurability-Irreversible-Degrade-Reasonable-Foreseeability-1.pdf

²⁷ <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year26.pdf>

²⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3529685/fr/pronostic-vital-engage-a-moyen-terme/phase-avancee

- Environ 400 000 personnes vivant avec une schizophrénie ou des troubles psychotiques sévères.

Les pathologies cancéreuses :

- Plus de 450 000 patients atteints de cancers métastatiques, dont 150 000 décès annuels.

Les maladies cardiovasculaires et métaboliques :

- 500 000 patients avec une insuffisance cardiaque ;
- 120 000 patients diabétiques insulino-dépendants.

Les pathologies respiratoires :

- 150 000 personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique oxygène-dépendante.

L'insuffisance rénale terminale :

- 100 000 personnes dialysées en France ;
- 10 000 nouveaux cas chaque année.

Ces estimations suggèrent que, en l'absence de précisions cliniques normatives sur les phases avancée et terminale, plus d'un million de personnes pourraient être éligibles à une demande d'aide à mourir. Cela est d'ailleurs en totale contradiction avec l'exposé des motifs de la proposition de loi qui insistait clairement et nettement sur le caractère très restrictif du dispositif envisagé et par voie de conséquence du nombre limité de personnes potentiellement éligibles. Il y a là un écart important entre ce qui avait été annoncé par les parlementaires à l'origine de la proposition de loi et le contenu effectif du texte. L'article 4 en est une parfaite illustration.

Si l'on retient également les affections de Longue Durée (ALD) comme critère de « maladie en phase avancée », on peut estimer à 20% la part de la population française éligible à l'aide à mourir (Rapport IGAS 2024)²⁹.

Avec ce critère de la « phase avancée », qui reste extrêmement difficile à définir avec précision, on ne peut exclure qu'il puisse y avoir demain une jonction opérée entre les ALD et l'aide à mourir.

- Un premier groupe d'ALD comprend 29 pathologies classées en « ALD liste » ou « ALD 30 ».
- Un 2^e groupe comprend les « affections graves caractérisées » nécessitant « un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».
- Un 3^e groupe comprend les patients atteints de plusieurs affections entraînant un « *état pathologique invalidant* » et nécessitant « *un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* »

On mesure à travers ces chiffres l'impact potentiel que pourrait avoir la loi déferée sur les malades qui ne sont pas en fin de vie. L'assimilation de l'irréversibilité de la maladie avec la phase terminale, la notion très vague de « *qualité de la vie* », le caractère très subjectif de l'appréciation de la pathologie permettent une application extensive des critères employés par le législateur et ouvrent dès lors potentiellement très largement le recours à l'aide à mourir sans garantie robuste.

Ainsi le texte ne se réfère à aucun délai prévisible du décès. Or la nécessité de l'existence d'un tel délai avait été soulignée par le Conseil d'Etat dans son avis du 4 avril 2024 (§ 24) sur le projet de

²⁹ <https://igas.gouv.fr/protection-sociale/revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree-ald-pour-un-dispositif-plus-efficace-et-equitable>

loi relatif à l'accompagnement des malades et à la fin de vie. Il avait en effet estimé que le grief d'incompétence négative n'était pas encouru par un texte prévoyant que pouvait accéder à l'aide à mourir une personne atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme. En effet pour la condition relative à l'échéance du « *moyen terme* », il avait considéré que cette expression ne peut être entendue que dans le sens employé par la pratique médicale, pour laquelle elle correspond à un horizon temporel qui n'excède pas douze mois. Or ce terme temporel retenu comme essentiel par le Conseil d'Etat n'existe pas dans la loi adoptée par le Parlement. Il est des cas comme en Oregon où il est de six mois dans la loi³⁰.

Comme le relève Didier Guérin, Président honoraire de la Chambre criminelle de la Cour de cassation, « *En l'absence de critères temporels ou cliniques précisément définis, la détermination du moment à partir duquel la condition serait remplie demeure incertaine. Une telle indétermination fragilise la prévisibilité de la norme pénale, alors même que le respect de ces conditions constitue le fondement du fait justificatif neutralisant une incrimination criminelle* »³¹.

La constitutionnalité de la dérogation instituée à l'interdiction de donner la mort à autrui dépend étroitement du degré de clarté et de précision apporté à des notions médicales structurantes. La loi doit définir de manière claire et précise la pathologie de la personne candidate à l'aide à mourir pour fixer les conditions dans lesquelles la substance létale peut être administrée, sans que celui qui la procure puisse se voir reprocher la commission du crime d'empoisonnement.

Le flou dans la portée du texte entraînerait des interprétations divergentes. On se trouverait ainsi en présence d'interprétations médicales différentes des conditions tenant à l'état de santé du candidat à l'aide à mourir, suivies d'interprétations judiciaires hétérogènes. Une telle conséquence d'une loi dérogeant à l'interdiction de donner la mort n'est pas imaginable.

En conclusion, à défaut d'une définition suffisamment précise, l'article L.1111-12, 3° du code de la santé publique ne respecte pas les exigences de précision de la loi pénale résultant du principe constitutionnel de légalité des délits et des peines posées par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

Sur l'article L.1111-12-2, 4° du code de la santé publique³²

L'article L.1111-12-2, 4 ° ouvre le droit à l'aide à mourir à la personne majeure qui remplit les conditions d'état de santé qui viennent d'être rappelées mais qui présente une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne, alors que celle-ci a choisi de pas recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir.

Les expériences étrangères sont éclairantes. La subjectivité de la douleur est un constat récurrent de la Commission belge de contrôle et d'évaluation dans ses rapports : « *La commission estime que certains facteurs objectifs peuvent effectivement indiquer une souffrance insupportable*

³⁰Chapitre 127.800 § 1.01.12

<https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/index.aspx#>

³¹ <https://www.fondapol.org/etude/enjeux-juridiques-dune-legalisation-dun-droit-a-laide-a-mourir/>

³² Article 4, alinéa 8 de la loi adoptée par le Parlement

mais cela est en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité, des conceptions et valeurs propres de chaque patient »³³.

Pour l'Académie suisse des sciences médicales, « *lors de l'évaluation de la souffrance psychique, existentielle et spirituelle, il peut être difficile pour les soignants de distinguer leurs propres ressentis et valeurs de ceux du patient »³⁴.*

Par là même, le législateur méconnaît les exigences constitutionnelles posées par l'article 34 de la Constitution sur les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale.

Lorsque la question de la conciliation de la liberté d'entreprendre avec la préservation de l'ordre public s'est posée dans le cadre de la législation sur les jeux, le Conseil constitutionnel a été attentif aux mesures prises par le législateur pour protéger les personnes les plus vulnérables (2010-605 DC, 12 mai 2010, cons. 25, Journal officiel du 13 mai 2010, page 8897, texte n° 2, Rec. p. 78). Aucune disposition similaire n'est prévue dans le cas de l'aide à mourir.

Enfin le dernier alinéa de cet article, qui fait entrer dans le champ de l'aide à mourir les personnes refusant un traitement, aboutit à rendre éligible à l'aide à mourir une personne qui souffre d'une douleur insupportable du fait de son refus de traitement, alors que potentiellement le traitement rendrait son symptôme supportable.

Il y a une triple contradiction juridique à reconnaître à la personne un droit à l'aide à mourir du fait de son refus d'accéder au traitement dans cette hypothèse :

D'abord, au regard du principe de fraternité, qui a reçu valeur constitutionnelle dans une décision du Conseil constitutionnel 2018 -717 / 718 QPC du 6 juillet 2018, § 8 à 10 (2018-717/718 QPC, 6 juillet 2018, paragr. 7, JORF n°0155 du 7 juillet 2018, texte n° 107). Si la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire, sans considération de la régularité de son séjour sur le territoire national répond à ce devoir de fraternité, on comprendrait difficilement qu'aucune aide ne soit portée à la personne « éligible ». La mise en danger de la personne (Art. 223-1 et suivants du code pénal), la non-assistance à la personne en péril (Art. 223-6 du code pénal), l'omission de porter secours (Art. 223-6 du code pénal)³⁵ sont autant de délits sanctionnant le devoir constitutionnel de fraternité. Dès lors celui-ci est méconnu par le 7ème alinéa de l'article 4 de la loi adoptée par le Parlement.

Ensuite au regard de l'objectif constitutionnel d'intelligibilité de la loi. La loi du 10 mai 2024 sur la lutte contre les dérives sectaires punit toute provocation au refus de traitement : « *Est punie d'un an d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la provocation, au moyen de pressions ou de manœuvres réitérées, de toute personne atteinte d'une pathologie à abandonner ou à s'abstenir de suivre un traitement médical thérapeutique ou prophylactique, lorsque cet abandon ou cette abstention est présenté comme bénéfique pour la santé de la personne concernée alors qu'il est, en l'état des connaissances médicales, manifestement susceptible d'entraîner pour elle, compte tenu de la pathologie dont elle est atteinte, des conséquences particulièrement graves pour sa santé physique ou psychique. Est punie des mêmes peines la provocation à*

³³ https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/11_rapport-euthanasie_2022-2023-fr.pdf

³⁴ directives_assm_fin_de_vie_et_mort%20(25).pdf

³⁵ Ces obligations trouvent leur prolongement dans l'article R 4127-9 CSP : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* ».

adopter des pratiques présentées comme ayant une finalité thérapeutique ou prophylactique alors qu'il est manifeste, en l'état des connaissances médicales, que ces pratiques exposent à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente ».

On se trouve ainsi devant une incohérence entre deux dispositions législatives³⁶. Pourquoi la promotion du refus de traitement devrait-elle être poursuivie quand elle se rattache à une dérive sectaire au nom de la protection de la vie et pourquoi devrait-elle être admise dans un autre cas, qui correspond à des situations beaucoup plus générales ?

Enfin, il y a une contradiction entre cette disposition et la jurisprudence du Conseil d'Etat *Témoins de Jéhovah*. Le Conseil d'Etat (26 oct. 2001)³⁷ a considéré qu'un médecin ne commettait aucune faute à transgresser la volonté du malade pour lui faire une transfusion de sang dans la mesure où cette transfusion était la condition de sa survie. Le recours aux transfusions sanguines s'est imposé comme le seul traitement susceptible de sauvegarder la vie du malade. Le Conseil d'Etat a concilié le principe de sauvegarde de la vie, premier devoir du médecin, avec celui du consentement du malade.

En ouvrant sans précaution l'aide à mourir aux personnes ayant formulé un refus de traitement, le législateur méconnaît le principe constitutionnel de fraternité, le principe de dignité humaine reconnu par le Conseil constitutionnel depuis 1994 et rattaché au premier alinéa de la Constitution du 27 octobre 1946 et le principe de sauvegarde de la vie.

La dernière phrase de l'alinéa 8 de l'article 4 dispose qu'« *Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir* ». Cette expression, faussement protectrice, masque la réalité. Toutes les personnes atteintes de maladies graves souffrent psychologiquement de leur pathologie. Le CCNE a identifié cette coïncidence de la douleur physique et de la souffrance psychologique : « *Il peut être difficile d'exprimer une volonté éclairée sous l'effet d'une maladie grave, confronté à la question de sa propre finitude, en proie à des angoisses existentielles et des souffrances qui viennent modifier le rapport à soi et à son entourage* »³⁸. Les malades remplissant les critères de cet alinéa sont donc tous éligibles à l'aide à mourir.

La précision « *psychologique seule* » renvoie aux polyopathologies³⁹. Or derrière cette catégorie on trouve en Belgique des pathologies aussi diverses que des problèmes d'audition et d'ostéoporose liées à l'âge. Estimée à 3% en 2004-2005, cette affection atteignait 17,5% des euthanasies en 2022 en Belgique⁴⁰. La qualification de « polypathologie » permet de recouvrir le critère de la « *fatigue de la vie* », qui n'entre pas formellement dans le champ de la loi belge.

Pour ces raisons, sachant au demeurant que la procédure prévue ne fait appel à aucun psychiatre ou psychologue, cette protection ne satisfait pas à l'exigence constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

³⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049523123>

³⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000008072785/>

³⁸ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite>

³⁹ <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

⁴⁰ <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2022>

Sur l'article L. 1111-12-2, 5° du code de la santé publique⁴¹

Cet alinéa pose une condition essentielle pour l'accès au droit à mourir : la personne qui sollicite l'aide doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. La loi reprend ainsi une obligation incombant à l'Etat d'empêcher de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause (*Cour EDH Mortier c. Belgique*, 4 octobre 2022, § 121). La portée de cette expression de volonté est fondamentale, s'agissant du choix fait par une personne de mourir, puisqu'il s'agit du choix de mourir.

Comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel à propos des arrêts de traitement : « *Lorsque la volonté du patient demeure incertaine ou inconnue, le médecin ne peut cependant se fonder sur cette seule circonstance, dont il ne peut déduire aucune présomption, pour décider de l'arrêt des traitements* » (2017-632 QPC, 2 juin 2017, JORF n°0131 du 4 juin 2017 texte n° 78). On mesure le poids qui pèse sur le médecin.

Or la loi ne prévoit aucune garantie particulière permettant d'avoir la certitude de cette liberté de volonté et octroie en réalité un pouvoir total au médecin sollicité par le candidat à l'aide à mourir.

L'information recueillie par le médecin doit permettre à ce dernier de vérifier que cette exigence de volonté libre et éclairée est satisfaite. Cette évaluation est un exercice très délicat pour le médecin. Le CCNE se fait l'écho de cette difficulté dans son avis 139 : « *Une demande d'assistance au suicide peut ne pas être éclairée si elle est l'expression d'une demande, non pas de mourir mais de ne plus souffrir, d'être apaisé de ses angoisses irrépressibles... Les demandes de mort peuvent aussi être l'expression d'un profond syndrome anxiodépressif (qu'il faut évaluer et traiter) dans une situation où les pertes de fonctions et d'autonomie se succèdent, engendrant une perte de l'estime de soi* »⁴².

Soulever ces difficultés d'interprétation de la demande du patient, c'est s'interroger plus profondément sur la compatibilité de ces dispositions avec la prévention du suicide qui incombe à la société, au médecin et au psychiatre. En deuxième lecture devant l'Assemblée nationale un amendement tendant à soustraire les personnes manifestant des idées suicidaires a été rejeté. Il visait à introduire un verrou pour ces personnes⁴³.

Plusieurs facteurs peuvent en effet entrer en ligne de cause dans la présentation de la demande. Une étude canadienne récente a souligné que les demandes de mort hâtée sont souvent liées à la détresse psychologique, la vulnérabilité sociale et des besoins psychosociaux non satisfaits plutôt qu'à la douleur physique seule⁴⁴.

La notion de volonté éclairée à vérifier par le médecin, suppose non seulement que l'intéressé soit bien informé par son interlocuteur mais que le médecin qui l'informe dispose du maximum

⁴¹ Article 4, alinéa 9 de la loi adoptée par le Parlement

⁴² <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite>

⁴³ Amendement 1761 déposé le 12 février 2026

⁴⁴ Medical Assistance in Dying and Palliative Care in Canada: Clinical and Ethical Considerations in an Evolving Landscape. Pirzada S, Kelly C, Bolton J, Roger K, Chochinov HM. International Review of Psychiatry (Abingdon, England). 2026:1-8. doi:10.1080/09540261.2026.2672609

d'informations. A propos des auditions des mineurs le Conseil constitutionnel a été très attentif à la nécessité d'entourer ces auditions de garanties permettant de s'assurer que le mineur consente de façon éclairée à l'audition libre et d'éviter qu'il opère des choix contraires à ses intérêts (2018-762 QPC, 8 février 2019, paragr. 4 et 5, JORF n°0034 du 9 février 2019, texte n° 68). Le Conseil constitutionnel a jugé qu'en ne prévoyant pas de procédures appropriées de nature à garantir l'effectivité de l'exercice de ses droits par le mineur dans le cadre d'une enquête pénale, le législateur avait contrevenu au principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière de justice des mineurs. Le défaut de garanties liées notamment à l'absence d'examen du dossier médical de la personne et au recueil d'informations sur celle-ci dès le début de la procédure, est une lacune majeure dans le dispositif prévu par le législateur.

Comme l'observe le code de déontologie médicale :

« Une information de qualité est le préalable indispensable à un consentement éclairé⁴⁵ .

« Le patient doit formuler son consentement après avoir reçu de la part du médecin, une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé et les conséquences néfastes en cas de refus (article R. 4127-35). Respectant le principe de l'autonomie de la personne, le médecin donne au patient les explications qu'il souhaite, rectifie des erreurs d'appréciation, reprend les données mal comprises et l'accompagne dans sa réflexion et sa prise de décision. Le consentement ne représente pas tant une fin en soi que la marque d'une bonne compréhension de l'information et d'une relation de qualité avec le patient »⁴⁶.

Or aucune disposition à ce stade ne permet de s'assurer que cette information a été délivrée au médecin saisi par la personne puisque ces informations ne sont évoquées que plus tard dans la procédure lors de la réunion du collège pluriprofessionnel, en vertu l'alinéa 15 de l'article 6. Mais pas avant, dès le déclenchement de la demande. La consultation des informations médicales nécessaires à la vérification des conditions posées par les 3° à 5° de l'article L.1111-12-2 introduits à l'article 4 de la loi adoptée par le Parlement n'intervient qu'au stade de la réunion du collège pluriprofessionnel régi par l'article L. 1111-12-4, comme si dès l'expression de la demande, il était préjugé de la suite de la procédure, sans que le médecin n'ait à examiner le dossier médical de la personne lors de l'expression de sa demande. Ce glissement dans le temps à une étape intermédiaire de la procédure n'apporte pas de garantie légale aux exigences constitutionnelles de protection de la vie fondées sur la sauvegarde de la dignité de la personne.

Comme le relève le code de déontologie médicale, l'exercice médical - dans les établissements de santé en particulier- s'articule pour le médecin autour de deux éléments essentiels : l'information du patient et la tenue du dossier médical. Le dossier médical personnel (DMP), institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, appartient au patient. Chaque professionnel de santé reporte, à chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. Le contenu de ses informations détaillées est défini à l'article R.1112-2 du code de la santé publique. Le dossier médical mentionné à cet article est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Ce rappel montre l'importance du dossier médical. Ne pas prévoir sa consultation

⁴⁵ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-09/commentaires-code-deontologie.pdf>

par le médecin saisi par la personne faisant la demande d'aide à mourir en amont de la procédure prive de garantie légale les exigences constitutionnelles de protection de la vie de ces mêmes personnes et la sauvegarde de leur dignité.

L'article L.1111-12-2, 5° du code de la santé publique introduit au dernier alinéa de l'article 4 de la loi adoptée par le Parlement doit également être rapproché du deuxième alinéa du I de l'article L.1111-12-4 du code de la santé publique, à l'article 6 alinéa 3 de cette même loi. Cette disposition prévoit que la personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. L'examen par un psychiatre de l'état psychique de l'intéressé pour effectuer des vérifications n'est pas prévu, le psychiatre étant cependant le seul médecin à pouvoir établir un diagnostic et prescrire une thérapie en l'espèce. La loi crée ainsi une présomption de capacité excessive au regard de l'enjeu de la demande qu'est la mort, contrairement à ce qui prévaut dans les lois autrichienne et portugaise où un psychiatre est consulté en cas de doute sur le discernement de la personne.

Par ailleurs qui serait mieux placé que l'entourage familial du demandeur pour aider à apprécier la liberté de la volonté du candidat à l'aide à mourir ? Or l'intervention de l'entourage n'est pas prévue.

Le médecin sollicité n'est pas obligé de prendre en compte les contextes psychologique, familial, social et économique du demandeur et la loi ne prévoit aucune vérification à cet égard. La demande d'aide à mourir est le fruit d'une simple déclaration au médecin dont la forme n'est pas spécifiée (article L.1111-12-3, I du code de la santé publique) et qui est formalisée après des entretiens dont la traçabilité n'est pas assurée. Seul le médecin prend en définitive la décision sur la suite à donner (article L.1111-12-4, III), le collège pluriprofessionnel qu'il réunit n'émettant qu'un simple avis et non un avis conforme, de telle sorte qu'un médecin pourrait donner une suite favorable à une demande d'aide à mourir malgré l'avis défavorable de ce collège. La loi ne prévoit pas de modalités particulières lorsque la personne fait l'objet d'une protection juridique à l'exception du recueil des observations de la personne chargée de la mesure de protection et sous réserve du caractère opérationnel du registre des personnes protégées, qui n'est pas assuré.

C'est donc en définitive au médecin sollicité qu'il appartiendra en dernier lieu d'apprécier la liberté de la demande.

Par comparaison, on rappellera la législation sur le don d'organe par une personne vivante (articles L.1241-1 et suivants du code de la santé publique), prévoit que le demandeur exprime son consentement devant le Président du Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure que ce consentement est libre et éclairé. Le consentement étant révocable à tout moment jusqu'à l'opération. On sort ainsi d'un colloque singulier entre le médecin et le patient. Par conséquent, la décision de donner un organe serait une décision soumise à des garanties juridiques plus importantes que la mise en œuvre de l'aide à mourir.

La loi ne remplit donc pas l'office qui lui incombe dans cette matière de la capacité des personnes, cette compétence du législateur résultant de l'article 34 de la Constitution. Ce manque est particulièrement grave dans le cas où est en cause la capacité d'une personne à décider de mourir.

En ne fixant pas des modalités de vérification de la capacité du demandeur donnant toute assurance à cet égard, le législateur n'a pas assumé l'office qui lui est dévolu. Il n'a pas, là encore, donné à la dérogation à l'interdiction de donner la mort à autrui un champ d'application précis à

l'immunité qu'il instaure et n'a donc pas respecté le principe de légalité des délits et des peines posé par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen.

Article 5

L'alinéa 7 fait entrer dans le champ de l'aide à mourir les personnes juridiquement protégées et confie au médecin le soin de consulter le registre créé à cette fin.

L'article 415 du code civil indique que la protection dont jouissent les personnes majeures est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. La vulnérabilité de ces personnes qui est la justification du régime de protection explique la continuité de raisonnement entre les mineurs et les majeurs protégés par exemple à l'article 477 alinéa 3 du code civil. Des parents âgés préoccupés par l'avenir de leur enfant par exemple peuvent placer celui-ci sous protection de mandat futur.

Comme le relève le Conseil d'Etat dans son avis précité, l'inclusion des majeurs protégés dans le champ d'application de la loi peut sembler faire écho aux conditions d'ouverture des différentes mesures de protection définies par le code civil, qui ne permettent pas d'exclure qu'une personne bénéficiant d'une mesure de protection juridique puisse être en mesure d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée. Cette démarche répond à une volonté d'égalité de traitement. Toutefois permettre à une personne bénéficiant d'une mesure de protection de voter⁴⁷ ou de donner son sang⁴⁸ obéit à la volonté de traiter ces personnes comme des citoyens et ne sauraient être invoqués en l'espèce.

La question des personnes protégées doit être replacée dans un cadre concret plus général constaté par le rapport des Etats généraux de la justice dont on ne peut faire abstraction. *« Comme le relevait, dès 2016, le Défenseur des droits, la question de la protection juridique des majeurs vulnérables affecte de façon prégnante la vie d'un nombre croissant de personnes en situation de fragilité, de leurs familles ainsi que de l'ensemble des intervenants professionnels qui exercent dans le champ de la protection. Cette augmentation du nombre de personnes protégées s'explique par l'allongement de l'espérance de vie et l'apparition corrélative de troubles dégénératifs. Près de 800 000 personnes ne sont plus en situation de pourvoir à leurs intérêts en raison de l'altération de leurs facultés mentales et sont bénéficiaires d'une mesure de protection à ce titre. Parmi elles, 360 000 sont gérées dans le cadre familial, 360 000 par des mandataires associatifs, 40 000 par des mandataires judiciaires à la protection des majeurs indépendants (MJPM) et 40 000 par des mandataires préposés d'établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux⁴⁹ ».*

⁴⁷ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de la réforme pour la justice

⁴⁸ Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique

⁴⁹ <https://www.justice.gouv.fr/documentation/ressources/rapport-etats-generaux-justice>

Fin 2023, la France comptait 712 000 personnes majeures bénéficiant d'une mesure de tutelle ou de curatelle, soit 16 % de plus en 15 ans⁵⁰. En dehors de ces données factuelles, les dispositions de l'article 5 sur les personnes protégées négligent deux données fondamentales : la définition par le code civil des actes strictement personnels et la compétence du juge judiciaire à l'égard de ces personnes dont le champ de protection n'est pas clairement défini par le texte déferé. La disposition de l'article 5 vise les personnes bénéficiant d'une protection à la personne. Elle peut être plus étendue et viser les biens mais elle exclut les personnes protégées seulement dans leurs biens. Pour autant leurs facultés sont altérées au sens de l'article 415 du code civil.

Un acte strictement personnel

L'acte de suicide assisté ou la demande d'euthanasie pour les personnes ne pouvant s'administrer la dose létale est un acte à ranger dans la liste des actes strictement personnels au sens de l'article 458 du code civil. Ce rattachement aux actes strictement personnels justifie de faire appel en l'espèce à la notion de liberté personnelle dégagée par la jurisprudence constitutionnelle et distincte de la liberté individuelle garantie par l'article 66 de la Constitution. L'acte strictement personnel recouvre notamment la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes d'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration de choix de changement de nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant. La jurisprudence y ajoute tous les actes touchant à la sexualité, l'IVG, la procréation assistée, les funérailles, les directives anticipées et le changement de sexe. En raison de leur nature, ces actes ne peuvent donner lieu à assistance ou à représentation. Si aucune autre personne ne peut se substituer à la volonté de la personne pour ces actes, il en va a fortiori de l'aide à mourir sous ses deux formes. Comme le souligne le Professeur David Noguero, « *L'acte strictement personnel est tellement lié à la personnalité de son auteur, à son intimité profonde, que personne d'autre que lui ne peut y consentir. L'individu est dans l'isolement de sa conscience* »⁵¹. Il n'y a pas de substitution, pas de procuration ni de représentation. Par conséquent la mention de la protection juridique avec assistance ou représentation à l'alinéa 7 de l'article 5 (art. L.1111-12-3, dernier alinéa du I) et l'information de la personne chargée de la mesure de protection à l'alinéa 11 de l'article 6 (art. L. 1111-12-4, I, 3° a)) sont sans effet et ne sauraient devoir être regardées comme des garde-fous.

Le Conseil d'Etat a confirmé cette analyse dans son avis précité, en faisant valoir que l'aide à mourir s'entend comme un « *acte dont la nature implique un consentement strictement personnel* » au sens de l'article 458 du code civil. Il ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée. La Cour européenne des droits de l'Homme (20 janvier 2011, Haas c/ Suisse)⁵² a nettement affirmé que les autorités ont « *le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie* » et l'obligation d'empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause.

Par conséquent, en incluant dans le champ de la loi les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et en permettant à la personne en charge de la mesure de protection d'agir à la place de la personne protégée, le législateur

⁵⁰ <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/pres-dune-personne-dix-beneficie-dune-mesure-protection-juridique-apres-90>

⁵¹ <https://www.davidnoguero.com/wp-content/uploads/2016/01/RRJ-2019-1-personne-MP-DN.pdf>

⁵² <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%22001-102939%22%7D>

contrevient au principe constitutionnel de la liberté personnelle, garanti par l'article 2 de la Déclaration de 1789 et au principe d'autonomie de la personne, qui découle du droit au respect de la vie privée et familiale énoncé à l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

On relèvera au passage qu'aucune législation étrangère sur la mort provoquée ne va aussi loin.

Des personnes placées sous la protection du juge

Comment ignorer que ces personnes sont dans un état de vulnérabilité, qui les place dans une situation particulière exigeant une protection spécifique ne les assimilant pas aux autres personnes ? Comment ignorer que cette vulnérabilité leur est reconnue pour des actes personnels ou des actes de portée bien moindre que le suicide assisté ou l'euthanasie et implique la compétence du juge des contentieux de la personne ?

C'est lui qui intervient en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection (article 459 code civil). Son rôle est donc fondamental. Même si la personne met en avant son autonomie, le juge intervient en dernier recours. Il serait dès lors contre-productif de ne prévoir aucun dialogue avec le juge des tutelles. C'est lui qui a ordonné la mesure de protection et qui la gère (tutelle et curatelle) ou la contrôle (habilitation familiale et mandat de protection future). Il est censé bien connaître la personne et c'est une source d'informations qui peut être précieuse.

Avec le dispositif proposé, rien ne permet de s'assurer que le juge des contentieux de la personne soit informé de la procédure d'aide à mourir engagée par la personne, alors qu'il peut intervenir à tout moment des procédures dans un souci de protection de la personne.

Le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution des dispositions qui étendent le champ des actes de gestion des biens de la personne protégée que le tuteur peut prendre, sans autorisation préalable du juge, modifient les conditions d'exercice de la liberté matrimoniale par les majeurs protégés, les modalités d'inventaire du patrimoine et de contrôle des comptes de gestion des personnes protégées ainsi que les conditions de renouvellement des mesures de tutelle et de curatelles. La faculté conférée au tuteur, d'agir sans autorisation préalable d'un juge était limitée à certains actes de gestion patrimoniale. Elle ne faisait pas échapper le tuteur aux contrôles auxquels il est soumis sur le fondement des articles 416 et 417 et du titre XII du code civil. Dès lors, ces dispositions ne méconnaissaient pas le principe de sauvegarde de la dignité de la personne *humaine* (2019-778 DC, 21 mars 2019, *paragr. 43 à 45, JORF n°0071 du 24 mars 2019, texte n° 4*).

L'éviction du juge des contentieux de la personne par l'article 5 ne saurait être admise au regard de son implication dans des actes médicaux touchant à l'intégrité de la personne. Qu'il s'agisse des arrêts de traitement (art. L.1111-4 du code de la santé publique), des dons d'organes (art. L.1231-2), de la stérilisation à visée contraceptive (art. L. 2123-2), des prélèvements de cellules hématopoïétiques (art. L.1241-4), ces actes ne peuvent être réalisés sans l'autorisation du juge des contentieux de la protection. Cette autorisation se justifie par la nécessité de vérifier l'aptitude du majeur protégé à exprimer une volonté libre et éclairée, dans des hypothèses où il n'existe pas, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une mesure de protection, de mécanismes de vérification de l'aptitude de l'intéressé à exprimer une telle volonté. C'est la situation spécifique de ces personnes qui explique l'implication du juge des contentieux de la

protection. Par voie de conséquence, en l'état de la rédaction proposée, l'inclusion de ces personnes dans le champ de la loi adoptée par le Parlement ne saurait être admise, celles-ci relevant d'un régime de protection dérogatoire qui n'est pas prévu par ce texte.

Certes, aux termes de l'article 6 de la Déclaration de 1789 : "*La loi... doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse*". Cependant le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit. (2009-578 DC, 18 mars 2009, cons. 19, *Journal officiel* du 27 mars 2009, page 5445, texte n° 2, Rec. p. 73)

L'éviction du juge du contentieux de la personne ne saurait davantage être admise au regard des règles applicables aux personnes protégées pour la rédaction des testaments et des donations. Faut-il rappeler qu'aux termes de l'article 476 du code civil :

« La personne en tutelle peut, avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, être assistée ou au besoin représentée par le tuteur pour faire des donations. Elle ne peut faire seule son testament après l'ouverture de la tutelle qu'avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, à peine de nullité de l'acte. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion ».

Dès lors, il y a une disproportion manifeste à écarter pour les personnes protégées le juge dans la procédure d'aide à mourir. Ce dessaisissement les prive des garanties constitutionnelles attachées au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Une protection sans garantie n'en est pas une. Toutes celles prévues dans la loi adoptée par le Parlement sont largement fictives et contreviennent à l'exigence du Conseil constitutionnel, selon laquelle des garanties légales ayant un fondement constitutionnel (la dignité humaine) doivent être effectives. Si on les accumule, on est largement en dessous des exigences de respect de la dignité de la personne. On a une personne chargée de la protection qui ne joue et ne peut jouer aucun rôle s'agissant d'un acte strictement personnel. Le juge des contentieux de la personne est évincé. Les informations recueillies sont partielles ou tardives (pas de consultation initiale du dossier médical et pas de consultation du dossier du juge des contentieux de la protection. Le délai de recours prévu à l'article 12 est irréaliste.

Le registre des personnes protégées

Au surplus, non seulement la disposition incluant dans le champ de la loi les personnes protégées est en contradiction avec la liberté personnelle mais l'alinéa 14 de cet article reconnaît que le registre de ces personnes ne sera disponible au plus tard que le 31 décembre 2028. L'article 427-1 du code civil dispose : « *Les informations relatives aux mesures de sauvegarde de justice, de curatelle, de tutelle et d'habilitation familiale ainsi que celles relatives aux mandats de protection future ayant pris effet en application de l'article 481 et aux désignations anticipées prévues à l'article 448 sont inscrites dans un registre national dématérialisé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat* ». Le I de l'article 18 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 précisait que ces dispositions entreraient en vigueur date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2026. L'article 5 alinéa 15 (art. L1111- 12-3,II) de la loi adoptée par le Parlement reporte ce délai au décembre 2028.

Ce dispositif est insuffisamment protecteur en termes de calendrier. Les médecins en charge des personnes ayant fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation à la personne ne pourront avoir accès à ce registre à compter de la promulgation de la loi mais au plus tard le 31 décembre 2028

La collecte, l'enregistrement, la conservation, la consultation et la communication de données à caractère personnel doivent être justifiés par un motif d'intérêt général et mis en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif (2012-652 DC, 22 mars 2012, cons. 7 et 8, *Journal officiel du 28 mars 2012, page 5607, texte n° 6, Rec. p. 158*). L'indisponibilité de ce fichier prive de garantie légale les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, l'état et la capacité des personnes par l'article 34 de la Constitution (2012-652 DC, 22 mars 2012, cons. 12 à 14). La nature des informations contenues dans ce registre affecte en effet les garanties fondamentales accordées aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, d'autant qu'il n'est pas prévu que les notaires et les avocats puissent y avoir accès. La fonction de ce registre doit être lue à la lumière de l'article 4, alinéa 9 et de l'article 6, alinéa 3 de la loi adoptée par le Parlement sur le consentement libre et éclairé de la personne. Son indisponibilité a un impact sur l'appréciation de ce consentement.

La période transitoire avant le 31 décembre 2028

Pendant la période intérimaire entre la promulgation de la loi et l'entrée en vigueur du registre, aucune garantie sérieuse n'est prévue. L'exposé sommaire de l'amendement du gouvernement 2161 du 18 février 2026 à l'origine des dispositions couvrant cette période indique : « *Dans l'attente de la mise en œuvre du système d'information et comme cela se fait habituellement en l'état du droit, le médecin pourra, pour vérifier la déclaration de la personne, s'appuyer sur : l'interrogation du référent familial identifié dans la procédure, les documents justificatifs fournis, les pièces des dossiers médicaux où la mesure de protection est souvent mentionnée et l'échange avec le médecin traitant de la personne* ». Ces dispositions inscrites dans l'exposé sommaire d'un amendement sont très en deçà de ce que doivent être des garanties légales touchant à la vie personnelle d'une personne relevant d'une protection juridique.

Les débats parlementaires sur la question de la période intérimaire n'ont pas permis de clarifier les choses, qu'il s'agisse du calendrier et du renvoi par la loi à un décret dans une matière qui ressort au domaine de la loi. Les débats de la deuxième séance du vendredi 26 juin 2026⁵³ ont montré que le législateur avait deux options : soit il disposait d'un registre à compter de la promulgation de la loi, condition qui n'était pas remplie ; soit il remettait sa consultation à une date ultérieure correspondant à sa mise en service effective. Dans l'intervalle, il ne pouvait renvoyer à un seul décret sans base législative- ce que n'est pas une déclaration ministérielle- l'application de ce régime intérimaire, sauf à ne pas exercer pleinement la compétence qu'il tient de l'article 34 de la Constitution.

« Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée :

- *Je confirme ce que vous a dit Stéphanie Rist ce matin, à savoir que ce registre ne pourra entrer en vigueur qu'à la fin de l'année 2028 et que, dans l'intervalle, un décret viendra préciser les choses. Ce décret permettra de prendre en compte la situation des majeurs protégés, grâce notamment à la consultation de leur acte de naissance, qui porte cette mention. Le médecin*

⁵³ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/deuxieme-seance-du-vendredi-26-juin-2026>

devra s'informer et pourra recueillir l'avis d'un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République.

M. Yannick Monnet :

- Soit on considère que la consultation de ce registre est indispensable, soit on considère qu'elle est accessoire. Si elle est indispensable, alors il faut qu'elle soit obligatoire à la date de promulgation de la loi. Ce qui nuit beaucoup à ce texte, c'est tout ce qui entretient la suspicion. Je le dis très clairement : il faut que la consultation de ce registre soit obligatoire dès la promulgation de la loi. La loi ne doit pas être promulguée tant que le registre n'est pas prêt. Il ne faut pas tergiverser sur ce point.

M. Thibault Bazin :

- Il est vrai que la ministre Rist, ce matin, a évoqué ce décret et nous a renvoyés à l'article 13. Je l'ai relu, mais il n'apporte aucune précision. Il y aura un décret, mais que va-t-il se passer concrètement durant cette période intermédiaire ? Quand on vous le demande, vous nous dites de vous faire confiance. Mais on parle tout de même de personnes vulnérables, au sujet desquelles on n'aura pas pris les mesures nécessaires pour vérifier qu'elles répondent à tous les critères et qu'elles sont capables de donner un consentement libre et éclairé. Vous dites que la procédure est très encadrée et que les critères sont nombreux, mais si on ne vérifie pas que les personnes y satisfont, il y a un problème ! Cet amendement de notre collègue Nathalie Colin-Oesterlé propose que les personnes sous mesure de protection n'accèdent à l'aide à mourir qu'à la date de publication du registre. Cela semble cohérent. De ce que j'ai compris, le décret n'a pas encore été pris et, tant qu'il ne sera pas pris, la loi ne s'appliquera pas : on voit bien qu'il y a là un problème de calendrier entre le décret, l'établissement du registre et la promulgation de la loi. »

Outre cette question de calendrier et de régime transitoire sans base légale, ces dispositions contreviennent aux mises en garde adressées par le Conseil d'Etat dans son avis précité sur le projet de loi n° 2462. Celui-ci insistait sur la nécessité de mesures spécifiques pour permettre d'apporter les garanties propres à prendre en compte la situation de particulière vulnérabilité des majeurs protégés. Or aucun dispositif spécial ne couvre la période qui va de la promulgation de la loi à la mise à disposition des médecins d'un registre.

En définitive, pour la période transitoire seront applicables les dispositions sur le registre des personnes protégées géré par les greffes tel que prévu par le décret n° 2019-1333 du 11 décembre 2019 réformant la procédure civile avec une mention « RC », appliquée en marge de l'acte de naissance de la personne concernée. Pour connaître l'existence d'une mesure de protection il faudra donc se reporter aux juridictions puis aux actes de naissance de l'état civil, deux services décentralisés et mal informatisés pour certains. La mention sur l'acte de naissance n'est opérationnelle qu'au bout d'un certain temps (articles 444 du code civil et 1233 du code de procédure civile). Le défaut de centralisation, l'absence de dématérialisation systématique, la lenteur de la procédure sont autant de problèmes insurmontables. Or l'obligation de consulter le fichier est une garantie essentielle du nouveau dispositif. Il faut se donner les moyens de pouvoir le consulter effectivement, ce qui n'est pas le cas. L'étude d'impact accompagnant le projet de loi n°2462 ne contenait aucune information sur les moyens matériels de mise en œuvre de cette disposition. Vu la situation des greffes dénoncée par les Etats généraux de la justice mentionnés plus haut, on peut légitimement craindre que ce registre ne soit totalement effectif.

Le dispositif prévu, tant dans l'immédiat dès la promulgation de la loi qu'à terme, prive de garanties légales des exigences constitutionnelles s'imposant à des personnes vulnérables, qui

relèvent de l'article 34 de la Constitution. Dès lors, la neutralisation *rationae temporis* de ce double dispositif s'impose pour le Conseil constitutionnel.

L'absence d'exigence de fourniture d'une information loyale à la personne

La dernière phrase de l'alinéa 7 de l'article 5 de la proposition de loi adoptée par le Parlement (art. L. 1111-12-3, I, dernier alinéa) prive également de garantie légale ces personnes. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a supprimé l'exigence de fourniture d'une information « *loyale* » pour n'imposer qu'une « *information adaptée à ses facultés (à la personne) de discernement* ».

Non seulement cette disposition ne traite pas également les personnes en cause (puisque cette information loyale est retirée aux personnes sous protection juridique), mais elle revient sur une obligation déontologique médicale consacrée par l'article R. 4127-35 du code de déontologie médicale. Celui-ci est ainsi formulé : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

Le commentaire de cet article dans le code de déontologie médicale fait clairement apparaître qu'aujourd'hui cette obligation d'une information loyale et compréhensible répond à la nécessité d'obtenir un consentement libre et éclairé du patient. Elle est inscrite parmi les devoirs du médecin et précisée par la loi dans des cas particuliers comme la recherche sur la personne humaine, l'interruption volontaire de grossesse, l'assistance médicale à la procréation ou la tenue de registres épidémiologiques. Le qualificatif de « *loyal* » vient en tête des exigences imparties à la délivrance de l'information par le médecin au patient.

Comme le souligne le commentaire du code de déontologie médicale, « *le patient n'est pas soumis à une volonté aveugle ou à une décision mystérieuse, mais se voit expliquer les raisons d'une décision qu'impose au médecin l'état de la maladie* »... « *Une information de qualité est le préalable indispensable à un consentement éclairé. Loin d'être une vue de l'esprit, comme on en a parfois jugé, ce consentement est la pierre angulaire de la relation médecin-patient* ». L'obligation d'information entraîne qui plus est des conséquences importantes dans le domaine de la responsabilité médicale.

L'avant-dernier alinéa de l'article L.1111-2 du code de la santé publique dispose qu'« *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen* ». Dans une décision du 16 juillet 2025⁵⁴, le Conseil d'Etat a considéré qu'il résultait de la lettre même de ces dispositions, qu'il incombe au médecin ou à l'établissement de santé, en cas de litige, d'apporter la preuve que l'information due au patient lui a été délivrée, qu'elles ont vocation à s'appliquer dans les litiges recherchant la responsabilité civile du professionnel de santé ou la responsabilité de l'établissement de santé. Mais elles ne trouvent pas à s'appliquer lorsqu'un médecin est poursuivi devant une juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins pour un manquement à ses obligations.

Non seulement la rédaction adoptée ne fixe qu'une obligation d'informer minimale, mais encore le médecin pourra toujours soutenir qu'il a apporté à la personne l'information nécessaire, alors

⁵⁴ <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2025-07-16/496215>

qu'aucune obligation de ce type ne pèse sur lui au début de la procédure et que l'exigence de loyauté de l'information délivrée a été supprimée par voie d'amendement. Par conséquent, le dispositif proposé par la dernière phrase de l'alinéa 7 de l'article 5 ne satisfait pas aux exigences de protection nécessaires d'une population vulnérable et qui relèvent de la compétence du législateur en vertu de l'article 34 de la Constitution.

De manière générale, on peut également remarquer que cet article 5 conduit à une vision très univoque du principe de fraternité et qu'il est en contradiction avec la définition du conseil constitutionnel de ce principe. En effet, en centrant l'ensemble du dispositif autour d'une vision autocentrée du patient, on exclut de facto toute référence à l'altérité or cette dernière est inhérente et consubstantielle à la fraternité. Sans altérité, point de fraternité effective.

Article 6

La condition de l'expression d'une manifestation de volonté libre et éclairée de la demande est essentielle dans le dispositif, spécialement pour les personnes sous protection juridique. Répondant au vœu du Conseil d'Etat, il est prévu à l'alinéa 9 de l'article 4 (art. L. 1111-12-2, 5°) de la loi adoptée par le Parlement que le médecin contrôle l'aptitude de la personne, et non pas sa capacité.

L'article L.1111-4 du code de la santé publique dispose qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». L'information, loyale et compréhensible, que doit le médecin au patient répond à la nécessité d'obtenir le consentement libre et éclairé de ce dernier (article R 4125- 36).

Le troisième alinéa de l'article 6 dispose que la personne dont le discernement est « *gravement altéré* » et qui demande l'aide à mourir ne peut être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée.

Cette disposition est contradictoire avec le dernier alinéa de l'article 4 qui charge le médecin saisi de vérifier si la personne est « *apte à manifester sa volonté libre et éclairée* ». Le médecin devrait-il s'assurer du discernement de la personne au regard de l'article 4 ou de l'altération grave du discernement au regard de l'article 6 de la loi adoptée par le Parlement ?

A cette première difficulté d'interprétation génératrice d'insécurité juridique, s'ajoute une incohérence. C'est en effet oublier que par hypothèse si la personne bénéficie d'un régime de protection juridique de la personne, c'est que sa volonté est altérée eu égard aux termes de l'article 425 du code civil (« *Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre* »). La condition prévue par le projet d'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée est irréalisable. Pas moins de trois dispositions sont donc en jeu pour apprécier le discernement de la personne, condition de l'expression de sa volonté libre et éclairée, alors que cet enjeu rappelé comme on l'a vu par la

décision du Conseil constitutionnel sur les arrêts de traitement, est essentiel (2017-632 QPC, 2 juin 2017, JORF n°0131 du 4 juin 2017 texte n° 78).

L'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, qui découle des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789, impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques, afin de prémunir les sujets de droit contre une interprétation contraire à la Constitution ou contre le risque d'arbitraire, sans reporter sur des autorités administratives ou juridictionnelles le soin de fixer des règles dont la détermination n'a été confiée par la Constitution qu'à la loi (2006-540 DC, 27 juillet 2006, cons. 9, Journal officiel du 3 août 2006, page 11541, texte n° 2, Rec. p. 88) (2007-557 DC, 15 novembre 2007, cons. 19, Journal officiel du 21 novembre 2007, page 19001, texte n° 2, Rec. p. 360) (2008-564 DC, 19 juin 2008, cons. 25, Journal officiel du 26 juin 2008, page 10228, texte n° 3, Rec. p. 313) (2008-567 DC, 24 juillet 2008, cons. 39, Journal officiel du 29 juillet 2008, page 12151, texte n° 2, Rec. p. 341) DC, 29 décembre 2013, cons. 88, JORF du 30 décembre 2013 page 22188, texte n° 3, Rec. p. 1127 (2019-794 DC, 20 décembre 2019, paragr. 23, JORF n°0299 du 26 décembre 2019, texte n° 2). (2013-685 DC, 29 décembre 2013, cons. 88, JORF du 30 décembre 2013 page 22188, texte n° 3, Rec. p. p. 1127).

Cette exigence d'encadrement a été rappelée par la jurisprudence. Parce qu'aucune disposition législative n'encadrait les formes et ne précisait les conditions dans lesquelles une décision de main levée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques ordonnés sans le consentement du patient est prise par l'autorité administrative, le juge constitutionnel a considéré que les dispositions contestées imposaient, sans garanties légales suffisantes, des règles inégalement rigoureuses entre personnes admises en hospitalisation complète et qu'elles méconnaissaient les exigences constitutionnelles assurant la protection de la liberté individuelle. (2012-235 QPC, 20 avril 2012, cons. 20 à 22, 25 et 26, Journal officiel du 21 avril 2012, page 7194, texte n° 78, Rec. p. 202).

Les travaux parlementaires ont montré le risque que recelait l'expression « *gravement* » dans l'appréciation du discernement de la personne, la justification du choix de cette expression ne reposant pas sur des critères objectifs.

Philippe Juvin : « L'alinéa 3 de l'article 6 prévoit d'exclure seulement de la démarche « la personne dont le discernement est gravement altéré ». Considérez-vous donc qu'une personne dont le discernement serait, non pas gravement, mais partiellement altéré remplit le critère fixé à l'alinéa 9 de l'article 4 ? Votre définition de l'aptitude à manifester sa volonté de manière libre et éclairée est très partielle, puisque vous n'excluez que l'altération grave du discernement. C'est là l'origine de mon inquiétude : il y a un trou dans le filet ! Or il suffit que le discernement de la personne soit altéré – pas nécessairement gravement – pour que cela crée une inégalité. Cela risque notamment d'être le cas pour les patients autistes. »

Patrick Hetzel : « Dès lors qu'il existe une forme d'altération du jugement, une prudence particulière s'impose »

Philippe Juvin : « Mais l'autisme, par exemple, n'est pas une maladie : cet alinéa n'apporte donc pas les garanties que je demandais. Il ne les apporte pas davantage pour l'état de faiblesse et la vulnérabilité psychologique, qui, de même, ne sont pas toujours des maladies. Les mailles du filet

de sécurité me paraissent très lâches : avec des critères aussi légers, nous prenons un risque. » (1ère séance du mardi 20 mai 2025, Assemblée nationale)⁵⁵.

En conférant, avec le qualificatif de « *gravement* », une grande liberté d'appréciation au médecin, sans qu'il bénéficie systématiquement de l'éclairage d'un psychiatre ou d'un psychologue, le législateur introduit une part de subjectivité et d'arbitraire contraire à l'objectif d'intelligibilité de la loi. En Autriche, si le médecin traitant décèle des troubles psychiques chez le patient qui seraient susceptibles d'altérer son discernement, il saisit nécessairement un psychiatre ou un psychologue (§ 7, 4 de la loi). Seule cette obligation est véritablement respectueuse des droits des personnes comme du bon exercice de la profession médicale.

L'alinéa 6 de l'article 6 (art. L.1111-12-4, II 1°, a)) fait certes intervenir un médecin consultant dans la procédure. Mais celui-ci n'a pas à examiner systématiquement la personne. C'est une simple faculté. Il n'a pas non plus accès au dossier médical. C'est-à-dire qu'il ignorera les éléments contenus dans ce dossier. Ce sont en vertu de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, les conclusions de l'évaluation clinique initial, la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaire, le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers, les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé et les correspondances échangées entre professionnels de santé.

L'alinéa 7 de l'article 6 place dans le collège pluriprofessionnel (art. L.1111-12-4, II 1°b)) « *un auxiliaire médical ou un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne ou à défaut un autre auxiliaire médical* ». Cela signifie que le médecin saisi – qui, aux termes de l'article L.1111-2-3, peut être n'importe quel médecin et pas le médecin traitant-, un médecin consultant et un auxiliaire médical ou un aide-soignant en charge de la personne, peuvent à eux seuls constituer le collège pluriprofessionnel. Les autres professionnels ne sont sollicités que facultativement. L'auxiliaire médical qui ne connaît pas la personne peut être aussi bien un kinésithérapeute qu'un pédicure ou un audioprothésiste, au regard de la définition des auxiliaires médicaux. Dans notre organisation des soins, il n'incombe pas au demeurant au personnel paramédical d'établir un diagnostic médical⁵⁶. En outre, ledit auxiliaire médical peut être dans une situation de subordination hiérarchique vis-à-vis du médecin, alors que cette absence de subordination hiérarchique s'impose pour la relation entre le médecin consulté et le médecin en charge de la personne.

Lorsque l'on regarde le fonctionnement de la procédure collégiale issu de la loi Claeys-Leonetti et codifié sous l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, on prend la mesure de la différence marquante entre cette procédure et celle issue de la présente loi adoptée par le Parlement. Comme on l'a vu, la procédure de l'article 6 de la loi adoptée par le Parlement peut fonctionner avec trois professionnels de santé : le médecin saisi par la personne, le médecin consultant qui ne dispose pas de toute l'information nécessaire et un auxiliaire médical ou un aide -soignant.

⁵⁵ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/premiere-seance-du-mardi-20-mai-2025>

⁵⁶ Article R4312-41 : « L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge »

Dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti, la procédure collégiale de l'arrêt des traitements prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. L'article R.4127-37-2 du code de la santé publique permet la consultation d'un troisième confrère si l'un des deux médecins le juge utile. Dans les cas difficiles, même si l'appréciation de la situation du patient est dans l'ensemble partagée, il peut persister en effet des incertitudes justifiant de faire appel à un avis complémentaire. L'équipe de soins telle que définie à l'article L.1110-12 a un contenu beaucoup plus étoffé que ce qui est prévu pour l'aide à mourir. Elle réunit un ensemble de professionnels qui participent directement, au profit d'un même patient, à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

Pour toutes ces raisons, force est d'admettre que le collège pluriprofessionnel n'a de procédure collégiale que le nom, qu'il s'agisse du nombre de personnes qui le composent, de leurs sources d'information ou de leurs qualifications. Dès lors, le législateur n'a pas assorti de garanties suffisantes la procédure qu'il a mise en place.

Les saisines extérieures par le médecin en charge de la personne, prévues aux alinéas 9 (saisine des professionnels de santé dans les établissements et services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-du code de l'action sociale et des familles et des psychologues intervenant auprès de la personne), 12 (saisine d'un médecin inscrit sur la liste mentionnée à l'article 431 du code civil) et 13 (saisine de la personne de confiance ou d'un proche aidant) sont de simples facultés laissées à la seule appréciation du médecin sollicité.

Une même faiblesse relevée en son temps par l'avis du Conseil d'Etat se retrouve à l'alinéa 11 de l'article 6 (art. L.1111-12-4, II 3°,a). Il prévoit une information de la personne chargée de la mesure de protection et recueille ses observations. Le Conseil d'Etat avait considéré que la seule information de la personne chargée d'une mesure de protection avec représentation de la personne, et la possibilité pour celle-ci de former des observations dont le médecin devra tenir compte, étaient insuffisantes. Il estimait que devaient être regardées comme des personnes vulnérables non seulement les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, mais également celles bénéficiant d'une mesure avec assistance à la personne, l'existence d'une mesure de protection à la personne (assistance ou représentation) révélant, selon les termes mêmes de l'article 459 du code civil, que « *l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée* ». Il considérait en conséquence que des garanties devaient être prévues pour l'ensemble de ces personnes.

C'est la raison pour laquelle les signataires de la présente saisine demandent la censure de l'alinéa 11 de l'article 6, faute de garanties légales suffisantes pour ces personnes vulnérables. Outre qu'elles constituent une ingérence dans la sphère strictement intime de la personne protégée, les observations de la personne chargée de la mesure de protection n'ont aucune portée juridique quant à une garantie effective de la protection de l'intéressé.

L'alinéa 14 de l'article 6 prévoit la réunion du collège pluriprofessionnel en présence physique de tous ses membres, soit trois personnes et la possibilité de recourir à une visioconférence ou à des télécommunications, en cas d'impossibilité. La téléconsultation est interdite pour la présentation de la demande d'aide à mourir (article 5 alinéa 5). Cette concertation peut se

dérouler à distance, par visioconférence ou télécommunication, c'est-à-dire par téléphone, alors qu'il s'agit de liberté personnelle et de vie ou de mort. Rappelons que le Comité des droits de l'homme de l'ONU en juillet 2009 a craint que : « *la loi hollandaise permette à un médecin d'autoriser de mettre fin à la vie d'un patient sans recourir à l'avis d'un juge* » et que « *le 2^e avis médical requis puisse être obtenu au travers d'une ligne téléphonique d'urgence* ». Comme le cas d'impossibilité n'est pas défini par la loi, il laisse une grande marge d'appréciation dans le choix du mode de communication, l'exception pouvant devenir la règle.

Là encore, la procédure prévue par la loi déferée ne permet pas de s'assurer de toutes les garanties de transparence nécessaires à la sauvegarde de la dignité de la personne et à la protection contre les abus de faiblesse. Or le fait, pour un descendant, de faire état auprès de son ascendant du fardeau qu'il constitue pourrait constituer un abus de faiblesse comme l'a jugé la Chambre criminelle de la Cour de cassation⁵⁷. Au regard de ce risque, il n'est pas indifférent de souligner que les rapports d'application de la loi sur le suicide assisté en Oregon⁵⁸ ont montré la place du sentiment de la personne d'être perçue comme une charge pour l'entourage et les soignants. Cette explication revient dans 47% des cas entre 1998 et 2023.

Une jurisprudence du Conseil constitutionnel peut être invoquée en l'espèce. Le déroulement des audiences dans une salle à proximité immédiate d'un lieu de rétention au moyen de techniques de télécommunication audiovisuelle est subordonné au consentement de l'étranger, à la confidentialité de la transmission et au déroulement de la procédure dans chacune des deux salles d'audience ouvertes au public. Dans ces conditions, les dispositions précitées garantissent de façon suffisante la tenue d'un procès juste et équitable. (2003-484 DC, 20 novembre 2003, cons. 81 à 83, Journal officiel du 27 novembre 2003, page 20154, Rec. p. 438). Dès lors, on comprendrait mal que la concertation au sein de l'équipe pluriprofessionnelle selon cette technique ait lieu sans l'autorisation de la personne concernée au nom de l'égalité devant la loi. Il s'agit bien d'un droit dans les deux cas : droit de la défense pour la rétention et dignité de la personne concernée pour une procédure conduisant en l'espèce au suicide assisté ou à l'euthanasie.

L'alinéa 16 de l'article 6 impartit un délai de 15 jours au médecin pour notifier la décision d'aide à mourir (art. L.1111-12-4, III). Ce délai est extrêmement court par rapport au droit étranger. Le délai est de trois mois en Autriche, d'un mois en Belgique, de trois mois au Canada entre la formulation de la demande et la décision médicale. Ce délai est beaucoup plus court que les délais actuels pour avoir un rendez-vous avec un médecin spécialiste. Il faut compter 4 mois en moyenne pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste anti-douleur, les écarts territoriaux étant considérables, 6 mois pour une gastrectomie, 4 mois pour une vasectomie, la personne devant donner son consentement écrit lors de la deuxième consultation. Parmi les spécialités médicales, hors médecine générale, la cardiologie enregistre le délai le plus long (42 jours), suivie de la dermatologie (32 jours), de l'ophtalmologie (21 jours), de la gynécologie (19 jours) et de la psychiatrie (15 jours). À effectif comparable de médecins généralistes sur une longue période, la capacité réelle de prise en charge diminue, la durée des consultations raccourcit, alors même que les besoins augmentent sous l'effet du vieillissement, de la chronicité et de la complexité des parcours⁵⁹. Le fossé entre ce délai de 15 jours et les délais de la réalité médicale ne peut donc être ignoré.

⁵⁷ Cass. Crim. 19 février 2014 12-87.558 <https://www.fondapol.org/etude/enjeux-juridiques-dune-legalisation-dun-droit-a-laide-a-mourir/>

⁵⁸ <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year28.pdf>

⁵⁹ https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2026/05/Cartes_France_2026.pdf

Avec un délai de 15 jours, le risque est que de nombreuses situations complexes, médicalement et socialement parlant, n'entraînent des conflits. Ce délai de 15 jours au regard des dysfonctionnements de notre système de santé n'est ni raisonnable ni réaliste. Ce faisant, la loi déferée prive de garanties légales ce droit fondamental le plus précieux qui est le droit à la vie.

La mise en œuvre de l'aide à mourir ne peut ignorer les procédures applicables aujourd'hui aux arrêts de traitement et les délais y afférents. Le législateur ne saurait être moins exigeant pour l'aide à mourir que pour les arrêts de traitement. L'article L.1111-4, 3ème alinéa du code de la santé publique, à propos des arrêts de traitement sur une personne en état d'exprimer sa volonté, prévoit que celle-ci doit réitérer sa demande dans un délai raisonnable. Non seulement cette réitération n'est pas enfermée dans un délai mais elle laisse une marge d'appréciation tenant compte de la fluctuation de l'expression de la volonté de la personne. Comme le souligne la Haute autorité de santé dans ses recommandations sur la mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès : « *La décision d'arrêter un traitement de maintien en vie nécessite le temps d'un cheminement : tout doit être entrepris pour préserver l'intérêt du patient car cette demande peut être une situation dynamique, évolutive. Il est nécessaire de : donner du temps, laisser la possibilité au patient de changer d'avis* »⁶⁰.

Parce que ce délai de 15 jours est trop bref, il ne constitue pas une garantie suffisante protégeant la vie et la liberté personnelle de la personne. Il est donc porteur d'une inconstitutionnalité.

La troisième phrase de l'alinéa 16 impartit au médecin de notifier « *le cas échéant* » la décision motivée à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. En ne faisant pas de cette notification une obligation systématique, le législateur méconnaît la situation particulière de ces personnes et prive d'effectivité le droit au recours que leur reconnaît l'article 12 la loi adoptée à travers la personne chargée de la mesure de protection.

Le second délai de confirmation de la demande dans un délai de 48 heures, tel que consacré à l'alinéa 17 de l'article 6 n'existe nulle part ailleurs dans le monde et ne protège pas davantage la personne contre la fluctuation de sa volonté entre une pulsion de vie et une pulsion de mort.

Les réflexions du CCNE sur cette fluctuation de la volonté aident à prendre la mesure de ce phénomène sur lequel s'accordent les médecins :

« *Favoriser l'autonomie d'une personne nécessite de prendre en compte, non seulement sa demande présente, mais l'ensemble de son cheminement dans le temps. Il est nécessaire de s'assurer de la fermeté et de la constance de cette demande, au-delà de ce qui peut n'être que la réponse ponctuelle à une période de crise. Les demandes d'aide active à mourir évoluent dans le temps et se transforment, voire, parfois, s'estompent ou disparaissent. La maîtrise médicale de la douleur contribue à réduire, voire parfois à faire disparaître, les demandes d'aide active à mourir* »⁶¹. D'ailleurs lorsque le patient est pris en charge par les soins palliatifs, sa demande d'euthanasie s'éteint comme le montre une étude médicale ⁶². On voit donc bien que ce délai de 48 heures est trop contraint, la volonté des personnes étant par nature soumise à des fluctuations permanentes, la volonté de mort pouvant être interprétée au demeurant comme une demande de non-abandon ou de non-solitude plutôt que comme une demande de mort.

⁶⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf

⁶¹ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite>

⁶² Souhait de mourir et demande explicite d'euthanasie dans un établissement de soins palliatifs, F. Guirimand et a. Médecine palliative. Soins de support. Accompagnement-Ethique 2016 (15) 86-95

Ce délai est bien inférieur à celui de quatre mois requis après la première consultation pour une vasectomie ou ligatures de trompes (art. L 2123-1 du code de la santé publique). Lorsque l'on regarde les expériences étrangères, un délai d'un mois s'écoule entre la demande et l'administration létale en Belgique. Il est de trois mois au Canada, de 21 jours en Espagne avec deux demandes écrites espacées de 15 jours et un entretien cinq jours après la seconde demande. En Oregon, le patient est tenu de présenter deux demandes séparées de quinze jours entre elles. Au Portugal, c'est un délai de deux mois⁶³.

Ce délai de 48 heures est dès lors absolument contraire à la dignité de la personne et à son droit à la vie. Ce délai est disproportionné par rapport à l'objectif poursuivi par le législateur et au regard de la liberté personnelle de la personne, protégée par l'article 2 de la Déclaration de 1789 (2018-762 DC, 15 mars 2018, paragr. 9, JORF n°0067 du 21 mars 2018 texte n° 2), qui par définition est soumise à une fluctuation permanente de sa volonté. Selon une jurisprudence constitutionnelle constante, les atteintes à un droit constitutionnel doivent être justifiées par un motif d'intérêt général et mises en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif. Or ces deux conditions ne sont pas réunies en l'espèce, en raison du caractère expéditif de la procédure. Si les promoteurs de la loi adoptée mettent en avant le caractère strictement individuel de la démarche de la personne et affirment que la loi déferée ne retire aucun droit aux tiers, ceux-ci n'en sont pas moins privés de leur pouvoir de former un recours. En outre, en adoptant ces dispositions, le législateur a assuré, entre la protection de la santé d'une part, et la liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation manifestement déséquilibrée.

Aux termes de l'alinéa 22 de l'article 6 (art. L.1111-12-4, VI), la prescription de la substance létale obéit aux recommandations prévues au 23° de l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale. Cette rédaction, qui est en contradiction avec l'article R. 4127-37 du code de la santé publique (« Le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ») et l'article R. 4312-21 (« L'infirmier ne doit pas provoquer délibérément la mort »), renvoie à une autorité administrative indépendante, la Haute autorité de santé, la fixation des règles de prescription de la substance létale. Est ainsi méconnue la jurisprudence du Conseil constitutionnel selon laquelle le législateur ne doit pas reporter « sur des autorités administratives ou juridictionnelles le soin de fixer des règles dont la détermination n'a été confiée par la Constitution qu'à la loi » (2006-540 DC, 27 juillet 2006, cons. 9, Journal officiel du 3 août 2006, page 11541, texte n° 2, Rec. p. 88) (2007-557 DC, 15 novembre 2007, cons. 19, Journal officiel du 21 novembre 2007, page 19001, texte n° 2, Rec. p. 360) (2008-564 DC, 19 juin 2008, cons. 25, Journal officiel du 26 juin 2008, page 10228, texte n° 3, Rec. p. 313) (2008-567 DC, 24 juillet 2008, cons. 39, Journal officiel du 29 juillet 2008, page 12151, texte n° 2, Rec. p. 341) DC, 29 décembre 2013, cons. 88, JORF du 30 décembre 2013 page 22188, texte n° 3, Rec. p. 1127 (2019-794 DC, 20 décembre 2019, paragr. 23, JORF n°0299 du 26 décembre 2019, texte n° 2). En opérant ce renvoi, alors que sont en jeu l'état des personnes et la liberté personnelle, le législateur méconnaît l'étendue de sa compétence.

Enfin, il convient aussi de relever que selon l'«Article L. 1111-12-4 du code de la santé publique : Il ressort du II « 4° de cet article que le médecin « Peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou, à défaut, d'un proche. Cet avis est communiqué au collège pluriprofessionnel lors de la réunion de celui-ci. ». Le caractère facultatif de la procédure prive de garanties légales les exigences constitutionnelles du principe de fraternité et crée une rupture d'égalité, la consultation du tiers de confiance ou des proches étant laissée à la libre appréciation du médecin. En outre elle subordonne cette procédure

⁶³ <https://www.senat.fr/rap/l25-264/l25-264.html>

aléatoire à la seule demande de la personne dont on ne sait ni comment ni quand elle est recueillie, alors que l'avis peut être déterminant pour le médecin et la commission.

Article 7

Aux termes de l'alinéa 3 de cet article (art. L.1111-12-5, I), si l'administration de la dose létale intervient dans les trois mois après la décision médicale, le médecin n'est tenu d'apprécier que la réalité de la manifestation de la volonté libre et éclairée de la personne, sans procéder à un nouvel examen de la demande dans les conditions du droit commun.

Les fluctuations de la volonté de la personne (sans même parler de celles de son discernement), ainsi que les évolutions des thérapeutiques pendant ce délai sont ignorées par cette rédaction, alors qu'elles pourraient conduire à réévaluer la situation de la personne. Dans les trois mois suivant la décision, le médecin n'est pas tenu d'examiner l'état de santé de la personne, d'apprécier les perspectives d'évolution de celui-ci, de l'informer qu'elle peut bénéficier d'un accompagnement et de soins palliatifs, de s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle a accès à ces derniers de manière effective, de lui proposer de l'orienter vers un psychologue ou un psychiatre, de lui indiquer qu'elle peut renoncer à tout moment à sa demande, de lui expliquer les conditions d'accès à l'aide à mourir et à sa mise en œuvre, toutes conditions prévues dans le II de l'article 5 de la loi adoptée par le Parlement dans le cadre de la procédure ordinaire. Ce faisant, la loi méconnaît la liberté personnelle de la personne et prive de garanties légales la procédure d'aide à mourir.

L'avant-dernier alinéa de cet article prévoit que l'administration du geste létal peut être effectuée au domicile ou dans une résidence de la personne ou d'un proche, dans un établissement de santé, dans un établissement mentionné à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans toute autre structure où exercent des professionnels de santé. Avec ce dernier membre de phrase, on pourrait imaginer que l'acte puisse être effectué dans un centre de radiologie, une maison de santé, une pharmacie, un cabinet de kinésithérapeute ou un laboratoire d'analyses médicales, tellement ce libellé est large.

Il ne faut pas se méprendre sur la proscription de l'espace public opérée par cette disposition au fil des lectures successives du texte. Dans les établissements de santé, la chambre du patient est à la fois un lieu de soins et un lieu privatif. Or plus de la moitié des patients décèdent à l'hôpital en France⁶⁴. En 2024, 52 % des décès ont eu lieu dans un établissement de santé (hôpital ou clinique), 29 % à domicile (celui du défunt ou d'une tierce personne), 16 % en EHPAD ou en maison de retraite, 1 % sur la voie publique ou dans un lieu public, et 2 % dans un autre lieu (au travail, lors de certains accidents de transport, etc.), selon les déclarants du décès auprès de l'officier d'État civil. La jurisprudence considère que la chambre d'un patient au sein d'un hôpital peut revêtir la qualité du domicile privé du patient : « *Une chambre d'hôpital occupée par un malade constitue pour lui [...] un domicile protégé en tant que tel par la loi, qu'il occupe à titre temporaire, mais certain et privatif ; à partir du moment où cette chambre lui est affectée et pour*

⁶⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8655177#titre-bloc-13>

tout le temps que dure cette affectation, il a le droit, sous la seule réserve des nécessités du service, de se dire chez lui et notamment d'être défendu contre la curiosité publique » (CA Paris, 17 mars 1986, Chantal Nobel).

Il n'est pas précisé une intimité minimale respectueuse. Une personne pourra donc mettre en scène, diffuser sur Internet son euthanasie, en direct, podcast, convoquer du public.

Comment s'articulera cette disposition avec l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme qui consacre le droit de toute personne au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile ?

« En ce qui concerne le choix du lieu de résidence d'une personne intellectuellement déficiente, la Cour a indiqué qu'il convient de ménager un juste équilibre entre le respect de la dignité et de l'autodétermination de l'individu et la nécessité de protéger et de garantir les intérêts de celui-ci, en particulier lorsque ses capacités et sa situation le placent dans une position de vulnérabilité particulière (A.-M.V. c. Finlande, 2017, § 90) »⁶⁵.

En n'entourant pas la règle du choix du lieu de précisions sur le respect de l'intimité de la personne et en ayant une appréhension très large et imprécise des lieux où pourrait être effectué le geste létal impliquant des professionnels de santé, le législateur méconnaît sa compétence et ne respecte pas le principe de dignité humaine reconnu par le Conseil constitutionnel depuis 1994 et rattaché au 1er alinéa de la Constitution du 27 octobre 1946.

Article 8

Cet article prévoit que la pharmacie à usage intérieur prépare la substance létale, celle-ci pouvant être délivrée au médecin ou à l'infirmier ou à la pharmacie d'officine. Cette substance létale introduite dans le code de la santé publique participe de l'inintelligibilité de la loi. En effet, les pharmaciens ont pour mission de délivrer non des poisons mais des médicaments.

Aux termes de l'article L. 5111- 1 du code de la santé publique, « *On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines* ». L'article R. 4211 -1 définit les produits dont la vente est confiée aux pharmaciens parmi lesquels les médicaments dont la délivrance comme on l'a vu doit être respectueuse d'obligations déontologiques.

⁶⁵ [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22002-11588%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22002-11588%22]})

Article 9

Le IV de cet article (art. L. 1111-12-7, IV) dispose que le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues par l'article L.2223-42 du code général des collectivités territoriales.

Comme le relève le code de déontologie médicale, « *Le certificat de décès, sur lequel le médecin indique la cause de la mort, est le document de base des données épidémiologiques ; remplir un certificat de décès est donc un acte sérieux, indispensable à la santé publique et non une banale formalité administrative* ».

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) établie par l'Organisation mondiale de la santé est la source qui permet d'identifier les maladies. Les termes cliniques codés à l'aide de la CIM constituent la base principale de l'enregistrement des données sanitaires et des statistiques sur les maladies dans le cadre des soins primaires, secondaires et tertiaires, ainsi que des certificats de décès. Ces données et statistiques soutiennent les systèmes de paiement, la planification des services, l'administration de la qualité et de la sécurité, et la recherche sur les services de santé. Les orientations diagnostiques liées aux catégories de la CIM permettent également de normaliser la collecte des données⁶⁶.

Soit le décès est causé par une maladie répertoriée dans le CIM, et c'est une mort naturelle, soit il est causé par un accident ou un suicide et c'est une mort violente. Mais ce n'est pas la maladie qui est à la cause de la mort. Pourquoi en Suisse les suicides assistés donnent-ils lieu à une enquête de police ? Parce qu'ils sont assimilés à une mort violente.

L'assimilation du suicide assisté et de l'euthanasie à une mort naturelle ne serait pas sans conséquence sur la transparence de la procédure et sur l'effectivité du contrôle confié à la Commission d'évaluation et de contrôle par l'article 15 de la loi adoptée par le Parlement. Cette commission doit disposer de données chiffrées fiables, utiles pour la santé publique et le déclenchement éventuel de poursuites pénales, puisque le juge pénal est *in fine* le seul juge de l'application de cette loi en réalité. Le défaut de ces données ou des données erronées avec des classifications fausses pourraient faire obstacle à la saisine éventuelle du parquet par la commission et priveraient de garanties légales la procédure de déclaration de décès.

En outre le Conseil constitutionnel a eu l'occasion d'affirmer la nécessité de disposer d'un système national de données épidémiologiques à propos du contrôle de la constitutionnalité des dispositions législatives contre l'épidémie de covid 19 :

« Les dispositions contestées complètent l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 afin de prévoir l'intégration au système national des données de santé des données recueillies dans le cadre des systèmes d'information mis en œuvre aux fins de lutter contre l'épidémie de covid-19. Elles prévoient que ces données sont rassemblées au sein du système national des données de santé prévu à l'article L.1461-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles relèvent de son champ, et précisent qu'elles sont soumises au chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du même code. Ce faisant, elles permettent que ces données soient conservées pour une durée maximale de vingt ans après leur transfert et que les personnes mentionnées à l'article L. 1461-3 du code de la santé publique soient autorisées à y accéder. Elles portent donc atteinte au droit au

⁶⁶ <https://www.who.int/fr/standards/classifications/classification-of-diseases>

respect de la vie privée. Toutefois, en premier lieu, en adoptant ces dispositions, le législateur a entendu améliorer les connaissances sur le virus responsable de l'épidémie de covid-19, en particulier sur ses effets à long terme, et renforcer les moyens de lutte contre celle-ci. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé (2021-819 DC, 31 mai 2021, paragr. 22 à 34, JORF n°0125 du 1 juin 2021, texte n° 2).

En déléguant sa compétence au pouvoir réglementaire, le pouvoir législatif ne l'exerce pas pleinement. Il encadre insuffisamment l'établissement des certificats de décès, afin de rendre ces déclarations transparentes et de garantir une application de la législation conforme à celle-ci.

Article 12

La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir et la décision de mettre fin à la procédure ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande et ce devant le juge administratif selon les modalités de droit commun incluant le référé-liberté.

Il est pour le moins étrange que seules les décisions refusant l'aide à mourir soient susceptibles de recours et que les décisions qui accordent celle-ci échappent à tout recours, comme si la famille et les proches ne pouvaient être intéressés à une telle procédure. L'arrêt Mortier de la CEDH en date du 4 octobre 2022 avait pour origine, rappelons-le, une euthanasie pratiquée à l'insu du fils et de la sœur de la défunte. Un arrêt du Conseil d'Etat du 4 juillet 2025 condamne le CHU de Brest à verser une indemnité au fils d'une personne à qui un arrêt de traitement avait été prodigué, sans que le fils ait été informé⁶⁷. L'analyse des décisions de référé du Conseil d'Etat montre aussi que celles-ci portent intégralement sur la contestation d'arrêts de traitement et que les familles et les proches forment ces recours pour maintenir en vie le patient, fût-ce en méconnaissance de l'interdiction de l'obstination déraisonnable édictée par la loi de 2005 et réaffirmée en 2016.

Dans sa décision sur la procédure collégiale préalable à la décision de limitation ou d'arrêt des traitements d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté (QPC 2017-32, 2 juin 2017), le Conseil constitutionnel a rappelé qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « *Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution* ». Est garanti par cette disposition le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif ». Pour ces motifs, les personnes intéressées ne sauraient être privées du droit à un recours effectif. L'effectivité d'un recours est un principe juridique intangible. Le Conseil constitutionnel a ajouté que : « *S'agissant d'une décision d'arrêt ou de limitation de traitements de maintien en vie conduisant au décès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, le droit à un recours juridictionnel effectif impose que cette décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile. Ce recours doit par ailleurs pouvoir être examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée.* »

Le caractère intime de cette procédure ne saurait être mis en avant pour justifier cette mise à l'écart des tiers. C'est ignorer les intérêts des proches, de la personne de confiance et de la

⁶⁷ <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2025-07-04/482689>

famille, qui peuvent être tenus dans l'ignorance de la procédure et des effets civils et psychologiques de cette décision. L'information de la personne de confiance et des proches est laissée à la seule initiative de la personne (article 6, alinéa 13).

Eu égard au champ de plus en plus limité des actes de gouvernement et des mesures d'ordre intérieur échappant à tout recours juridictionnel, il serait pour le moins étrange que le législateur refuse à la famille, aux proches, à la personne de confiance, aux soignants et aux établissements de santé un droit de recours contre la décision médicale autorisant l'aide à mourir. C'est considérer arbitrairement que ces personnes ne sont pas affectées de manière directe et certaine. Tous ont évidemment un intérêt à agir contre cette décision médicale accordant l'aide à mourir. Dans une matière où le droit étranger est souvent invoqué pour justifier la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, on indiquera que dans un arrêt du 19 mai 2026, la 3ème chambre de la Cour suprême espagnole a reconnu la qualité pour agir des personnes ayant un lien particulièrement étroit avec le demandeur de la procédure d'euthanasie⁶⁸. Les tiers peuvent former un recours contre la décision d'un patient en état d'exprimer sa volonté ayant recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès dans le cadre de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique. Pourquoi ce droit serait-il refusé en revanche aux tiers contre la décision d'une personne consciente ayant recours à l'aide à mourir ? Le patient et la personne ont tout leur discernement dans l'un et l'autre cas et sont dans une démarche strictement individuelle. Les tiers sont dans la même position dans ces deux situations. Aucune différence de traitement ne saurait être avancée pour justifier une différence de traitement entre ces tiers, membres de la famille, proches, aidants. Les conséquences psychologiques du geste létal sur les proches sont documentées. A la suite d'un suicide assisté en Suisse, 20% d'entre eux souffraient de troubles posttraumatiques et 16 % de dépression⁶⁹.

Limiter le droit au recours au mourant contrevient au surplus à l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le terme « *effectif* » signifie que le recours doit être approprié (adéquat) et accessible répondant lui-même à l'obligation de célérité. Pour la Cour européenne des Droits de l'Homme, le recours doit être capable de porter directement remède à la situation critiquée, des exigences trop restrictives pouvant rendre le recours ineffectif. Le recours doit être « *effectif* » en pratique comme en droit. Les limitations apportées par l'article 12 de la loi votée méconnaissent ces exigences. Un mourant n'est pas dans la position pratique de former un recours pour la Cour européenne des Droits de l'Homme. Si le Conseil constitutionnel n'est pas juge de la conventionnalité, cette observation ne peut lui être indifférente au moment d'appréhender en quoi le droit au recours, au sens constitutionnel du terme, est ici méconnu.

Une deuxième interrogation tient à l'exclusivité de compétence confiée par ce dispositif au juge administratif. Celui-ci serait compétent aussi bien pour les aides à mourir pratiquées dans les établissements de soins privés que dans les EPHAD et que pour celles réalisées par la médecine générale. On rappellera que relève en dernier ressort de la compétence de la juridiction administrative l'annulation ou la réformation des décisions prises, dans l'exercice des prérogatives de puissance publique, par les autorités exerçant le pouvoir exécutif, leurs agents, les collectivités territoriales de la République ou les organismes publics placés sous leur autorité ou leur contrôle (2011-631 DC, 9 juin 2011, cons. 65).

⁶⁸ <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Oficina-de-Comunicacion/Notas-de-prensa/El-Tribunal-Supremo-reconoce-legitimacion-para-recurrir->

⁶⁹ B. Wagner et al., « Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide », dans *European Psychiatry* 27/7 (2012), p. 542-546.

Les autres décisions relèvent de la compétence du juge judiciaire. En l'espèce, un contentieux éventuel ne résiderait pas dans un désaccord entre un particulier et une administration, qui justifierait la compétence du juge administratif. D'autant que la substance létale peut être administrée dans le cadre de la médecine libérale ou dans un EPHAD privé et non seulement dans un établissement relevant du service public hospitalier (article 7, alinéa 4) mais dans une structure où exercent les professionnels de santé comme les maisons de santé. Le consentement à un don d'organe sur une personne vivante est donné devant le président du tribunal judiciaire ou son représentant (article L.1111-12-10 du code de la santé publique). Enfin un membre de la Cour de cassation est appelé à siéger dans cette commission, battant en brèche ce monopole de compétence confié à la juridiction administrative (article 15 de la loi votée). Celui-ci n'a pas de fondement constitutionnel. Il n'est pas autrement justifié.

Le contentieux des arrêts de traitement et de la mise en œuvre de la sédation profonde et continue n'est pas réservé aujourd'hui au juge administratif. L'argument de la bonne administration de la justice ne peut donc être invoqué lorsque, d'un côté le contentieux des arrêts de traitement reste partagé entre le juge judiciaire et le juge administratif et que de l'autre côté, le contentieux de l'aide à mourir au champ limité est confié au seul juge administratif. L'argument de la bonne administration de la justice ne peut être davantage invoqué, lorsque le législateur fait échapper à la compétence du juge judiciaire le contentieux de l'état et de la capacité des personnes.

En attribuant au juge des contentieux de la protection les compétences sur les personnes protégées, l'article L.221-9 du code de l'organisation judiciaire définit les compétences de ce juge. On voit dès lors qu'il y a une contradiction à donner au juge administratif la compétence pour statuer sur les recours contre les refus d'aide à mourir. Tout le contentieux en matière d'état et de capacité des personnes a toujours relevé du juge judiciaire et toutes les mesures judiciaires en ces matières sont prises par lui. Cette compétence forme un bloc de contentieux répondant à l'objectif constitutionnel d'intelligibilité des normes. Qui plus est, le juge administratif interviendrait, alors que parallèlement le juge judiciaire de la protection détient le dossier de l'intéressé.

A la fois parce que cet article limite sans justification sérieuse le droit au recours et attribue un monopole de juridiction au juge administratif, ce dispositif méconnaît les exigences constitutionnelles d'un droit au recours véritable et effectif.

Une troisième interrogation a trait au droit accordé à la personne chargée de la protection de former un recours contre la décision du médecin accordant l'aide à mourir. Il s'agit du seul tiers dans cette procédure, autorisé à former un recours dans un délai de 48 heures, cas sans précédent s'agissant d'un acte strictement personnel. Aux termes de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : *"Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution"*. Il résulte de cette disposition qu'il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction. (2012-288 QPC, 17 janvier 2013, cons. 4, JORF du 18 janvier 2013 page 1293, texte n° 88, Rec. p. 103). Si le législateur peut prévoir des règles de procédure différentes selon les faits, les situations et les personnes auxquelles elles s'appliquent, c'est à la condition que ces différences ne procèdent pas de distinctions injustifiées et que soient assurées aux justiciables des garanties égales (2013-314 QPC, 14 juin 2013, cons. 5, JORF du 16 juin 2013 page 10024, texte n° 31, Rec. p. 824).

Celui qui forme le recours est non la personne elle-même mais celle qui est chargée de la protection. Or pour agir en justice il faut intérêt et qualité. C'est le propre du droit de saisir une

juridiction. Ces deux conditions font défaut, alors qu'est en cause un acte strictement personnel. Au surplus, les délais requis font obstacle à l'effectivité prêtée à ce droit au recours et ne permettent pas d'assurer une égalité de droits entre les justiciables.

On relèvera qu'aucune disposition légale n'empêche au demeurant la personne chargée de la mesure de protection de relever appel de la décision du juge statuant en référé sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, à l'instar de qui est appliqué pour les décisions d'arrêt de traitement et a reçu application dans le contentieux Vincent Lambert.

Une situation très concrète permet d'apprécier les enjeux de cette disposition. Les personnes protégées, leur entourage et celles chargées des mesures de protection bénéficient le plus souvent de l'aide juridictionnelle. Un certain temps est exigé pour accéder à celle-ci. Prévoir un délai de recours aussi court, c'est faire obstacle par ricochet à l'accès à l'aide juridictionnelle que serait susceptible de demander un professionnel travailleur social ou une association tutélaire aux ressources limitées. C'est, par voie de conséquence entraver l'accès à la justice et donc à l'accès à un recours effectif qu'impose une jurisprudence constitutionnelle constante.

Article 14

Aux termes de cet article, les professionnels de santé mentionnés à l'article L 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique ne sont pas tenus de concourir à la mise en œuvre de l'aide à mourir. Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à cette mise en œuvre informe la personne de son refus et lui communique sans délai le nom de professionnels susceptibles d'y participer. Il appartiendra de mettre en œuvre cette clause de conscience dans les codes de déontologie des professionnels de santé concernés.

La liberté de conscience est au nombre des droits et libertés que la Constitution garantit en application de l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13 à 15). Le Conseil constitutionnel ne rattache plus la liberté de conscience aux Principes fondamentaux reconnus par les lois de la République, mais à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et au cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (2013-353 QPC, 18 octobre 2013, cons. 7, JORF du 20 octobre 2013 page 17279, texte n° 33, Rec. p. 1002).

Le dispositif retenu par l'article 14 a pour effet d'exclure de son champ les pharmaciens⁷⁰. Pour tenter de justifier l'exclusion des pharmaciens, il a été soutenu qu'ils ne sont pas prescripteurs mais « se contentent » de délivrer la substance. L'argument ne tient pas car l'infirmier est exactement dans la situation du pharmacien : il n'est pas prescripteur mais délivre la

⁷⁰ La substance létale est délivrée à la personne dans les Etats et les Etats américains pratiquant le suicide assisté et non à un soignant : Autriche, Oregon, par exemple. C'est un exemple supplémentaire de manipulation sémantique, puisque les territoires où la substance létale est délivrée au médecin sont des territoires qui pratiquent l'euthanasie.

substance⁷¹. Or l'infirmier dispose, lui, de la clause de conscience alors qu'il n'est pas prescripteur, ce rôle revenant au seul médecin. Faire valoir que les pharmaciens ne participent directement à la réalisation de l'acte d'aide à mourir ne résiste pas davantage à l'examen puisque sans la préparation ni la délivrance du produit létal, le geste létal ne serait pas possible. A propos de la constitutionnalité de la loi de transformation de la fonction publique, le Conseil constitutionnel a validé l'obligation de déclaration préalable de participation à la grève opposable aux seuls agents participant directement à l'exécution des services publics et qualifiés d'« indispensables » à la continuité du service public. Ce dispositif devait s'appliquer aux services publics de collecte et de traitement des déchets des ménages, de transport public de personnes, d'aide aux personnes âgées et handicapées, d'accueil des enfants de moins de trois ans, d'accueil périscolaire et de restauration collective et scolaire, à la condition que leur interruption, en cas de grève des agents publics participant directement à leur exécution, puisse contrevenir au respect de l'ordre public, notamment à la salubrité publique, ou aux besoins essentiels des usagers de ces services (2019-790 DC, 1^{er} août 2019). En l'espèce, les pharmaciens sont dans une position similaire. Si le qualificatif d'indispensable n'est pas employé dans le texte dont vous êtes saisis, sans eux la procédure de l'aide à mourir ne peut pas être mise en œuvre. Ils constituent bien un maillon indispensable de la chaîne des professionnels de santé impliqués dans celle-ci. Ce sont donc bien des professionnels de santé qui participent directement à la procédure de l'aide à mourir par la délivrance de la substance létale. Ils sont dans la même position que les professionnels de santé qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte thérapeutique (2024-1101 QPC, 12 septembre 2024 *Journal officiel de la République française* n° 0218 du 13 septembre 2024 Texte n° 26). Enfin la rédaction de la dernière phrase de l'alinéa 5 de l'article 7 de la loi adoptée par le Parlement, en évoquant toute structure où exercent des professionnels de santé pour la réalisation de l'acte létal, n'exclut pas que celui-ci soit effectué en pharmacie. Les pharmaciens sont donc impliqués à plusieurs titres dans la réalisation de l'acte létal.

Cette disposition fait enfin des pharmaciens - qu'il s'agisse des pharmaciens à usage intérieur ou des pharmaciens d'officine - de simples prestataires de service. Or ce n'est pas du tout l'esprit du code de déontologie de cette profession. Celui-ci leur assigne d'exercer leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine (article R. 4235-2 du code de la santé publique), de prêter leur concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé (article R. 4235-8), de veiller à ne jamais favoriser, ni par ses conseils ni par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique (article R. 4235-10), de mettre à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament (article R. 4235- 48), de refuser de dispenser un médicament lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger(article R. 4235- 61). Selon le commentaire de l'art. R.4235-61 du code de la santé publique dans le code de déontologie des pharmaciens, « *Le pharmacien n'est pas un simple exécutant de prescriptions émanant de professionnels habilités. Il a le devoir de refuser d'honorer une prescription qui lui paraît dangereuse pour le patient* ».

Par conséquent, l'exclusion des pharmaciens de la clause de conscience introduit une rupture d'égalité injustifiée entre professionnels de santé. Les infirmiers et les auxiliaires de santé qui bénéficient de la clause de conscience ne sont pas plus prescripteurs que les pharmaciens. On relève au demeurant que la clause de conscience des pharmaciens est reconnue en Autriche, en

⁷¹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b2453_rapport-fond.Intervention de Philippe Vigier sous l'article 14

Belgique, en Espagne, au Colorado et dans l'Etat australien de Victoria. Cette exclusion est aussi contraire à la directive du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

Par ailleurs, la clause de conscience instituée dans cet article 14 va moins loin en l'espèce que pour l'interruption volontaire de grossesse.

L'article L. 2212-8 du code de la santé publique prévoit en effet « *qu'un établissement de santé privé puisse refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux* ». Cependant parce que le législateur s'est cantonné à une approche exclusivement individuelle de la clause de conscience dans cette procédure, il s'est refusé à reconnaître une clause collective d'établissement sur le modèle de celle de l'interruption volontaire de grossesse.

Or cette clause d'établissement est reconnue par la directive précitée de l'Union Européenne 2000/78 du 27 novembre 2000 sur les entreprises de conviction. Elle permet « *une différence de traitement fondée sur la religion ou les convictions d'une personne ne constitue pas une discrimination lorsque, par la nature de ces activités ou par le contexte dans lequel elles sont exercées, la religion ou les convictions constituent une exigence professionnelle essentielle, légitime et justifiée eu égard à l'éthique de l'organisation* ».

Cette directive permet à des entreprises de réglementer leur fonctionnement, en particulier dans leur règlement intérieur, en imposant le respect d'un certain nombre de règles éthiques, y compris jusqu'au vêtement (foulard, signes religieux, ...), fondées sur les « convictions » inscrites dans le statut de l'entreprise, sans que cette réglementation soit la source d'une discrimination condamnée par ailleurs par cette directive et par l'ensemble du droit de l'Union européenne. Au regard de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE), les termes « religion » ou « convictions » couvrent tant les convictions religieuses que philosophiques ou spirituelles. En fonction de cette réglementation, directement applicable en France, un établissement de santé peut fonder un refus clair de pratiquer en son sein euthanasie et suicide assisté.

La CJUE juge que l'interdiction de toute discrimination fondée sur la religion « revêt un caractère impératif en tant que principe général du droit »⁷², lui-même expression spécifique du principe d'égalité, « consacré » par la Charte des droits fondamentaux et « précisé » par des directives qui n'instaurent pas par elles-mêmes l'égalité mais établissent simplement « un cadre général pour lutter contre la discrimination » professionnelle essentielle et déterminante, pour autant que l'objectif soit légitime et que l'exigence soit proportionnée⁷³. Les employeurs liés à des organisations religieuses peuvent relever du champ d'application de l'« *exigence professionnelle essentielle* », en vertu de laquelle une différence de traitement fondée sur les principes religieux de ces organisations ne constitue pas une discrimination.⁷⁴

L'article 2, 2 b de la directive définit ainsi les discriminations indirectes, qui sont prosrites :

« *Une discrimination indirecte se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes*

⁷² CJUE, 17 avril 2018, *Egenberger*, Aff. C-414/16

⁷³ Idem. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/le-principe-d-egalite-et-le-principe-de-non-discrimination-dans-la-jurisprudence-de-la-cjue>

⁷⁴ https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Handbook_non_discrim_law_FRA

d'une religion ou de convictions, d'un handicap, d'un âge ou d'une orientation sexuelle donné par rapport à d'autres personnes, à moins que :

i) Cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un objectif légitime et que les moyens de réaliser cet objectif ne soient appropriés et nécessaires »

En outre, aux termes de l'article 4.2 de la directive, « *Les États membres peuvent maintenir dans leur législation nationale en vigueur à la date d'adoption de la présente directive ou prévoir dans une législation future reprenant des pratiques nationales existant à la date d'adoption de la présente directive des dispositions en vertu desquelles, dans le cas des activités professionnelles d'églises et d'autres organisations publiques ou privées dont l'éthique est fondée sur la religion ou les convictions, une différence de traitement fondée sur la religion ou les convictions d'une personne ne constitue pas une discrimination lorsque, par la nature de ces activités ou par le contexte dans lequel elles sont exercées, la religion ou les convictions constituent une exigence professionnelle essentielle, légitime et justifiée eu égard à l'éthique de l'organisation. Cette différence de traitement doit s'exercer dans le respect des dispositions et principes constitutionnels des États membres, ainsi que des principes généraux du droit communautaire, et ne saurait justifier une discrimination fondée sur un autre motif ».*

Cette directive du 27 novembre 2000 a été transposée en droit interne par quatre lois dont deux nous intéressent en l'espèce : la loi 2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations et la loi 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation du droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.

La clause de conscience d'établissement proposée par voie d'amendement a été exclue lors des travaux parlementaires. Cette exclusion constitue une rupture d'égalité devant la loi, par rapport à la législation sur l'interruption volontaire de grossesse, qui prévoit une clause de conscience d'établissement pour les établissements privés depuis 1989. En rejetant ce droit, le législateur contrevient aux obligations qui lui sont désormais imposées par le Conseil constitutionnel au regard de l'article 88-1 de la Constitution.

On rappellera en effet que celui-ci dispose : « *La République participe à l'Union européenne constituée d'États qui ont choisi librement d'exercer en commun certaines de leurs compétences en vertu du traité sur l'Union européenne et du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, tels qu'ils résultent du traité signé à Lisbonne le 13 décembre 2007 ».*

Le Conseil constitutionnel a tiré de cet article 88-1 de la Constitution que : « *La transposition en droit interne d'une directive communautaire résulte d'une exigence constitutionnelle »*. Dans le cadre de l'article 61 de la Constitution, le Conseil constitutionnel contrôle qu'une loi de transposition ne contredit de façon manifeste ni les dispositions ni l'objectif général de la directive qu'elle a pour objet de transposer.

Le Conseil a posé une limite au contrôle de la loi de transposition d'une directive : cette transposition ne saurait aller à l'encontre d'une règle ou d'un principe inhérent à l'identité constitutionnelle de la France, sauf à ce que le constituant y ait consenti. Ainsi a-t-il jugé qu'« *Il appartient au Conseil constitutionnel, saisi dans les conditions prévues par l'article 61 de la Constitution d'une loi ayant pour objet de transposer en droit interne une directive communautaire, de veiller au respect de cette exigence. Toutefois, le contrôle qu'il exerce à cet effet est soumis à une double limite. En premier lieu, la transposition d'une directive ne saurait aller à l'encontre d'une règle ou d'un principe inhérent à l'identité constitutionnelle de la France,*

sauf à ce que le constituant y ait consenti .En second lieu, devant statuer avant la promulgation de la loi dans le délai prévu par l'article 61 de la Constitution, le Conseil constitutionnel ne peut saisir la Cour de justice des Communautés européennes de la question préjudicielle prévue par l'article 234 du traité instituant la Communauté européenne »(2006-540 DC, 27 juillet 2006, cons. 17 à 20, Journal officiel du 3 août 2006, page 11541, texte n° 2, Rec. p. 88) (2006-543 DC, 30 novembre 2006, cons. 4 à 7, Journal officiel du 8 décembre 2006, page 18544, texte n° 2, Rec. p. 120) (2008-564 DC, 19 juin 2008, cons. 42 à 45, Journal officiel du 26 juin 2008, page 10228, texte n° 3, Rec. p. 313) (2014-694 DC, 28 mai 2014, cons. 3 et 4, JORF du 3 juin 2014 page 9208, texte n° 2, Rec. p. 294).

En l'espèce, le refus de mettre en œuvre la directive contrevient à l'exigence posée par l'art 88-1 de la Constitution, sans pouvoir se réclamer de la sauvegarde d'un principe inhérent à l'identité constitutionnelle de la France. C'est d'autant plus contestable que la clause de conscience d'établissement est reconnue aux établissements pratiquant les interruptions volontaires de grossesse⁷⁵.

Comment, d'un côté, mettre en parallèle la législation sur l'interruption volontaire de grossesse avec celle sur l'aide à mourir, comme cela est souvent revenu lors des travaux parlementaires, et, de l'autre, dénier l'application des droits ouverts par la première législation dans la seconde⁷⁶ ?

Article 15

Le I de cet article est relatif notamment au registre des données sur l'application de la loi et aux déclarations des professionnels de santé impliqués dans la procédure. Il est absolument nécessaire que ce registre soit mis en place lors de la promulgation de la loi, sauf à priver de toute transparence l'application de cette dernière.

L'alinéa 8 de cet article relatif aux sanctions disciplinaires susceptibles d'être infligées aux professionnels de santé impliqués dans la procédure d'aide à mourir soulève deux importantes questions.

En effet, cet alinéa méconnaît très clairement l'objectif d'intelligibilité de la loi. Ne peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires que les professionnels de santé organisés en ordre professionnel. Or les auxiliaires médicaux qui participent au collège pluriprofessionnel de l'article 6 ne relèvent pas d'un ordre professionnel. Dès lors ils échappent à toute sanction disciplinaire d'un ordre. En les faisant bénéficier d'une immunité disciplinaire ordinale, le législateur crée une

⁷⁵ Article L 2212-8 code de la santé publique : « *Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. Toutefois ce refus ne peut être opposé par un établissement de santé privé habilité à assurer le service public hospitalier que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.* »

⁷⁶ Cf. par exemple Madame Elise Leboucher, rapporteur du texte à propos du délit d'entrave : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/premiere-seance-du-lundi-12-mai-2025>

rupture d'égalité avec les autres professionnels de santé impliqués dans la procédure soumis aux obligations ordinaires.

Par ailleurs comme on l'a vu, dans une décision du 16 juillet 2025⁷⁷, le Conseil d'Etat a jugé qu'il résultait de la lettre même des dispositions de l'article L.1111-2 du code de la santé publique, qu'il incombe au médecin ou à l'établissement de santé, en cas de litige, d'apporter la preuve que l'information due au patient lui a été délivrée. Ces dispositions ont vocation à s'appliquer dans les litiges relatifs à la responsabilité civile du professionnel de santé ou de l'établissement de santé mais ne trouvent pas à s'appliquer lorsqu'un médecin est poursuivi devant une juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins pour un manquement à ses obligations. Cette incohérence juridique n'est pas sans conséquence au regard du contrôle a posteriori prévu dans cet article. La preuve de l'absence d'information du médecin incomberait dans le cadre d'un contentieux disciplinaire aux tiers dans l'application de la loi sur l'aide à mourir mais ceux-ci, à l'exception de la personne chargée de la mesure de protection, ne peuvent former de recours et la Commission de contrôle et d'évaluation serait dans la même position que la personne chargée de la mesure de protection, en devant administrer la preuve de la défaillance du professionnel de santé. On voit donc que ce contentieux disciplinaire risque de ne pouvoir prospérer en l'état de la législation.

En ne permettant pas de contrôler l'application de la loi de manière satisfaisante, cette rédaction prive de garanties légales les exigences constitutionnelles liées à la dignité et à la sauvegarde de la personne.

Aux termes de l'alinéa 12 (art. L.1111-12-13, III) , seuls les médecins membres de la commission de contrôle et d'évaluation auront accès au dossier médical de la personne décédée. On a vu que le médecin consultant dans le collège pluriprofessionnel à l'article 6, alinéa 16 n'avait pas accès à ce document. Les médecins membres de la commission d'évaluation et de contrôle sont au nombre de deux. Limiter ce pouvoir aux seuls médecins crée une inégalité de traitement entre les membres de la commission et soulève des interrogations sur la fonction réelle des membres non- médecins de la commission.

Le secret médical est consacré par l'article L.1110-4 du code de la santé publique⁷⁸. Il est à la fois d'intérêt privé, puisque le médecin doit protéger l'intimité de la personne qui se confie à lui, et d'intérêt public car c'est une condition nécessaire à l'exercice de la médecine, comme le relève le code de déontologie médicale.

Mais il revêt un aspect public encore plus prononcé avec cette commission de contrôle et d'évaluation, puisque c'est un des éléments centraux pour s'assurer du respect des règles, notamment de procédure, fixées par la loi.

Le commentaire du code de déontologie médicale sur ce sujet est ainsi rédigé : « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* ». Dans le droit actuel, le secret médical souffre d'exceptions. Il ne

⁷⁷ <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2025-07-16/496215>

⁷⁸ « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

peut être opposé aux ayants droit qui demandent la cause de la mort. En l'espèce dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, qui constitue une procédure dérogatoire au droit commun, le secret médical pourra leur être opposé ainsi qu'aux membres non médecins de la commission.

Par conséquent, en restreignant l'accès au dossier médical aux seuls médecins, la rédaction adoptée limite considérablement l'information de la commission susceptible de saisir le parquet. Cet obstacle s'ajoute à l'absence de droit de recours pour les tiers en vertu de l'article 12 de la loi adoptée. La limitation de l'accès au dossier médical prive de garanties légales le dispositif de contrôle. Si l'on dresse un parallèle avec l'accès aux documents administratifs, on rappellera que le Conseil constitutionnel considère qu'il est loisible au législateur d'apporter à ce droit des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi. (2017-655 QPC, 15 septembre 2017, paragr. 4, JORF n°0218 du 17 septembre 2017 texte n° 23). En l'espèce la disproportion est patente, s'agissant de liberté personnelle ainsi que de la vie et de la mort.

L'alinéa 13 (art. L.1111-12-13, IV) renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de définir les règles de fonctionnement et la composition de contrôle et d'évaluation. S'agissant de vie et de liberté personnelle et de la nature des fonctions de cette mission portant sur le contrôle de la législation sur l'aide à mourir, ces règles constituent des garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, qui relèvent de la loi en vertu de l'article 34 de la Constitution. Par suite, ces dispositions ont un caractère législatif, comme l'a jugé le Conseil constitutionnel à propos de la Commission nationale consultative de prévention des violences lors des manifestations sportives (2019 -283 L 28 novembre 2019). Le législateur a d'autant plus méconnu sa compétence en l'espèce que le nombre de membres de cette commission n'est pas fixé par l'article 15 de la loi.

Article 18

Cet article organise la prise en charge par la sécurité sociale des frais de l'aide à mourir.

Il participe de l'inintelligibilité de la loi. En effet aux termes de l'article L. 111-12-1 du code de sécurité sociale, « *La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale* ». Sachant que l'aide à mourir peut être mise en œuvre à la suite d'un refus de traitement (article 4, alinéa 8), la prise en charge de l'aide à mourir au titre des dépenses de santé est porteuse d'incohérence et d'inintelligibilité.

Les frais de l'aide à mourir ne correspondent pas aux critères des actes médicaux de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, à savoir la prévention, l'investigation et les traitements et ne se rattachent pas à la maladie mais s'expliquent par l'administration d'un geste létal. Cette prise en charge contrevient dès lors à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946, selon lequel « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* », consacré par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 90-283 DC « Loi relative à la lutte contre le tabagisme et

l'alcoolisme » du 8 janvier 1991(90-283 DC, 8 janvier 1991, *Journal officiel* du 10 janvier 1991, page 524, Rec. p. 11). Ces dépenses ne doivent donc pas être prises en charge par la sécurité sociale.

Article 19

Cet article a pour effet de neutraliser l'effet du recours à l'aide à mourir sur les contrats d'assurance décès souscrits par les défunts à la suite d'une mise en œuvre de la procédure d'aide à mourir. Cette neutralisation crée un régime dérogatoire au droit commun dans le code des assurances et le code de la mutualité. Ces règles aboutissent à opérer une distinction entre les contrats qui relèvent de l'article 19 de la loi votée et les contrats qui opposent une clause d'exclusion pour les souscripteurs, avant qu'ils n'aient recours au suicide avec des clauses temporaires ou définitives.

L'étude d'impact sur le projet de loi n° 2462 ne contenait aucune donnée statistique sur le nombre de personnes concernées par ce dispositif. Si l'on transpose à la réalité française la proportion des décès résultant de l'aide médicale à mourir au Québec, soit 8% des décès, on pourrait possiblement atteindre un chiffre annuel d'environ 50 000 décès par aide à mourir en France.

Ce double régime d'assurance décès, qui désavantage les bénéficiaires d'assurance décès à la suite d'un suicide par rapport aux bénéficiaires d'assurance décès à la suite d'un suicide assisté ou d'une euthanasie soulève un problème de constitutionnalité au regard de l'égalité devant la loi.

Le CCNE, en annexe à son avis 139, affirmait qu'*« Il est loin d'être clair que les individus qui choisissent le suicide médicalement assisté soient dans une position fondamentalement différente de ceux qui décident de se suicider. Les différents arguments avancés pour établir une différence entre le suicide médicalement assisté et les autres formes de suicide, comme la capacité à réaliser un choix éclairé, l'existence d'un support familial, les différences en termes de souffrance ou de raisons de vouloir se donner la mort ou encore d'espérance, ne permettent pas de conclure de manière claire et précise à une différence fondamentale entre les deux »*⁷⁹.

Dans l'arrêt *Pretty* du 29 avril 2002⁸⁰, la Cour européenne des droits de l'homme a considéré que, sous l'angle de l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui proscriit les discriminations, il existe des raisons convaincantes de ne pas chercher à distinguer entre les personnes qui sont en mesure de se suicider sans aide et celles qui en sont incapables : *« La frontière entre les deux catégories est souvent très étroite, et tenter d'inscrire dans la loi une exception pour les personnes jugées ne pas être à même de se suicider ébranlerait sérieusement*

⁷⁹ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite>

⁸⁰ <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%5B%22002-5381%22%5D%7D>

la protection de la vie que la législation a entendu consacrer et augmenterait de manière significative le risque d'abus »⁸¹.

Le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit (2009-578 DC, 18 mars 2009, cons. 19, *Journal officiel* du 27 mars 2009, page 5445, texte n° 2, Rec. p. 73). Mais où est la différence de situation pertinente, où est l'intérêt général dans des contextes qui, comme cela a été soutenu tout au long des débats, sont d'ordre pareillement intimes, obéissent à la seule autodétermination individuelle et ne retirent aucun droit à nos concitoyens ⁸²?

L'article 19 porte donc une atteinte injustifiée au principe d'égalité.

⁸¹ <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cedh-29-avril-2002-pretty-c-royaume-uni-affaire-numero-234602/>

⁸² Cf. par exemple Mme Sophie Errante : « C'est la République de tous les citoyens, qui donne des droits nouveaux aux uns, sans en enlever aux autres. » <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/premiere-seance-du-lundi-12-mai-2025>

Liste des députés signataires par ordre alphabétique :

ALFANDARI Henri
BARNIER Michel
BAZIN-MALGRAS Valérie
BAZIN Thibault
BERRIOS Sylvain
BESSE Véronique
BLANCHARD Benoît
BLIN Anne-Laure
BONNET Sylvie
BONNIVARD Emilie
BONY Jean-Yves
BOURGEAUX Jean-Luc
BRARD Jean-Michel
BRETON Xavier
BRIGAND Hubert
BROCARD Blandine
CECCOLI François-Xavier
CHAZE Cendrine
CORDIER Pierre
CORNELOUP Josiane
DALLOZ Marie-Christine
DAUBIE Romain
DE COURSON Charles
DE MAISTRE Elisabeth
DIVE Julien
DUBY-MULLER Virginie
DUPARAY Lionel
FAIT Philippe
GERNIGON François
GOSSELIN Philippe
GRELIER Jean-Carles
GRUET Justine
HERBILLON Michel
HETZEL Patrick
HUYGHE Sébastien
JOSSO Sandrine
JUVIN Philippe
LAM Thomas
LE FUR Corentin
LE GRIP Constance
MANDON Emmanuel
MARTIN Alexandra
MILLER Laure
MINARD Christelle
MISSOFFE Joséphine

NEUDER Yannick
OLIVE Karl
PAUGET Eric
PETIT Maud
PORTIER Alexandre
POTIER Dominique
RAY Nicolas
REY-RINCHET Emeline
RODWELL Charles
ROLLAND Vincent
SCHELLENBERGER Raphaël
SITZENSTUHL Charles
TABAROT Michèle
THIERIOT Jean-Louis
TRYZNA Nicolas
VERMOREL-MARQUES Antoine
VIDAL Annie
VIGIER Jean-Pierre
WAUQUIEZ Laurent