

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 17 juillet 2026

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



GROUPE
LES REPUBLICAINS

Le Président

Monsieur Richard FERRAND
Président
Conseil Constitutionnel
2 rue de Montpensier
75001 PARIS

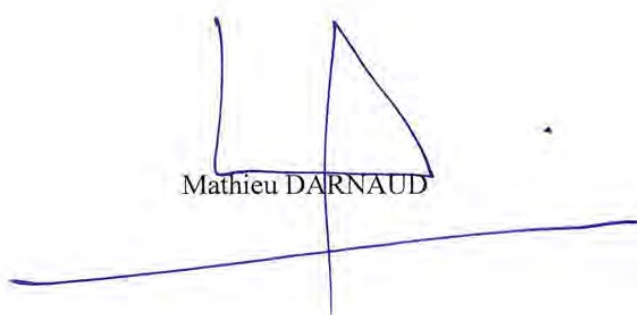
Paris, le 17 JUIL. 2026

Monsieur le Président,

En application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, j'ai l'honneur, avec plus de soixante de mes collègues, de demander au Conseil Constitutionnel de se prononcer sur la conformité de la loi relative au droit à l'aide à mourir.

A cet effet, vous voudrez bien trouver, ci-joint, la liste des signataires de cette demande, ainsi qu'un mémoire reprenant les motifs développés par les auteurs de cette saisine.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.


Mathieu DARNAUD

En application de l'article 61, alinéa de la Constitution, les sénateurs soussignés défèrent au Conseil constitutionnel la loi relative au droit à l'aide à mourir dans tous ses éléments, pour violation de la Constitution. Ils demandent au Conseil constitutionnel que cette loi soit déclarée contraire à la Constitution en reconnaissant le bien-fondé de l'argumentation développée dans la présente saisine et soulève au besoin d'office tout moyen d'inconstitutionnalité ou toute disposition de la loi, article, alinéa ou paragraphe de la loi dont il appréciera la constitutionnalité.

[Les références aux articles du texte de loi renvoient à la version du texte issu du vote de l'Assemblée nationale du 30 juin 2026, n° 323 dite "Petite loi"].

Plus spécialement, les sénateurs soussignés contestent la constitutionnalité des articles 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, [17], 18, 19 et 19 bis.

Sur l'article 2 de la loi.

L'article 2 de la loi relative au droit à l'aide à mourir crée un article L. 1111-12-1 dans le code de la santé publique définissant le droit à l'aide à mourir et exonérant de leur responsabilité pénale les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir.

L'article 2 définit d'abord, dans le I. de l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique, l'aide au droit à mourir comme « le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier ».

Cette définition n'en est pas une. Elle ne nomme pas les choses en ce qu'elle ne définit aucunement la nature même des actes accomplis par ce « droit à l'aide à mourir », comme les débats parlementaires l'ont montré largement. On peut d'ailleurs s'interroger sur l'existence même d'un « droit » pour des actes qui ne sont pas précisément définis par leur nom, alors qu'à l'évidence, ce « droit à l'aide à mourir » définit en réalité d'une part le suicide assisté en utilisant la formule « demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée [...] afin qu'elle se l'administre », d'autre part l'euthanasie, c'est-à-dire le fait de donner la mort à une personne par un procédé létal, en utilisant la périphrase « ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier ».

L'utilisation de ces périphrases montre combien la réalité de l'article 2 est masquée par cette rédaction non signifiante. En ce sens, l'absence de définition claire des actes de suicide assisté et d'euthanasie est contraire à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité du droit, reconnu par le Conseil constitutionnel. Comme le rappelle le Conseil constitutionnel, « *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 des droits de l'homme et du citoyen de 1789, impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques. Il doit en effet 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* » (n° 2014-694 DC, 28 mai 2014, § 7 ; n° 2011-644 DC, 28 décembre 2011, § 16).

Dans l'article 2 de la loi contestée, les formules employées sont éminemment équivoques en ce qu'elles ne définissent aucunement les actes accomplis par un médecin ou un infirmier comme une euthanasie ou un suicide assisté mais utilisent des formules indirectes comme « recourir à une substance létale » ou encore que la personne « se fasse administrer [le produit létal] par un médecin ou par un

infirmier ». La loi cache la réalité des actes ainsi accomplis ce qui rend le texte au moins équivoque, au sens où l'entend le Conseil constitutionnel, au pire imprécis en ce que les actes, ainsi indéfinis, ne manifestent pas une réalité claire et compréhensible par tous. Cette absence de définition claire conduit à la possibilité pour le personnel médical ou infirmier de procéder à des actes qui ne sont pas clairement définis, comme l'administration d'une substance qui, sans être volontairement létale, conduirait en réalité à la mort de la personne ou l'administration de substances qui pourraient ne pas être létales.

La conséquence de cette imprécision conduit à reporter sur le personnel médical ou infirmier la qualification des actes accomplis dont ils seraient ainsi les prescripteurs, sans que le cadre légal de l'acte d'euthanasie ou de suicide assisté soit nettement définis dans la loi. De même, en cas de contentieux contestant la réalité de l'acte accompli par le personnel de santé, le juge ne pourrait pas clairement qualifier l'acte accompli en l'absence de définition législative nette.

En conséquence, l'imprécision des termes employés par l'article 2 et l'absence de définition claire de cette "aide à mourir", c'est-à-dire sans définir clairement que cette "aide à mourir" est en réalité soit une euthanasie, soit un suicide assisté, porte atteinte à l'intelligibilité de la loi, objectif de valeur constitutionnelle reconnu par le Conseil constitutionnel.

Le II. de l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique, créé par la loi à son article 2, énonce que « les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal ».

L'article 122-4 du code pénal énonce que « n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives et réglementaires. / n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal ».

Cette disposition a pour objet d'éviter la contradiction entre des normes législatives. En l'espèce, cette disposition trouverait son application en ce qu'elle exonérerait les personnes pratiquant « l'aide à mourir » des crimes et délits de meurtre, d'empoisonnement, de provocation au suicide, d'abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril.

Or, le droit pénal français actuel continue à édicter plusieurs incriminations qui représentent autant d'interdictions d'accomplir des faits qui seraient constitutifs d'euthanasie ou d'aide au suicide.

I. Rappel du droit pénal français.

1. D'abord, le droit pénal réprime et donc interdit, d'une façon générale le meurtre, et d'une façon plus particulière l'empoisonnement.

Le meurtre est le fait de donner volontairement la mort à autrui. L'article 221-1 du code pénal en fait un crime, puni de trente ans de réclusion (article 221-1 du code pénal : « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle »). Aucune exception n'est prévue pour le cas où la personne demanderait qu'on lui donne la mort : il n'y a pas d'exception d'euthanasie.

L'empoisonnement est le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort. L'article 221-5 du code pénal en fait là aussi un crime, puni de trente ans de réclusion.

Dans les deux cas, la répression est encore aggravée lorsque le crime de meurtre ou d'empoisonnement est accompli dans certaines circonstances définies par la loi, et spécialement dans le cas où il est commis « sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou

connue de son auteur » (article 221-4, 3° et 221-5 du code pénal). La peine encourue est alors la réclusion criminelle à perpétuité.

2. Ensuite, le droit français réprime la *provocation au suicide*.

Il le fait depuis la loi du 31 décembre 1987 qui avait été adoptée à la suite de l'émotion suscitée par la publication quelques années auparavant d'un livre intitulé *Suicide, mode d'emploi*. Depuis lors, l'article 223-13 du code pénal en fait un délit : « Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide. / Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans ».

En outre l'article 223-14 du même code punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende « la propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort ».

3. Enfin le droit pénal punit l'*abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril*.

Aux termes de l'article 223-6 du code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. / Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. / Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans ».

C'est cette infraction qui a été retenue contre l'auteur du livre *Suicide, mode d'emploi* qui, consulté par une personne désireuse de se donner la mort, s'était abstenu soit d'user de l'influence qu'il pouvait avoir pour la dissuader, soit d'alerter une association de prévention, et avait fourni au désespéré les renseignements demandés sur la dose mortelle d'un médicament cité dans le livre (Cass. crim., 26 avr. 1988 : D. 1988, p. 479, note H. Fenaux).

Elle l'a été également à l'encontre de surveillants d'une prison qui s'étaient contentés d'observer un détenu suicidaire sans intervenir, alors qu'ils ne pouvaient qu'avoir conscience du péril grave, réel et imminent encouru par ce détenu (Cass. crim., 9 sept. 2015, n°14-83.725).

Une aide au suicide entre *a fortiori* dans cette incrimination.

On constate donc une large incohérence du droit français entre la loi sur le « droit à l'aide à mourir » et les dispositions incriminant des actes destinés à donner à la mort ou à éviter qu'elle se produise. L'article 122-4 du code pénal ne permet, d'un seul coup, de distinguer les deux types d'actes, entre ceux résultant de la loi « droit à l'aide à mourir » et ceux constituant des incriminations pénales. Il sera souvent très difficile tant pour l'autorité administrative, dans un hôpital ou un établissement de santé, que pour le juge s'il est saisi à la suite d'un acte d'euthanasie ou de suicide assisté, de faire la différence entre les deux. De ce point de vue encore, la loi contrevient à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité du droit, reconnu par le Conseil constitutionnel. Pour cette raison encore, l'article 2 de la loi doit être déclaré contraire à la Constitution.

L'avis du Conseil d'Etat rendu en 2024 sur le projet de loi « relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie » présente une analyse de l'expression de « l'aide à mourir » : « Le projet de loi porte sur la fin de vie de personnes atteintes de maladies graves et incurables et dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Il a pour objet principal de créer une « aide à mourir » entendue comme la légalisation, sous certaines conditions, de l'assistance au suicide et, dans l'hypothèse où la

personne n'est pas en mesure physiquement de s'administrer elle-même la substance létale, de l'euthanasie à la demande de cette personne ». La rédaction de l'avis du Conseil d'Etat démontre justement que l'expression « aide active à mourir » n'est pas intelligible puisqu'elle a donné lieu dans cet avis au renvoi aux expressions exactes d'euthanasie et d'assistance au suicide.

Par l'absence de définition claire de ce qu'est « l'aide à mourir », par ses conséquences indéterminées et générales, par la gravité des conséquences provoquées par la loi, l'article 2 de la loi contestée doit être déclaré contraire à la Constitution comme étant contraire à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi. On soutient que l'imprécision de cette définition légale a une conséquence générale sur l'ensemble de la loi et doit conduire le Conseil constitutionnel à déclarer l'article 2 de la loi inséparable de l'ensemble de la loi, en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 modifiée portant loi organique sur le Conseil constitutionnel et donc à déclarer l'ensemble de la loi contraire à la Constitution.

II. Sur la méconnaissance du principe de dignité de la personne humaine dans les principes de l'article 2 de la loi.

Selon le Préambule de 1946, alinéa 1^{er} : « Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés [...] ». Le Conseil constitutionnel s'est appuyé sur ce fondement pour consacrer le principe à valeur constitutionnelle de « sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation » (n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 2).

1. Rappel sur les principes applicables en matière de dignité.

La dignité humaine est première, car elle est « inhérente à tous les membres de la famille humaine » (Déclaration universelle des droits de l'homme). En conséquence, les « droits découlent de la dignité inhérente à la personne humaine » (Pacte relatif aux droits civils et politiques et Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. 1966). De même, les « libertés et droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels et autres [...] découlent tous de la dignité inhérente à la personne humaine et [...] sont essentiels à son épanouissement libre et intégral » (Acte final de la Conférence d'Helsinki sur la Sécurité et la Coopération en Europe, signé en 1975). Il en résulte que la dignité est universelle et inaliénable. Elle est indépendante de l'état de santé et de la volonté de la personne, et fonde le principe d'indisponibilité du corps humain. La dignité oblige chacun à respecter, en lui-même et en chacun, la dignité humaine qu'il a reçue et partage avec le reste de l'humanité. Cette dignité commune est la source de la fraternité, de nos devoirs, droits et libertés.

2. La primauté de la dignité sur la liberté.

Le Conseil constitutionnel a considéré qu'il est conforme à la Constitution de réprimer généralement « tout recours à la prostitution, y compris lorsque les actes sexuels se présentent comme accomplis librement entre adultes consentants dans un espace privé » (déc. n° 2018-761 QPC, 1er février 2019, § 12). Cette répression se justifie par le fait que le législateur « a considéré que, dans leur très grande majorité, les personnes qui se livrent à la prostitution sont victimes du proxénétisme et de la traite et que ces infractions sont rendues possibles par l'existence d'une demande de relations sexuelles tarifées » (§ 12). Le Conseil constitutionnel a considéré que, par ce raisonnement, le législateur avait « assuré une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre, d'une part, l'objectif de valeur constitutionnelle de sauvegarde de l'ordre public et de prévention des infractions et la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et, d'autre part, la liberté personnelle » (§ 13). Autrement dit, le Conseil constitutionnel a accepté que la dignité prime la liberté.

3. Le respect de la dignité inclut le respect de la vie humaine.

Le Conseil constitutionnel a considéré que les principes de la loi de bioéthique qui « tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine » sont notamment « la primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, l'inviolabilité [et] l'intégrité [...] du corps humain » (déc. n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 18).

Ces principes ont une dimension objective. La dignité et les principes qui en découlent ne peuvent pas être réduits à la liberté et à l'autonomie individuelle. La liberté individuelle doit être conciliée avec la dignité, de manière équilibrée (déc. n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 3 ; déc. n° 2001-446 DC, 27 juin 2001, cons. 5), donc liberté et dignité ne sont pas des principes qui se confondent.

L'application de la dignité dans certains domaines témoigne également de son aspect objectif, distinct de la liberté individuelle. Ainsi, en se fondant sur la dignité, le Conseil constitutionnel a érigé en objectif de valeur constitutionnelle « la possibilité pour toute personne de disposer d'un logement décent » (déc. n° 2011-169 QPC, 30 septembre 2011, cons. 4 et 5). Or, la décence du logement, appréciée objectivement, implique que certains droits et libertés (ex : propriété privée) soient restreints.

Par ailleurs, lorsque le législateur vise à lutter contre des « activités criminelles fondées sur la contrainte et l'asservissement de l'être humain », le Conseil constitutionnel note qu'il a ainsi « entendu assurer la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre ces formes d'asservissement », sans faire référence à la liberté (déc. n° 2018-761 QPC, 1er février 2019, § 11). La dignité apparaît ainsi non comme réductible à la liberté, mais comme un préalable à celle-ci.

C'est par respect pour la dignité humaine qu'a été posé l'interdit de porter atteinte à la vie d'une personne innocente, quel que soit son état de santé, et ce même avec son consentement.

L'interdit de l'euthanasie est solidement ancré dans le droit pénal et a été rappelé à de nombreuses reprises. Ainsi, la Convention européenne des droits de l'homme pose le principe de l'interdiction « d'infliger la mort à quiconque intentionnellement » en son article 2. En France, l'Académie des sciences morales et politiques a adopté, le 14 novembre 1949, une déclaration rejetant « formellement toutes les méthodes ayant pour dessein de provoquer la mort de sujets estimés monstrueux, malformés, déficients ou incurables », considérant que « l'euthanasie et, d'une façon générale, toutes les méthodes qui ont pour effet de provoquer par compassion, chez les moribonds, une mort « douce et tranquille », doivent être également écartées », sans quoi, le médecin s'octroierait « une sorte de souveraineté sur la vie et la mort » (Revue des Travaux de l'Académie des Sciences morales et politiques, procès-verbaux, 1949/2, p. 258). Cette déclaration fut signée, entre autres, par René Cassin. Plus récemment, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe déclarait en 1976 que le médecin « n'a pas le droit, même dans les cas qui lui semblent désespérés, de hâter intentionnellement le processus naturel de la mort » (Recommandation 779 (1976), Droits des malades et des mourants, § 7). Elle a renouvelé cette recommandation en 1999 (APCE, Recommandation 1418 (1999), Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants) puis en 2012, affirmant que « L'euthanasie, au sens de tuer intentionnellement, par action ou par omission, une personne dépendante, dans l'intérêt allégué de celle-ci, doit toujours être interdite. » (APCE, Résolution 1859 (2012), Protéger les droits humains et la dignité de la personne en tenant compte des souhaits précédemment exprimés par les patients).

4. La personne âgée, malade ou handicapée est titulaire de la dignité.

Le principe suivant lequel “La personne malade a droit au respect de sa dignité” est placé en tête du Code de la santé publique, à l’article L. 1110-2.

Concernant l’embryon, le Conseil constitutionnel a constaté que le législateur a considéré que « le principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie » n’était pas applicable aux embryons (déc. n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 9). Il a fait ce même constat concernant le principe d’égalité. Or, il n’appartient pas au Conseil constitutionnel « de remettre en cause » cette appréciation, n’ayant pas « un pouvoir d’appréciation et de décision identique à celui du Parlement » (déc. n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 10).

Concernant la personne âgée, malade ou handicapée, le législateur ne conteste pas sa dignité. La personne éligible à l’aide à mourir a la même dignité et les mêmes droits qu’une personne non éligible. Le principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie est donc applicable.

Par ailleurs, concernant le « pouvoir d’appréciation et de décision » du Conseil constitutionnel par rapport à celui du Parlement, le Conseil constitutionnel note en particulier le fait que la bioéthique est un domaine où il s’agit de s’adapter à « l’état des connaissances et des techniques » (déc. n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 10). Or, en matière de fin de vie, les connaissances et techniques n’ont jamais prétendu remettre en cause la dignité ou la valeur de la vie d’une personne âgée, malade ou handicapée.

En outre, si « [...] Le respect dû à la dignité de la personne humaine ne cesse pas avec la mort » (déc. n° 2024-1110 QPC, 31 octobre 2024, § 4), *a fortiori*, il ne cesse pas avec la maladie, l’âge ou le handicap.

Enfin, le Conseil constitutionnel a déjà appliqué le principe de dignité au cas du « patient hors d’état d’exprimer sa volonté à arrêter ou à ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l’obstination déraisonnable, les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (déc. n° 2017-632 QPC, 2 juin 2017, § 9).

5. L’interprétation de l’alinéa 1^{er} du Préambule de 1946

En consacrant le principe de dignité de la personne humaine, le Conseil constitutionnel a limité son pouvoir d’appréciation en la matière, renvoyant la responsabilité principale au législateur (voir 1.3). Le pouvoir du Conseil constitutionnel n’est pas « un pouvoir général d’appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement » (déc. n° 2017-632 QPC, 2 juin 2017, § 9).

Pour autant, il a fait découler la dignité de la première phrase de l’alinéa 1^{er} du Préambule de 1946, et non d’une autre disposition constitutionnelle.

Or, cela n’était pas une évidence. D’une part, le Conseil constitutionnel aurait pu trouver d’autres fondements constitutionnels. D’autre part le principe de dignité, explicitement énoncé dans le projet de Constitution du 19 avril 1946 – non ratifié – n’a pas été repris par le constituant dans la Constitution du 27 octobre 1946.

L’interprétation du principe de dignité par le Conseil constitutionnel tient compte de la différence entre son affirmation dans le projet de Constitution du 19 avril 1946 et sa présence implicite dans la Constitution du 27 octobre 1946. Comme l’explique Louis Favoreu en matière de bioéthique, « il est possible de considérer que le principe énoncé [de la dignité] n’est pas méconnu parce que l’embryon n’est pas un « enfant », le Conseil constitutionnel tenant compte du fait qu’à la différence du projet de Préambule d’avril 1946 le texte adopté en octobre 1946, n’assure pas une protection dès la conception. Dans le prolongement, et s’agissant des embryons fécondés in vitro, le législateur a pu, sans méconnaître la Constitution, ne pas considérer que devait être assurée la conservation, en toutes

circonstances et pour une durée indéterminée, de tous les embryons déjà formés en estimant que le principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie ne leur était pas applicable (n° 94-343/344 DC) » (L. Favoreu et al., *Les grandes décisions du Conseil constitutionnel*, 19e éd., Dalloz, 2018, p. 201).

Par ce choix du Conseil constitutionnel de donner au principe de dignité un tel fondement constitutionnel, la dignité est affirmée plus spécifiquement dans le contexte du « lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d’asservir et de dégrader la personne humaine ». Le Conseil constitutionnel a donc lié le principe de dignité aux origines de son affirmation juridique, après la Seconde Guerre mondiale, au niveau national, européen et international. Historiquement, la dignité a pu en effet s’affirmer par la victoire contre des régimes totalitaires, en particulier le régime nazi, s’étant distingué notamment par l’euthanasie. La dignité est affirmée en réaction à ce type de pratiques, attentatoires à la personne humaine (voir à ce sujet : X. Bioy, « Le concept de dignité » in L. Burgorgue-Larsen (dir.), *La dignité saisie par les juges en Europe*, Bruylant, 2010, pp. 30-31).

Pour cette raison, la dignité est reconnue comme objective dans le droit constitutionnel de plusieurs pays européens (L. Heuschling, « La dignité de l’être humain dans la jurisprudence constitutionnelle allemande » et F. Martucci, « La dignité dans la jurisprudence de la cour constitutionnelle italienne » in L. Burgorgue-Larsen (dir.), *op. cit.*, respectivement pp. 115, 117, 119, 123 et pp. 164-165).

Le principe de dignité a ainsi un écho particulier lorsqu’il s’agit de s’opposer à des pratiques caractéristiques de régimes totalitaires. À titre d’illustration, le Conseil constitutionnel a invoqué ce principe de dignité pour les peines privatives de liberté, connues pour être arbitraires et inhumaines dans les régimes cités à l’alinéa 1^{er} du Préambule de 1946. Ainsi, il appartient au législateur de « déterminer les conditions et les modalités d’exécution des peines privatives de liberté dans le respect de la dignité de la personne », celle-ci excluant en particulier « toute forme d’asservissement et de dégradation » (déc. n° 2009-593 DC, cons. 3).

6. Le Conseil constitutionnel tient compte de l’interprétation de la dignité par le législateur.

Le Conseil constitutionnel ayant limité son pouvoir d’appréciation sur la dignité, renvoyant la responsabilité principale au législateur (voir 1.3), il s’agit pour le Conseil constitutionnel de tirer les conséquences de l’interprétation par le législateur de la notion de dignité.

Certes, il est regrettable que le législateur ne semble pas s’appuyer sur une vision d’ensemble du caractère matriciel de la dignité de la personne humaine (N. Hutten, « L’instrumentalisation de la dignité humaine dans le droit contemporain » in B. Dumont, M. Ayuso et D. Castellano (dir.), *La dignité humaine, heurs et malheurs d’un concept maltraité*, éd. Pierre-Guillaume de Roux, 2020, p. 178).

Mais les références existantes à la dignité nous indiquent que celle-ci est directement liée au respect de la vie, d’une part, et à la protection des plus vulnérables, d’autre part.

Ainsi, l’article 16 du Code civil indique que « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l’être humain dès le commencement de sa vie ».

Parmi les atteintes à la dignité au sein du Code pénal (titre II, chapitre V), sont cités :

- les discriminations opérées entre les personnes physiques sur le fondement de [...] de leur perte d’autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques (article 225-1) ;
- la traite des êtres humains notamment dans la circonstance de l’abus d’une situation de vulnérabilité d’une personne due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience

physique ou psychique ou à un état de grossesse, apparente ou connue de son auteur (article 225-4-1) ; à noter que cette infraction a pour circonstance aggravante le fait qu'elle soit commise « dans des circonstances qui exposent directement la personne à l'égard de laquelle l'infraction est commise à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente » (article 225-4-2).

- « lorsqu'il est commis en récidive dans les conditions prévues au second alinéa de l'article 132-11, le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution [...] », avec des peines plus fortes « lorsque cette personne est mineure ou présente une particulière vulnérabilité, apparente ou connue de son auteur, due à une maladie, à une infirmité, à un handicap ou à un état de grossesse » (article 225-12-1) ou « lorsque l'auteur des faits a délibérément ou par imprudence mis la vie de la personne en danger ou a commis contre elle des violences. » (article 225-12-2) ;
- « le fait de soumettre une personne, dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine » (article 225-14) ;
- le bizutage (article 225-16-1), en particulier sur les personnes d'une particulière vulnérabilité (article 225-16-2).

Comme le résume le professeur Xavier Bioy, s'agissant du champ d'application de la dignité, « Le maître mot est ici celui de vulnérabilité. La dignité prohibe en effet les abus commis dans le cadre de situations qui permettent d'instrumentaliser la personne » (X. Bioy, « Dignité de la personne humaine – principe d'égalité – liberté personnelle – droit à une vie familiale normale – embryon humain – bioéthique – santé » in X. Dupré de Boulois (coord.), *Les grands arrêts du droit des libertés fondamentales*, Dalloz, 2e éd., 2019, p. 369).

Il explique encore : « La primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain ainsi que l'intégrité de l'espèce humaine forment une suite de principes de valeur législative dont le respect assure celui de la dignité humaine elle-même. La doctrine les considère donc parfois comme « quasi-constitutionnels » (*Ibid.*, p. 372).

Si la loi sur l'aide à mourir était compatible avec la dignité, il ne sera pas aisé d'identifier l'impact réel, la valeur ajoutée, de cette « dignité ».

III. La contrariété de l'article 2 avec le principe constitutionnel de dignité.

En application des principes rappelés ci-dessus, l'aide à mourir peut être considérée comme contraire à la dignité, quelles que soient les circonstances.

À titre subsidiaire, les conditions de l'aide à mourir doivent permettre de concilier la dignité et la liberté individuelle. Par exemple, concernant les fouilles de détenus, le Conseil constitutionnel a considéré que « les fouilles intégrales, exclusives de toutes investigations corporelles internes, doivent s'effectuer dans des conditions qui ne soient pas, par elles-mêmes, attentatoires à la dignité de la personne » (déc. n° 2025-885 DC, 12 juin 2025, § 551).

L'atteinte à la dignité prévue par l'aide à mourir n'est pas exceptionnelle et soumise à de solides garanties. Pour que la conciliation entre la dignité et la liberté individuelle soit équilibrée, le Conseil constitutionnel a pu prendre en compte l'aspect « exceptionnel » de l'atteinte à la dignité (déc. n° 94-343-344 DC, 27 juillet 1994, cons. 6).

De même, concernant les fouilles intégrales de détenus le Conseil constitutionnel a considéré que « les dispositions contestées doivent être interprétées comme ne permettant la réalisation de fouilles

intégrales que dans les cas où la surveillance de la visite par un agent de l'administration pénitentiaire a été empêchée par des circonstances particulières tenant à l'intimité de la personne détenue, à la nécessité de préserver la confidentialité de ses échanges ou à des difficultés exceptionnelles d'organisation du service pénitentiaire » (déc. n° 2025-885 DC, 12 juin 2025, § 553). Le Conseil constitutionnel précise également qu'il « appartient à l'administration de prévoir des assouplissements du régime de fouilles pour tenir compte, notamment, de l'état de santé ou de vulnérabilité de la personne détenue, ainsi que de la qualité particulière de la personne avec laquelle le contact physique a lieu » (déc. n° 2025-885 DC, 12 juin 2025, § 554). Les réserves d'interprétation énoncées par le Conseil constitutionnel permettent donc de s'assurer que les atteintes à la dignité tolérées par le législateur soient interprétées strictement, afin de rester exceptionnelles.

Concernant la recherche sur l'embryon, le Conseil constitutionnel a été attentif à l'existence de « garanties effectives » entourant la délivrance des autorisations de recherches (déc. n° 2013-674 DC, 1^{er} août 2013, § 17). Ces garanties incluent notamment la finalité médicale de la recherche (§ 16).

Pour l'ensemble de ces raisons, l'article 2 de la loi doit être déclaré contraire à la Constitution.

Sur l'article 3 de la loi.

L'article 3 de la loi énonce que « Le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues à la section 2 *bis* du chapitre Ier du présent titre et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide ».

Or, l'article L. 1110-5 du code de la santé publique pose les principes généraux des actes de soin et de protection des malades en énonçant que « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre. / Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ».

Ce texte pose donc le principe que tout malade a droit à recevoir des soins et des traitements appropriés sans que ces traitements lui fassent courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

L'article 3 de la loi, en faisant entrer l'aide à mourir dans la qualification des soins et traitements modifie profondément le sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique alors que l'ensemble des débats parlementaires a souligné justement que l'aide à mourir ne peut pas être qualifiée de « soin » ou de « traitement ». Le texte n'emploie d'ailleurs pas une seule fois le terme de « soin » pour désigner l'acte conduisant à l'aide à mourir. Le recours au terme « traitement » n'est effectué que pour signifier que les traitements sont arrêtés ou pour signifier que la souffrance leur est réfractaire.

De ce point de vue encore l'article 3 de la loi complétant l'article L. 1110-5 du code de la santé publique et utilisant la rédaction « ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir » **est contraire à la Constitution, par absence d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi, en ce qu'il**

introduit une grave confusion sur la notion de soin et de traitement. En aucun cas, “l’aide à mourir” ne peut être qualifiée de soin et ne peut entrer dans la définition des soins et traitements.

Sur l’article 4 de la loi.

L’article 4 de la loi définit les “conditions d’accès” à l’aide à mourir. Ces conditions sont inscrites à l’article L. 1111-12-2 du code de la santé publique, selon les critères suivants :

« Art. L. 1111-12-2. – Pour accéder à l’aide à mourir, une personne doit remplir toutes les conditions suivantes :

« 1° Être âgée d’au moins dix-huit ans ;

« 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;

« 3° Être atteinte d’une affection grave et incurable, quelle qu’en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l’entrée dans un processus irréversible marqué par l’aggravation de l’état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale;

« 4° Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d’arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l’aide à mourir ;

« 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

L’article 4 de la loi, en fixant les conditions de l’aide à mourir, porte atteinte à un ensemble de principes et règles de valeur constitutionnelle. Il sera renvoyé également, pour l’utilité du raisonnement, à l’article 5 de la loi pour quelques développements.

S’il appartient au législateur, en application de l’article 34 de la Constitution, de déterminer les règles relatives aux garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l’exercice des libertés publiques ainsi qu’aux principes fondamentaux de la santé publique, cette compétence doit néanmoins s’exercer dans le respect des exigences constitutionnelles résultant de la Déclaration des droits de l’homme et du citoyen de 1789, du Préambule de la Constitution de 1946, de la Charte de l’environnement ainsi que des principes à valeur constitutionnelle dégagés par la jurisprudence du Conseil constitutionnel (décision n° 82-141 DC du 27 juillet 1982, *Loi sur la communication audiovisuelle*).

Or, la loi déferée méconnaît plusieurs exigences constitutionnelles essentielles tenant au respect de la dignité de la personne humaine, à la protection de la vie, à la garantie du consentement libre et éclairé, à la protection des personnes vulnérables, à l’objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé ainsi qu’à l’exigence d’intelligibilité et d’accessibilité de la loi.

I. Sur la méconnaissance du principe de légalité criminelle.

Concernant l’article L. 1111-12-2, 3° du code de la santé publique.

La loi ouvre le droit à l’aide à mourir à toute personne majeure de nationalité française ou résidant de façon stable et régulière en France qui y donne son consentement dès lors qu’elle est atteinte d’une affection grave et incurable, quelle qu’en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l’entrée dans un processus irréversible marqué par l’aggravation de l’état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale (article L. 1111-12-2, 3° CSP). Cette aide à mourir se traduit par la possibilité donnée à un médecin de procurer une substance

létale à un candidat à l'aide à mourir, autrement dit de commettre un acte ici justifié par la loi mais ordinairement constitutif du crime d'empoisonnement.

La loi crée ainsi 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 sur l'aide à mourir fixe en effet des conditions de fond et de procédure, dont le strict respect devra être assuré pour que la cause d'irresponsabilité pénale joue

Or, la création d'une cause d'irresponsabilité pénale ayant pour conséquence la dépenalisation d'actes incriminés par la loi 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 français, selon lequel le consentement de la victime ne peut légitimer un acte homicide, ce principe ayant été affirmé de longue date par la Cour de cassation (Cass. crim., 23 juin 1838 : *S.* 1838, 1, p. 636 ; Cass. crim., 17 juill. 1851 : *Bull. crim.* 1851, n° 287 ; Cass. crim., 21 août 1851 : *S.* 1852, 1, p. 286 ; *DP* 1851, 5, p. 23.)

Le Conseil constitutionnel exige que le législateur définisse lui-même le champ d'application des incriminations et des immunités de manière suffisamment claire et précise.

Les exigences de légalité criminelle portent naturellement en premier lieu sur la définition des crimes et délits dont les éléments doivent être définis de manière précise;

A cet égard, on peut citer la décision n° 2011-163 QPC du 16 septembre 2011 par laquelle le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution la définition, donnée par l'article 222-31-1 du code pénal, des viols et des agressions sexuelles incestueuses en jugeant que, s'il était loisible au législateur d'instituer une qualification pénale particulière pour désigner les agissements sexuels incestueux, il ne pouvait, sans méconnaître le principe de légalité des délits et des peines, s'abstenir de désigner précisément les personnes qui doivent être regardées, au sens de cette qualification, comme membres de la famille. Peut également être citée la décision n° 2012-240 QPC du 4 mai 2012 par laquelle le Conseil constitutionnel a annulé l'article 222-33 du code pénal qui permettait que le délit de harcèlement sexuel soit punissable sans que les éléments constitutifs de l'infraction soient suffisamment définis.

Le Conseil constitutionnel pose très logiquement la même exigence de précision en ce qui concerne le champ des immunités pénales.

C'est ainsi que par sa décision n° 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 précise qu'il « 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** (§ 7).

De même, par décision n° 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. La répression pénale n'était pas, selon le texte annulé,

applicable aux logiciels destinés *au travail collaboratif, à la recherche, ou à l'échange de fichiers ou d'objets non soumis à la rémunération du droit d'auteur*. Selon le commentaire paru sur le site du Conseil, "Les explications successives et contradictoires sur la signification et l'imprécision de ces termes, même de certaines expressions y figurant, comme celle de " *travail collaboratif*", qui n'était pas éclairée par les travaux parlementaires, conduisent à conclure que les dispositions du dernier alinéa n'étaient pas conformes aux exigences constitutionnelles qui, en vertu de l'article 8 de la Déclaration de 1789 et de l'article 34 de la Constitution, s'imposent à la définition des infractions (et donc des faits justificatifs qui permettent d'en déterminer le périmètre exact)"

Il existe donc une exigence 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. Cette exigence s'impose d'autant plus qu'il s'agit dans le texte déféré de déroger à l'interdiction de donner la mort à autrui.

En pratique, la mise en œuvre de l'aide à mourir débouchera inéluctablement sur des poursuites pénales à l'encontre des auteurs de l'acte. Des proches du défunt porteront plainte avec constitution de partie civile en engageant des poursuites pour empoisonnement.

Il appartient au législateur de fixer des règles suffisamment précises et ne permettant pas des interprétations différentes créatrices d'insécurité juridiques qui ne peuvent être admises dans un État de droit.

En ne définissant pas de manière précise le champ de l'immunité en ce qui concerne les pathologies endurées par la personne souhaitant accéder à l'aide à mourir, **la loi encourt le grief d'incompétence négative.**

À cet égard, il importe de reprendre dans la perspective de l'application de l'immunité pénale 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 en effet insuffisamment définie.

Le texte déféré ouvre accès à l'aide à mourir pour toute personne « *atteinte d'une affection grave et incurable, quelle 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, elle repose en réalité sur l'agrégation de notions médicales dont la portée demeure largement ouverte. 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.

L'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé ne signifie pas un décès certain dans un délai rapproché alors même que la médecine peut encore ralentir l'évolution de la maladie.

Sur le plan temporel, le texte fixe une limite de départ - au demeurant imprécise - mais pas de limite se référant au délai prévisible du décès. Or, l'existence d'un tel délai avait été souligné par le **Conseil d'État dans son avis du 4 avril 2024** au § 24 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de 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 la personne atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à **court ou moyen terme** car pour la condition relative à l'échéance du « *moyen terme* », il avait estimé 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'État n'existe pas dans le texte adopté.

En outre, les formules employées incluent de nombreuses maladies non mortelles à moyenne ou à courte échéance. En définitive, les termes utilisés englobent des affections de longue durée qui ne sont mortelles qu'à longue échéance. La loi ne détermine pas de manière claire et précise la nature et la gravité des pathologies ouvrant droit à l'aide à mourir de sorte que celui qui administre la substance létale risquera fréquemment de se trouver face à une situation médicale ne rentrant pas de manière incontestable dans le champ de l'accès à l'aide. On se trouvera aussi en présence d'interprétations médicales différentes des conditions relatives à l'état de santé du candidat à l'aide à mourir, suivies en cas de contentieux ultérieurs, face à des interprétations judiciaires différentes. En conclusion, à défaut d'une définition suffisamment précise, l'article 1111-12-3° CSP ne respecte pas les exigences de précision de la loi pénale résultant 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 et est donc inconstitutionnel.

Pose la même difficulté d'imprécision le critère d'accès à l'aide à mourir tenant à la souffrance laquelle est une notion subjective. L'article L. 1111-12-2, 4° du code de la santé publique prévoit que la personne doit présenter « une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ». Cette notion de souffrance n'est pas susceptible d'une interprétation uniforme, la souffrance étant ressentie différemment selon les personnes, et revêtant dans le temps un caractère évolutif, notamment en fonction du soutien apporté au malade par son entourage.

L'article L. 1111-12-2, 4° est donc lui aussi contraire à l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

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

L'article L. 1111-12-2, 5° du code de la santé publique pose une condition essentielle : la personne qui sollicite l'aide à mourir doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. La loi reprend ainsi une obligation incombant à l'État 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 (Cour EDH Mortier/ 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.

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.

Ainsi, si l'article L. 1111-12-4 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, elle ne prévoit pas des vérifications particulières à ce sujet. Il n'est ainsi pas prévu l'examen par un psychiatre de l'état psychique de l'intéressé. La loi crée ainsi une présomption de capacité excessive au regard de l'enjeu de la demande qu'est la mort.

Par ailleurs, qui serait mieux placé que l'entourage familial du demandeur pour aider à apprécier la liberté de sa volonté ? Or, l'intervention de celui-ci n'est pas prévue.

Il ne peut donc qu'être constaté que la vérification de cette volonté n'est pas strictement encadrée. 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 qui prend seul en définitive la décision sur la suite à donner (article L. 1111-12-4, III), la commission qu'il réunit n'émettant qu'un simple avis de telle sorte qu'un médecin pourrait donner une suite favorable à une demande d'aide à mourir malgré l'avis défavorable de ladite commission la loi ne prévoit pas des modalités particulières lorsque la personne fait l'objet d'une protection juridique, à l'exception recueil des observations de la personne chargé de de la mesure de protection.

C'est donc en définitive au médecin sollicité qu'il appartiendra de se prononcer sur la liberté de la demande. Il est évident que des contentieux postérieurs au décès pourront permettre d'établir que la personne concernée n'avait pas un consentement éclairé, ce notamment à la lumière de documents médicaux détenus par les ayants droit du défunt à l'occasion d'instances pénales.

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 judiciaire 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 d'un colloque singulier entre le médecin et le patient. Ainsi, donner un organe serait une décision soumise à des garanties juridiques plus importantes que la demande d'aide à mourir

Par ailleurs, le texte ne prévoit pas des garanties de recours telles que celle rappelée dans la décision du 10 novembre 2022 du Conseil constitutionnel (*Refus du médecin d'appliquer des directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient* décision n°2022-1022 QPC du 10 novembre 2022) : « Dans le cas où est prise une décision de limiter ou d'arrêter un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, cette décision est notifiée dans des conditions permettant à la personne de confiance ou, à défaut, à sa famille ou à ses proches, d'exercer un recours en temps utile. Ce recours est par ailleurs examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée (§ 15) ».

Il apparaît donc que le législateur n'a pas exercé la compétence qui lui incombe en cette matière de la capacité des personnes qu'il lui appartient de régir au terme de l'article 34 de la Constitution. La détermination de cette capacité est d'autant plus importante qu'il s'agit par la loi sur l'aide à mourir, de s'assurer de la capacité d'une personne à décider de mourir, librement et de manière éclairée. Ainsi, le texte en ne fixant pas des modalités de vérification de la capacité du demandeur donnant toute assurance à cet égard n'a pas rempli l'office qui lui est dévolu et n'a donc pas 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.**

II. Sur la méconnaissance du principe de dignité de la personne humaine.

Le Conseil constitutionnel a consacré, dans sa décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, *Lois de Bioéthique*, le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation comme un principe à valeur constitutionnelle.

Ce principe revêt une portée objective. Il ne dépend ni de la volonté individuelle ni du consentement de la personne concernée (voir également décision n° 2010-605 DC du 12 mai 2010, cons. 25). Il implique que la personne humaine ne puisse être réduite à l'objet d'une décision portant sur sa propre suppression. Il fonde également l'exigence d'indisponibilité du corps humain et impose au législateur une obligation particulière de protection (décision n° 94-343/344 DC précitée).

En instituant un cadre juridique permettant qu'une action médicale ait pour finalité directe de provoquer la mort d'une personne, la loi déferée introduit une disponibilité juridique de la vie humaine incompatible avec la portée objective du principe de dignité. Le législateur ne se borne pas à reconnaître une liberté individuelle ou à organiser les conditions d'un refus de traitement, comme admis par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 (fin de vie). Il autorise positivement et encadre juridiquement un acte dont l'objet même est de provoquer intentionnellement la mort.

Une telle évolution modifie profondément la nature des garanties attachées à la protection de la personne humaine. Elle conduit à faire entrer dans l'ordre juridique une faculté de suppression volontaire

de la vie, laquelle ne saurait être conciliée avec l'exigence constitutionnelle de dignité. La circonstance que la demande émane de la personne elle-même ne saurait suffire à écarter cette atteinte. La dignité constitue une exigence objective (décision n° 94-343/344 DC).

L'atteinte au principe de dignité de la personne humaine s'appuie également, pour l'article 4 de la loi, sur l'argumentation développée ci-dessus pour l'article 2 de la loi, argumentation à laquelle on renvoie.

Dès lors, la loi déférée porte une atteinte manifestement disproportionnée au principe constitutionnel de dignité de la personne humaine.

III. Sur la méconnaissance de la liberté personnelle et des exigences entourant le consentement libre et éclairé.

L'article 4 de la loi déférée fait état de l'expression d'une « volonté » libre et éclairée de la personne sollicitant l'aide à mourir. Après le délai de réflexion de deux jours (article 6, IV de la loi déférée), une réitération est exigée.

Dans la première phase, il ne s'agit donc pas du « consentement » à une mort provoquée qui aurait été proposée par autrui, mais de l'expression de la «volonté», démarche « spontanée » initiée par la personne. En revanche, dans la seconde phase, après le délai de réflexion, la personne « confirme » sa volonté après acceptation du soignant.

Les mécanismes de « consentement » et expression de volonté sont distincts dans le processus global, mais *in fine* il s'agit bien de confirmer que la personne valide le geste que le soignant fera, donc un consentement.

Codes, lois et jurisprudences font ainsi référence au « consentement ».

La loi déférée admet que fasse l'objet d'une procédure "d'aide à mourir" non seulement une personne dont le discernement est affecté, mais aussi une personne dont le discernement est "gravement affecté" à tout autre moment que "lors de la démarche de demande d'aide à mourir". La loi ne précise pas le seuil à partir duquel un discernement affecté le devient gravement, et laisse cette appréciation au seul médecin décisionnaire.

Le respect de la liberté personnelle implique que toute atteinte portée au corps humain soit entourée de garanties effectives (décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999 ; décision n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004).

Le Conseil constitutionnel a rappelé que les atteintes à l'intégrité du corps humain doivent être subordonnées au recueil d'un consentement libre et éclairé (décision n° 2004-498 DC).

Le Conseil constitutionnel a déjà jugé que, lorsque le législateur intervient dans des domaines mettant en cause la liberté personnelle ou l'intégrité de la personne, il lui appartient d'entourer les atteintes susceptibles d'être portées à ces droits de garanties suffisantes (décisions n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004 et n° 2021-824 DC du 5 août 2021). Cette exigence revêt une importance particulière lorsque les personnes concernées se trouvent dans une situation de fragilité résultant de leur état de santé, de leur dépendance ou de leur vulnérabilité.

La nécessité d'une protection accrue des personnes vulnérables est également reconnue par la jurisprudence de **la Cour européenne des droits de l'homme**, qui exige des États qu'ils veillent à la réalité du consentement exprimé par des personnes se trouvant dans une situation particulière de dépendance ou de fragilité (Cour EDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, aff. 31322/07 ; *Zhou c. Italie*, 21 janvier 2014, aff. 33773/11).

À titre de complément, la **jurisprudence des cours européennes** et les prises de position des instances internationales et européennes permettent de mieux comprendre l'analyse nécessaire de la volonté des patients et la nécessité impérieuse de lutter contre les abus potentiels pouvant nuire à un exercice libre de la volonté par les patients.

Prévention des abus

Dans l'affaire *Pretty c. Royaume-Uni* (29 avril 2002), la **Cour européenne des droits de l'homme** a souligné, à propos du suicide assisté, l'existence de « *risques manifestes d'abus, nonobstant les arguments développés quant à la possibilité de prévoir des garde-fous et des procédures protectrices* » (§ 74) :

« Plus grave est le dommage encouru et plus grand est le poids dont pèseront dans la balance les considérations de santé et de sécurité publiques face au principe concurrent de l'autonomie personnelle. (...) Il incombe au premier chef aux Etats d'apprécier le risque d'abus et les conséquences probables des abus éventuellement commis qu'impliquerait un assouplissement de l'interdiction générale du suicide assisté ou la création d'exceptions au principe. Il existe des risques manifestes d'abus, nonobstant les arguments développés quant à la possibilité de prévoir des garde-fous et des procédures protectrices » (§ 74).

La Cour européenne a systématiquement insisté sur les risques d'abus et l'obligation pour les Etats, au titre du droit au respect de la vie, de prévenir activement ces risques. Ainsi, par exemple, dans *Haas contre la Suisse*, la Cour européenne des droits de l'homme a souligné que « *l'on ne saurait sous-estimer les risques d'abus inhérents à un système facilitant l'accès au suicide assisté* » (*Haas contre la Suisse*, req. 31322/07, arrêt du 20 janvier 2011, § 58).

Il s'agit non seulement de protéger les personnes des pressions les incitant au suicide assisté ou les forçant à subir une euthanasie, mais aussi à les **protéger contre elles-mêmes**. Ce faisant, la Cour européenne reconnaît une limite à la déférence due à l'autonomie individuelle, pour le bien de celle-ci. Ainsi, dans l'affaire *Haas*, la **Cour européenne des droits de l'homme** a rappelé qu'il fallait lire la Convention comme un tout : « *il convient de se référer, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle violation de l'article 8, à l'article 2 de la Convention, qui impose aux autorités le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie* » (§ 54. Voir aussi en matière de prévention du suicide *Tanribilir c. Turquie*, req. 21422/93, arrêt du 16 novembre 2000, § 70 : « *l'article 2 de la Convention peut, dans certaines circonstances bien définies, mettre à la charge des autorités l'obligation positive de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu contre autrui ou, dans certaines circonstances particulières, contre lui-même* »).

Ainsi, si un pays décide de légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie, il a alors l'obligation de « *mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie corresponde bien à la libre volonté de l'intéressé* » afin de l'empêcher « *de mettre fin à ses jours si sa décision n'intervient pas librement et en toute connaissance de cause* » (*Haas*, §§ 58 et 54).

Sur le droit à l'information.

À l'article 6 al. 19 de la loi déférée, il est prévu que « V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe oralement et par écrit des modalités d'action de la substance létale. »

Or, cette information devrait être préalable à l'expression de la volonté des personnes envisageant de demander la mort, pour que celle-ci soit éclairée, d'autant plus que les protocoles visant à assurer une mort rapide et indolore comportent des incertitudes importantes. Selon les études scientifiques, environ 15% des personnes absorbant le poison par voie orale subissent des complications telles que des vomissements, des convulsions voire une reprise de conscience après avoir bu le mélange. Environ 33% des décès par ingestion prennent plus d'une heure et dans 7,6% des cas, le processus peut

durer plus de 6 heures. L'utilisation de curarisants pose aussi un problème de conscience accidentelle. Si la sédation est insuffisante, le patient pourrait ressentir la douleur brûlante de certaines substances ou la sensation d'étouffement sans pouvoir émettre le moindre signe de détresse en raison de sa paralysie musculaire. (voir notamment Worthington, A., Finlay, I., & Regnard, C. (2022). "Efficacy and safety of drugs used for assisted dying". *British Medical Bulletin*, 142(1), 15–22)

Dès lors, il convient que toutes les informations soient exposées avant la conformation de la demande, et non après. À cet égard, la **Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine** (1999), qui fait référence en matière d'éthique médicale, rappelle en ce sens, à son article 5, que « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. »

En outre, la loi ne fait pas obligation au médecin d'informer la personne des **risques** des diverses méthodes d'administration de la substance létale. Or, ces risques sont bien réels, et varient selon les méthodes.

Les Cahiers du Conseil constitutionnel - Titre VII (n° 16, avril 2026) soulignent précisément la fragilité du consentement des personnes vulnérables. L'étude révèle comment les asymétries de pouvoir transforment le consentement en acceptation passive, parfois manipulée. Le consentement doit être repensé comme un processus collectif inscrit dans un environnement décisionnel. La vulnérabilité n'est plus seulement individuelle, mais peut concerner toute personne selon la situation. Elle remet en cause le modèle classique d'un individu libre et rationnel. Le consentement doit être évalué selon son contexte, et non plus seulement selon la volonté individuelle, faisant passer d'une logique d'intégrité du consentement à une exigence de qualité du processus décisionnel. Cela implique de reconnaître des formes d'influence non violentes mais déterminantes. Le consentement perd ainsi son caractère sacralisé et peut être encadré voire imposé pour des raisons d'intérêt général ou de non-discrimination.

En l'espèce, la loi déferée ne prévoit pas des garanties suffisantes permettant de s'assurer de la stabilité et de la liberté réelle de la volonté.

Cette exigence est renforcée lorsque l'atteinte est irréversible. Tel est le cas en l'espèce.

Or, le Conseil a déjà tenu compte de situations de vulnérabilité affectant le consentement, notamment en matière de garde à vue ou de mesures privatives de liberté (décision n° 2023-855 DC du 16 novembre 2023 ; décision n° 2021-834 DC du 20 janvier 2022).

De même, il a jugé que certaines situations ne permettent pas de présumer une altération du consentement, mais exigent une appréciation concrète (décision n° 2020-888 QPC du 12 mars 2021). En l'espèce, la loi déferée ne prévoit pas des garanties suffisantes permettant de s'assurer de la stabilité et de la liberté réelle de la volonté.

Elle ne garantit pas l'absence de pressions, contrairement aux exigences dégagées en matière de protection des personnes vulnérables (voir également Cour européenne des droits de l'homme, arrêt *Zhou c/ Italie*, 21 janvier 2014 : obligation de protection accrue des personnes vulnérables).

Dès lors, **la loi méconnaît les exigences constitutionnelles attachées au consentement.**

IV. Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé et de la protection des personnes vulnérables.

Le Préambule de 1946 garantit la protection de la santé, reconnue comme objectif à valeur constitutionnelle (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991). Le Conseil constitutionnel impose au législateur d'assurer des garanties effectives en matière de santé publique (décision n° 2015-727 DC du

21 janvier 2016). Il a également reconnu la nécessité de prendre en compte les situations de vulnérabilité, notamment en matière pénale ou de privation de liberté (décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003 ; décision n° 2023-855 DC précitée).

Par ailleurs, il sanctionne l'insuffisance des garanties légales lorsqu'un droit fondamental est en cause (décision n° 2012-280 QPC du 12 octobre 2012).

Or, en l'espèce, la loi n'encadre pas suffisamment les risques propres aux situations de vulnérabilité. Elle n'assure pas un accès effectif aux soins palliatifs, alors même que le Conseil d'État a rappelé l'importance de ces soins dans le respect de la dignité (Conseil d'État, décision du 24 juin 2014, *Mme Lambert*).

Elle méconnaît ainsi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé.

1. Sur la méconnaissance du principe de protection des personnes vulnérables.

La loi instituant une « aide à mourir » méconnaît une exigence constitutionnelle de protection des personnes vulnérables.

Si cette exigence n'est pas formulée explicitement comme principe autonome, elle découle de la garantie des droits fondamentaux, notamment de la dignité de la personne humaine reconnue par le Conseil constitutionnel (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, *Lois Bioéthiques*, précité). La vulnérabilité doit être entendue comme une situation dans laquelle une personne est exposée à un risque accru d'ineffectivité de ses droits, ce que reconnaît également la Cour européenne des droits de l'homme en exigeant une « protection accrue » des personnes vulnérables (Cour EDH, 21 janv. 2014, *Zhou c. Italie*).

Or, les personnes susceptibles de recourir à l'aide à mourir (malades graves, personnes en fin de vie, dépendantes) se trouvent, par définition, dans une situation de vulnérabilité structurelle, comparable à celle reconnue pour les personnes privées de liberté ou malades (v. par exemple décision n° 2023-855 DC du 16 novembre 2023). Dans ces conditions, leur capacité à exprimer une volonté libre et éclairée est fragilisée, ce qui impose au législateur une obligation renforcée de protection.

En permettant qu'il soit porté atteinte au droit à la vie sur le fondement d'un consentement exprimé dans un tel contexte, la loi ne garantit pas l'effectivité des droits fondamentaux constitutionnels.

DEVELOPPEMENT SUR LE NON-ACCES AUX SOINS PALLIATIFS

Sur l'absence de garantie effective d'accès aux soins entravant ainsi la liberté de la volonté de mourir.

Art. 4, 5° (volonté libre) et art. 5, II, 2° (soins palliatifs)

Sur l'insuffisance des garanties légales entourant l'exercice du droit à l'aide à mourir au regard des exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de protection de la santé, et d'égalité devant la loi.

La loi déferée institue une procédure permettant à une personne remplissant certaines conditions (art. 4 de la loi déferée) d'accéder à une aide à mourir.

Les requérants ne contestent pas ici l'appréciation portée par le législateur sur l'opportunité d'un tel dispositif. Ils soutiennent en revanche que celui-ci n'a pas assorti sa mise en œuvre des garanties légales propres à assurer le respect des exigences constitutionnelles résultant du principe de sauvegarde de la **dignité** de la personne humaine, de la **protection de la santé** et du principe d'égalité devant la loi.

Selon une jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, il appartient au législateur, lorsqu'il intervient dans un domaine mettant en cause des exigences constitutionnelles, d'assurer leur

conciliation et de prévoir des garanties suffisantes afin d'éviter que leur protection ne soit privée d'effectivité.

Or la **liberté du choix** exprimé par une personne sollicitant une aide à mourir ne peut être appréciée indépendamment des conditions concrètes dans lesquelles cette décision est prise.

La volonté d'accéder à la mort médicalement provoquée ne saurait être regardée comme pleinement libre lorsque l'intéressé ne dispose pas, en pratique, d'un accès effectif aux soins destinés à soulager sa douleur, à accompagner sa fin de vie ou à préserver sa qualité de vie.

À cet égard, il est constant que de profondes disparités territoriales affectent l'accès aux soins, et plus particulièrement aux soins palliatifs. Selon les territoires, les délais d'accès, l'absence de structures spécialisées, les difficultés de transport, la pénurie de professionnels ou encore l'insuffisance des dispositifs d'accompagnement conduisent de nombreux patients à ne pas bénéficier effectivement des prises en charge auxquelles ils pourraient prétendre.

Dans ces conditions, la loi déferée autorise l'accès à une aide à mourir sans exiger qu'il soit préalablement vérifié que la personne concernée a effectivement bénéficié d'une offre réelle, accessible et adaptée de soins palliatifs et d'accompagnement.

Elle ne subordonne pas davantage la recevabilité de la demande à la constatation que les alternatives thérapeutiques ou palliatives pertinentes ont été matériellement accessibles à l'intéressé.

Ainsi, une même faculté juridique est ouverte à des personnes placées dans des situations radicalement différentes : certaines peuvent exercer leur choix après avoir bénéficié d'une prise en charge palliative complète ; d'autres peuvent être conduites à demander l'aide à mourir alors même que les dispositifs destinés à soulager leurs souffrances ou à les accompagner ne leur sont pas effectivement accessibles.

Le législateur a donc traité comme équivalentes des situations qui, au regard de l'exercice libre et éclairé du consentement, ne le sont pas. **Cette situation porte atteinte, de ce point de vue, au principe d'égalité énoncé par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.**

Cette carence est d'autant plus grave que la décision en cause est irréversible et touche directement à la protection de la personne humaine.

Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine implique que nul ne puisse être conduit à envisager sa propre mort en raison de l'insuffisance des moyens que la collectivité met à sa disposition pour le soigner, le soulager ou l'accompagner.

A cet égard, la **Cour européenne des droits de l'homme** "considère que, dans de nombreuses situations (...), l'accès à des soins palliatifs de qualité, notamment une gestion effective de la douleur, est essentiel pour assurer une fin de vie digne" (Cour EDH, *Daniel Karsai c. Hongrie*, n°3231/23, 13 juin 2024, § 154). Dans le même sens, l'Assemblée parlementaire du **Conseil de l'Europe** souligne de façon constante que l'accès aux soins palliatifs est une exigence de la dignité humaine, et recommande de garantir le "le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète de soins palliatifs". (voir recommandation 1418 (1999), résolution 1649 (2009), résolution 1859 (2012), résolution 2249 (2018).

Le **Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies** souligne, pour sa part, que les États parties ont l'obligation juridique de « respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes (...) aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs » (Observation générale no 14 sur l'article 12 (relatif au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Il incombe dès lors au législateur de s'assurer que le choix de l'aide à mourir procède d'une volonté autonome et non d'une situation de renoncement résultant de carences dans l'accès aux soins.

En s'abstenant de prévoir des mécanismes permettant de vérifier l'effectivité de cet accès, d'exiger l'offre préalable de solutions palliatives réellement disponibles ou de suspendre la procédure lorsque de telles solutions ne sont pas accessibles, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence et privé de garanties légales les exigences constitutionnelles précitées.

Cette insuffisance des garanties légales est d'autant plus manifeste que les carences de l'offre de soins palliatifs et les inégalités d'accès étaient parfaitement connues du législateur au moment de l'adoption de la loi.

Dans son rapport du 5 juillet 2023 consacré aux soins palliatifs et à la fin de vie, **la Cour des comptes** a constaté que « l'offre de soins palliatifs demeure largement insuffisante pour couvrir les besoins puisque seulement 48 % d'entre eux sont pourvus » et que, malgré les progrès accomplis, « les disparités territoriales perdurent ». Elle souligne également que l'insuffisance de l'offre résulte de faiblesses structurelles de l'organisation administrative et sanitaire.

La Cour relève ainsi que plus de la moitié des besoins estimés en soins palliatifs ne sont toujours pas couverts, alors même que l'accès à ces soins constitue un droit reconnu par la loi. Une telle situation révèle que l'accès aux alternatives à l'aide à mourir n'est pas assuré de manière effective sur l'ensemble du territoire national.

Les données disponibles mettent également en évidence des disparités territoriales majeures. Plusieurs départements demeurent dépourvus d'unités de soins palliatifs spécialisées et la répartition des lits, des équipes mobiles et des professionnels formés demeure profondément inégale. Les territoires ruraux, ultramarins et certaines zones sous-dotées sont particulièrement affectés.

La littérature scientifique elle-même souligne la persistance d'inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins palliatifs ainsi que l'existence de populations particulièrement exposées à ces difficultés.

Ces constats ne sont pas nouveaux. Dès 2014, le **Comité consultatif national d'éthique** dénonçait le « scandale » que constituait le non-accès effectif aux droits reconnus par la loi en matière de soins palliatifs, relevant que seules une minorité des personnes qui devraient en bénéficier y avait effectivement accès et que subsistaient de lourdes inégalités territoriales.

Plus récemment encore, les pouvoirs publics ont eux-mêmes reconnu la nécessité d'un effort massif de rattrapage en annonçant une stratégie décennale de développement des soins palliatifs et la création de nouvelles structures dans les départements qui en sont dépourvus. Cette stratégie repose précisément sur le constat officiel que l'offre actuelle demeure insuffisante et inégalement répartie.

Dès lors, en ouvrant l'accès à l'aide à mourir sans exiger que le demandeur ait bénéficié d'un accès effectif à une offre adaptée de soins palliatifs, sans subordonner la recevabilité de la demande à la disponibilité réelle de ces prises en charge et sans prévoir de mécanisme permettant de neutraliser les effets des inégalités territoriales constatées, **le législateur a privé de garanties légales effectives les exigences constitutionnelles de protection de la santé et de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.**

En effet, une personne résidant dans un territoire disposant d'une offre complète de soins palliatifs et une personne résidant dans un territoire où cette offre est inexistante ou gravement déficitaire ne se trouvent pas, au regard de l'exercice libre et éclairé du choix de mourir, dans une situation équivalente. Pourtant, la loi déferée traite ces situations comme identiques.

Il en résulte un risque constitutionnellement inacceptable que certaines personnes sollicitent l'aide à mourir non parce qu'elles auraient librement préféré cette option à des soins effectivement disponibles, mais parce que la collectivité n'est pas en mesure de leur offrir les moyens de soulager leur souffrance ou de les accompagner dans des conditions dignes.

La loi déferée doit, pour ce motif, être déclarée contraire à la Constitution.

2. Sur l'insuffisance des garanties légales entourant l'expression du consentement.

Le consentement, pour être constitutionnellement valable, doit être libre et éclairé, exigence constante du juge constitutionnel en matière de libertés personnelles (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001).

Or, le Conseil constitutionnel a également rappelé que la protection des libertés suppose des garanties légales suffisantes (décision n° 99-411 DC du 16 juin 1999). Dans les situations de vulnérabilité, le consentement ne peut être réduit à une manifestation formelle de volonté, comme le suggère la jurisprudence relative à l'abus de faiblesse (décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003). Les asymétries relationnelles, notamment dans le cadre médical, peuvent altérer le discernement, ce que reconnaît également le Conseil d'État dans le contentieux de la fin de vie (C.E., Ass., 24 juin 2014, *Lambert*). Dès lors, le législateur doit encadrer strictement le processus décisionnel.

En l'absence de garanties suffisantes assurant l'absence de pression ou la stabilité de la volonté, **la loi méconnaît l'exigence constitutionnelle de protection effective des droits.**

3. Sur la disproportion de l'atteinte portée au droit à la vie et à la dignité.

Le droit à la vie et le principe de dignité impliquent une vigilance particulière lorsque la loi autorise une atteinte irréversible à l'existence (décision n° 94-343/344 DC précitée). Le Conseil constitutionnel contrôle que les atteintes portées aux droits fondamentaux sont adaptées, nécessaires et proportionnées (décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008).

La **Cour européenne des droits de l'homme** exige également un encadrement strict des pratiques relatives à la fin de vie (Cour EDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avr. 2002 ; *Haas c. Suisse*, 20 janv. 2011). Or, en présence de personnes vulnérables, la protection doit être renforcée afin d'assurer une égalité réelle, conformément à la jurisprudence constitutionnelle (décision n° 2010-605 DC du 12 mai 2010).

En ne subordonnant pas suffisamment l'accès à l'aide à mourir à des conditions strictes, **la loi porte une atteinte disproportionnée au droit à la vie.**

4. Sur le risque d'influence et de dénaturation de l'autonomie de la volonté.

La jurisprudence reconnaît que certaines situations peuvent altérer la liberté de consentement en raison d'un état de dépendance ou de pression (décision n° 2003-467 DC précitée, sur l'abus de vulnérabilité).

Le **Conseil d'État** a également souligné, dans le cadre de la fin de vie, l'importance de s'assurer de l'absence de pression extérieure et de la réalité de la volonté (C.E., Ass., 24 juin 2014, *Lambert*).

La **Cour européenne des droits de l'homme** insiste sur la nécessité de protéger les personnes vulnérables contre les influences extérieures (Cour EDH, *Haas c. Suisse*, précitée).

Dans le domaine de l'aide à mourir, les risques d'influence sont particulièrement élevés (pression sociale, sentiment de charge). En ne garantissant pas un cadre décisionnel suffisamment loyal, **la loi méconnaît les exigences constitutionnelles attachées à la liberté personnelle énoncée à l'article 2 de la Déclaration de 1789.**

5. Sur la carence du législateur dans la prévention des situations de vulnérabilité.

Le **Conseil constitutionnel** censure les lois en cas d'insuffisance des garanties légales (décision n° 2012-652 DC du 22 mars 2012). Il appartient au législateur d'exercer pleinement sa compétence pour assurer la protection des droits fondamentaux (décision n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004).

Or, en l'espèce, le législateur n'a pas suffisamment anticipé les risques liés à la vulnérabilité : absence de garanties renforcées, insuffisance des alternatives thérapeutiques, défaut de contrôle effectif. Cette carence est d'autant plus grave que la décision en cause est irréversible.

Dès lors, la loi méconnaît les exigences constitutionnelles de protection des droits.

En autorisant l'aide à mourir sans encadrement suffisant des situations de vulnérabilité dans lesquelles s'exprime le consentement, le législateur porte une atteinte disproportionnée au droit à la vie, à la dignité et à la liberté personnelle.

Conformément à sa jurisprudence constante, le Conseil constitutionnel doit en prononcer la censure.

6. Vérification de la protection des majeurs ineffective.

Les majeurs protégés doivent faire l'objet d'une obligation renforcée de protection.

Or, l'article 5, I dernier alinéa, de la loi déferée prévoit que « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique » puis attend du médecin qu'il « vérifie ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil ».

Or, le registre susmentionné n'existe pas.

La protection des personnes vulnérables est donc totalement défaillante, théorique et ne pourra être effective, dans le meilleur des cas, qu'après que ledit registre aura été créé.

7. Sur l'insuffisance des garanties légales entourant l'expression du consentement.

Le consentement, pour être constitutionnellement valable, doit être libre et éclairé, exigence constante du juge constitutionnel en matière de libertés personnelles (décisions n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004 et n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994).

Or, le Conseil constitutionnel a également rappelé que la protection des libertés suppose des garanties légales suffisantes (article 16 de la Déclaration de 1789 et décision n° 2012-280 QPC du 12 octobre 2012, *Société Groupe Canal Plus et autre*).

Dans les situations de vulnérabilité, le consentement ne peut être réduit à une manifestation formelle de volonté, comme le suggère la jurisprudence relative à **l'abus de faiblesse** (décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003).

Les **asymétries relationnelles**, notamment dans le cadre médical, peuvent **altérer le discernement**, ce que reconnaît également le Conseil d'État dans le contentieux de la fin de vie (C.E., Ass., 24 juin 2014, *Lambert*).

L'article 5, I *in fine*, de la loi déferée prévoit, de plus, expressément que la personne protégée puisse avoir un discernement partiellement défaillant (« Le médecin délivre à la personne protégée une information adaptée à ses facultés de discernement »).

Dès lors, le législateur doit encadrer strictement le processus décisionnel. En l'espèce cette absence d'encadrement est source d'une incompétence négative du législateur qui aurait dû inscrire dans la loi ces garanties.

8. Discernement « gravement » altéré ou discernement « simplement » altéré.

L'article 6 de la loi, en prévoyant 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 » valide la possibilité pour un majeur protégé qui ne souffrirait que d'un discernement « simplement » altéré d'accéder au droit à l'aide à mourir.

Il permet aussi à un majeur dont le discernement est ordinairement gravement altéré d'accéder au droit à l'aide à mourir, dès lors que le médecin estime que le discernement de cette personne n'est qu'altéré au moment de la demande d'aide à mourir et de sa confirmation.

Le texte ne satisfait donc pas aux exigences rappelées par l'avis du Conseil d'Etat sur le projet de loi de 2024 dont les dispositions sont comparables (C.E., 4 avril 2024, n°408204) qui spécifiait que :« un tel dispositif doit prévoir, d'une part, que la demande de la personne s'appuie sur la manifestation d'une volonté libre et éclairée et, d'autre part, que cette expression de volonté, s'agissant en particulier des personnes les plus vulnérables, est entourée de garanties renforcées ».

En l'absence de garanties suffisantes assurant l'absence de pression, le caractère éclairé ou la stabilité de la volonté, la loi méconnaît l'exigence constitutionnelle de protection effective des droits.

Les garanties procédurales retenues sont manifestement insuffisantes au regard de l'irréversibilité de la décision.

9. Absence de garanties entourant le recueil de l'expression de la volonté de recourir à l'aide à mourir.

La loi déferée ne prévoit aucune exigence formelle quant à l'expression de la volonté de mourir. Cette volonté peut certes être formulée par écrit par le demandeur, mais aussi, alternativement « par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités » (art. 5, III), c'est-à-dire probablement à l'oral ou par des expressions du visage.

Plus encore, la loi n'exige aucune intervention d'un magistrat pour vérifier la réalité de l'expression de la volonté ou du consentement « libre et éclairé », ni même la présence d'un témoin.

Dès lors, la loi permet qu'une procédure d'aide à mourir d'une personne soit initiée sur la seule foi en la déclaration d'un médecin quant à l'existence de la volonté de mourir de celle-ci. Ce médecin n'est pas nécessairement le médecin chargé du suivi médical du demandeur, et peut l'avoir rencontré pour la première fois le jour de la "demande".

Les deux personnes consultées par le médecin dans le cadre de la procédure collégiale n'ont pas l'obligation de rencontrer la personne concernée, ni même de vérifier la réalité de sa demande d'aide à mourir. Le médecin à l'origine de la procédure reste seul décisionnaire, et lui seul rend compte à la Commission de contrôle.

La loi déferée porte pourtant sur une décision d'une gravité exceptionnelle puisqu'elle a pour objet de provoquer délibérément et irréversiblement la mort d'une personne.

Les dispositions déferées autorisent, sous certaines conditions, l'administration ou l'auto-administration d'une substance létale destinée à provoquer le décès de la personne qui en a formulé la demande.

Compte tenu du caractère irréversible de cette décision et de ses conséquences définitives sur la vie humaine, il appartenait au législateur de prévoir des garanties particulièrement exigeantes destinées à s'assurer de la liberté, de l'intégrité et de la permanence du consentement exprimé par le demandeur.

Or les dispositions contestées ne prévoient l'intervention d'aucune autorité juridictionnelle indépendante à un quelconque stade de la procédure.

Cette absence apparaît d'autant plus difficilement conciliable avec les exigences constitutionnelles que le législateur a, dans des hypothèses pourtant moins radicales, estimé indispensable de soumettre le consentement de l'intéressé à une vérification juridictionnelle.

Ainsi, en matière de **prélèvement d'organes sur personne vivante**, l'article L. 1231-1 du code de la santé publique prévoit que le consentement du donneur est recueilli par le président du tribunal judiciaire ou par le magistrat qu'il délègue à cet effet. Le législateur a ainsi entendu garantir que le consentement du donneur est libre, éclairé et exempt de toute pression extérieure.

Cette exigence est imposée alors même que le prélèvement poursuit une finalité thérapeutique, qu'il est réalisé dans l'intérêt d'un tiers et qu'il n'a pas pour objet de provoquer le décès du donneur.

À l'inverse, dans le cadre de l'aide à mourir, alors que l'acte autorisé a précisément pour objet de mettre fin à la vie de la personne concernée, aucune intervention du juge judiciaire n'est prévue.

Une telle différence de traitement révèle une insuffisance manifeste des garanties légales entourant l'expression du consentement.

Le **Conseil constitutionnel** juge de façon constante qu'il appartient au législateur d'assurer la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement ou de dégradation. Dans sa décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, il a reconnu une valeur constitutionnelle aux principes de respect de la personne humaine, d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain, en relevant que ces principes tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

De même, s'agissant des décisions médicales relatives à la fin de vie, le Conseil constitutionnel a relevé que les choix susceptibles d'affecter le maintien en vie d'une personne devaient être entourés de garanties procédurales appropriées. Dans sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, il a notamment souligné l'existence d'une procédure collégiale et la possibilité d'un contrôle juridictionnel des décisions médicales relatives aux directives anticipées.

Or les "bénéficiaires" potentiels de l'aide à mourir sont, par définition, des personnes atteintes d'affections graves et incurables, fréquemment placées dans une situation de dépendance, de souffrance physique ou psychologique et de vulnérabilité particulière.

Dans un tel contexte, la seule appréciation portée par les professionnels de santé, aussi rigoureuse soit-elle, ne saurait offrir une garantie équivalente à celle résultant de l'intervention d'une autorité juridictionnelle indépendante spécialement chargée de vérifier la réalité, la liberté et la permanence du consentement.

Le **Comité des droits de l'homme des Nations Unies**, dans son Observation générale n° 36 sur l'article 6 (droit à la vie) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, donne des indications précieuses à cet égard, en exigeant que l'expression de la volonté ne soit pas seulement libre et éclairée, mais aussi "explicite" et "non ambiguë" :

« Les États parties qui autorisent les professionnels de la médecine à administrer un traitement médical ou à donner d'autres moyens médicaux permettant d'accélérer la fin de vie d'adultes se trouvant dans un état grave, (...), doivent veiller à l'existence de solides garanties légales et institutionnelles permettant de vérifier que ces professionnels de la médecine appliquent une décision explicite, non ambiguë, libre et éclairée de leur patient, afin que tout patient soit protégé contre les pressions et les abus ».

Il en résulte que le législateur, en s'abstenant de prévoir une intervention du juge alors même qu'il l'exige pour le don d'organe entre personnes vivantes, n'a pas assuré une conciliation équilibrée entre l'autonomie de la volonté de la personne et les exigences constitutionnelles

déoulant de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de l'inviolabilité du corps humain et de la protection des personnes vulnérables.

Les dispositions contestées doivent, par suite, être déclarées contraires à la Constitution.

De même, dans de nombreux domaines touchant à l'état des personnes ou à la protection des majeurs vulnérables, l'intervention d'une autorité juridictionnelle constitue une garantie fondamentale destinée à prévenir les abus, les influences indues et les atteintes à la liberté individuelle.

Il est difficilement compréhensible que le législateur ait jugé indispensable l'intervention du juge lorsqu'une personne accepte un prélèvement d'organe destiné à sauver une vie humaine, mais non lorsqu'une personne demande qu'il soit mis fin à la sienne.

Cette différence de traitement révèle une insuffisance manifeste des garanties entourant la vérification du consentement.

Cette insuffisance est aggravée par l'absence de voies de recours réellement effectives.

La loi repose sur le postulat selon lequel l'autonomie de la volonté du demandeur imposerait d'exclure toute faculté pour les proches ou les tiers de saisir une autorité indépendante afin de signaler une situation de vulnérabilité, de pression psychologique, de dépendance économique, d'emprise ou d'altération des facultés de discernement.

Or les **situations de vulnérabilité** sont précisément celles dans lesquelles l'intéressé n'est pas toujours en mesure de dénoncer lui-même les influences qui s'exercent sur lui.

L'exclusion de toute possibilité d'alerte ou de contestation par les proches prive la procédure d'un moyen essentiel de détection des situations anormales.

En pratique, les personnes les mieux placées pour identifier une rupture soudaine de comportement, une dépression, une pression familiale, un sentiment d'être une charge pour autrui ou une influence extérieure sont souvent les membres de l'entourage immédiat.

En écartant presque totalement leur intervention au nom d'une conception absolue de l'autonomie individuelle, le législateur prive la procédure d'un élément essentiel de contrôle.

Cette carence est d'autant plus préoccupante que la loi ne prévoit aucun contrôle juridictionnel préalable permettant de compenser cette absence de surveillance.

V. Sur l'insuffisante prise en compte des directives anticipées.

Le Conseil constitutionnel a souligné l'importance de la volonté du patient en matière de fin de vie (décision n° 2017-632 QPC). Cependant, il a également validé ce cadre en raison des garanties entourant l'expression de cette volonté.

Or, la loi déferée ne confère pas une portée normative suffisamment claire aux directives anticipées, créant une incertitude contraire aux exigences de sécurité juridique (décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999).

Sur l'absence d'articulation entre la procédure d'aide à mourir et le régime des directives anticipées

La loi déferée instaure une procédure nouvelle d'aide à mourir sans prévoir son articulation avec le régime juridique des directives anticipées. Cette omission est d'autant plus significative que ces dernières constituent aujourd'hui l'un des principaux instruments d'expression de la volonté des personnes en fin de vie et qu'elles produisent des effets juridiques contraignants.

Le silence du législateur est constitutif de plusieurs griefs d'inconstitutionnalité.

1. Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi

Le Conseil constitutionnel juge de manière constante qu'il appartient au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques afin de prévenir les risques d'arbitraire et d'éviter que la portée de la loi ne soit abandonnée à des interprétations divergentes (décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999).

Cette exigence revêt une importance particulière lorsque la loi régit l'exercice de libertés fondamentales.

Or, la loi déferée ne comporte aucune disposition déterminant les effets des directives anticipées sur la procédure d'aide à mourir.

Elle ne précise notamment pas :

- si des directives anticipées prescrivant le maintien de certains traitements de maintien en vie peuvent faire obstacle à une demande d'aide à mourir ;
- si des directives anticipées limitant la prise en charge à des soins palliatifs ou prévoyant exclusivement un arrêt des traitements excluent, ou non, le recours à cette nouvelle procédure ;
- selon quelles règles doivent être résolues les contradictions entre des directives anticipées rédigées antérieurement et une demande ultérieure d'aide à mourir ;
- ni quelle volonté doit prévaloir lorsque plusieurs manifestations successives de volonté apparaissent incompatibles.

Ces questions conditionnent pourtant directement la mise en œuvre du dispositif institué par la loi.

Le silence du législateur conduira inévitablement les équipes médicales, les établissements de santé, les personnes de confiance et, en définitive, les juridictions, à élaborer eux-mêmes les règles d'articulation entre deux régimes juridiques que le législateur a omis de coordonner.

Une telle incertitude méconnaît les exigences constitutionnelles d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi.

2. Sur l'atteinte à la sécurité juridique

Les directives anticipées ne constituent pas un mécanisme nouveau ou facultatif du droit de la fin de vie.

L'article L. 1111-11 du code de la santé publique leur reconnaît une véritable portée normative : elles s'imposent au médecin, sauf dans les cas limitativement prévus par la loi.

Le Conseil d'État a rappelé à plusieurs reprises que la volonté exprimée par le patient constitue le fondement des décisions médicales relatives à la fin de vie (CE, Ass., 24 juin 2014, *Lambert et autres*, n° 375081 ; CE, Ass., 5 janvier 2018, *Mme Inès R.*, n° 416689).

Le Conseil constitutionnel lui-même, dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, a admis la conformité du dispositif de la loi Claeys-Leonetti en raison des garanties procédurales entourant notamment la recherche et la prise en compte de la volonté du patient.

La Cour européenne des droits de l'homme a adopté la même analyse dans son arrêt de Grande Chambre *Lambert et autres c. France* du 5 juin 2015 (n° 46043/14), en jugeant que le droit français satisfaisait aux exigences de l'article 2 de la Convention précisément parce qu'il organisait de manière suffisamment précise les modalités permettant de rechercher et de respecter la volonté du patient.

Or, la loi déferée crée un nouveau droit sans déterminer ses rapports avec un mécanisme juridique préexistant auquel le législateur avait lui-même reconnu une force obligatoire.

Cette lacune est susceptible de conduire à des solutions divergentes selon les établissements de santé ou les juridictions, compromettant ainsi la prévisibilité de la règle de droit et la sécurité juridique des patients comme des professionnels de santé.

3. Sur l'absence de dispositions transitoires relatives aux directives anticipées déjà rédigées

L'omission du législateur est d'autant plus grave que le régime des directives anticipées est ancien.

Depuis plusieurs années, les établissements de santé, les médecins et les professionnels de santé informent les patients de la possibilité de rédiger de telles directives conformément au code de la santé publique.

De très nombreuses personnes ont ainsi exprimé leur volonté concernant leur fin de vie dans un cadre juridique qui ne connaissait pas l'aide à mourir.

Certaines ont demandé le maintien des traitements dans des hypothèses déterminées.

D'autres ont limité leur volonté à l'arrêt des traitements, au refus de l'obstination déraisonnable ou au recours exclusif aux soins palliatifs.

Aucune d'entre elles n'a pu se prononcer sur une procédure qui n'existait pas juridiquement.

Pourtant, la loi déferée ne comporte aucune disposition transitoire permettant de déterminer les effets de ces directives anticipées déjà rédigées.

Elle ne prévoit ni leur maintien, ni leur caducité partielle, ni leur nécessité de révision, ni même une obligation particulière d'information des personnes les ayant établies afin qu'elles puissent, si elles le souhaitent, adapter leur volonté à ce nouveau cadre juridique.

Le législateur crée ainsi une insécurité juridique immédiate concernant un nombre potentiellement très important de directives anticipées régulièrement établies sous l'empire du droit antérieur.

Cette absence de coordination est de nature à compromettre le respect effectif de la volonté des personnes concernées.

4. Sur l'incompétence négative du législateur.

Selon une jurisprudence constante, le législateur ne saurait priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel (Conseil constitutionnel, décision n° 86-217 DC du 18 septembre 1986).

En l'espèce, il appartenait au législateur, en vertu de l'article 34 de la Constitution, de fixer les règles essentielles gouvernant l'articulation entre les directives anticipées et la nouvelle procédure d'aide à mourir.

Ces règles concernent directement l'exercice de la liberté personnelle, la protection de la volonté des personnes en fin de vie ainsi que les garanties fondamentales accordées aux citoyens.

Or, la loi ne détermine pas :

- la valeur juridique respective des directives anticipées et d'une demande d'aide à mourir ;
- les règles applicables en cas de contradiction entre plusieurs manifestations de volonté ;

- les conditions dans lesquelles des directives antérieures peuvent être réputées révoquées, complétées ou privées d'effet ;
- ni les obligations particulières incombant aux médecins lorsqu'ils sont confrontés à de telles contradictions.

Le législateur a ainsi laissé aux professionnels de santé et, le cas échéant, au juge, le soin de déterminer eux-mêmes les règles gouvernant des situations pourtant essentielles à l'exercice du nouveau droit institué par la loi.

Une telle abstention est constitutive d'une incompétence négative.

5. Sur la remise en cause des garanties ayant fondé la conformité constitutionnelle et conventionnelle du droit français de la fin de vie.

Enfin, le silence de la loi rompt l'équilibre qui avait conduit tant le Conseil constitutionnel que la Cour européenne des droits de l'homme à admettre la conformité du droit français applicable à la fin de vie.

Dans sa décision n° 2017-632 QPC, le **Conseil constitutionnel** a relevé que la procédure instituée par la loi Claeys-Leonetti était entourée de garanties substantielles assurant notamment la prise en compte de la volonté du patient.

De même, la **Cour européenne des droits de l'homme** a fondé son arrêt *Lambert et autres c. France* sur l'existence d'un cadre législatif cohérent, complet et suffisamment précis permettant d'établir et de respecter cette volonté.

En créant une nouvelle procédure susceptible d'entrer directement en conflit avec les directives anticipées, sans prévoir la moindre règle de coordination, le législateur retire à ce dispositif l'une des garanties essentielles qui avaient précisément justifié sa conformité aux exigences constitutionnelles et conventionnelles.

Le grief est d'autant plus sérieux que la détermination de la volonté du patient constitue le principe directeur de l'ensemble du droit français de la fin de vie. L'absence de toute disposition relative aux directives anticipées ne saurait, dans ces conditions, être regardée comme une simple lacune rédactionnelle : elle affecte l'économie générale de la loi et prive le nouveau dispositif de garanties essentielles que le législateur était tenu de prévoir.

VI. Sur l'insuffisance de l'encadrement du rôle des médecins.

Le Conseil constitutionnel exige que le législateur encadre suffisamment les pouvoirs confiés à l'administration ou aux autorités compétentes afin d'éviter l'arbitraire (décision n° 2017-691 QPC du 16 février 2018).

Or, toute la procédure repose sur les décisions d'un seul et même médecin; la régularité de la procédure étant contrôlée *a posteriori* sur la base des informations fournies par ce même médecin.

En outre, les critères laissés à l'appréciation des médecins sont largement subjectifs. Cela est d'autant plus problématique que le Conseil constitutionnel sanctionne les dispositifs reposant sur des critères insuffisamment précis lorsqu'ils affectent des droits fondamentaux (décision n° 2016-745 DC du 26 janvier 2017).

Sur l'insuffisance des garanties entourant le rôle confié au médecin et la concentration de l'ensemble de la procédure entre les mains d'un seul praticien

La loi déferée confie au médecin saisi de la demande l'intégralité des fonctions de constatation, d'appréciation, de décision, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle de la procédure d'aide à mourir.

Une telle concentration des pouvoirs est dépourvue de garanties suffisantes au regard des exigences constitutionnelles entourant la protection de la liberté personnelle, de la dignité de la personne humaine et du droit à la vie.

1. Une procédure entièrement placée sous l'autorité d'un seul médecin.

Le médecin saisi est seul destinataire de la demande.

Il apprécie lui-même si les conditions légales sont réunies.

Il constitue lui-même le collège pluriprofessionnel chargé de l'éclairer.

Il choisit les professionnels appelés à participer à cette concertation, y compris le médecin spécialiste, dont l'intervention ne revêt qu'un caractère consultatif.

Le professionnel de santé non médecin appelé à participer au collège est lui-même désigné par le médecin saisi et peut exercer sous son autorité hiérarchique ou fonctionnelle.

Le législateur n'a prévu aucune garantie d'indépendance de ce collège à l'égard du médecin qui l'a constitué.

En outre, le collège peut se réunir par visioconférence et le médecin spécialiste n'est pas tenu d'examiner personnellement le patient.

Ainsi, alors même que cette concertation est présentée comme une garantie essentielle, elle ne conduit jamais à une décision collégiale.

Le médecin demeure seul compétent pour décider.

2. Des critères légaux largement abandonnés à l'appréciation subjective du médecin.

La loi subordonne l'accès à l'aide à mourir à plusieurs conditions médicales cumulatives.

Le médecin doit notamment apprécier si la personne est atteinte d'une affection grave et incurable, si cette affection est en phase avancée, si elle engage le pronostic vital, si les souffrances sont réfractaires aux traitements ou insupportables selon les conditions prévues par la loi.

Ces notions appellent une appréciation médicale particulièrement délicate.

Or, le médecin spécialiste consulté dans le cadre du collège ne rend qu'un simple avis, qui ne lie en aucune manière le médecin chargé de statuer.

Le législateur n'a prévu aucun mécanisme permettant de résoudre un désaccord entre praticiens ni aucune obligation de solliciter un second avis indépendant lorsque l'appréciation des critères médicaux apparaît incertaine.

Il en résulte que la réalisation de l'acte létal dépend, en définitive, de l'appréciation personnelle d'un seul praticien.

3. L'absence de garanties procédurales suffisantes.

La procédure instituée par la loi est caractérisée par l'absence de plusieurs garanties pourtant essentielles au regard de la gravité irréversible de la décision.

La demande du patient n'est pas nécessairement formulée par écrit.

Le médecin n'est pas tenu d'avoir assuré un suivi médical préalable de la personne.

Rien ne garantit ainsi qu'il dispose d'une connaissance approfondie de son histoire médicale, psychologique ou familiale.

Dans de nombreuses hypothèses, le médecin n'aura rencontré le patient qu'à deux reprises : lors de l'examen initial de la demande puis lors de la vérification précédant l'administration de la substance létale.

Entre ces deux moments, il lui appartient encore d'apprécier le maintien de la capacité de discernement de la personne.

À cet égard, la loi renvoie notamment à la consultation d'un registre destiné à recenser les mesures de protection juridique, alors même que ce registre n'est pas encore opérationnel.

Le même médecin vérifie ensuite la réitération du consentement immédiatement avant la réalisation de l'acte.

Enfin, après le décès, c'est encore lui qui établit les éléments permettant le contrôle de la régularité de la procédure.

Ainsi, celui qui décide est également celui qui constate la régularité de sa propre décision.

4. L'absence de contrôle indépendant préalable.

La loi ne prévoit aucun contrôle préalable par une autorité indépendante, ni d'aucune juridiction, ou encore d'aucune commission nationale ou territoriale.

Le contrôle de la régularité de la procédure n'intervient qu'après la réalisation irréversible de l'acte létal et repose principalement sur les informations consignées par le médecin ayant lui-même conduit l'ensemble de la procédure.

À l'inverse, plusieurs législations européennes ont institué un contrôle indépendant préalable.

Ainsi, **la loi organique espagnole** n° 3/2021 du 24 mars 2021 relative à la régulation de l'euthanasie prévoit l'intervention d'une Commission de garantie et d'évaluation (*Comisión de Garantía y Evaluación*). En application des articles 10 et 18 de cette loi, un médecin et un juriste membres de cette commission examinent le dossier avant la réalisation de l'aide à mourir afin de vérifier que les conditions légales sont effectivement réunies.

Le législateur français n'a retenu aucune garantie équivalente, ce qui est constitutif encore une fois d'une incompétence négative du législateur.

5. Une concentration des pouvoirs contraire aux exigences constitutionnelles de garantie des droits fondamentaux.

Le Conseil constitutionnel juge de manière constante qu'il appartient au législateur de déterminer avec une précision suffisante les garanties entourant l'exercice des pouvoirs qu'il confie lorsque sont en cause des droits et libertés constitutionnellement protégés.

Dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, il a admis la conformité des dispositions relatives à la sédation profonde et continue jusqu'au décès en raison des garanties procédurales entourant la décision médicale.

En l'espèce, la logique est inverse.

Le législateur concentre entre les mains d'un seul praticien l'ensemble des fonctions de réception de la demande, d'appréciation des critères légaux, de constitution du collège, de décision, de vérification du consentement, d'organisation de l'acte et de compte rendu destiné au contrôle.

Le collège pluriprofessionnel ne constitue pas un véritable organe décisionnel mais une simple instance consultative choisie par le médecin lui-même.

Le contrôle de la régularité de la procédure intervient exclusivement *a posteriori*, sur la base des éléments rapportés par celui-là même qui a conduit toute la procédure.

Compte tenu du caractère irréversible de l'acte autorisé par la loi et de l'atteinte qu'il est susceptible de porter au droit à la vie, à la liberté personnelle et à la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, il appartenait au législateur de prévoir des garanties procédurales plus substantielles, notamment un contrôle indépendant préalable ou une véritable décision collégiale.

En s'abstenant de le faire, il a insuffisamment encadré les pouvoirs conférés au médecin et privé de garanties légales des exigences de valeur constitutionnelle.

6. Une concentration inédite de fonctions incompatibles avec les garanties attendues dans une procédure portant sur une liberté fondamentale.

L'insuffisance des garanties prévues par la loi résulte moins de l'importance du rôle reconnu au médecin que du cumul, entre les mains d'un même praticien, de fonctions qui devraient, compte tenu de l'objet de la procédure, être distinctes.

En effet, le médecin saisi de la demande est successivement chargé :

- de recevoir la demande d'aide à mourir ;
- d'attester l'existence de cette demande lorsque celle-ci n'est pas formulée par écrit ;
- d'apprécier la recevabilité de cette demande ;
- de vérifier la capacité de discernement du demandeur ;
- d'apprécier l'ensemble des critères médicaux prévus par la loi ;
- de constituer lui-même le collège pluriprofessionnel appelé à l'éclairer, en choisissant les professionnels qui y participeront ;
- d'apprécier la portée des avis rendus, ceux-ci ne présentant aucun caractère contraignant ;
- de prendre seul la décision autorisant ou refusant l'aide à mourir ;
- de vérifier, immédiatement avant l'administration de la substance létale, que le consentement demeure libre et éclairé ;
- d'organiser ou de superviser la réalisation de l'acte létal ;
- puis, enfin, d'établir les documents permettant le contrôle de la régularité de la procédure.

Ainsi, la même personne cumule successivement les fonctions d'instructeur de la demande, d'évaluateur médical, d'autorité décisionnelle, de responsable de l'exécution de la décision et de rapporteur des conditions dans lesquelles cette décision a été mise en œuvre.

Le contrôle exercé *a posteriori* repose dès lors essentiellement sur les éléments que ce même médecin aura lui-même consignés.

La procédure ne comporte donc aucune véritable séparation des fonctions de constatation, d'appréciation, de décision, d'exécution et de contrôle.

Or, dans les procédures susceptibles de porter atteinte à des droits et libertés d'une particulière importance, le législateur prévoit traditionnellement des mécanismes destinés à éviter qu'une même autorité n'exerce seule l'ensemble de ces prérogatives. Ces garanties peuvent résulter d'une décision collégiale, de l'intervention d'une autorité indépendante, d'un contrôle juridictionnel préalable ou encore d'une dissociation entre les fonctions d'instruction, de décision et de contrôle.

La loi déferée ne prévoit aucun de ces mécanismes.

Le collège pluriprofessionnel ne constitue pas une autorité collégiale, dès lors qu'il est librement constitué par le médecin lui-même et que ses membres ne rendent que des avis consultatifs.

Le contrôle institué par le législateur n'intervient qu'après la réalisation irréversible de l'acte létal.

À cet égard, la comparaison avec d'autres législations européennes met en évidence le caractère lacunaire du dispositif français. Ainsi, la **loi organique espagnole** n° 3/2021 du 24 mars 2021 relative à la régulation de l'euthanasie institue une **Commission de garantie et d'évaluation** (*Comisión de Garantía y Evaluación*), composée notamment d'un médecin et d'un juriste, chargée de vérifier, avant la réalisation de l'aide à mourir, que les conditions légales sont réunies (articles 10 et 18). Le législateur français a fait le choix inverse, en confiant l'ensemble de la procédure à un seul praticien, sans intervention obligatoire d'une autorité indépendante.

Eu égard au caractère irréversible de l'acte autorisé par la loi et à son incidence directe sur l'exercice de la liberté personnelle, sur le droit à la vie et sur la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, une telle concentration des fonctions ne saurait être regardée comme entourée de garanties suffisantes.

En s'abstenant d'organiser une véritable séparation des fonctions ou un contrôle indépendant préalable, le législateur a insuffisamment encadré les pouvoirs confiés au médecin et a, par suite, privé de garanties légales des exigences de valeur constitutionnelle.

VII. Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi.

Le Conseil constitutionnel impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises (décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; décision n° 2005-514 DC du 28 avril 2005).

Or, des notions essentielles comme celle de discernement « gravement » altéré, de « souffrance insupportable » ou de « volonté libre et éclairée » demeurent imprécises. Cette imprécision est d'autant plus grave que la loi entraîne une conséquence irréversible.

Ainsi, les termes employés par l'article 4 nécessitent d'être définis précisément par la loi, ce qui est constitutif tant d'une incompétence négative du législateur que d'une atteinte à l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi.

VIII. Sur l'absence de conciliation équilibrée au sein du texte de loi.

Le Conseil contrôle que le législateur opère une conciliation équilibrée entre les exigences constitutionnelles (décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008). Dans sa décision n° 2017-632 QPC, il a validé le cadre existant précisément parce qu'il ne permettait pas de provoquer la mort, mais seulement de refuser un traitement.

En l'espèce, la loi franchit un seuil radical sans garanties équivalentes. Elle privilégie excessivement l'autonomie individuelle au détriment de la dignité, de la vie et de la protection des personnes vulnérables.

IX. Sur la méconnaissance du principe d'égalité et l'insuffisante protection des personnes en situation de handicap.

Les dispositions déferées encourent également la censure en ce qu'elles ne comportent pas les garanties nécessaires à la protection des personnes en situation de handicap et conduisent à instituer, à leur détriment, une rupture caractérisée d'égalité devant la loi.

Selon une jurisprudence constante, le principe d'égalité devant la loi résultant des articles 1^{er} et 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 impose que des personnes placées dans une situation identique soient traitées de manière identique et que les différences de traitement reposent sur des critères objectifs et rationnels en rapport direct avec l'objet de la loi.

Par ailleurs, le Conseil constitutionnel reconnaît que le législateur doit assurer une protection particulière aux personnes vulnérables lorsque sont en cause l'exercice effectif de leurs droits fondamentaux et le respect de la dignité de la personne humaine (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 ; décision n° 2023-1058 QPC du 20 avril 2023).

Or les critères retenus par la loi déferée (art. 4, 3° et 4°) sont susceptibles de concerner un nombre significatif de personnes atteintes de handicaps lourds, de maladies neurodégénératives ou de déficiences entraînant une perte importante d'autonomie.

À cet égard, **le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies**, organe chargé de veiller à l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par la France, a adressé au Gouvernement français, le 23 juin 2025, une communication exprimant de vives préoccupations quant au dispositif envisagé.

Le Comité relève notamment que les critères d'éligibilité retenus « semblent fondés sur des perceptions **capacitistes** de la qualité et de la valeur de la vie des personnes handicapées ». Il s'inquiète du risque que certaines limitations fonctionnelles, situations de dépendance ou pertes d'autonomie soient implicitement assimilées à des conditions de vie dont la poursuite serait moins digne de protection que celle d'autres personnes.

Sans méconnaître la marge d'appréciation du législateur en matière de politique de santé, une telle observation met en lumière un risque constitutionnel majeur : celui de voir la loi établir, même indirectement, une **différence de valeur accordée aux existences humaines** selon leur degré d'autonomie physique ou psychique.

Or le principe constitutionnel de **dignité** de la personne humaine s'oppose précisément à ce que la valeur juridique de la vie d'une personne soit appréciée à l'aune de son utilité sociale, de son autonomie fonctionnelle ou de ses capacités physiques.

En permettant l'accès à une procédure létale sur le fondement de critères étroitement liés à la dépendance, à la perte d'autonomie ou à l'altération durable des capacités (art. 4, 3° et 4°), sans prévoir de garanties renforcées spécifiques aux personnes handicapées, le législateur fait peser sur celles-ci une pression normative particulière dont ne font pas l'objet les autres catégories de la population.

Cette pression est d'autant plus préoccupante que le dispositif contesté ne garantit pas l'existence effective d'alternatives permettant aux personnes concernées d'exercer un choix véritablement libre.

Le Comité des droits des personnes handicapées a ainsi relevé l'insuffisance des garanties relatives à l'accès effectif aux soins palliatifs, aux dispositifs d'accompagnement humain, aux aides à l'autonomie, aux prestations de compensation du handicap et aux formes d'assistance permettant de mener une existence digne malgré la maladie ou la dépendance.

Dans ces conditions, le consentement exprimé par une personne lourdement handicapée ou dépendante risque d'être influencé non seulement par sa pathologie mais également par l'insuffisance des soutiens matériels, humains et médicaux qui lui sont proposés.

La liberté proclamée par la loi (art. 4, 5°) peut alors devenir largement théorique lorsque l'intéressé est confronté à l'absence de solutions alternatives réellement accessibles.

Le Conseil constitutionnel juge pourtant de manière constante qu'il appartient au législateur de rendre effectifs les droits et libertés qu'il reconnaît et de les assortir de garanties légales suffisantes. (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 : le Conseil vérifie que les atteintes portées à l'intégrité du corps humain sont entourées de garanties propres à assurer le respect de la dignité de la personne humaine ; décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999 ; décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 ; décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017).

Dans sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution les dispositions relatives à la fin de vie en prenant notamment en considération l'ensemble des **garanties procédurales** prévues par le législateur. Il en résulte qu'en une matière **touchant directement à la vie humaine**, la constitutionnalité du dispositif est indissociable de l'existence de garanties effectives destinées à protéger la volonté de l'intéressé et les personnes vulnérables.

Or aucune disposition de la loi déferée ne subordonne l'accès à l'aide à mourir à une vérification effective de l'accès du demandeur à l'ensemble des dispositifs de compensation du handicap, d'accompagnement médico-social, d'aide humaine ou de prise en charge palliative susceptibles de répondre à sa situation.

Cette carence est particulièrement grave dès lors que la décision autorisée est irréversible.

Le Comité des droits des personnes handicapées, en juin 2025, a également attiré l'attention du Gouvernement sur l'extrême brièveté du délai minimal séparant la décision favorable de la mise en œuvre de l'aide à mourir.

Le texte permet en effet qu'après la confirmation de sa volonté, l'administration de la substance létale intervienne dans un délai particulièrement réduit.

Une telle brièveté est difficilement conciliable avec l'exigence de protection des personnes vulnérables, spécialement lorsque celles-ci peuvent être soumises à des fluctuations de leur état psychologique, à des épisodes dépressifs, à des sentiments de charge pour leurs proches ou à des variations importantes de leur perception de la souffrance.

En conséquence, les dispositions de l'article 4 de la loi déferée sont contraires au principe d'égalité.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'article 4 de la loi doit être déclaré contraire à la Constitution.

Sur les articles 5 à 10 de la loi.

Les articles 5 à 10 de la loi organisent la procédure d'accès à l'aide à mourir.

L'article 5 de la loi crée un article L. 1111-12-3 du code de la santé publique organisant la procédure de l'aide à mourir, tant en ce qui concerne la demande du patient que le devoir d'information du médecin.

L'article 6 de la loi crée un article L. 1111-12-4 du code de la santé publique organisant les procédés de vérification de la volonté du patient, la « procédure collégiale » que doit mettre en place le médecin avant la prise de décision d'aide à mourir, enfin définit la procédure de décision du médecin de procéder à l'aide à mourir et les modalités selon lesquelles la mort sera donnée au patient qui en a fait la demande et qui l'a confirmée.

L'article 7 de la loi crée un article L. 1111-12-5 du code de la santé publique organisant les modalités pratiques de l'acte légal.

L'article 8 de la loi crée un article L. 1111-12-6 du code de la santé publique organisant la préparation et la délivrance de la substance létale par les pharmacies à usage intérieur ou les pharmacies d'officine.

L'article 9 de la loi crée un article L. 1111-12-7 du code de la santé publique organise en pratique l'acte d'aide à mourir et les conditions de délivrance de l'acte de décès de la personne qui a demandé l'aide à mourir.

Enfin, l'article 10 crée un article L. 1111-12-8 du code de la santé publique organisant les conditions dans lesquelles il est mis fin à la procédure d'aide à mourir.

Cette procédure et la décision du médecin de procéder à l'acte d'aide à mourir sont contraires à plusieurs principes de valeur constitutionnelle.

Sur les articles 5 et 6 de la loi

L'article 5 de la loi crée un article L. 1111-12-3 du code de la santé publique organisant la procédure de l'aide à mourir, tant en ce qui concerne la demande du patient que le devoir d'information du médecin.

=> Art. 5, I

I. Sur l'absence d'exigence d'une demande écrite et de garanties suffisantes relatives à l'expression de la volonté.

Tout acte grave repose sur un écrit : un testament (C. civ., art. 970), somme supérieure à 1.500€ (C. civ., art. 1359), un prêt immobilier (Code de la consommation, art. L. 313-24) ne sont jamais dispensés d'un écrit, quel que soit l'état de santé de la personne.

L'absence d'un écrit obligatoire ne permet pas d'assurer avec un degré suffisant de certitude l'existence, la persistance et l'authenticité d'une volonté libre et éclairée de mettre fin à sa vie. Elle expose la procédure à des contestations ultérieures et ne fournit pas les garanties nécessaires contre les erreurs, influences ou pressions extérieures.

En s'abstenant d'exiger un acte écrit, daté et conservé au dossier médical, alors que la décision concernée conduit irréversiblement à la mort de la personne, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence et privé les exigences constitutionnelles précitées de garanties effectives.

L'exigence d'une volonté libre et éclairée constitue l'une des conditions essentielles d'accès à l'aide à mourir. Pourtant, le législateur n'a pas imposé que cette volonté soit exprimée, confirmée et

conservée sous la forme d'un écrit personnel, daté et signé par l'intéressé, alors même qu'il s'agit de l'élément déterminant d'une procédure conduisant à un acte irréversible mettant fin à la vie.

Aucune disposition de la loi déferée n'impose que la demande initiale fasse l'objet d'un document écrit permettant d'établir avec certitude son contenu exact, sa date, son caractère personnel et les circonstances dans lesquelles elle a été formulée. De même, la confirmation de cette volonté à l'issue du délai de réflexion prévu par la loi n'est soumise à aucune formalité particulière propre à garantir la permanence et l'authenticité du consentement.

L'absence d'un tel écrit prive pourtant les autorités médicales, les proches, les juridictions et, le cas échéant, les organes de contrôle, d'un élément objectif permettant de vérifier ultérieurement que la personne a effectivement exprimé une volonté libre, éclairée, réfléchie et dépourvue de toute pression extérieure.

La loi déferée n'exige pas davantage la présence de témoins pour attester de la réalité de l'expression de la volonté de mourir.

Cette carence est d'autant plus grave que la loi permet à certaines étapes essentielles de la procédure de se dérouler par visioconférence ou télécommunication (art. 6, II de la loi déferée) et qu'elle confie l'appréciation finale de la réalité du consentement à un seul praticien (art. 6, III de la loi déferée). Dans un tel contexte, l'existence d'un écrit personnel constituerait l'une des garanties minimales permettant de sécuriser juridiquement la procédure et de prévenir les risques d'erreur, de contestation ou d'influence.

La loi déferée, à son article 6, IV, dispose : “Après un délai de réflexion d’au moins deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III du présent article, la personne peut confirmer au médecin qu’elle demande l’administration de la substance létale”. Ainsi, aucune exigence formelle n’est requise par la loi quant aux modalités de confirmation de la demande.

En outre, la loi déferée, à son article 13, confie au pouvoir réglementaire la responsabilité de préciser “la forme et le contenu de la demande” d’aide à mourir et de “sa confirmation”. Ce faisant, le législateur s’est défaussé sur le pouvoir réglementaire pour trancher un aspect tout aussi essentiel que délicat pour le respect de la vie et de la liberté personnelle, matières qui relèvent de sa compétence en vertu de l’article 34 de la Constitution. Il y a donc lieu en cela une violation de l’article 34 de la Constitution et de constater que cette carence du législateur est constitutive d’une incompétence négative.

Le Conseil constitutionnel juge de manière constante qu'il appartient au législateur, lorsqu'il met en cause l'exercice d'une liberté ou d'un principe de valeur constitutionnelle, d'en déterminer lui-même les garanties fondamentales. En l'espèce, en s'abstenant d'imposer un mode de recueil formalisé de la volonté du demandeur, alors même que cette volonté conditionne l'accomplissement d'un acte entraînant directement la mort, le législateur n'a pas épuisé sa compétence.

Ainsi, il a rappelé que le législateur ne saurait « priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (décision n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004, cons. 12 ; décision n° 2005-514 DC du 28 avril 2005, cons. 14).

Lorsque le Conseil constitutionnel a admis la constitutionnalité du dispositif Claeys-Leonetti, il a expressément relevé l'existence de nombreuses garanties procédurales. Or la loi déferée ne prévoit ni demande écrite obligatoire, ni confirmation écrite, ni examen personnel obligatoire par l'ensemble des praticiens consultés. Le Conseil constitutionnel juge de manière constante qu'il appartient au législateur d'exercer pleinement la compétence que lui confie l'article 34 de la Constitution et qu'il ne saurait priver de garanties légales des exigences de valeur constitutionnelle. En matière bioéthique et médicale, cette exigence revêt une importance particulière dès lors que sont en cause la dignité de la personne humaine

et la liberté personnelle (décisions n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004 et n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017).

Dans sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 relative à la fin de vie, le Conseil a relevé l'existence de garanties procédurales substantielles entourant les décisions médicales contestées. Or les dispositions déferées ne prévoient ni demande écrite obligatoire, ni confirmation écrite de cette demande, ni contrôle collégial doté d'un pouvoir décisionnel effectif sur la réalité du consentement.

Dès lors, en ne prévoyant ni demande écrite obligatoire, ni confirmation écrite de cette demande, ni conservation d'un document exprimant personnellement la volonté du demandeur, ni même de présence de témoins, le législateur a privé de garanties légales effectives les exigences constitutionnelles résultant de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de la protection de la vie et de la liberté personnelle.

Il en résulte une méconnaissance de l'étendue de la compétence confiée au législateur par l'article 34 de la Constitution. Les dispositions contestées sont, pour ce motif également, contraires à la Constitution.

II. Sur l'insuffisance des garanties entourant la vérification de la volonté libre et éclairée de la personne sollicitant l'aide à mourir => art. 6, II

L'article 6 de la loi déferée méconnaît les exigences constitutionnelles résultant du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de la protection de la vie, de la liberté personnelle et de l'obligation faite au législateur d'exercer pleinement la compétence que lui confie l'article 34 de la Constitution.

Le 5° de l'article L. 1111-12-2 exige que la personne manifeste une volonté « libre et éclairée » de recourir à l'aide à mourir. Cette condition constitue le fondement même de la procédure instituée par le législateur dès lors qu'elle conditionne l'accès à un acte conduisant de manière irréversible au décès de la personne.

Or les garanties prévues pour vérifier l'existence et la persistance de cette volonté apparaissent manifestement insuffisantes.

En premier lieu, l'article 6, II prévoit que le médecin met en place une procédure collégiale afin de vérifier que les conditions légales sont remplies. Toutefois, ce médecin choisit seul les membres du collège pluriprofessionnel, lequel peut se réunir par visioconférence ou par tout moyen de télécommunication. En outre, le médecin spécialiste de la pathologie concernée n'est pas tenu de procéder lui-même à l'examen clinique de la personne et ne rend qu'un simple avis.

Ainsi, les professionnels appelés à éclairer la décision finale ne sont pas nécessairement placés en situation d'apprécier directement l'état de la personne, sa compréhension des enjeux de sa demande, l'absence de pressions extérieures ou encore la réalité de son discernement.

En deuxième lieu, la vérification de la réalité du consentement et de l'absence d'altération grave du discernement au moment de la demande repose, en pratique, sur le seul médecin chargé de prendre la décision autorisant l'administration de la substance létale. Aucun mécanisme de contrôle indépendant, aucune expertise psychiatrique obligatoire, ni aucune validation collégiale contraignante ne sont prévus lorsque subsiste un doute sur la capacité de discernement ou sur la liberté du consentement exprimé.

En troisième lieu, la loi n'impose aucune formalité particulière lors de la confirmation de la demande à l'issue du délai de réflexion de deux jours prévu à l'article 6, V. Le législateur n'a notamment pas exigé que cette confirmation fasse l'objet d'un nouvel entretien approfondi, d'une déclaration écrite, de la présence de témoins, ni d'une vérification spécifique de la permanence du consentement.

Enfin, lorsque la demande est ancienne de plus de trois mois, l'article 7, I prévoit seulement que le médecin « évalue à nouveau » le caractère libre et éclairé de la volonté de la personne. Cette notion d'évaluation demeure particulièrement imprécise et ne s'accompagne d'aucune procédure renforcée propre à garantir que la volonté exprimée demeure actuelle, libre, éclairée et exempte de toute influence extérieure.

Dès lors, le législateur s'est borné à instituer des mécanismes d'appréciation largement subjectifs sans prévoir les garanties procédurales adaptées à la gravité exceptionnelle de la décision en cause. En confiant à un seul praticien l'essentiel de la vérification d'une condition dont dépend directement la mise en œuvre d'un acte entraînant la mort, tout en permettant une intervention à distance des autres membres du collège et sans imposer de constatation personnelle et contradictoire de la volonté du demandeur, il a privé de garanties légales effectives les exigences constitutionnelles tenant à la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et à la protection de la vie.

Par suite, les dispositions contestées de l'article 6 de la loi doivent être déclarées contraires à la Constitution.

III. Sur l'insuffisance des délais de réflexion et la méconnaissance des exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. => Art. 6, IV

La loi déferée permet qu'à l'issue de la procédure qu'elle organise, l'administration d'une substance létale intervienne dans un délai particulièrement bref à compter de la décision constatant l'éligibilité du demandeur.

En prévoyant qu'un délai de deux jours seulement puisse séparer la décision favorable de la mise en œuvre de l'aide à mourir, le législateur a privé de garanties légales suffisantes les exigences constitutionnelles découlant de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de la protection de la santé et de la protection des personnes vulnérables.

Le **Conseil constitutionnel** juge de façon constante qu'il appartient au législateur, lorsqu'il intervient dans un domaine mettant en cause des droits et libertés constitutionnellement protégés, de déterminer des garanties adaptées à la gravité des conséquences attachées aux décisions en cause.

Or aucune décision humaine n'emporte de conséquences plus irréversibles que celle ayant pour objet de provoquer délibérément la mort d'une personne.

Dans un tel domaine, le législateur ne saurait se satisfaire de garanties purement formelles. Il lui appartient au contraire de prévoir un délai suffisant permettant au demandeur de confirmer ou de réviser sa décision, d'échanger avec ses proches, de bénéficier d'un accompagnement psychologique ou spirituel s'il le souhaite, d'accéder à des soins complémentaires et, plus généralement, de s'assurer de la stabilité de son consentement.

À cet égard, la brièveté du délai retenu par la loi française apparaît singulière au regard des garanties mises en place dans les autres États ayant légalisé des mécanismes comparables.

Ainsi, au **Canada**, la procédure applicable à certaines catégories de demandeurs prévoit un délai minimal d'évaluation de quatre-vingt-dix jours lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

En **Autriche**, la déclaration ouvrant accès à l'assistance au suicide ne peut produire effet qu'à l'issue d'un délai de réflexion de douze semaines, réduit à deux semaines seulement dans certains cas exceptionnels liés à l'état de santé de la personne.

En **Espagne**, la procédure légale comporte plusieurs demandes successives, des consultations médicales distinctes, un contrôle externe et des délais qui conduisent généralement à une durée minimale de plusieurs semaines entre la demande initiale et la réalisation de l'acte.

Ces exemples démontrent qu'un consensus minimal existe parmi les législations comparables quant à la nécessité d'organiser une période de réflexion substantielle avant qu'une décision irréversible ne soit exécutée.

Or la loi déferée retient un délai de deux jours seulement.

Cette **extrême brièveté** appelle aussi une remarque au regard d'autres dispositions du droit interne. Lorsqu'une personne demande un prêt auprès d'une banque pour financer l'acquisition d'un bien d'habitation, la loi impose qu'elle réfléchisse pendant 10 jours après que la banque a accepté sa demande et lui a fait parvenir une offre de prêt : la loi interdit au candidat emprunteur d'accepter cette offre avant l'expiration de ce délai de réflexion de 10 jours et elle impose, pour avoir la certitude que le délai a bien été respecté, que l'acceptation de l'emprunteur soit donnée par lettre, le cachet de l'opérateur postal faisant foi (C. consom., art. L.313-34). Ainsi lorsqu'est un jeu un prêt immobilier, le délai légal de réflexion de la personne est de dix jours. Lorsqu'il s'agit de la vie même de la personne, le délai légal de réflexion est de deux jours.

L'article 16 du Code civil énonce que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci ». En veillant moins à ce que le consentement de la personne soit bien réfléchi à propos d'un acte vital pour elle et irréversible, qu'à propos d'une simple opération pécuniaire, la loi projetée n'assure pas la primauté de la personne et porte atteinte à la dignité de celle-ci. Partant elle méconnaît le principe à valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine puisqu'elle ne reconnaît à sa vie qu'une importance moindre qu'à une banale opération pécuniaire.

En outre, la loi ne prévoit aucun délai minimum entre la demande initiale d'aide à mourir et la notification de la décision du médecin à son égard, lequel peut donc être de quelques heures.

Une telle durée ne permet raisonnablement ni de vérifier la permanence du consentement, ni de détecter une éventuelle évolution de l'état psychologique du demandeur, ni de garantir que celui-ci a pu bénéficier de l'ensemble des soutiens médicaux, psychologiques, familiaux ou sociaux susceptibles d'influer sur sa décision.

Le médecin n'évalue l'état de santé du patient que lors de la première demande d'aide à mourir. Aucun nouvel examen médical n'est requis par la suite.

Cette insuffisance est d'autant plus manifeste que les personnes concernées se trouvent fréquemment dans des situations de souffrance physique, de détresse psychologique, de dépendance ou d'isolement susceptibles d'altérer temporairement leur perception de leur situation personnelle.

Le législateur ne pouvait ignorer que les demandes de mort assistée sont particulièrement sensibles aux variations de l'état clinique, à l'évolution des traitements, à l'accompagnement humain ou encore à la prise en charge de la douleur.

En permettant qu'une décision aussi radicale soit exécutée après un délai aussi bref, sans imposer une période minimale de réflexion comparable à celles retenues dans les démocraties ayant adopté des dispositifs analogues, le législateur a manifestement sous-estimé les exigences constitutionnelles de protection de la personne.

Le délai retenu ne constitue pas une garantie effective mais une simple formalité dépourvue de portée réelle au regard de la gravité de l'acte autorisé.

Dès lors, le législateur a privé de garanties légales suffisantes la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et la protection de la santé.

Les dispositions contestées doivent en conséquence être déclarées contraires à la Constitution.

IV. Sur la méconnaissance du droit à une vie familiale normale.

1. La norme de référence.

Le dixième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. » Le **Conseil constitutionnel** juge de façon constante que « le droit de mener une vie familiale normale trouve sa source dans cette disposition » (décision n° 2006-542 DC du 9 novembre 2006, cons. 5).

La consécration de ce droit comme droit constitutionnel autonome remonte à la décision n° 93-325 DC du 13 août 1993 (*Maîtrise de l'immigration*, cons. 70), aux termes de laquelle « les étrangers dont la résidence en France est stable et régulière ont, comme les nationaux, le droit de mener une vie familiale normale ». Dans cette même décision, le Conseil a précisé, au considérant 7, que « les conditions d'une vie familiale normale sont celles qui prévalent en France ».

Ce droit constitue un droit constitutionnel autonome à valeur supra-législative. Le Conseil exerce sur les mesures susceptibles de l'affecter un contrôle de proportionnalité constant : si le législateur peut adapter ou encadrer ce droit, il ne peut y porter une atteinte manifestement disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi (décision n° 93-325 DC, cons. 19 et 56 ; décision n° 2006-542 DC, cons. 5 ; décision n° 2023-863 DC du 25 janvier 2024).

La jurisprudence aux termes de laquelle le droit à une vie familiale normale n'impose pas au législateur de consacrer telle ou telle configuration juridique particulière - a été dégagée par la décision n° 2010-39 QPC du 6 octobre 2010 (cons. 8) et confirmée par la décision n° 2010-92 QPC du 28 janvier 2011 (cons. 8 : « le droit de mener une vie familiale normale n'implique pas le droit de se marier pour les couples de même sexe »). Cette jurisprudence ne saurait toutefois être lue *a contrario* comme autorisant le législateur à désagréger activement la famille. Elle porte sur les effets juridiques positifs du droit, non sur la protection de la cellule familiale contre une désintégration organisée par la loi elle-même.

La jurisprudence de la **Cour européenne des droits de l'homme**, bien qu'elle n'appartienne pas directement au bloc de constitutionnalité, offre un éclairage convergent. Dans l'arrêt de Grande Chambre *Lambert et autres c. France* du 5 juin 2015 (req. n° 46043/14), la Cour a souligné l'importance de la consultation de la famille dans les décisions de fin de vie et n'a conclu à l'absence de violation de l'article 8 de la Convention que parce que la loi française Claeys-Leonetti prévoyait des garanties procédurales incluant la famille. Dans l'arrêt *Mortier c. Belgique* du 4 octobre 2022 (req. n° 78017/17), elle a constaté une violation de l'article 2 dans une affaire où l'euthanasie avait été pratiquée à l'insu des enfants de la patiente, posant ainsi une obligation positive procédurale pesant sur l'État lorsqu'il légalise l'aide à mourir. Dans l'arrêt *Koch contre Allemagne* du 19 juillet 2012 (req. 497/09, § 50), la Cour EDH a aussi reconnu que le droit au respect de la vie privée d'une personne est « directement affecté » par la décision relative à la demande d'euthanasie de son époux ; cette personne peut donc se prétendre victime de cette décision.

2. L'atteinte procédurale : la marginalisation de la famille => art. 6 : art. L. 1111-12-4, II, 4° : « le médecin peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance... » et art. 9 : administration de la substance létale et « pression de l'entourage ».

Le dixième alinéa du Préambule de 1946 protège la famille en tant que cellule collective, dont le développement passe nécessairement par la participation active de ses membres aux moments décisifs de l'existence. La fin de vie constitue un tel moment. Or les articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 CSP ne prévoient aucune information obligatoire des membres de la famille préalablement à la décision d'autorisation de l'aide à mourir. Il est ainsi légalement possible qu'un membre de la famille apprenne le décès de son proche après l'administration de la substance létale.

Cette lacune est d'autant plus grave que le législateur a lui-même reconnu, dans la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 dite Claeys-Leonetti, la nécessité de consulter la famille dans les décisions d'arrêt des traitements (art. L. 1111-12 CSP). Le choix formulé alors de consulter la famille ne traduisait pas une volonté de lui accorder un rôle secondaire, mais visait à éviter de faire peser sur elle le poids moral de l'arrêt des traitements. En abandonnant cette garantie minimale pour une procédure aboutissant à une mort certaine et irréversible, le texte rompt la cohérence du cadre légal sans justification constitutionnelle suffisante.

Même si la personne demandant l'aide à mourir souhaite que soit recueilli "l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou, à défaut, d'un proche", le médecin conserve le pouvoir de ne pas satisfaire à cette demande, ainsi que l'indique l'emploi du verbe "peut" dans la disposition : "le médecin [...] peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis..."

La participation d'un proche aidant au collège pluriprofessionnel est soumise à une triple condition facultative : que la personne en ait désigné un, qu'elle souhaite son association et que le médecin l'accepte (art. L. 1111-12-4, II, 1° c). En rendant cette participation tributaire de la volonté du patient et de celle du médecin, le législateur soumet le droit constitutionnel de la famille au bon vouloir de l'individu, inversant la hiérarchie que le dixième alinéa du Préambule de 1946 a entendu établir entre l'individu et la famille prise comme unité protégée.

Pour les majeurs sous protection judiciaire, le texte ne prévoit ni la saisine préventive du juge des tutelles ni la convocation du conseil de famille (art. 406 et suivants du code civil), qui permettrait précisément la prise en compte collective des intérêts familiaux dans les décisions graves. Cette suppression de toute délibération collective place les proches dans une situation d'impuissance totale face à une décision de mort assistée concernant un membre vulnérable de leur famille.

Sur l'article 7 de la loi

L'article 7. II de la loi déferée prévoit que « Si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision mentionnée au III de l'article L. 1111-12-4, le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au second alinéa du IV de l'article L. 1111-12-4. Il prescrit à nouveau la substance létale selon les modalités prévues au VI du même article L. 1111-12-4 ».

Cette disposition omet de requérir du médecin un nouvel examen médical de la personne demandant à mourir. Or, l'état de santé de cette personne peut avoir évolué favorablement pendant ce laps de temps, et de nouveaux traitements peuvent être devenus disponibles. Par suite, cette lacune méconnaît l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé.

L'article 7. II de la loi déferée prévoit que " La personne détermine le lieu d'administration de la substance létale en accord avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner. Cette administration 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 ".

Or, rien ne garantit que le proche ou le responsable d'établissement mentionnés soient disposés à accueillir la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté de la personne à leur domicile ou dans leur établissement. Cette disposition crée une forme de droit à mourir en un lieu de son choix, y compris chez les tiers, contre sa volonté.

Cette disposition constitue donc une atteinte manifeste au droit de propriété, garanti par les articles 2 et 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Or, cette atteinte n'est pas justifiée par un motif d'intérêt général ni proportionnée à l'objectif poursuivi, contrairement

aux exigences posées par le Conseil constitutionnel dans ses décisions n° 2011-169 QPC du 30 septembre 2011 et n° 2014-691 DC du 20 mars 2014.

Sur l'article 8 de la loi

L'article 8 de la loi crée un article L. 1111-12-6 du code de la santé publique organisant la préparation et la délivrance de la substance létale par les pharmacies à usage intérieur ou les pharmacies d'officine.

Cet article 8 crée ainsi une nouvelle obligation légale et professionnelle pour les pharmaciens, en violation du serment de Galien, excluant toute clause de conscience de leur part. Dans cette proposition de loi, les pharmaciens sont en effet les seuls professionnels de santé à être privés d'une reconnaissance de l'objection de conscience face à l'euthanasie et au suicide assisté (voir développement sur l'article 14 de la loi).

Le pharmacien participe directement à l'acte létal en ce qu'il prépare le produit létal et qu'il est le seul à pouvoir le faire. L'absence de participation immédiate (faire une piqûre à la personne, "pousser" une seringue, ou proposer une potion à ingérer) ne retire rien à la participation directe puisque, sans la préparation du produit létal par le pharmacien, l'aide à mourir ne peut être effective. Il est donc essentiel que les pharmaciens puissent faire valoir une objection de conscience, pleine et entière.

On renvoie ici à l'argumentation relative à l'article 14 de la loi sur la nécessité de reconnaître une objection de conscience aux pharmaciens et à leurs collaborateurs.

I.L'adéquation entre la mesure et le but poursuivi par le législateur.

L'atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens, créée par cette obligation, a pour but l'accès à l'aide à mourir.

En effet, il est clair que le pharmacien participe directement à l'acte létal dans la mesure où, sans la préparation létale dont la fabrication revient au seul pharmacien, selon les principes de son art professionnel, l'acte létal ne peut être effectué. On ne peut, de ce point de vue, souscrire à l'avis du Conseil d'Etat qui déclarait, dans son avis n° 408204 du 4 avril 2024 à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie que "les missions de réalisation de la préparation magistrale létale et de délivrance de la substance létale, qui interviennent après la prise de décision et avant la mise en oeuvre de l'administration de la substance létale, ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens et des personnes qui travaillent auprès d'eux" (n° 38, p. 15).

L'argumentation du Conseil d'Etat ne prend aucunement en considération le lien intrinsèque et nécessaire entre la prise de décision de l'acte létal, l'indispensable préparation du produit létal par un pharmacien, auquel, en l'état de la loi, il ne peut se soustraire et l'administration du produit qui, à l'évidence, ne peut avoir que si ce produit a été préparé et acheminé vers le médecin. Sans l'acte de préparation du produit létal, aucune administration de celui-ci ne peut avoir lieu, et les débats parlementaires ont d'ailleurs, de façon constante, souligné la nécessité de recourir soit aux pharmacies à usage intérieur au sein des établissements, soit aux pharmacies d'officine dans les autres cas.

On doit ainsi reconnaître la participation directe, indispensable et nécessaire, des pharmaciens et de leurs collaborateurs dans l'acte létal, dans une continuité d'actes techniques et de décisions. C'est en fonction de ces éléments que la liberté de conscience des pharmaciens et de leurs collaborateurs doit être reconnue.

A ce titre également, l'article 8 de la loi déferée est contraire à la liberté de conscience reconnue par la Constitution. L'omission volontaire par le législateur de la liberté de conscience des

pharmaciens et de leurs collaborateurs est constitutive également d'une incompétence négative du législateur.

II. La nécessité de la mesure.

Or, cette fin poursuivie par le législateur aurait pu être atteinte par d'autres moyens qui respecteraient la liberté de conscience des pharmaciens (déc. n° 2008-562 DC, 21 février 2008, cons. 17-21). Par exemple, il aurait pu considérer que la coopération des professionnels volontaires suffirait à la mise en œuvre du dispositif. Le législateur n'a pas démontré en quoi il n'était pas possible de prévoir pour les pharmaciens le même régime que celui prévu pour les autres professionnels de santé, bénéficiant de la clause de conscience. La nécessité de la mesure semble donc indémontrable.

III. Le contrôle de proportionnalité au sens strict.

À titre subsidiaire, même si la mesure était considérée comme nécessaire pour donner accès à l'aide à mourir, elle ne répond pas aux exigences du contrôle de proportionnalité au sens strict (déc. n° 2008-562 DC, 21 février 2008, cons. 22-23). Le législateur a en effet ignoré la liberté de conscience des pharmaciens, plutôt que de la concilier avec le but qu'il poursuit. En effet, l'acte exigé des pharmaciens est incompatible avec son rôle dans la chaîne de soins (Sur ce sujet, voir : Nicolas Bauer et Agnès Certain, « Responsabilités, droits et devoirs du pharmacien » in Emmanuel Hirsch (dir.), *Fins de la vie : les devoirs d'une démocratie*, Éditions du Cerf, 2025, pp. 407-418). En effet, non seulement le pharmacien a une mission de soignant, mais sa responsabilité juridique professionnelle découle de son obligation de respecter la vie et la santé humaines dans l'exercice de sa mission.

IV. Éléments de droit comparé.

À l'étranger, dans les pays où l'euthanasie et le suicide assisté sont légaux, il n'y a pas toujours à proprement parler une « clause de conscience ». Mais en tout cas il n'y a pas d'obligation légale à coopérer à l'euthanasie et au suicide assisté. Cette absence d'obligation est valable pour les pharmaciens comme pour les autres professionnels jouant un rôle dans le processus menant à ces pratiques.

En **Belgique** (« Nul n'est tenu de pratiquer une euthanasie », article 14 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie) et aux Pays-Bas (absence d'obligation légale dans la loi néerlandaise (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (WTL) de 2001) <https://palliaweb.nl/getmedia/1d0c0c71-fcee-4004-8c01-e7ddb68bfb2e/KNMP-KNMG-Richtlijn-Euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding-def-15-12-2022.pdf> p. 49 : « Si le pharmacien ne veut ou ne peut coopérer pour des raisons qui lui sont propres, il oriente le médecin vers un pharmacien confrère. Ce confrère est informé au préalable par l'autre pharmacien » ; « Lorsqu'un pharmacien refuse, pour des raisons de principe, toute forme de coopération à l'euthanasie et à l'aide au suicide, il doit en informer les médecins de sa zone de soins et conclure des accords avec des pharmaciens confrères concernant la continuité des soins et l'orientation vers un autre pharmacien » (directives déontologiques établies par les deux organisations professionnelles représentant pour l'un les médecins et pour l'autre les pharmaciens), où l'euthanasie est autorisée depuis plus de vingt ans, les pharmaciens n'ont jamais eu l'obligation d'y prendre part.

Il en va de même pour **l'Espagne** (« Les professionnels de la santé directement impliqués dans l'aide à mourir peuvent exercer leur droit à l'objection de conscience », article 16 loi de mars 2021) qui a légalisé l'euthanasie en 2021, et pour le **Luxembourg** (« Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide », article 15 de la loi de 2009), et le **Canada** (clause de conscience dans les lois des États) pour l'euthanasie et le suicide assisté.

Aux **États-Unis** (clause de conscience dans les lois des États), les pharmaciens préparant les substances létales sont tous volontaires, que ce soit dans le cadre de la peine capitale ou du suicide assisté.

Si la France obligeait les pharmaciens à participer activement à l'euthanasie ou au suicide assisté, elle ferait figure d'exception.

Sur l'article 12 de la loi

La méconnaissance du droit à un recours effectif

L'article 12 de la loi énonce que *« La sous-section 3 de la section 2 bis du chapitre 1er du titre 1er du livre 1er de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 11 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-10 ainsi rédigé :*

« Art. L. 1111-12-10. – La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ainsi que la décision de mettre fin à la procédure dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 1111-12-8 ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun, y compris par la voie d'un référé-liberté.

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne à accéder à l'aide à mourir peut être contestée, dans un délai de deux jours à compter de sa notification, par la personne chargée de la mesure de protection, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun. La saisine du juge administratif afin qu'il prononce les mesures mentionnées aux articles L. 521-1 ou L. 521-2 du code de justice administrative suspend la procédure prévue à la présente sous-section. » »

1. Sur la compétence du juge judiciaire.

En prévoyant la compétence de la juridiction administrative plutôt que la juridiction judiciaire concernant les recours à l'encontre des décisions relatives à l'aide à mourir, la loi déferée porte atteinte à l'article 66 de la Constitution et à la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

Aux termes de l'article 66 de la Constitution : *« Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe... »*. En effet, quand une mesure prive une personne de sa liberté individuelle, c'est le juge judiciaire, qui doit être le gardien de cette liberté. Il faut qu'il intervienne lui-même, et rapidement pour vérifier que la mesure est justifiée (Conseil d'État, « La mission constitutionnelle de l'autorité judiciaire », Publications et colloques).

Ce principe a été appliqué à maintes reprises par le Conseil constitutionnel.

Dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Hospitalisation à la demande d'un tiers*, le Conseil constitutionnel a jugé que le maintien d'une hospitalisation sans consentement au-delà de quinze jours sans intervention d'un juge judiciaire méconnaît l'article 66 de la Constitution, car la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible :

« Lorsqu'est en cause la liberté individuelle (hospitalisation sans consentement), le droit à un recours juridictionnel effectif impose que le juge judiciaire soit tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais » (n° [2010-71 QPC](#), 26 novembre 2010, cons. [39](#)).

Par ailleurs, dans sa [décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011](#), *Hospitalisation d'office*, le Conseil constitutionnel a confirmé cette exigence pour les mesures prononcées par le préfet et pose le principe de conciliation entre ordre public et liberté individuelle, dont la garde est confiée à l'autorité judiciaire :

- « Pour les mêmes motifs que ceux retenus dans la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, les dispositions de l'article L. 3213-4 du code de la santé publique, qui permettent que l'hospitalisation d'office soit maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, méconnaissent les exigences de l'article 66 de la Constitution » (n° [2011-135/140 QPC](#), 9 juin 2011, cons. [13](#)),

- « Considérant que l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux doit respecter le principe, résultant de l'article 66 de la Constitution, selon lequel la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire ; qu'il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire ; que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis » (Cons. const., décision n° [2011-135/140 QPC](#), du 9 juin 2011, cons. 7).

En outre, dans une autre décision n° 2011-631 DC du 9 juin 2011, le Conseil constitutionnel rappelle que relève 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) et précise également qu'« il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle, ainsi que les exigences d'une bonne administration de la justice et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figure la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire » (n° 2011-631 DC, 9 juin 2011, cons. 66).

Si l'article 66 de la Constitution a surtout été appliqué à des mesures de contrainte physique, sa portée ne saurait s'y limiter artificiellement. Le Conseil constitutionnel y rattache plus largement les atteintes à l'intégrité et à la disposition du corps humain.

Or, l'aide à mourir, qui met fin à la vie même de la personne, constitue une atteinte au moins aussi grave qu'une mesure de contrainte réversible telle que l'hospitalisation sans consentement, pour laquelle l'intervention du juge judiciaire est pourtant exigée. Il serait paradoxal que cette garantie s'efface précisément lorsque l'acte est irréversible.

La circonstance que la personne ait elle-même demandé l'aide à mourir ne fait pas obstacle à ce raisonnement. C'est bien parce que la réalité de ce consentement ne pourra plus être vérifiée après l'acte que l'intervention du juge judiciaire, gardien de la liberté individuelle, s'impose en amont.

Ces décisions montrent que dès qu'une mesure grave affecte le corps ou la liberté d'une personne, le Conseil constitutionnel exige une intervention réelle du juge judiciaire et jamais seulement du juge administratif.

Ainsi, l'aide à mourir, acte médical irréversible touchant à la vie même, présente une gravité au moins équivalente à une hospitalisation sans consentement, ce qui rend d'autant plus incohérent le choix du juge administratif comme seul recours possible.

Les recours à l'encontre des décisions relatives à l'aide à mourir sont donc du ressort du juge judiciaire et tout choix différent du législateur est contraire aux principes qui viennent d'être rappelés.

Dès lors, la loi déferée porte une atteinte manifestement disproportionnée à l'article 66 de la Constitution et à la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

2. Sur le droit à un recours effectif.

En vertu de l'alinéa premier de l'article L. 1111-12-10 du CSP, tel que résultant de la loi déferée, seule la personne ayant formé la demande d'aide à mourir peut constater la décision du médecin devant la juridiction administrative, la seule exception, prévue à l'alinéa 2 de l'article L. 1111-12-10 du CSP, concernant l'éventuelle contestation formée par la personne chargée de la mesure de protection contre la décision d'autoriser l'aide à mourir d'une personne faisant l'objet d'une protection juridique avec assistance ou représentation.

Le recours ne porte donc que sur la contestation du refus de l'aide. En revanche, la contestation de la décision médicale acceptant l'aide à mourir n'est pas ouverte.

Ainsi, la loi exclut par principe la possibilité pour un proche de contester la décision d'accès à l'aide à mourir. Le parent qui estimera avoir des éléments susceptibles de remettre en cause la décision du médecin ne pourra la contester en justice, que cette contestation porte sur l'état de santé du demandeur, sur sa liberté de choix ou sur le respect des règles procédurales prévues par la loi. Un ayant droit ne pourra pas plus mettre en avant, par exemple, une situation d'abus de faiblesse dans laquelle le patient aura été incité à demander l'aide à mourir par un ayant droit souhaitant accélérer l'ouverture de la succession ou d'une personne souhaitant que cesse l'obligation alimentaire lui incombant de pourvoir à l'entretien d'un parent âgé.

Des contentieux multiples pourraient donc naître post mortem, le plus souvent par la voie pénale ouverte aux ayant droits du défunt qui pourront ainsi porter plainte avec constitution de partie civile pour empoisonnement à l'encontre des médecins et personnels de santé ayant participé à l'acte. Cette voie pénale sera d'autant plus ouverte que la loi prévoit non seulement des conditions de fond, mais aussi des conditions de procédure qui pourraient ne pas être respectées.

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.* ».

L'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 est à lui seul un condensé du droit constitutionnel et un des fondements de notre démocratie. Il est devenu, au fil des années et grâce notamment à la question prioritaire de constitutionnalité, la garantie que les autres droits et libertés proclamés par la Constitution seront respectés. Il consacre, en particulier, le droit à un recours effectif devant un juge indépendant et impartial dans le respect des droits de la défense et l'interdiction non justifiée des lois rétroactives. C'est en ce sens que l'on peut affirmer qu'il constitue la clef de voûte de ces droits et libertés (voir en ce sens : Conseil constitutionnel, « L'article 16 de la Déclaration, clef de voûte des droits et libertés », *Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*).

Selon la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, il résulte de cette disposition qu'en principe, il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction.

Dans sa décision n° 93-335 DC du 21 janvier 1994, le Conseil constitutionnel a, pour la première fois, **explicitement rattaché le droit au recours à l'article 16 de la Déclaration de 1789**, avant que cette formule ne soit reprise de façon constante par la suite. Le Conseil y examinait une disposition du code de l'urbanisme restreignant la possibilité d'invoquer par voie d'exception l'illégalité de certains documents d'urbanisme au-delà d'un délai de six mois ; il a jugé que, dès lors que les requérants conservaient la faculté de demander l'abrogation des actes illégaux et de former un recours pour excès de pouvoir contre les décisions de refus, la restriction critiquée ne portait pas atteinte au droit au recours. Le Conseil a ainsi décidé que « [...] les dispositions qu'il a prises n'ont ni pour objet ni pour effet de limiter la possibilité ouverte à tout requérant de demander l'abrogation d'actes réglementaires illégaux ou devenus illégaux et de former des recours pour excès de pouvoir contre d'éventuelles décisions de

refus explicites ou implicites ; que dès lors il n'est pas porté d'atteinte substantielle au droit des intéressés d'exercer des recours. » (Cons. const., décision n° [93-335 DC](#) du 21 janvier 1994, cons. 4).

Appliqué *a contrario* à la loi déferée, **ce raisonnement conduit à la solution inverse** : là où le Conseil validait une simple limitation temporelle d'un recours par ailleurs pleinement ouvert, **la loi déferée organise, elle, une suppression pure et simple de toute voie de droit ouverte aux proches**, ce qui caractérise, selon le critère même posé par le Conseil, une **atteinte substantielle au droit au recours**.

Dans sa décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996, le Conseil constitutionnel a formulé le principe selon lequel **le législateur ne peut porter d'atteintes substantielles au droit d'exercer un recours effectif devant une juridiction**, rattaché à l'article 16 de la Déclaration de 1789, **principe qui structure depuis l'ensemble du contrôle exercé sur les dispositifs excluant ou restreignant l'accès au juge**. Le Conseil a ainsi décidé :

« Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen : « Toute Société dans laquelle la garantie des Droits n'est pas assurée ni la séparation des Pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution » ; qu'il résulte de cette disposition qu'en principe il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction » (Cons. const., [décision n° 96-373 DC](#) du 9 avril 1996, cons. 83)

Appliquée à la loi déferée, cette exigence permet de soutenir que l'exclusion pure et simple de tout recours des proches contre la décision médicale favorable à l'aide à mourir **ne constitue pas une simple limitation**, mais une atteinte substantielle à ce droit, puisqu'elle **prive purement et simplement une catégorie entière de personnes intéressées de toute possibilité de saisir un juge avant que l'acte irréversible ne soit accompli**.

Par ailleurs, dans sa décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999, le Conseil constitutionnel a rappelé que le droit au recours ne saurait subir d'atteintes substantielles, indépendamment du domaine (social, administratif ou sanitaire) dans lequel la loi contestée intervient :

« [...] 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. » (Cons. const., décision n° [99-416 DC](#) du 23 juillet 1999, cons. 38).

La décision établit donc que l'exigence tirée de l'article 16 n'est **pas circonscrite à une matière particulière**, mais constitue un **standard transversal du contrôle de constitutionnalité**, pleinement applicable à la matière sanitaire et, partant, à l'aide à mourir :

Enfin, dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, qui porte sur une **situation analogue** à celle de l'aide à mourir, c'est à dire, une **décision médicale conduisant au décès de la personne**, le Conseil constitutionnel a jugé que le droit à un recours juridictionnel effectif impose que la 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 devant être examiné dans les meilleurs délais aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée. Le Conseil considère 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. Sous ces réserves, le grief tiré de la méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif doit être écarté. » (Cons. const., décision n° [2017-632 QPC](#) du 2 juin 2017, cons. 17).

Le Conseil établit ainsi que, dès lors qu'un acte médical irréversible menant à la mort est en cause, la **Constitution exige une garantie procédurale préalable et concrète au bénéfice des proches** ; exigence que la loi sur l'aide à mourir méconnaît intégralement en n'organisant aucune notification ni aucun recours avant l'administration de la substance létale.

En conclusion, le législateur n'a pas respecté le droit à un recours effectif à l'encontre de la décision d'aider une personne à mourir alors que la loi aurait dû offrir la garantie de permettre à des proches de contester, dans l'intérêt du demandeur à l'aide, la décision du médecin faisant droit à la demande et ce devant le juge judiciaire. Dès lors, la loi déferée porte une atteinte manifestement disproportionnée au principe du droit à un recours et à l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

3. Sur le droit des proches à agir dans l'intérêt de la personne.

Comme indiqué, la loi déferée exclut par principe la possibilité pour un proche de contester la décision d'accès à l'aide à mourir, ce qui est en contradiction avec le droit applicable dans des domaines proches.

Ainsi, l'article L. 3211-12 du code de la santé publique (*droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*) reconnaît à la personne hospitalisée pour des soins psychiatriques, à son tuteur, son conjoint, son concubin, un parent, **et à toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade**, le droit de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention pour qu'il soit mis fin à la mesure:

«I.- Le magistrat du siège du tribunal judiciaire dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.

Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application de l'article L. 3222-5-1. Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine.

La saisine peut être formée par :

1° La personne faisant l'objet des soins ;

2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;

3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;

4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;

5° La personne qui a formulé la demande de soins ;

6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;

7° Le procureur de la République.»

Dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel examine l'article L. 3211-12 du CSP (anciennement article L. 351 CSP), qui ouvre le droit de saisir le juge non seulement à la personne hospitalisée elle-même, mais **aussi à toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne hospitalisée**, donc, concrètement, un parent, un conjoint, un proche. Le Conseil valide ce dispositif, ce qui revient à reconnaître que des tiers peuvent, **légitimement et**

efficacement, agir en justice pour protéger quelqu'un d'autre qu'eux-mêmes, lorsque cette personne subit une **mesure médicale grave**.

Le Conseil ne se contente pas de tolérer ce droit des proches mais il pose une **exigence supplémentaire** (statuer vite), preuve qu'il le considère comme une garantie sérieuse. Or, pour l'aide à mourir, acte irréversible, la loi ne prévoit rien de tel. Aucun proche ne peut saisir aucun juge, à aucun moment, avant que l'acte ne soit accompli :

« Considérant, en troisième lieu, que l'article L. 351 du code de la santé publique reconnaît à toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit le droit de se pourvoir par simple requête à tout moment devant le président du tribunal de grande instance pour qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement ; que le droit de saisir ce juge est également reconnu à toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne hospitalisée » (Cons. const., décision n° [2010-71 QPC](#) du 26 novembre 2010, cons. 38).

Par ailleurs, dans l'affaire dite Vincent Lambert, dans le cadre de laquelle les parents, la fratrie, puis l'épouse et un neveu de M. Vincent Lambert ont, tour à tour, saisi le juge des référés (référé-liberté, article L. 521-2 CJA) pour contester la décision médicale d'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles, le Conseil d'État a examiné ces recours au fond, **sans jamais contester la recevabilité de l'action des proches à agir dans l'intérêt du patient** hors d'état de s'exprimer, consacrant ainsi, en pratique, ce que la loi sur l'aide à mourir exclut en droit :

« Considérant, d'une part, que les dispositions contestées du code de la santé publique ont défini un cadre juridique réaffirmant le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés, le droit de voir respectée sa volonté de refuser tout traitement et le droit de ne pas subir un traitement médical qui traduirait une obstination déraisonnable ; que ces dispositions ne permettent à un médecin de prendre, à l'égard d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger que sous la double et stricte condition que la poursuite de ce traitement traduise une obstination déraisonnable et que soient respectées les garanties tenant à la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient, à la consultation d'au moins un autre médecin et de l'équipe soignante et à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; qu'une telle décision du médecin est susceptible de faire l'objet d'un recours devant une juridiction pour s'assurer que les conditions fixées par la loi ont été remplies ; » (C.E., Ass., 24 juin 2014, Mme Lambert, n° 375081 et a., cons. 13).

Le Conseil d'État exige donc que **le recours des proches précède l'exécution de la décision**, et non qu'il n'intervienne qu'après. Ce principe a ensuite été repris par le Conseil constitutionnel dans la **décision n° 2017-632 QPC, cons. 17** (*cité précédemment*) : le droit à un recours juridictionnel effectif impose la notification préalable aux proches et un recours utile avant l'exécution de la décision.

Ainsi, lorsqu'une décision médicale conduit à la mort d'une personne, **le recours des proches n'a de sens que s'il intervient avant l'acte**, un recours seulement possible après coup n'est pas un recours effectif, ce qui est pourtant exactement le schéma retenu par la loi sur l'aide à mourir.

Dans cette même logique, la **Cour européenne des droits de l'homme**, pour cette même affaire dite Vincent Lambert, même si elle a rejeté le grief au fond, **a admis la recevabilité de la requête des proches**, confirmant qu'ils avaient bien qualité pour agir devant une juridiction internationale au nom de la protection de la vie d'un proche hors d'état de s'exprimer :

« Les proches parents d'une personne dont il est allégué que le décès engage la responsabilité de l'État peuvent se prétendre victimes d'une violation de l'article 2 de la Convention [...] les requérants, en leur qualité de proches de Vincent Lambert, peuvent invoquer l'article 2. » (Cour EDH, GC, 5 juin 2015, *Lambert et autres c. France*, n° [46043/14](#), paragraphe 115).

Dès lors, la loi déferée porte une atteinte manifestement disproportionnée au droit des proches à agir dans l'intérêt de la personne et à l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

Sur l'article 14 de la loi.

Les autorités publiques ne doivent pas se contenter de mettre en balance la liberté de conscience et de religion des uns avec le droit à l'aide à mourir des autres, de sorte à justifier la prévalence de l'un et le sacrifice de l'autre, mais concilier leur exercice de sorte à garantir l'un et l'autre.

Une fois encore, le raisonnement suivi par les cours européennes est utile à la compréhension de l'approche de conciliation également opérée par le Conseil constitutionnel dans sa jurisprudence.

Telle est l'approche retenue à présent par les instances internationales. Cette approche, qui met à la charge de l'État l'obligation positive de prendre des mesures pour concilier des droits et intérêts parfois contradictoires, a été consacrée notamment par la Cour européenne des droits de l'homme (Cour EDH, *P. et S. c. Pologne*, n° 57375/08, 30 octobre 2012, § 107, traduction non officielle. V. aussi Cour EDH, *R. R. c. Pologne*, n° 27617/08, 26 mai 2011, § 206), le Comité des droits de l'homme (Comité DH, *V. D. A. c. Argentine*, Communication n° 1608/2007, 29 mars 2011), le Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale (Rapport de Anand Grover sur la Pologne, A/RHC/14/20. ad. 3, § 85. Voir aussi son *amicus curiae* remis à la CEDH dans l'affaire *R. R. c. Pologne* où il parle du « droit du personnel médical d'objecter en conscience »), ou encore Heiner Bielefeldt (H. Bielefeldt et al., *Freedom of religion or belief*, *op. cit.* pp. 298 et s.), Rapporteur spécial sur la liberté de religion ou de croyance.

L'exigence de conciliation dépasse celles de la stricte justice commutative, en ce qu'elle vise à ce que chacun puisse bénéficier de droits concrets et effectifs (Cour EDH, *Artico c. Italie*, n° 6694/74, 13 mai 1980, § 33). Cette approche, davantage distributive, s'appuie sur le principe d'égalité qui veut qu'une personne ou un groupe, du seul fait qu'il soit minoritaire, ne fasse pas l'objet d'un traitement inégal dans la jouissance effective des droits humains. Cette approche a pour corollaire le principe de non-discrimination. C'est afin que les minorités ne soient pas indirectement discriminées par les choix de la majorité que l'État doit adopter des mesures pour préserver la minorité.

Ainsi, lorsque la Cour européenne juge que l'État a l'obligation positive de respecter un droit, « le verbe “respecter” signifie bien plus que “reconnaître” ou “prendre en compte”. En sus d'un engagement plutôt négatif, il implique à la charge de l'État une certaine obligation positive » (Cour EDH, *Folgero et autres c. Norvège*).

C'est une façon, pour la société, d'auto limiter son emprise sur les individus et de demeurer libérale. Une démarche de l'État visant à concilier les droits concurrents, plutôt qu'à faire prévaloir les uns sur les autres, est « de nature à assurer le pluralisme dans la cohésion et la stabilité et à promouvoir l'harmonie religieuse et la tolérance au sein de la société » (Cour EDH, *Bayatyan c. Arménie*, § 126). D'une manière plus générale, et comme l'ont fait observer les juges Tulkens, Popović et Keller en marge d'une affaire mettant en cause le refus d'une juridiction de reporter une audience fixée un jour de sabbat, cette obligation positive qui pèse sur l'État consiste à mettre en place des « aménagements raisonnables », quitte à accorder « quelques concessions », car elles sont aussi le « prix à payer pour le respect de la liberté de religion dans une société multiculturelle » (Cour EDH, *Francesco Sessa c. Italie*, n° 28790/08, 3 avril 2012, opinion commune).

C'est sur l'État que pèse la responsabilité de veiller à concilier le respect de la liberté de conscience de l'objecteur avec les autres droits et intérêts concurrents, et l'office du juge consiste d'abord à vérifier si les autorités ont pris positivement des mesures proportionnées à cette fin. Le fait de

ne pas proposer de mode de conciliation suffit à constituer une violation de la liberté de conscience et de religion.

I. Atteinte à la liberté et objection de conscience des personnels de santé.

Le **Conseil constitutionnel**, particulièrement à propos de la clause de conscience relative à l'IVG, a rattaché l'exercice de l'objection de conscience à la liberté de conscience inscrite à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ainsi qu'à l'alinéa 5 du Préambule de la Constitution de 1946[6], intégrés au bloc de constitutionnalité.

Le droit à la liberté de conscience se fonde également sur l'article 1^{er} de la Déclaration universelle des droits de l'homme qui dispose que tous les êtres humains « *sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité* ». La raison et la conscience sont une condition même de la moralité, de la justice et de la responsabilité. **L'acte final de la Conférence d'Helsinki** (1975) est plus explicite encore en reconnaissant que le droit d'agir « *selon les impératifs de sa propre conscience* » est constitutif de la liberté de pensée, de conscience, de religion ou de conviction. Ce droit est reconnu dans le système des Nations unies. Ainsi, Sir Nigel Rodley, Président du Comité des droits de l'homme, fait valoir que c'est en raison du « *caractère sacré de la vie humaine* » que « *le droit de refuser de tuer doit être accepté complètement* ». Ce droit prend la forme notamment d'un droit « *à l'objection de conscience* » et « *le place sur un autre plan que les autres biens humains fondamentaux protégés par le Pacte* ». (Opinion individuelle concordante de Sir Nigel Rodley, M. Krister Thelin et M. Cornelis Flinterman dans l'affaire CDH, *Cenk Atasoy et Arda Sarkut c. Turquie*.)

1. Mise en cause de l'obligation de renvoi.

L'article L. 1111-12-12, I, alinéa 2 du code de la santé publique énonce que « Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures doit, sans délai, informer de son refus la personne ou le professionnel le sollicitant et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédures ».

L'obligation de renvoi crée une obligation de collaboration directe, c'est-à-dire de complicité, avec l'acte auquel il est objecté. Cette obligation est en outre impossible à remplir, car le professionnel de santé objecteur ne peut connaître la conscience des autres professionnels de santé, et préjuger s'ils seront disposés à participer à la mise en œuvre de "l'aide à mourir" de la personne à l'origine de la demande.

Cette disposition est donc impossible à respecter, mais son non-respect engage la responsabilité de l'objecteur.

Le législateur avait pourtant la faculté d'instituer un mécanisme respectant la liberté de conscience des professionnels de santé, en prévoyant l'intervention de la Commission de contrôle mentionnée à l'article L. 1111-12-13, laquelle conserve un registre des professionnels de santé disposés à participer à la procédure d'aide à mourir.

2. Mise en cause de l'atteinte à la liberté de pensée, de conscience et de religion des pharmaciens

L'atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens ne respecte pas les exigences du contrôle de proportionnalité (voir développement sur l'article 8). Cette atteinte se heurte à l'article 5 du Préambule de la Constitution de 1946, lequel dispose que "Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances". Elle se heurte également au principe constitutionnel d'égalité.

a. Égalité dite « déterminée »

Selon l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la loi « doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse ». En outre, cette disposition interdit de distinguer selon la conviction morale ou religieuse pour l'accès aux emplois publics, comme celui de pharmacien hospitalier. Or, la loi implique d'interdire l'accès à l'emploi de pharmacien hospitalier pour les personnes ayant une conviction (favorable à la vie) ou une religion (christianisme, judaïsme etc.). La privation de la clause de conscience porte atteinte à l'égalité entre les personnes aspirant au métier de pharmacien, selon leurs convictions (art. 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen).

L'atteinte au principe d'égalité est particulièrement grave dans la mesure où les pharmaciens déjà en poste seraient obligés de réaliser un acte qui jusqu'à présent leur était interdit (crime d'empoisonnement, article 221-5 du Code pénal).

b. Égalité dite « indéterminée »

Le principe général d'égalité, consacré à l'article premier de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, s'applique entre les professionnels de santé coopérant à l'aide à mourir de manière essentielle, c'est-à-dire aux professionnels de santé considérés par le législateur comme indispensables au dispositif.

Or, le législateur prévoit un régime différencié entre les pharmaciens (pas de clause de conscience) et les autres professionnels de santé (clause de conscience).

Ce régime différencié ne respecte pas le principe d'égalité, pour les raisons exposées ci-dessous.

c. Raison d'intérêt général et rapport direct avec l'objet de la loi

D'après la jurisprudence du Conseil constitutionnel, « 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 » (déc. n° 98-397 DC, 6 mars 1998 ; voir aussi : déc. 2009-578 DC, 18 mars 2009, § 19). Or, en l'espèce le législateur n'a invoqué aucune raison d'intérêt général pour déroger à l'égalité. En outre, l'objet de la loi (accès à l'aide à mourir) ne justifie pas une telle différence de traitement entre des professionnels pourtant indispensables à l'aide à mourir, du fait de leurs rôles distincts mais essentiels dans le dispositif prévu.

d. Critères objectifs et rationnels

D'après la jurisprudence du Conseil constitutionnel, « pour assurer le respect du principe d'égalité, le législateur doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels » (déc. n° 91-298 DC, 24 juillet 1991, § 29). Ainsi, si une raison d'intérêt général en rapport direct avec l'objet de la loi était identifiée, l'appréciation de ce motif devrait se fonder sur des critères objectifs et rationnels.

e. Proportionnalité de l'atteinte au principe d'égalité

L'atteinte au principe d'égalité doit également respecter les exigences de proportionnalité.

Or, l'obligation pour les pharmaciens de préparer et délivrer la substance létale est générale et absolue. Un tel « caractère général et absolu » est rarement compatible avec la proportionnalité d'une mesure, en ce que, généralement, une telle atteinte « dépasse manifestement ce qui serait nécessaire » pour poursuivre l'objectif de la loi (déc. 87-232 DC, 7 janvier 1988, § 42).

II. Mise en cause de l'obligation d'accueil de ces pratiques pesant sur les directeurs et responsables de l'établissement ou du service.

Le responsable de l'établissement ou du service, même objecteur à l'euthanasie et au suicide assisté, est tenu d'y permettre l'accès et l'intervention de professionnels de santé pour pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté sur les patients et résidents dont il a la responsabilité.

Or, les directeurs et responsables d'établissement ou de service engagent leur conscience. Pour preuve, leur responsabilité pénale personnelle aurait été engagée s'ils avaient accepté ces pratiques avant l'entrée en vigueur de la loi déferée.

Leur responsabilité dans l'organisation du service, la mise à disposition de locaux, de personnels, de moyens indispensables pour la réalisation de l'acte légal en font des collaborateurs directs de l'acte légal. Leur objection de conscience doit également être reconnue. L'absence d'inscription de cette objection de conscience pour les directeurs d'établissements de santé est constitutive d'une incompétence négative du législateur.

On souligne également leur inégalité de traitement avec les professionnels de santé qui bénéficient d'une clause de conscience, ce qui, en l'état, n'est pas reconnu aux directeurs et responsables d'établissements de santé dans lesquels pourrait être pratiqué l'acte légal, alors qu'ils sont dans une situation moralement comparable à celle des professionnels de santé.

En conséquence, l'article 14 de la loi déferée doit être également reconnu contraire à la Constitution, au titre de l'incompétence négative du législateur, du non-respect de la liberté de conscience et pour atteinte au principe d'égalité.

III. Sur l'absence d'une clause d'établissement protégeant les établissements privés de santé et médico-sociaux => art. 14.

La loi déferée fait obligation à tout établissement de santé et médico-social d'accueillir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté en son sein. Cette obligation s'impose ainsi notamment à toutes les maisons de retraite (EHPAD), aux foyers d'accueil pour personnes handicapées ou en situation d'urgence, publics comme privés, y compris à ceux ne recevant aucun financement public. Elle s'impose aussi aux établissements confessionnels.

1. Une atteinte existentielle aux établissements fondés sur des convictions ou une religion.

Cette obligation emporte des conséquences inconstitutionnelles s'agissant en particulier des établissements fondés sur des religions qui interdisent absolument de concourir à la mort d'une personne. Les établissements de santé et médico-sociaux confessionnels font, le plus souvent, partie de congrégations catholiques. À ce titre, tant ces congrégations que leurs œuvres se doivent de respecter la morale catholique et de ne pas concourir à la mort d'un être humain. On constate que des établissements de santé et médico-sociaux indiquent dans leur statut, dans une charte éthique de référence ou même dans leur règlement intérieur que certains actes ou pratiques ne seront pas effectués au sein de ces établissements, car contraires à leurs principes fondateurs. C'est le cas par exemple des établissements des Dames du Calvaire, comme la Maison médicale Jeanne-Garnier à Paris, qui ont en commun une « Charte des associations et œuvres des Dames du Calvaire » posant que « le recours à l'euthanasie définie comme aide active à mourir est totalement exclu ». L'Alliance des maternités catholiques a édicté un « Document fondamental des maternités catholiques » qui se réfère à l'enseignement moral de l'Église catholique exprimé par le Magistère » et qui fixe les grandes orientations de ce groupe de maternités. Ces documents traduisent le Magistère catholique selon lequel les lois qui approuvent l'euthanasie « non seulement ne créent aucune obligation pour la conscience, mais elles entraînent une obligation grave et précise de s'y opposer par l'objection de conscience. » (Encyclique *Evangelium vitae* et Lettre *Samaritanus Bonus*).

Cette loi emporte aussi des conséquences particulières à l'égard des congrégations en ce que celle-ci sont soumises à un régime de reconnaissance légale. En effet, le Conseil d'Etat, dont l'avis lie le gouvernement quant à la décision d'octroyer ou de refuser la reconnaissance légale, interdit que les statuts de ces congrégations contiennent des dispositions contraires à la loi. Le problème s'est posé s'agissant de la mention de l'existence de vœux « solennels », « perpétuels » ou « définitifs » qui ne sont plus « reconnus » depuis le décret des 13 et 19 février 1790. (Conseil d'État, *Études et documents*, rapport public 1990, n° 42, La Documentation française, Paris, 1991, p. 83). À l'avenir, le même obstacle se posera à la reconnaissance des congrégations dont les statuts font référence au Magistère catholique en matière de respect de la vie.

Ainsi, obliger les établissements confessionnels à accueillir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté en leur sein, en violation de leurs convictions, revient à les forcer à agir contre leurs convictions, et à les contraindre de changer de convictions, de renoncer à leur identité religieuse. Face à cette contrainte existentielle, plusieurs congrégations et établissements confessionnels de santé et médico-sociaux ont déjà annoncé préférer fermer leurs établissements (comme par le passé), plutôt que d'accueillir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté en leur sein.

Dès lors, **cette obligation porte atteinte aux libertés d'association et de religion de ces établissements et de leurs membres. Elle est aussi discriminatoire et disproportionnée.**

2. La légitimité de l'objection à l'aide à mourir est reconnue.

La loi déférée reconnaît la légitimité de l'objection morale au fait de donner la mort, ou de concourir à un suicide. C'est pourquoi elle institue une clause de conscience, qui vise précisément à garantir le respect de la liberté de conscience des professionnels de santé, c'est-à-dire le droit de ne pas être contraints d'agir contre leurs convictions. La loi déférée reconnaît donc que le fait de pratiquer une euthanasie ou un suicide assisté est susceptible de heurter gravement la conscience, rendant légitime une objection.

La loi a fait le même constat s'agissant d'autres pratiques, en prévoyant en particulier une clause de conscience face à l'avortement, à la stérilisation volontaire ou encore à la recherche sur des embryons humains ou sur des cellules souches embryonnaires (respectivement aux articles L. 2212-8, L. 2123-1 et L. 2151-7-1 du Code de la santé publique).

Les pratiques faisant l'objet d'une telle clause de conscience ont en commun de porter atteinte à l'intégrité physique de la personne, voire à la vie, sans motif thérapeutique. Il en est de même de l'euthanasie et du suicide assisté. La cause de l'existence d'un droit à l'objection de conscience ne réside pas dans le respect de la subjectivité de la conscience individuelle (laquelle est relative), mais dans l'objectivité du problème moral posé par l'acte auquel il est objecté. Or, il ne fait aucun doute que l'acte de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide est objectivement problématique au plan moral.

Jusqu'alors interdites tant par le droit pénal que par la déontologie médicale, la dépénalisation de ces pratiques a été assortie de la reconnaissance d'une clause de conscience garantissant à tout praticien le droit expresse de ne pas y prendre part. En instituant ces clauses, le législateur reconnaît que les actes en question posent un problème moral, et qu'il est légitime d'y objecter. En renonçant à la finalité exclusivement thérapeutique des actes médicaux, au profit de finalités plus diverses (telles que la recherche scientifique, et la satisfaction des demandes individuelles), c'est l'ensemble de la morale médicale qui a été bouleversée, car la morale résulte de l'ordination (par la raison pratique) de l'action à la finalité. Lorsque la finalité change, la morale suit. Actuellement, une partie des professionnels de santé est restée fidèle à la finalité historique, thérapeutique, de la médecine, qui tend à soigner et à préserver la vie, tandis que d'autres estiment que la médecine a aussi pour finalité d'administrer la vie, y compris en la supprimant, et de répondre aux demandes individuelles. Selon que l'on adopte l'une ou l'autre finalité de la médecine, la moralité des actes sera appréciée différemment.

Voix représentative de l'éthique de la profession médicale mondiale, l'Association médicale mondiale (AMM) a confirmé en 2018 sa position sur l'euthanasie, en ces termes : « [l']euthanasie, c'est-à-dire mettre fin à la vie d'un patient par un acte délibéré, même à sa demande ou à celle de ses proches, est contraire à l'éthique. Cela n'interdit pas au médecin de respecter la volonté du patient de laisser le processus naturel de la mort suivre son cours dans la phase terminale de la maladie » (p. 59).

Dans le même sens, le **Tribunal fédéral suisse** a souligné le caractère exceptionnel de cette pratique : « *l'assistance au suicide ne saurait être considérée comme faisant partie des activités du médecin, parce qu'elle va en soi à l'encontre des buts de la médecine* » (arrêt du 3 novembre 2006, § 6.3.4).

3. Le Conseil constitutionnel a reconnu la valeur constitutionnelle de la protection de la conscience.

Le **Conseil constitutionnel** a reconnu que la clause de conscience relative à l'IVG se rattachait à la liberté de conscience inscrite à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (art. 10 de la Déclaration de 1789 : « Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi ») ainsi qu'à l'alinéa 5 du Préambule de la Constitution de 1946 (Préambule, al. 5, de la Constitution de 1946 : « Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances »), intégrés au bloc de constitutionnalité. (Voir notamment décision n° 2001-446 DC, 27 juin 2001, *Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (dite loi IVG II)*, Rec. 74, § 15)

Ce faisant, le Conseil constitutionnel a reconnu que le refus de participer à la pratique d'une IVG constitue un motif légitime d'objection.

4. La liberté des associations et établissements privés.

a. La clause d'établissement est fondée sur la liberté d'association.

Certes, la clause de conscience est une notion purement personnelle, ainsi que l'a souligné le Conseil constitutionnel dans sa décision *IVG II* du 27 juin 2001. Toutefois, les associations et entreprises bénéficient aussi de libertés constitutionnelles, notamment de la liberté de fonctionner librement, dans le respect de leur identité et principes fondateurs. La liberté d'association est donc un fondement autonome – distinct de la liberté de conscience – au droit pour une association de refuser de participer à des actes contraires à son identité.

Dès lors que l'acte en cause est objectivement problématique, comme le fait de mettre un terme à une vie par l'IVG ou l'euthanasie, il n'est pas nécessaire que l'association soit d'une nature morale ou religieuse particulière pour pouvoir refuser d'y concourir. C'est la raison pour laquelle le législateur a posé le principe suivant lequel « Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. » (Article L. 2212-8, alinéas 3, 4 et 5, du Code de la santé publique). Afin que l'IVG soit accessible sur l'ensemble du territoire, le législateur a assorti ce principe d'une exception, mais qui ne s'applique qu'à la double condition que l'établissement en cause soit habilité à assurer le service public hospitalier, et qu'il soit seul en mesure de répondre aux besoins locaux. Dans les faits, le principe de la liberté des établissements est très largement respecté. En outre, l'établissement privé conserve toujours la faculté d'échapper à l'éventuelle obligation dérogatoire de pratiquer l'IVG en renonçant à ses financements publics. Tel n'est pas le cas s'agissant de l'accueil de l'aide à mourir qui, selon la loi déferée, doit être possible dans tout établissement, y compris ceux ne bénéficiant d'aucun financement public.

Certaines structures et associations se distinguent par leur forte identité convictionnelle. Il peut s'agir de partis politiques, d'entreprises de presse, d'organisations militantes, et bien sûr d'organisations religieuses. Dans ce cas, ces associations bénéficient du statut d'« entreprises de conviction », longtemps

appelées « entreprises de tendance », qui sont reconnues comme telles par la jurisprudence française (Cour d'appel de Paris, 27 novembre 2013) et européenne dans de nombreuses affaires.

Comme il a été indiqué précédemment, l'obligation pour tout établissement d'accueillir la pratique de l'aide à mourir aurait pour effet de contraindre ledit établissement et la congrégation auquel il appartient éventuellement de renier ses convictions et son identité, ou de cesser ses activités en France. En outre, elle priverait ces congrégations, associations et établissements de la faculté d'obtenir la reconnaissance de leur personnalité morale en tant que groupements fidèles au Magistère catholique.

b. La clause d'établissement est aussi fondée sur la liberté de religion.

La liberté de religion est distincte de la liberté de conscience, notamment en ce qu'elle est collective et peut être exercée directement par une association ou communauté. La liberté de religion possède en effet, par nature, une dimension collective qu'elle tient du caractère collectif du phénomène religieux. C'est la raison pour laquelle la liberté de religion est souvent interprétée conjointement avec la liberté d'association. Le Conseil constitutionnel reconnaît cette dimension collective sous le vocable de « le libre exercice des cultes » (Décisions n° 2012-297 QPC du 21 février 2013 et n° 2022-1004 QPC du 22 juillet 2022).

Comme toute liberté, la liberté de religion comporte une double dimension positive et négative. La dimension positive consiste en la liberté d'agir conformément à sa religion. La dimension négative consiste en la liberté de ne pas être contraint d'adhérer à une religion, d'accomplir une pratique ou d'agir contre sa religion (voir par exemple Cour EDH, *Kokkinakis c. Grèce*, n° 14307/88, 25 mai 1993).

L'Etat n'a pas à porter un jugement sur la légitimité des croyances et convictions religieuses et morales, lesquelles sont une expression des libertés d'association et de religion. Dans sa Décision n° 2012-297 QPC du 21 février 2013, le Conseil constitutionnel énonce de manière particulièrement claire la portée du principe de laïcité :

« Le principe de laïcité figure au nombre des droits et libertés que la Constitution garantit. Il en résulte la neutralité de l'État. Il en résulte également que la République ne reconnaît aucun culte. Le principe de laïcité impose notamment le respect de toutes les croyances, l'égalité de tous les citoyens devant la loi sans distinction de religion et que la République garantisse le libre exercice des cultes. Il implique que celle-ci ne salarie aucun culte. » (Considérant 5).

De même, la **Cour européenne des droits de l'homme** souligne que l'État se doit d'être neutre et impartial dans l'exercice de son pouvoir de réglementation en la matière. Ce devoir est incompatible avec un quelconque pouvoir d'appréciation de l'État quant à la légitimité des convictions religieuses ou à la manière dont elles sont exprimées. (voir par exemple Cour EDH, *İzzettin Doğan et autres c. Turquie* [GC], 2016, § 68 ; *S.A.S. c. France* [GC], 2014, § 55 ; *Eweida et autres c. Royaume-Uni*, 2013, § 81).

En conséquence, les libertés d'association et de religion garantissent conjointement aux organisations de nature religieuse, telles que les établissements confessionnels scolaires ou de santé, la liberté de fonctionner dans le respect de leurs principes religieux. Cette liberté a pour appellation le « principe d'autonomie des communautés religieuses ».

5. Le principe d'autonomie des communautés religieuses.

En France, la **Cour de cassation** a reconnu « le principe d'autonomie des communautés religieuses, découlant de l'article 9 de la Convention » dans son arrêt en assemblée plénière, du 4 avril 2025 (21-24.439, Publié au bulletin), à l'occasion de la contestation de la révocation d'un diacre.

Ce principe d'autonomie des communautés et organisations religieuses a été formulé de façon précise dans la jurisprudence de la **Cour européenne des droits de l'homme**, de la **Cour de Justice de**

L'Union européenne et des comités des Nations Unies. Il est donc opportun de s'y référer. Il résulte de l'application conjointe des libertés d'association et de religion, qui ont valeur constitutionnelle.

La liberté de religion étant par nature collective, les diverses associations et organisations religieuses bénéficient non seulement de la liberté d'association, mais aussi de la liberté de religion. La combinaison de ces deux libertés protège le droit, pour ces associations, de fonctionner paisiblement, sans ingérence arbitraire de l'État. La liberté de religion serait illusoire sans le respect de ce principe d'autonomie. La Grande Chambre de la Cour européenne a énoncé une synthèse du fondement de l'autonomie, dans l'arrêt *Fernandez Martinez c. Espagne*, n°56030/07, du 12 juin 2014 :

« S'agissant de l'autonomie des organisations religieuses, la Cour note que les communautés religieuses existent traditionnellement et universellement sous la forme de structures organisées. Lorsqu'est en cause l'organisation de la communauté religieuse, l'article 9 de la Convention doit s'interpréter à la lumière de l'article 11, qui protège la vie associative contre toute ingérence injustifiée de l'État. Vu sous cet angle, le droit des fidèles à la liberté de religion suppose que la communauté puisse fonctionner paisiblement, sans ingérence arbitraire de l'État. L'autonomie des communautés religieuses est indispensable au pluralisme dans une société démocratique et se trouve au cœur même de la protection offerte par l'article 9 de la Convention. Elle présente un intérêt direct non seulement pour l'organisation de ces communautés en tant que telle, mais aussi pour la jouissance effective par l'ensemble de leurs membres actifs du droit à la liberté de religion. Si l'organisation de la vie de la communauté n'était pas protégée par l'article 9 de la Convention, tous les autres aspects de la liberté de religion de l'individu s'en trouveraient fragilisés (*Hassan et Tchaouch*, précité, § 62, *Église métropolitaine de Bessarabie et autres c. Moldova*, n° 45701/99, § 118, Cour EDH 2001-XII, et *Saint Synode de l'Église orthodoxe bulgare (Métropolitaine Innocent) et autres c. Bulgarie*, n°s 412/03 et 35677/04, § 103, 22 janvier 2009). » (§ 127).

Le principe d'autonomie des communautés religieuses a été confirmé dans la jurisprudence constante de la **Cour européenne**, y compris récemment (Cour EDH, Avis consultatif sur le statut des lieux monastiques et la compétence des tribunaux pour connaître d'un litige les concernant, [GC], 5 mars 2026). Ce principe constitue un aspect important de leur liberté d'association protégée par l'article 11 de la Convention européenne (Cour EDH, *Lovrić c. Croatie*, 2017). Il en résulte que les associations sont en droit d'élaborer leurs propres règles et d'administrer elles-mêmes leurs affaires (*Cheall c. Royaume-Uni*, 1985).

Le principe d'autonomie des organisations religieuses ne bénéficie pas seulement aux institutions purement cléricales telles que les diocèses et les congrégations, mais à toute institution fondée dans un but religieux. L'ancienne **Commission et la Cour européenne** ont reconnu par exemple qu'un hôpital catholique (*Rommelfanger c. Allemagne*, n° 12242/86, 6 septembre 1989), une école et université catholiques (*Lombardi Vallauri c. Italie*, n° 39128/05, 20 octobre 2009) ou un jardin d'enfants protestant (*Siebenhaar c. Allemagne*, n° 18136/02, 3 février 2011) sont des organisations religieuses, et bénéficient à ce titre de la protection du principe d'autonomie. Le fait que l'organisation en cause ait éventuellement un but lucratif ou soit financé par le contribuable est sans incidence (*Kistannus Oy Vapaa Ajatellija AB y otros contra Finlandia*, n° 20471/92, 15 avril 1996).

Le même principe est exprimé en **droit de l'Union européenne**, dont il résulte qu'une association ou entreprise ayant une éthique fondée sur la religion ou des convictions relève du régime de la directive 2000/78/CE laquelle vise les « églises et des autres organisations publiques ou privées dont l'éthique est fondée sur la religion ou les convictions » (article 4, Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail).

Il ressort de cette directive que ce n'est pas la nature de l'activité (religieuse ou profane) de l'entreprise ou association qui est déterminante pour la qualifier de religieuse, ni son éventuel

désintéressement (lucrative ou non), ou son statut de droit privé (privé ou public), mais le fait qu'elle soit fondée sur la religion ou des convictions. Une librairie religieuse ou un hôpital chrétien sont par exemple de tels établissements. Le caractère religieux de l'établissement est d'autant plus évident lorsqu'il appartient à une congrégation religieuse et est dirigée par celle-ci, en d'autres termes lorsqu'il s'agit d'une œuvre de cette communauté religieuse.

La **Cour de Justice de l'Union européenne** a ainsi reconnu, à la suite de la Cour EDH, à un hôpital catholique le bénéfice du régime de la directive 2000/78/CE, reconnaissant en lui une organisation dont l'éthique est fondée sur la religion (CJUE, *I. R.* du 11.09.2018, C-68/17). Elle l'a aussi reconnu à une organisation protestante d'Allemagne faisant du plaidoyer auprès des Nations Unies pour l'élimination des discriminations raciales (CJUE, [GC], *Vera Egenberger contre Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung eV*, 17 avril 2018).

6. Atteinte à la liberté d'entreprendre des établissements privés de santé. => art. 14.

Au-delà de la liberté de conscience, l'obligation faite aux établissements de « permettre l'intervention des professionnels concernés et l'accès des accompagnants » (art. L. 1111-12-12, dernier alinéa, du code de la santé publique, créé par l'article 14 de la loi déferée) porte également atteinte à la liberté d'entreprendre, garantie par l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

Le Conseil constitutionnel reconnaît de manière constante la valeur constitutionnelle de la liberté d'entreprendre (décision n° 81-132 DC du 16 janvier 1982 ; décision n° 2000-439 DC du 16 janvier 2001) et juge que le législateur ne saurait lui apporter des restrictions qui ne seraient pas justifiées par l'intérêt général et proportionnées à l'objectif poursuivi (décision n° 2010-605 DC du 12 mai 2010 ; décision n° 2012-285 QPC du 29 novembre 2012).

Or, la liberté d'entreprendre comprend notamment la liberté pour le chef d'entreprise de définir les conditions d'exercice de son activité et d'organiser le fonctionnement de son établissement conformément à son projet (décision n° 2014-692 DC du 27 mars 2014). Cette liberté implique en particulier le droit de déterminer les prestations offertes au sein de l'établissement et les modalités selon lesquelles elles sont délivrées.

En contraignant les établissements privés de santé — y compris ceux qui ne participent pas au service public hospitalier — à accueillir dans leurs locaux des professionnels extérieurs chargés de pratiquer l'aide à mourir, sans possibilité de refus, le législateur impose une obligation qui excède ce qu'exige l'intérêt général. Il ne s'agit plus, comme en matière d'IVG, de permettre à un établissement privé habilité au service public hospitalier de refuser sous réserve que d'autres établissements répondent aux besoins locaux (art. L. 2212-8 CSP). Il s'agit d'une obligation absolue et inconditionnelle, sans aucune modulation en fonction du statut de l'établissement, de sa participation au service public ou de l'existence d'alternatives locales.

Cette obligation est d'autant plus disproportionnée que l'article 7 de la loi déferée autorise l'administration de la substance létale en dehors du domicile de la personne, « dans un lieu de son choix, à l'exclusion de la voie publique ». Dès lors que la loi permet elle-même la mise en œuvre de l'aide à mourir dans des lieux variés, la nécessité de contraindre un établissement privé à accueillir cette pratique dans ses locaux n'est pas démontrée.

En imposant une telle obligation sans prévoir ni dérogation ni adaptation selon la nature et le statut de l'établissement, le législateur a porté à la liberté d'entreprendre une atteinte manifestement disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi.

7. Atteinte au droit de propriété des gestionnaires d'établissements privés.

L'obligation faite aux établissements de « permettre l'intervention des professionnels concernés et l'accès des accompagnants » constitue en outre une atteinte au droit de propriété, garanti par les articles 2 et 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

Le Conseil constitutionnel juge de manière constante que les atteintes portées au droit de propriété doivent être justifiées par un motif d'intérêt général et proportionnées à l'objectif poursuivi (décision n° 2011-169 QPC du 30 septembre 2011 ; décision n° 2014-691 DC du 20 mars 2014). Le droit de propriété implique en particulier le droit de jouir librement de ses biens et d'en maîtriser l'accès.

Or, la loi déférée impose au gestionnaire d'un établissement privé d'ouvrir ses locaux à des professionnels extérieurs et aux accompagnants d'un résident, aux fins de pratiquer un acte auquel l'établissement peut être fondamentalement opposé. Il s'agit d'une servitude imposée aux biens privés, sans indemnité et sans possibilité de refus.

Cette obligation est d'autant plus problématique que le gestionnaire conserve, le cas échéant, la responsabilité civile attachée à l'occupation de ses locaux et aux conditions de sécurité dans lesquelles se déroule l'intervention, tout en étant privé de la faculté de s'y opposer.

En imposant aux établissements privés une obligation d'accès inconditionnel et sans contrepartie, le législateur a porté au droit de propriété une atteinte qui n'est pas proportionnée à l'objectif poursuivi, dès lors que d'autres modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir sont prévues par la loi elle-même et que l'obligation n'est assortie d'aucune compensation ni modulation. »

8. Une atteinte au principe de proportionnalité.

L'atteinte portée aux libertés des établissements privés qui ne concourent pas à l'exercice du service public, et qui ne reçoivent pas de financement public, est manifestement disproportionnée.

L'atteinte portée aux libertés des établissements fondés sur une éthique ou une religion, en particulier confessionnels, est également disproportionnée, et partant contraire à la Constitution, en ce qu'elle aurait parfaitement pu être évitée. En effet, il aurait été possible d'instituer un mécanisme permettant d'informer et d'orienter la personne demandant à mourir vers une autorité compétente telle que l'Autorité Régionale de santé ou la Commission de contrôle et d'évaluation instituée par cette loi déférée. Tel fut d'ailleurs l'objet d'un **amendement n° 12 rect. quater adopté au Sénat, en première lecture, le 22 janvier 2026**. Il est éclairant de rappeler le texte de cet amendement :

“ Article 14

La section 2 *bis* du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 2 à 13 de la présente loi, est complétée par une sous-section 4 ainsi rédigée :

« Sous-section 4

« Clause de conscience

« Art. L. 1111-12-12. – I. – Les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans les procédures d'assistance médicale à mourir prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section, les psychologues mentionnés au 2° du II de l'article L. 1111-12-4 et les professionnels mentionnés au même 2° ne sont jamais tenus de participer à ces procédures.

« Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures doit, sans délai, informer la personne mentionnée au I de l'article L. 1111-12-3 ou le professionnel le sollicitant de son refus et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de celles-ci.

« II. – A. – Lorsqu’une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou service mentionné à l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles, la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 ne peut être imposée à l’établissement si celle-ci est incompatible avec son projet d’établissement.

« B. – Lesdites dispositions sont alors mises en œuvre dans une structure ou un dispositif identifié par l’agence régionale de santé territorialement compétente, dans des conditions garantissant la continuité de l’accompagnement, la sécurité juridique et le respect de la volonté de la personne qui en fait la demande.

« Dans ce cas, l’établissement assure, sans délai, l’information de la personne concernée et son orientation vers une structure ou un dispositif permettant l’exercice effectif de ses droits ».

L’exposé des motifs de cet amendement est ainsi rédigé :

« La rédaction actuelle du II de l’article 14 impose aux établissements de santé et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de permettre, en leur sein, la mise en œuvre de l’aide à mourir, y compris par l’intervention de professionnels extérieurs. Cette obligation générale s’applique indistinctement à l’ensemble des structures concernées, sans prise en compte de leur nature, de leurs missions spécifiques ni de leur projet d’établissement.

Une telle approche méconnaît la réalité institutionnelle du système de santé et du secteur médico-social. Les établissements ne sont pas de simples supports matériels de l’exercice des droits individuels. Ils sont des organisations collectives, dotées d’un projet d’établissement juridiquement reconnu, qui définit leurs orientations stratégiques, leurs choix éthiques, leurs modalités d’accompagnement et les engagements pris à l’égard des personnes accueillies et des équipes.

Le projet d’établissement constitue un élément central du droit de la santé et du droit médico-social. Il est prévu et encadré par le code de la santé publique et par le code de l’action sociale et des familles. Il engage l’établissement dans la durée, structure l’organisation des soins et fonde la relation de confiance avec les personnes accueillies.

Imposer la réalisation d’un acte en contradiction avec ce projet revient à priver ce dernier de toute portée normative réelle.

De nombreux établissements, notamment dans le champ des soins palliatifs, de l’accompagnement du grand âge ou du handicap, ont fait le choix explicite d’un accompagnement fondé sur le soulagement de la souffrance, la présence et le refus de toute intentionnalité létale. Ce choix est connu des personnes accueillies, intégré aux pratiques professionnelles et constitutif de l’identité de ces structures. L’obligation actuelle les placerait dans une situation de contradiction permanente entre leurs engagements institutionnels et les obligations légales qui leur seraient imposées.

Cette contradiction n’est pas seulement éthique. Elle est également juridique et organisationnelle. Les établissements et leurs responsables demeurent pleinement responsables de la sécurité des personnes, de l’organisation des soins, de la gestion des locaux et du bon fonctionnement des structures. Leur imposer d’autoriser un acte qu’ils estiment incompatible avec leur projet, sans leur reconnaître la faculté d’en apprécier l’opportunité en interne, crée une dissociation problématique entre responsabilité et pouvoir de décision, contraire aux principes de bonne administration et source d’insécurité juridique.

Par ailleurs, la rédaction actuelle du II crée une asymétrie manifeste au sein du dispositif. Alors que la proposition de loi reconnaît une clause de conscience individuelle aux professionnels de santé susceptibles d’être impliqués dans l’aide à mourir, elle exclut toute prise en compte de la dimension collective et institutionnelle du soin. Les professionnels peuvent refuser de participer à l’acte, mais les

établissements seraient contraints de l'accueillir. Cette situation fragilise la cohérence normative du texte et expose les équipes à des tensions éthiques et organisationnelles durables.

Le présent amendement propose donc de substituer à l'obligation générale actuelle une clause de conscience d'établissement, fondée sur le projet d'établissement. Cette clause est strictement encadrée. Elle ne constitue ni un refus du droit reconnu aux personnes, ni une remise en cause de l'économie générale de la proposition de loi. Elle permet simplement de reconnaître que l'exercice de ce droit ne peut être imposé uniformément dans tous les lieux, indépendamment de leur mission et de leur organisation.

Afin de garantir l'effectivité des droits des personnes, l'amendement prévoit explicitement que l'établissement qui refuse la mise en œuvre de l'acte en son sein est tenu d'assurer, sans délai, l'information de la personne concernée et son orientation vers une structure ou un dispositif permettant l'exercice effectif de ses droits. Cette obligation d'orientation constitue une garantie essentielle, permettant de concilier respect des projets institutionnels et accès réel au droit.

La substitution proposée permet ainsi de préserver le pluralisme du système de santé et du secteur médico-social, pluralisme auquel le Sénat est traditionnellement attaché. Elle renforce la sécurité juridique du dispositif, prévient des difficultés d'application prévisibles et garantit une mise en œuvre de la loi respectueuse des réalités du terrain, des équipes et des lieux de vie."

Une telle argumentation doit être reconnue par le Conseil constitutionnel parce qu'elle est dans la logique de fondation, d'organisation et de fonctionnement d'un établissement de santé. Les établissements de santé et les hôpitaux qui accueillent des personnes en fin de vie répondent à une forte éthique, à des principes d'organisation qui sont fondés sur le respect de la vie, l'accompagnement des personnes et le soulagement de la douleur. L'acte légal d'euthanasie et de suicide assisté se situe en-dehors de leur éthique et de leurs principes. Ces établissements doivent pouvoir continuer à exercer leur mission de soin sans voir leur éthique battue en brèche par la commission d'actes qui sont qualifiés de délits et de crimes par le code pénal.

Cette logique d'établissement se traduit dans un projet d'établissement auquel doivent adhérer tous les personnels : de direction, d'administration, personnels médicaux et de santé. Ce projet d'établissement, qui se traduit souvent dans une Charte éthique et qui s'inscrit dans les obligations professionnelles de ces professionnels de santé, en particulier au moment de la conclusion de leur contrat de travail, correspond à cette "clause d'établissement" réclamée par les professionnels de santé et par les directeurs d'établissement. »

Le législateur avait la faculté d'organiser le système de santé de sorte à respecter la liberté des établissements privés et confessionnels. À cet égard, il y a lieu de rappeler que le Conseil Constitutionnel a déjà décidé, dans sa décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, qu'« aucune exigence constitutionnelle n'impose aux établissements de santé privés exerçant des missions de service public d'assurer toutes les missions de service public susceptibles d'être confiées à un établissement de santé ». Le Conseil constitutionnel a jugé qu'il appartient dès lors à l'agence régionale de santé, « de veiller à ce que soit assuré l'exercice continu des missions du service public hospitalier pris dans son ensemble », en coordination avec les établissements publics de santé, afin e ne pas méconnaître les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 relatives à la protection de la santé, ni le principe de continuité du service public.

Ainsi, l'absence de cette clause d'établissement dans la loi déférée est constitutive d'une incompétence négative du législateur et d'une atteinte à la liberté des établissements de santé et de leurs personnels. C'est aussi une atteinte au principe de proportionnalité, et une discrimination.

9. Une discrimination violant le principe d'égalité.

La loi déferée a traité ces établissements confessionnels de façon identique aux autres établissements alors qu'ils sont placés dans une situation très différente, ce qui cause la violation de leurs droits, ainsi que nous l'avons constaté. Dès lors, ces établissements sont aussi discriminés, en raison de leurs convictions et religion, **ce qui est contraire à l'article 1er de la Constitution et aux articles 1er et 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.**

En l'occurrence, la mesure est certes neutre en apparence, mais elle a pour effet de désavantager particulièrement les établissements en raison de leur religion. C'est même son objet implicite ainsi que cela apparaît de façon manifeste et non équivoque dans les débats parlementaires.

En outre, cette rupture de l'égalité ne repose pas sur une justification objective et rationnelle en rapport avec l'objet de la loi.

10. Eléments de droit comparé.

À notre connaissance, aucun pays ne prévoit une obligation express d'accueillir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté. C'est le cas notamment en **Belgique, en Espagne et en Suisse.**

Aux **Pays-Bas**, la pratique de l'euthanasie a été dépénalisée en 2002, mais ne constitue pas un « droit » (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*). Dès lors, il n'y a aucune obligation d'y procéder, ni d'y collaborer. Tout établissement peut adopter une politique interne sur ce point, prévoyant le refus de cette pratique. La seule condition est de ne pas empêcher la personne de rechercher ailleurs l'euthanasie.

Au **Portugal**, la loi n° 22/2023 du 22 mai 2023 sur l'aide à mourir, reconnaît, en son article 21, le droit de tout professionnel de santé de refuser de participer au procédé d'aide médicale à mourir pour motifs de conscience. Dans un jugement du 22 avril 2025, le **Tribunal constitutionnel portugais** a censuré une disposition de la loi faisant obligation aux objecteurs d'indiquer le motif de leur objection. Toutefois, la loi reste silencieuse sur la faculté pour les établissements de refuser d'accueillir cette pratique. Dans une déclaration publique (*Nota Pastoral: O primado da pessoa e da sua consciência*, 1^{er} mai 2025), la **Conférence des évêques du Portugal** a affirmé que « La liberté de conscience a aussi une dimension communautaire et institutionnelle. Une institution fondée sur une éthique (comme un hôpital catholique) ne devrait pas être contrainte à pratiquer des actes contraires à son identité éthique fondatrice. »

En **Nouvelle-Zélande**, la **Haute-Cour** a été appelée à clarifier les termes du *End of Life Choice Act* de 2019. En réponse, elle a précisé que « La loi sur le choix de fin de vie n'oblige pas les hospices ou autres organisations à fournir des services d'aide à mourir. Ils ont le droit de choisir de ne pas fournir ces services. (...) Les hospices ou autres organisations qui choisissent de ne pas offrir de services d'aide à mourir peuvent employer ou engager des professionnels de la santé en précisant que ces services ne sont pas fournis par les hospices ou les organisations ». Il en résulte notamment que le gouvernement ne peut pas contraindre ou sanctionner financièrement des entités refusant cette pratique (*New Zealand v Attorney-General* [2020] NZHC 1356; [2021] 3 NZLR 71, 16 juin 2020).

Le **Conseil de l'Europe** s'est aussi prononcé explicitement sur ce point. Le droit pour tout établissement de refuser d'accueillir la pratique de l'euthanasie a aussi été reconnu au sein de l'**Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe** (APCE), par la Résolution 1763 relative au « Droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux ». Selon l'article 1^{er} de cette résolution :

« Nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement, une fausse couche provoquée ou une euthanasie, ou de s'y soumettre, ni pour son refus

d'accomplir toute intervention visant à provoquer la mort d'un fœtus ou d'un embryon humain, quelles qu'en soient les raisons ».

En conséquence, cette Résolution recommande aux États de prévoir une possibilité d'« exempter des institutions et organisations religieuses lorsque des obligations légales sont en conflit avec les principes d'une conviction et d'une doctrine religieuses ou contraindraient ces institutions et organisations à abandonner une partie de leur autonomie religieuse » (art. 17, APCE, Résolution 1763 (2010) du 7 octobre 2010, Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux).

Sur l'atteinte générale à plusieurs principes de valeur constitutionnelle : intelligibilité de la loi, incompétence négative du législateur, principe de fraternité.

I. Sur la méconnaissance des objectifs d'intelligibilité et de clarté de la loi.

1. La norme de référence.

Le Conseil constitutionnel juge de façon constante qu'il incombe au législateur d'exercer pleinement la compétence que lui confie la Constitution et, en particulier, 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 (déc. n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004 ; déc. n° 2005-512 DC du 21 avril 2005, cons. 9 ; déc. n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, cons. 9 et 10).

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 des droits de l'homme et du citoyen, impose que la loi soit rédigée en termes suffisamment clairs et précis pour exclure l'arbitraire dans son application (déc. n° 99-421 DC du 16 décembre 1999, cons. 13 ; déc. n° 2001-455 DC du 12 janvier 2002, cons. 9). Cet objectif revêt une portée particulière lorsque la loi institue une dérogation à l'interdiction de porter atteinte à la vie d'autrui : la frontière entre l'acte autorisé et l'acte criminel doit être tracée avec une netteté qui ne laisse aucune place à l'arbitraire dans l'application de la norme.

Dans ce cadre, le **Conseil constitutionnel** a rappelé que le principe de légalité des délits et des peines, garanti par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, impose au législateur de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis et de fixer, dans les mêmes conditions, le champ d'application des immunités qu'il instaure (déc. n° 98-399 DC du 5 mai 1998, § 7). Ces deux exigences - intelligibilité de la loi et précision du champ des immunités pénales - se renforcent mutuellement lorsqu'une même loi crée à la fois une cause d'irresponsabilité pénale et les conditions médicales et procédurales encadrant son exercice.

2. L'imprécision des conditions médicales d'accès rend la loi inintelligible pour ses destinataires.

L'article L. 1111-12-2, 3° du code de la santé publique conditionne l'accès à l'aide à mourir à l'existence d'une « affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ». Cette condition est formulée par l'accumulation de cinq notions médicales distinctes - gravité, incurabilité, pronostic vital engagé, phase avancée, processus irréversible - dont aucune n'est définie par la loi et dont aucune ne correspond à un seuil médical objectivable de manière uniforme.

La loi est en conséquence inintelligible pour ses trois catégories de destinataires principales.

Pour les médecins et infirmiers, elle ne permet pas de déterminer avec suffisamment de certitude si leur comportement sera regardé comme entrant dans le champ de la cause d'irresponsabilité pénale ou comme constitutif du crime d'empoisonnement prévu par l'article 221-5 du code pénal. Des médecins placés face à un même patient, présentant la même pathologie au même stade clinique, pourront légitimement parvenir à des appréciations opposées sur le point de savoir si les conditions de l'article L. 1111-12-2, 3° sont remplies. La loi les expose ainsi à un risque pénal dont l'étendue est imprévisible.

Pour les patients, elle ne permet pas de savoir avec certitude s'ils sont éligibles au dispositif. L'expression « phase avancée » illustre cette difficulté : appliquée à un cancer, elle peut désigner soit le stade métastatique dès les premières métastases - ce qui peut correspondre à une survie de plusieurs années - soit un stade plus avancé de la progression métastatique. Certains médecins pourront estimer que les premières métastases suffisent à caractériser l'entrée en « phase avancée », quand d'autres, dans des situations objectivement comparables, n'adopteront pas la même appréciation. Une telle divergence est susceptible d'intégrer ou d'exclure plusieurs centaines de milliers de patients selon le praticien consulté.

Pour les juridictions, elle ne permet pas d'exercer un contrôle objectif et uniforme sur la régularité des procédures. Des interprétations médicales divergentes entraîneront inévitablement des interprétations judiciaires également divergentes, plaçant des professionnels de santé dans des situations pénales différentes selon la juridiction de jugement, en violation du principe d'égalité devant la loi pénale.

La loi méconnaît ainsi l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi à l'égard de l'ensemble de ses destinataires. => **art. 4.**

3.L'imprécision de la notion de souffrance insupportable.

L'article L. 1111-12-2, 4° du code de la santé publique prévoit que la personne doit présenter « une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ».

La notion de souffrance « insupportable selon la personne » est, par construction, purement subjective : elle se définit par le seul ressenti du demandeur, sans référence à un critère médical objectivable. La loi ne précise ni les modalités d'appréciation de ce ressenti, ni les garanties permettant de s'assurer qu'il est stable, authentique et exempt des biais liés à la souffrance elle-même - dépression réactionnelle, sentiment d'être une charge, isolement affectif ou social, pression économique.

Par ailleurs, la loi exclut expressément qu'une souffrance psychologique seule puisse ouvrir droit à l'aide à mourir (art. L. 1111-12-2, 4°, dernière phrase), sans définir la frontière entre la souffrance psychologique « seule » et la souffrance psychologique concomitante à une souffrance somatique. Or, toute affection grave et incurable s'accompagne quasi systématiquement d'une composante psychologique - anxiété, dépression, peur de la mort - qui peut être prédominante sans être exclusive. La loi ne permet pas de déterminer à partir de quel seuil de prédominance de la composante psychologique l'accès au dispositif doit être refusé, faute de définition des termes qu'elle emploie.

Cette double imprécision - sur la subjectivité du critère de souffrance insupportable et sur la limite entre souffrance psychologique exclusive et souffrance mixte - prive la loi de l'intelligibilité nécessaire à une application uniforme et contrôlable.

4.L'imprécision du rôle du collège pluriprofessionnel. => art. 6.

L'article L. 1111-12-4, II du code de la santé publique prévoit que le médecin réunit un « collège pluriprofessionnel » pour apprécier les conditions médicales d'accès à l'aide à mourir. Cependant, la loi ne précise pas la portée de l'avis de ce collège : elle ne dit pas s'il est consultatif, si le médecin peut passer outre un avis défavorable unanime, ni selon quelle procédure la délibération doit être conduite.

La décision appartient en définitive au seul médecin sollicité (art. L. 1111-12-4, III), sans que la loi ne fixe les règles applicables lorsque sa propre appréciation diverge de celle du collège qu'il a lui-même réuni. Cette lacune est source d'une profonde incertitude : le médecin qui accorderait l'aide à mourir en dépit d'un avis défavorable unanime du collège agirait dans un vide normatif qui ne lui permet pas de savoir si la cause d'irresponsabilité pénale continuera de le protéger.

La loi méconnaît ainsi l'objectif d'intelligibilité en laissant indéterminée la nature juridique de l'avis du collège et les conséquences de son désaccord avec la décision du médecin, dans un dispositif dont le non-respect expose à des poursuites criminelles.

Sur le droit à un recours effectif

Article L1111-12-10 CSP

La décision du médecin sur la demande d'aide à mourir ne peut faire l'objet que d'une contestation devant la juridiction administrative formée par la personne demandant l'aide à mourir, en application de l'article L1111-12-10 CSP. Le recours ne porte donc que sur la contestation du refus de l'aide. En revanche, la contestation de la décision médicale acceptant l'aide à mourir n'est pas ouverte.

On rappellera en premier lieu que relève 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 (n° 2011-631 DC, 9 juin 2011, cons. 65). Tel n'est pas le cas ici dès lors que la substance létale peut être administrée à la suite de la décision d'un médecin et dans le strict cadre médical. A ce stade, il convient de rappeler le principe posé par le paragraphe 66 de la décision précitée du Conseil constitutionnel: « il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle, ainsi que les exigences d'une bonne administration de la justice et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figure la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire ». Les recours à l'encontre des décisions relatives à l'aide à mourir sont donc du ressort du juge judiciaire et tout choix différent du législateur est contraire aux principes qui viennent d'être rappelés

Par ailleurs, la limitation du recours à la personne concernée exclut la possibilité pour un proche de contester la décision d'accès à l'aide à mourir, la seule exception concernant l'éventuelle contestation formée par la personne chargée de la mesure de protection contre la décision d'autoriser l'aide à mourir d'une personne faisant l'objet d'une protection juridique avec assistance ou représentation (article L. 1111-12-10 CSP). Ainsi, le parent qui estimera avoir des éléments susceptibles de remettre en cause la décision du médecin ne pourra la contester en justice. Un ayant droit ne pourra mettre en avant par exemple une situation d'abus de faiblesse dans laquelle le patient aura été incité à demander l'aide à mourir par un ayant droit souhaitant accélérer l'ouverture de la succession ou d'une personne souhaitant que cesse l'obligation alimentaire lui incombant de pourvoir à l'entretien d'un parent âgé.

Or, le droit à un recours juridictionnel effectif est une garantie constitutionnelle essentielle ; Il en a jugé ainsi notamment par décision n° 2017-232 du 2 juin 2017 dont il convient de rappeler le considérant 17 suivant :

“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”.

Ici, il n'existe aucun recours réel à l'encontre de la décision d'aider une personne à mourir alors que la loi aurait dû offrir la garantie de permettre à des proches de contester le bien-fondé de la décision au regard des conditions légales.

Des contentieux multiples pourront donc naître post mortem, le plus souvent par la voie pénale ouverte aux ayant-droits du défunt qui pourront ainsi porter plainte avec constitution de partie civile pour empoisonnement à l'encontre des médecins et personnels de santé ayant participé à l'acte. Cette voie pénale sera d'autant plus ouverte que la loi prévoit non seulement des conditions de fond, mais aussi des conditions de procédure qui pourront fréquemment ne pas être respectées.

II. Sur l'incompétence négative du législateur => art. 4 et art. 13: renvoi à des dispositions réglementaires.

1. La norme de référence.

Le grief d'incompétence négative est constitué lorsque le législateur adopte des dispositions qui laissent à d'autres autorités - réglementaires ou juridictionnelles - le soin de fixer des règles dont la détermination est réservée à la loi par la Constitution. L'article 34 de la Constitution réserve au législateur la fixation des règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, la détermination des crimes et délits ainsi que les peines qui leur sont applicables, et les règles de droit pénal et de procédure pénale.

Le Conseil constitutionnel juge, de façon constante, que la méconnaissance par le législateur de sa propre compétence peut être invoquée à l'appui d'une question prioritaire de constitutionnalité ou, comme en l'espèce, d'une saisine au titre de l'article 61 de la Constitution, lorsqu'elle affecte par elle-même un droit ou une liberté que la Constitution garantit (déc. n° 2010-4/17 QPC du 22 juillet 2010, cons. 6 ; déc. n° 2012-254 QPC du 18 juin 2012, cons. 3).

En l'espèce, les garanties que le législateur a omis de fixer concernent directement l'exercice du droit à la vie, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine - principe à valeur constitutionnelle depuis la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 - la liberté personnelle et les conditions dans lesquelles une cause d'irresponsabilité pénale peut être invoquée. Ces matières relèvent toutes de la compétence exclusive du législateur. L'incompétence négative affecte donc par elle-même des droits et libertés garantis par la Constitution.

2. L'absence de critère temporel dans les conditions médicales d'accès.

L'article L. 1111-12-2, 3° du code de la santé publique ne retient aucune référence au délai prévisible du décès parmi les conditions médicales d'accès à l'aide à mourir. La loi se borne à exiger l'entrée dans un « processus irréversible » sans préciser l'horizon temporel de ce processus. => **art. 4.**

Le Conseil d'État, dans son avis du 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie (§ 24), avait expressément conditionné la conformité du dispositif au principe d'intelligibilité à l'existence d'un tel critère temporel. Il avait estimé que le grief d'incompétence négative n'était pas encouru par un texte retenant la condition d'une affection « engageant le pronostic vital à court ou moyen terme », précisant 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 ». Il avait donc regardé la référence à un délai prévisible comme une garantie essentielle de la précision du champ de la cause d'irresponsabilité pénale.

Le législateur a délibérément écarté ce critère temporel. Ce faisant, il a laissé aux médecins, puis aux juridictions, le soin de fixer eux-mêmes l'étendue du champ d'application de la cause d'irresponsabilité pénale, alors qu'il lui appartenait de le fixer lui-même. Cette délégation implicite au pouvoir d'appréciation médical et judiciaire porte sur un élément qui conditionne directement la licéité

de l'acte létal et la protection pénale du professionnel de santé : elle caractérise une incompétence négative.

3. L'absence de garanties suffisantes sur la vérification de la volonté libre et éclairée => art. 4.

L'article L. 1111-12-2, 5° du code de la santé publique pose comme condition d'accès que la personne soit « apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Cette condition est fondamentale : elle constitue, dans l'économie de la loi, le verrou principal censé protéger les personnes vulnérables contre des demandes d'aide à mourir qui ne seraient pas l'expression d'un choix pleinement autonome.

Cependant, le législateur n'a fixé aucune modalité de vérification de cette capacité. En particulier:

Il n'a pas rendu obligatoire la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue, y compris lorsque la souffrance invoquée est de nature psychologique ou lorsque le patient souffre d'une pathologie susceptible d'altérer le discernement.

Il n'a pas prévu de procédure de recueil du consentement devant une autorité indépendante du médecin traitant, alors que pour des décisions d'une portée comparable - le don d'organe par une personne vivante -, la loi exige que le consentement soit recueilli par le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure de son caractère libre et éclairé (arts. L. 1241-1 et suivants du code de la santé publique).

Il n'a pas prévu de modalités spécifiques applicables lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, alors que l'existence même d'une telle mesure atteste que sa capacité à exercer ses droits non patrimoniaux a été reconnue comme altérée par le juge.

Il a laissé au seul médecin sollicité le soin de se prononcer en définitive sur la liberté de la demande (art. L. 1111-12-4, III), sans que les observations du collège pluriprofessionnel ou de la personne chargée de la mesure de protection ne le lient juridiquement.

Le Conseil constitutionnel a rappelé, dans sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, qu'une décision de limitation ou d'arrêt d'un traitement de maintien en vie doit être notifiée dans des conditions permettant à la personne de confiance ou, à défaut, à sa famille ou à ses proches, d'exercer un recours en temps utile devant la juridiction compétente aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée (§ 15). Le législateur n'a prévu aucune garantie équivalente pour l'aide à mourir active, alors que l'irréversibilité de l'acte est au moins aussi grande.

En laissant au pouvoir réglementaire, voire à la seule appréciation du médecin sollicité, le soin de fixer les modalités concrètes de vérification de la capacité du demandeur - matière relevant de l'article 34 de la Constitution - le législateur a méconnu l'étendue de sa propre compétence. Cette incompétence négative affecte directement la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et la liberté personnelle, que le législateur était seul compétent pour protéger.

4. Les renvois excessifs au pouvoir réglementaire => art. 13 : incompétence négative du législateur.

Le texte de loi renvoie à des décrets en Conseil d'État pour la détermination d'éléments essentiels du dispositif : les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir (art. L. 1111-12-11, 1°), la forme et le contenu de la demande et de sa confirmation (art. L. 1111-12-11, 2°), la procédure de vérification des conditions d'accès (art. L. 1111-12-11, 3°), les modalités d'accès du médecin au registre de protection juridique (art. L. 1111-12-11, 4°), la composition et les règles de fonctionnement de la commission de contrôle (art. L. 1111-12-13, IV), et les conditions de traitement et de partage des données médicales post-mortem (art. L. 1111-12-13, II).

Or, ces éléments ne sont pas de simples modalités d'application. Ils concernent directement les conditions dans lesquelles la cause d'irresponsabilité pénale peut être invoquée, les garanties entourant l'expression de la volonté libre et éclairée du demandeur, et les modalités du contrôle auquel sont soumis les professionnels de santé. Leur détermination relève de la compétence du législateur au titre de l'article 34 de la Constitution.

Le **Conseil constitutionnel** juge de façon constante que le législateur ne peut pas se borner à poser des principes dont il renverrait la définition à des décrets, lorsque ces principes touchent aux garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice de leurs libertés (déc. n° 2004-499 DC, cons. 13 ; déc. n° 2017-752 DC du 8 septembre 2017, cons. 8 et 9). En l'espèce, l'ampleur des renvois au pouvoir réglementaire vide la loi d'une partie substantielle de sa normativité et transfère au Gouvernement la fixation de règles qui conditionnent la licéité d'actes susceptibles, en l'absence de toute cause d'irresponsabilité, de recevoir les qualifications criminelles les plus graves.

Ces renvois caractérisent une incompétence négative du législateur affectant directement le principe de légalité des délits et des peines, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et la liberté personnelle.

5. Conséquence.

Les méconnaissances de l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi et de l'étendue de la compétence du législateur, relevées aux parties I et II ci-dessus, affectent les articles L. 1111-12-2, L. 1111-12-4 et L. 1111-12-11 du code de la santé publique, tels qu'ils résultent des articles 4, 5, 6 et 13 de la proposition de loi.

Ces dispositions constituent le fondement des conditions d'accès à l'aide à mourir et le cadre de la cause d'irresponsabilité pénale instituée par la loi. Leur inconstitutionnalité emporte, par voie de conséquence, l'inconstitutionnalité de l'ensemble du dispositif d'aide à mourir, dont elles sont inséparables, en application de la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel (déc. n° 2010-605 DC du 12 mai 2010, cons. 4).

III. Sur la méconnaissance du principe de fraternité.

1. La norme de référence.

Par sa décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018, *M. Cédric H.*, le Conseil constitutionnel a jugé que « la fraternité est un principe à valeur constitutionnelle » dont il résulte « la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire, sans considération de la régularité de son séjour sur le territoire national » (cons. 8 et 12). Il a, sur ce fondement, censuré l'incrimination de l'aide à l'entrée irrégulière lorsqu'elle était accomplie dans un but humanitaire, faute pour le législateur d'avoir ménagé une exception suffisante.

Le Conseil constitutionnel a précisé que si le législateur peut apporter à la liberté d'aider autrui des limitations justifiées par des objectifs de valeur constitutionnelle, ces limitations doivent être nécessaires, adaptées et proportionnées à l'objectif poursuivi. La décision de 2018 formule ce principe en termes généraux, non cantonnés au contentieux migratoire : le principe de fraternité protège toute liberté d'assistance accomplie dans un but humanitaire, quels que soient la personne assistée et le contexte dans lequel cette assistance s'exerce.

Les personnes en fin de vie, atteintes d'une affection grave et incurable accompagnée de souffrances réfractaires, constituent par excellence des personnes vulnérables dont l'accompagnement relève de la liberté fraternelle d'assistance constitutionnellement protégée. L'exhortation d'un proche à reconsidérer sa décision de mourir, l'expression d'un attachement affectif et d'une volonté de prolonger la vie commune, le témoignage d'une disponibilité à prodiguer des soins et un soutien renforcé, constituent autant d'actes accomplis dans un but humanitaire que le principe de fraternité protège.

2. L'incrimination d'actes d'assistance accomplis dans un but fraternel.

L'article L. 1115-4 CSP réprime le fait d'exercer « des pressions morales ou psychologiques » à l'encontre d'un patient souhaitant recourir à l'aide à mourir, sans prévoir aucune exception en faveur de l'entourage familial et affectif agissant dans un but bienveillant. Des actes qui constituent, dans leur essence même, l'exercice de la liberté fraternelle d'assistance - exprimer son attachement à la vie du proche, lui témoigner que la perte serait insurmontable, l'informer des possibilités de soins palliatifs renforcés - tombent ainsi sous le coup de la loi pénale.

En censurant l'absence d'exception humanitaire dans la décision n° 2018- 717/718 QPC, le Conseil constitutionnel a posé une exigence de principe : le législateur ne peut ériger en infraction des actes d'assistance accomplis dans un but humanitaire sans ménager une clause d'exemption adaptée à la nature de ces actes. Cette exigence est méconnue en l'espèce de façon encore plus manifeste que dans la décision de 2018, puisque le législateur n'a prévu aucune exception : ni pour les membres de la famille en raison de leur lien de proximité affective, ni pour les proches agissant sans intérêt matériel illégitime, ni pour les accompagnants bénévoles dont la vocation est d'assister les personnes en fin de vie.

L'action civile ouverte aux associations militant en faveur du droit à l'aide à mourir (art. L. 1115-4, II) amplifie le risque d'incrimination en permettant que des échanges familiaux intimes soient portés devant la juridiction pénale à l'initiative de tiers n'ayant aucun lien personnel avec le patient.

3. Le grief tiré de l'abandon structurel des personnes vulnérables.

Le principe de fraternité, lu conjointement avec le onzième alinéa du Préambule de 1946 aux termes duquel « la Nation garantit à tous la protection de la santé », impose à l'État de ne pas abandonner les personnes vulnérables sans filet de protection suffisant. Or le dispositif contesté organise précisément cet abandon pour les personnes dont la volonté est fragilisée par la souffrance, l'isolement ou le sentiment d'être une charge.

En l'absence de consultation psychiatrique obligatoire, de contrôle *a priori* indépendant, d'information obligatoire de la famille, de délai de réflexion suffisant comparable à d'autres décisions graves de la vie civile, et de recours préventif effectif ouvert à l'entourage, rien ne garantit que le consentement exprimé par une personne en situation de grande vulnérabilité soit réellement libre et éclairé au sens où le Conseil constitutionnel l'entend.

Le dispositif crée ainsi une contradiction interne : d'un côté, il réprime les actes d'assistance fraternelle accomplis par l'entourage pour dissuader le patient de recourir à l'aide à mourir ; de l'autre, il n'institue aucun mécanisme de protection institutionnelle susceptible de suppléer à cette assistance privée qu'il vient de réprimer. L'État se retrouve dans la position d'organiser la mort d'une personne vulnérable tout en sanctionnant ceux qui, par fraternité, tentaient de l'en dissuader.

4. Le défaut de proportionnalité.

L'atteinte portée au principe de fraternité est manifestement disproportionnée au regard de l'objectif légitime de protection de l'autonomie du patient, pour trois raisons.

En premier lieu, l'objectif de protection de la volonté libre du patient est déjà assuré, en droit commun, par les incriminations existantes d'abus de faiblesse (art. 223- 15- 2 du code pénal) et de provocation au suicide (art. 223- 13).

En deuxième lieu, des mesures moins attentatoires permettaient d'atteindre le même objectif : limitation de l'incrimination aux pressions exercées par des tiers sans lien affectif légitime avec le patient, condition d'une intention malveillante caractérisée, ou exception explicite en faveur des membres de la famille agissant sans intérêt matériel illégitime. Le législateur n'a retenu aucune de ces options.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments que la loi relative à l'aide à mourir méconnaît le principe de dignité de la personne humaine, ne garantit pas suffisamment le consentement libre et éclairé, ne protège pas les personnes vulnérables, porte atteinte à l'objectif de protection de la santé, méconnaît l'objectif d'intelligibilité de la loi et procède à une conciliation déséquilibrée.

PAR CES MOTIFS, et tous autres moyens, à déduire et suppléer, même d'office,

Il est demandé au Conseil constitutionnel de déclarer la loi relative à l'aide active à mourir contraire à la Constitution.

Les sénateurs soussignés compléteront, le cas échéant, cette demande dans des délais raisonnables.

Saisine du Conseil constitutionnel sur la loi “Aide active à mourir”

**Renvoi aux articles du texte voté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026 et
signalé par => et n° d'article**

TABLE DES MATIERES

Sur l'article 2 de la loi.

I. Rappel du droit pénal français.

II. Sur la méconnaissance du principe de dignité de la personne humaine dans les principes de l'article 2 de la loi.

1. Rappel sur les principes applicables en matière de dignité.
2. La primauté de la dignité sur la liberté.
3. Le respect de la dignité inclut le respect de la vie humaine.
4. La personne âgée, malade ou handicapée est titulaire de la dignité.
5. L'interprétation de l'alinéa 1^{er} du Préambule de 1946.
6. Le Conseil constitutionnel tient compte de l'interprétation de la dignité par le législateur.

III. La contrariété de l'article 2 avec le principe constitutionnel de dignité.

Sur l'article 3 de la loi.

Sur l'article 4 de la loi.

I. Sur le principe de la légalité criminelle.

Concernant l'article L. 1111-12-2, 3° du code de la santé publique.

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

II. Sur la méconnaissance du principe de dignité de la personne humaine.

III. Sur la méconnaissance de la liberté personnelle et des exigences entourant le consentement libre et éclairé.

IV. Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé et de la protection des personnes vulnérables.

1. Sur la méconnaissance du principe de protection des personnes vulnérables.

DEVELOPPEMENT SUR LE NON-ACCES AUX SOINS PALLIATIFS

Non garantie effective d'accès aux soins (protection de la santé) entravant la liberté de la volonté de mourir.

2. Sur l'insuffisance des garanties légales entourant l'expression du consentement.
3. Sur la disproportion de l'atteinte portée au droit à la vie et à la dignité.
4. Sur le risque d'influence et de dénaturation de l'autonomie de la volonté.
5. Sur la carence du législateur dans la prévention des situations de vulnérabilité.
6. Vérification de la protection des majeurs ineffective.
7. Sur l'insuffisance des garanties légales entourant l'expression du consentement.
8. Discernement « gravement » altéré ou discernement « simplement » altéré.
9. Absence de garanties entourant le recueil du consentement à l'aide à mourir (// don d'organes).

V. Sur l'insuffisante prise en compte des directives anticipées.

1. Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi.
2. Sur l'atteinte à la sécurité juridique.
3. Sur l'absence de dispositions transitoires relatives aux directives anticipées déjà rédigées.
4. Sur l'incompétence négative du législateur.
5. Sur la remise en cause des garanties ayant fondé la conformité constitutionnelle et conventionnelle du droit français de la fin de vie.

VI. Sur l'insuffisance de l'encadrement du rôle des médecins.

Sur l'insuffisance des garanties entourant le rôle confié au médecin et la concentration de l'ensemble de la procédure entre les mains d'un seul praticien

1. Une procédure entièrement placée sous l'autorité d'un seul médecin.
2. Des critères légaux largement abandonnés à l'appréciation subjective du médecin.
3. L'absence de garanties procédurales suffisantes.
4. L'absence de contrôle indépendant préalable.
5. Une concentration des pouvoirs contraire aux exigences constitutionnelles de garantie des droits fondamentaux.
6. Une concentration inédite de fonctions incompatibles avec les garanties attendues dans une procédure portant sur une liberté fondamentale.

VII. Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi.

VIII. Sur l'absence de conciliation équilibrée au sein du texte de loi.

IX. Sur la méconnaissance du principe d'égalité et l'insuffisante protection des personnes en situation de handicap.

Sur les articles 5 à 10 de la loi.

Sur les articles 5 et 6 de la loi.

I. Sur l'absence d'exigence d'une demande écrite et de garanties suffisantes relatives à l'expression de la volonté.

II. Sur l'insuffisance des garanties entourant la vérification de la volonté libre et éclairée de la personne sollicitant l'aide à mourir.

III. Sur l'insuffisance des délais de réflexion et la méconnaissance des exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

IV. Sur la méconnaissance du droit à une vie familiale normale.

1. La norme de référence.
2. L'atteinte procédurale : la marginalisation de la famille.

Sur l'article 7 de la loi

Sur l'article 8 de la loi.

I. L'adéquation entre la mesure et le but poursuivi par le législateur.

II. La nécessité de la mesure.

III. Le contrôle de proportionnalité au sens strict.

IV. Éléments de droit comparé.

Sur l'article 12 de la loi.

La méconnaissance du droit à un recours effectif

1. Sur la compétence du juge judiciaire.
2. Sur le droit à un recours effectif.
3. Sur le droit des proches à agir dans l'intérêt de la personne.

Sur l'article 14 de la loi.

I. Atteinte à la liberté et à l'objection de conscience des personnels de santé.

1. Mise en cause de l'obligation de renvoi.
2. Mise en cause de l'atteinte à la liberté de pensée, de conscience et de religion des pharmaciens.

- a. Égalité dite « déterminée ».
- b. Égalité dite « indéterminée ».
- c. Raison d'intérêt général et rapport direct avec l'objet de la loi.
- d. Critères objectifs et rationnels.
- e. Proportionnalité de l'atteinte au principe d'égalité.

II. Mise en cause de l'obligation d'accueil de ces pratiques pesant sur les directeurs et responsables de l'établissement ou du service.

III. Sur l'absence d'une clause d'établissement protégeant les établissements privés de santé et médico-sociaux.

- 1. Une atteinte existentielle aux établissements fondés sur des convictions ou une religion.
- 2. La légitimité de l'objection à l'aide à mourir est reconnue.
- 3. Le Conseil constitutionnel a reconnu la valeur constitutionnelle de la protection de la conscience.
- 4. La liberté des associations et établissements privés.
 - a. La clause d'établissement est fondée sur la liberté d'association.
 - b. La clause d'établissement est aussi fondée sur la liberté de religion.
- 5. Le principe d'autonomie des communautés religieuses
- 6. Atteinte à la liberté d'entreprendre des établissements de santé
- 7. Atteinte au droit de propriété des gestionnaires d'établissements privés
- 8. Atteinte au principe de proportionnalité
- 9. Une discrimination violant le principe d'égalité
- 10. Eléments de droit comparé

Sur l'atteinte générale à plusieurs principes de valeur constitutionnelle : intelligibilité de la loi, incompétence négative du législateur, principe de fraternité.

I. Sur la méconnaissance des objectifs d'intelligibilité et de clarté de la loi.

- 1. La norme de référence.
- 2. L'imprécision des conditions médicales d'accès rend la loi inintelligible pour ses destinataires
- 3. L'imprécision de la notion de souffrance insupportable.
- 4. L'imprécision du rôle du collègue pluriprofessionnel.

II. Sur l'incompétence négative du législateur => art. 4 et art. 13: renvoi à des dispositions réglementaires.

1. La norme de référence.
2. L'absence de critère temporel dans les conditions médicales d'accès.
3. L'absence de garanties suffisantes sur la vérification de la volonté libre et éclairée.
4. Les renvois excessifs au pouvoir réglementaire => art. 13 : incompétence négative du législateur.
5. Conséquence.

III. Sur la méconnaissance du principe de fraternité.

1. La norme de référence.
2. L'incrimination d'actes d'assistance accomplis dans un but fraternel.
3. Le grief tiré de l'abandon structurel des personnes vulnérables.
4. Le défaut de proportionnalité.

Conclusion : par ces motifs, il est demandé au Conseil constitutionnel de déclarer la loi relative au droit à l'aide à mourir contraire à la Constitution.