



CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

*soumise au Conseil constitutionnel
selon l'article 13 de son règlement*

Loi relative au droit à l'aide à mourir
(affaire n° 2026-910 DC)

Juillet 2026

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

Le 15 juillet 2026, l'Assemblée nationale a adopté la loi relative au droit à l'aide à mourir (ci-après, « la loi »). Les divers recours dont vous avez été saisis exposent précisément les nombreux motifs d'inconstitutionnalité de la loi créant un droit à l'aide à mourir. Il n'est pas utile de les répéter ici. Cette contribution volontaire n'entend donc pas les répéter, mais vous offrir un regard plus concret sur le fonctionnement du dispositif opérationnel créé par cette loi.

Parce que cette loi crée un « droit à mourir », et donc aussi un « permis de tuer », il convient d'analyser avec attention les risques auxquels ce dispositif expose les personnes vulnérables, y compris de la part de médecins.

Ce dispositif comporte trois composantes : les critères d'éligibilité (la porte d'entrée), une procédure de mise en œuvre, et une procédure de contrôle. Ces trois composantes sont comme les maillons d'une chaîne : le dispositif a la résistance du maillon le plus faible. Pour que le dispositif soit robuste et protecteur, il faut que ses trois composantes aient un même haut degré d'exigence. Or, tel n'est pas le cas.

I. Première composante : des critères d'éligibilité imprécis (art. 4)

Le texte adopté 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 ». Les expressions « affection grave et incurable », « pronostic vital engagé », « phase avancée », « souffrance insupportable », « processus irréversible », ou encore celle de discernement « gravement » altéré 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.

Cette imprécision porte atteinte à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi (voir par ex. déc. n° 2014-694 DC du 28 mai 2014). L'accumulation de termes imprécis dans le nouveau texte est d'autant plus flagrante que la loi procède à la dépénalisation des actes jusqu'alors qualifiés de crimes de meurtre ou d'empoisonnement. L'usage d'une terminologie vague dans une matière aussi fondamentale que la vie et la santé d'autrui contrevient au principe de légalité des délits et des peines, garanti par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

II. Deuxième composante : la procédure de « l'aide à mourir »

Cette phase du dispositif devrait avoir pour effet de garantir le respect des droits de chacun. Elle devrait permettre de vérifier en particulier la réunion des critères d'éligibilité et la réalité de la volonté de la personne concernée. Or, la procédure échoue sur ces deux points de contrôle essentiels. Dès lors, la procédure est dépourvue des garanties nécessaires pour éviter les risques

d'abus. La procédure est un véritable « boulevard » qui tend à faciliter la mise en œuvre de l'euthanasie et du suicide assisté, en écartant tous les éventuels freins et obstacles.

Voici une liste non exhaustive des problèmes identifiés dans cette procédure :

- **C'est un seul et même médecin qui décide de toute la procédure d'euthanasie (art. 5 et 6).**

La loi adoptée confie au médecin saisi de la demande d'aide à mourir l'intégralité des fonctions de constatation, d'appréciation, de décision, d'organisation, et de mise en œuvre de la procédure d'aide à mourir. Il informe aussi la commission de contrôle. Le législateur n'a prévu aucun mécanisme permettant l'intervention d'un tiers ni aucune obligation de solliciter un second avis indépendant. Le processus se fonde sur l'appréciation d'un seul médecin. Il contraste vivement avec la procédure appliquée, par exemple, en matière du don d'organes par une personne vivante où le demandeur réitère son consentement devant un organe judiciaire (articles L. 1241-1 et suivants du code de la santé publique).

En confiant la maîtrise de tous les aspects de la procédure à une seule personne, la loi exclut la possibilité de corriger une erreur humaine ou de prévenir une malveillance, susceptibles de survenir à tout moment. Or, l'expérience enseigne que certains médecins estiment faire le bien en donnant la mort à des personnes malades, handicapées ou grabataires. Une telle concentration des pouvoirs entre les mains d'une seule personne est dépourvue de garanties suffisantes au regard des exigences constitutionnelles entourant la protection de la liberté personnelle (art. 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen), de la dignité de la personne humaine (Préambule de la Constitution de 1946, al. 1^{er}) et de respect de la vie humaine (déc. n° 94-343-344 DC du 27 juillet 1994, cons. 18).

- **La loi ne prévoit aucune exigence formelle quant à l'expression de la volonté de mourir ; elle peut être formulée par écrit ou « par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités » (art. 5, al. 14).**

En droit civil français, tout acte grave repose sur un écrit (par ex. rédaction d'un testament, C. civ., art. 970) quel que soit l'état de santé de la personne. En dispensant l'expression de la volonté de mourir de toute condition de forme, la loi adoptée trivialise l'objet même de la demande d'aide à mourir alors que celle-ci emporte des conséquences particulièrement graves et irréversibles.

La loi déferée n'exige pas que l'éventuelle demande écrite soit recueillie devant un témoin, un magistrat ou un notaire.

La référence à « tout autre mode d'expression adapté » aux capacités de la personne témoigne de l'absence de critères objectifs pour apprécier la réalité de la volonté de mourir. Des gestes, signes, expressions du visage manifestés par la personne concernée sont susceptibles d'être

interprétés de manière différente en fonction du contexte et des facteurs physico-physiologiques. L'absence d'exigence formelle quant à l'expression de la volonté de mourir, n'est que l'une des nombreuses dispositions de la loi qui méconnaissent l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, ainsi que la protection de la liberté personnelle, et de la santé.

- **En pratique, il suffit que le médecin affirme que la personne « éligible » veut mourir pour pouvoir pratiquer sur elle l'euthanasie (art. 5, 6 et 7)**

Dès lors,

- que la demande de mourir peut être exprimée de façon non-écrite, « par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités », c'est-à-dire en particulier à l'oral,
- que la présence d'un témoin n'est pas requise pour attester de la réalité de la demande non écrite de mourir,
- que le médecin peut rencontrer seul la personne concernée,
- que les deux personnes consultées par le médecin n'ont pas la mission, ni l'obligation, de vérifier la réalité de la demande de mort,

alors, un médecin peut abusivement prétendre qu'une personne « éligible » lui a formulé la demande de mourir.

La loi adoptée n'exige aucune intervention d'une autorité judiciaire, ni même d'un tiers, pour vérifier le degré de discernement de la personne concernée, la réalité de l'expression de la volonté, ainsi que son caractère « libre et éclairé ». Dès lors, aucune preuve de la réalité et de la qualité de la volonté de mourir n'est requise de façon absolue, hormis la déclaration du seul médecin. Cela porte atteinte au principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et au respect de sa vie (déc. n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994).

- **Ce médecin peut rencontrer la personne pour la première fois le jour de la « demande » de mort (art. 5, al. 4).**

Le médecin qui engage la procédure peut être « de passage », étranger au service. Il pourra s'agir d'un médecin spécialisé dans la pratique d'euthanasies et de suicides assistés. En Belgique ou au Canada, notamment, des médecins sont connus pour être peu exigeants dans leur appréciation du respect des critères légaux. Ces médecins sont généralement connus des associations de promotion de l'euthanasie, comme ce fut le cas dans l'affaire *Mortier c. Belgique* dans laquelle la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la Belgique (n° 78017/17, 4 octobre 2022). Il en sera de même en France. Ces médecins n'auront en outre pas connaissance directe de l'évolution et des fluctuations de l'état physique et psychique de la personne. Cela porte atteinte au principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et au respect de sa vie (déc. n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994).

- La personne demandant la mort ne reçoit pas d'aide suffisante

La personne demandant la mort n'a pas un droit à bénéficier de soins palliatifs. Elle ne bénéficie pas même d'une consultation avec un médecin formé en soins palliatifs. Elle ne bénéficie pas davantage d'une consultation obligatoire avec un psychologue ou un psychiatre. Ces consultations sont nécessaires pour protéger la personne contre le désespoir, et évaluer la volonté et le discernement de la personne.

Cette absence d'aide porte atteinte au droit au respect de la liberté personnelle, au principe de fraternité, ainsi qu'à l'objectif de protection de la santé.

- L'euthanasie et le suicide sont possibles sur les personnes sous tutelle et sous curatelle (art. 5, al. 7).

La loi permet que l'euthanasie et le suicide assisté soient pratiqués sur des personnes majeures incapables, et suppose donc ces personnes capables de prendre une telle décision.

Cette disposition est, elle aussi, extrêmement grave car elle expose ces personnes à un risque sérieux, sachant que l'euthanasie a toujours visé en priorité les personnes séniles et handicapées mentales. Cette disposition est en outre contradictoire avec l'exigence d'une part, d'un discernement qui ne soit pas « gravement altéré », et, d'autre part, de l'expression d'une « volonté libre et éclairée ».

Enfin, l'article 5, al. 7 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 ». À ce jour, le registre susmentionné n'existe pas. La protection des personnes vulnérables est donc défailante, théorique et ne pourra être effective, dans le meilleur des cas, qu'après que ledit registre aura été créé. Ladite disposition porte ainsi atteinte au principe de sécurité juridique.

En outre, une personne ayant un trouble psychique grave, telle une tendance suicidaire, n'est pas exclue du processus (art. 4, al. 4), ce qui a pour effet de mettre particulièrement en danger les personnes vulnérables.

- La voie de recours contre la décision du médecin à l'égard d'une personne protégée est ineffective en raison de l'extrême brièveté de son délai

L'extrême brièveté du délai – de deux jours calendaires – permettant à la personne chargée de la mesure de protection de saisir la juridiction administrative, rend cette voie de recours illusoire. Le caractère illusoire de ce délai est particulièrement flagrant s'agissant des personnes placées sous la protection d'une institution, dont le délai de réaction est certainement supérieur à deux jours calendaires. Si le médecin prend sa décision un vendredi en fin de journée, l'intégralité du délai de recours s'écoule pendant le week-end, de sorte qu'il est déjà expiré le lundi matin. La vie d'une personne ne peut pas être ainsi mise en danger.

Il convient de noter que la moitié seulement des adultes protégés sont placés sous la protection d'un proche. L'autre moitié est placée sous celle d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Il peut s'agir d'une association tutélaire, d'un professionnel indépendant ou d'un préposé d'un établissement de santé ou médico-social. Ces professionnels n'auront pas le même attachement envers la personne vulnérable que des proches.

Au surplus, ce n'est pas le juge administratif, mais le juge judiciaire qui devrait être compétent au regard de l'objet du recours.

- **Le médecin peut refuser la demande formulée par la personne protégée de consulter un proche ou un tiers de confiance (art. 6, al. 13).**

Cette faculté, conférée au médecin par la loi, porte gravement atteinte au droit au respect de la vie privée et familiale de la personne concernée et de ses proches. Ce droit est garanti notamment par le dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

- **Il suffit que le discernement ne soit pas « gravement » altéré lorsque la personne est supposée exprimer sa demande de mort (art. 6, al. 3).**

La loi déferée admet que fasse l'objet d'une procédure de mort volontaire une personne dont le discernement est altéré.

Elle permet aussi que fasse l'objet d'une procédure d'euthanasie ou de suicide assisté une personne dont le discernement est « gravement altéré » à tout autre moment que « lors de la démarche de demande d'aide à mourir ». Or, les personnes malades varient souvent dans leur capacité de discernement.

La loi ne précise pas le seuil à partir duquel un discernement altéré le devient « gravement ».

La loi laisse donc cette appréciation au seul médecin décisionnaire. La loi ne prévoit en effet aucune procédure d'évaluation du degré de discernement de la personne demandant la mort. Or, le discernement d'une personne peut varier selon son état psychologique, de fatigue, ou son degré de souffrance. La loi n'a pas même prévu l'intervention d'un tiers. Les deux personnes consultées par le médecin n'ont pas pour mission de vérifier ce discernement.

En outre, l'état de souffrances physiques (art. 4, al. 8) requis pour accéder à la mort altère nécessairement le discernement de la personne. Les conditions liées à l'existence d'une souffrance (art. 4, al. 8) et celles tenant à l'exigence d'un discernement qui ne soit pas gravement altéré (art. 6, al. 3) sont donc mutuellement exclusives et témoignent de la contradiction interne du texte adopté. Il convient donc de souligner l'incohérence de la loi sur ce point.

Admettre qu'une personne, dont le discernement est altéré, puisse demander l'aide à mourir porte atteinte au droit au respect de la liberté personnelle, lequel implique que toute atteinte portée au corps humain soit entourée de garanties effectives (déc. n° 99-416 DC du 23 juillet 1999). Le Conseil constitutionnel rappelle que les atteintes à l'intégrité du corps humain doivent

être subordonnées au recueil d'un consentement libre et éclairé (déc. n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004).

- **La consultation du « collège pluriprofessionnel » ne protège pas suffisamment les personnes (art. 6)**

La loi prévoit que le médecin consulte deux personnes de son choix, dont un médecin spécialisé dans la pathologie dont est atteinte la personne en cause, et un auxiliaire médical ou aide-soignant.

Or, les deux personnes consultées

- sont choisies librement par le médecin ;
- ne rencontrent pas nécessairement la personne concernée ;
- ne vérifient pas nécessairement la réalité de sa demande de mort ;
- n'évaluent pas nécessairement le degré de discernement de la personne concernée ;
- rendent un simple avis qui ne lie pas le médecin.

Il faut souligner que, selon la loi, la réunion du collège pluriprofessionnel ne fait l'objet d'aucun compte rendu. La commission de contrôle et d'évaluation n'est donc pas informée de l'avis des participants au collège pluriprofessionnel. La loi ne prévoit pas de mécanisme permettant aux participants au collège pluriprofessionnel de s'opposer à la mise en œuvre de « l'aide à mourir ».

En outre, l'auxiliaire médical ou l'aide-soignant peut être placé sous l'autorité hiérarchique du médecin décisionnaire.

Au surplus, cette consultation peut être réalisée en visioconférence.

Enfin, le collège pluriprofessionnel ne reçoit pas même notification de la décision du médecin, qui décide seul. Les membres du collège pluriprofessionnel ne sont donc pas même en mesure de pouvoir contester la décision du médecin.

Cette procédure « collégiale » est donc privée de tout effet utile, et ne protège pas les droits et libertés des personnes vulnérables exposées au risque d'euthanasie et de suicide assisté.

- **Le médecin prend sa décision définitive sans nouvel examen de l'état de santé du demandeur (art. 6, al. 16).**

La loi ne prévoit pas de seconde auscultation du demandeur, ni de délai minimal entre la demande initiale de mort et la décision du médecin.

Conformément à l'article 6, al. 16 de la loi adoptée, le médecin « notifie, oralement et par écrit, sa décision motivée à la personne dans un délai de quinze jours à compter de la formalisation de sa demande ». La loi n'impose pour autant aucun délai minimal de réflexion pour le médecin

avant de prendre la décision sur la demande d'aide à mourir. Or, une période de réflexion obligatoire aurait donné la possibilité au médecin de procéder à un nouvel examen du patient, d'observer l'évolution de sa maladie et son état psychique, de s'informer sur les progrès de la médecine dans le domaine concerné et de prendre ainsi une décision davantage éclairée.

- **Le délai de réflexion de la personne n'est que de deux jours à partir de la décision du médecin (art. 6, al. 17).**

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, al. 17. Le législateur n'a pas exigé que cette confirmation fasse l'objet d'un nouvel entretien approfondi, ni d'un formalisme particulier. Aucun témoin n'est requis.

La brièveté de ce délai n'est pas de nature à protéger les personnes fragiles, souffrantes et vulnérables, y compris contre les fluctuations psychologiques. Ce délai contraste avec d'autres délais de réflexion mis en place par le droit français dans le contexte de l'accomplissement de différents actes de droit civil d'une gravité moindre que ceux relatifs à la fin de vie (par ex. s'agissant d'un prêt immobilier, le délai légal de réflexion de la personne est de dix jours (voir C. consom., art. L.313-34).

- **L'ensemble de la procédure peut être réalisé en trois jours.**

Toutes les étapes de la procédure d'aide à mourir (à partir de la première expression de la volonté de mourir jusqu'au décès effectif) peuvent être accomplies dans un laps de temps extrêmement bref. L'examen et l'entretien avec le patient concerné, l'expression de la volonté de mourir, la composition et la réunion du collège pluriprofessionnel, la vérification de la satisfaction des conditions d'accès, l'éventuelle communication avec la personne chargée de la mesure de protection (le cas échéant), l'éventuelle consultation de « la personne de confiance », la prise de la décision par le médecin sur la demande d'aide à mourir, la confirmation de la demande de mourir, l'administration de la substance létale – toutes ces démarches peuvent être réalisées en trois jours.

La brièveté de l'ensemble du processus est inédite. Le 18 juillet 2025, le Comité des droits des personnes handicapées, a 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. L'appel du Comité est resté sans réponse.

- **La famille et les proches de la personne sont privés du droit d'être informés qu'une procédure d'euthanasie ou de suicide est en cours (art. 6, II, al. 13 et art. 7).**

La loi ne prévoit 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.

Cela constitue une violation du droit au respect de la vie privée et familiale aussi bien du patient concerné que de ses proches. En particulier, le dixième alinéa du Préambule de la Constitution 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 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 cette demande (art. 6, al. 13).

- Les proches n'ont pas le droit de contester en justice la décision du médecin (art. 12).

Conformément à l'article 12 de la loi, la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ainsi que la décision de mettre fin à la procédure ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande. L'impossibilité pour les proches du patient de contester la décision du médecin en justice est incompatible avec l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen en vertu duquel, il ne doit pas être porté d'atteinte substantielle au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction.

- Le médecin ou l'infirmier doit veiller à ce que l'entourage de la personne objet de l'euthanasie n'exerce aucune pression pour lui faire « renoncer à l'administration de la substance létale » (art. 9, al. 4).

La loi réprime le fait d'exercer une « pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale » 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 l'exercice de la liberté 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.

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 outre, cette disposition est contradictoire avec l'obligation d'assistance à personne en danger, en particulier face au risque de suicide. L'article 223-6 du Code pénal punit de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende quiconque s'est abstenu volontairement de porter assistance à une personne en péril grave et imminent, lorsqu'il pouvait le faire sans risque. Cette obligation d'assistance s'applique notamment aux situations de tentatives de suicide. Dès lors, comment peuvent coexister deux obligations contradictoires imposant à la fois de porter assistance et de s'abstenir de le faire face à une même personne désirant mourir. Il suffirait donc qu'une personne indique avoir l'intention de mourir par suicide assisté ou par euthanasie pour

délivrer les tiers du devoir de lui porter assistance. L'existence du devoir pénal d'assistance dépend donc de la modalité du suicide, laquelle n'est pas nécessairement connue des tiers. Plus encore, si la personne veut mourir par suicide assisté, alors l'assistance est interdite, tandis que si elle veut mourir par suicide non assisté, alors l'assistance est obligatoire. Le devoir ou l'interdiction de porter assistance dépend donc de l'intention du suicidaire quant aux modalités de sa mort. En cela, la disposition porte atteinte à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi.

- **La personne n'est informée « des modalités d'action de la substance létale » qu'après avoir confirmé sa demande de mourir (art. 6, al. 19 et 20).**

L'absence d'information sur « des modalités d'action de la substance létale » avant la confirmation de la décision de mourir ne permet pas à la personne concernée de porter un jugement pleinement éclairé sur la gravité de son acte, et sur ses risques. De plus, cette absence d'information est incompatible avec l'obligation d'information du patient résultant du droit français et européen. Ainsi, l'article 5 de la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine, ratifiée par la France en 2011, stipule 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 et possibles souffrances liées aux diverses méthodes d'administration de la substance létale. Or, les études scientifiques confirment que ces risques sont bien réels, et varient selon les méthodes.

- **Les médecins objecteurs de conscience qui refusent l'euthanasie sont obligés de désigner un autre médecin qui accepte de pratiquer l'euthanasie à leur place (art. 14).**

Cette obligation rend les médecins concernés directement complices de l'acte auquel ils objectent, en violation de leur liberté de conscience. Celle-ci est garantie, *inter alia*, à l'alinéa 5 du Préambule de la Constitution de 1946 ainsi que par plusieurs instruments de droit international et européen.

En outre, cette obligation est disproportionnée, car non nécessaire, dès lors que la loi prévoit la création d'une liste de médecins volontaires pour pratiquer ces actes.

Enfin et surtout, cette obligation est impossible à accomplir, car aucun médecin ne peut préjuger de ce que décidera en conscience un autre médecin dans un cas particulier. Il est donc impossible de « communiquer [avec certitude] le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédures. »

- **Les établissements privés, en particulier religieux, sont obligés d'accueillir et d'organiser la pratique de l'euthanasie et du suicide en leur sein (art. 14).**

L'obligation d'accueillir des équipes mobiles d'euthanasie et d'accepter l'administration de l'aide à mourir constitue une violation manifeste de la liberté des institutions ainsi que du principe de l'autonomie des entités qui se distinguent par leur forte identité convictionnelle. Le principe de l'autonomie institutionnelle, garanti en droit international et européen (voir par ex. arrêt *Fernández Martínez* de la Cour EDH) ainsi que par la jurisprudence des hautes juridictions françaises (voir notamment, l'arrêt de la Cour de cassation du 4 avril 2025, Assemblée plénière, 21-24.439), découle des principes constitutionnels de liberté de conscience (art. 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen) et de liberté d'association (déc. n° 71-44 DC du 16 juillet 1971). Ledit principe protège la vie associative des communautés religieuses et des « entreprises de conviction » contre toute ingérence injustifiée de l'État telle que le devoir d'accepter la réalisation des actes létaux par des tiers au sein de leurs établissements.

Cette obligation porte aussi atteinte au droit de propriété, garanti notamment par les articles 2 et 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, ainsi qu'à la liberté d'entreprendre.

En outre, il convient de relever une inégalité de traitement entre les directeurs et responsables d'établissements de santé et les professionnels de santé puisque seuls ces derniers bénéficient d'une clause de conscience, bien que les deux groupes soient dans des situations moralement comparables.

- **Les pharmaciens sont privés de clause de conscience et obligés de préparer le poison, sous peine de sanctions disciplinaires (art. 8 et 14).**

Le pharmacien participe directement à la réalisation de l'acte létaux en ce qu'il prépare le poison et qu'il est le seul à pouvoir le faire. L'absence de participation immédiate à l'administration de la substance létale ne retire rien au caractère direct et proche de sa participation à l'acte objecté puisque, sans la préparation du poison par le pharmacien, l'aide à mourir ne peut être effective. Étant donné leur rôle essentiel dans l'ensemble du processus, la liberté de conscience des pharmaciens doit être respectée (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). Or, en vertu des articles 8 et 14 de la loi, contrairement aux médecins, qui peuvent objecter à la participation directe au processus d'administration de l'aide à mourir, les pharmaciens ont l'obligation légale et professionnelle de coopérer à l'euthanasie et au suicide assisté. L'imposition d'une telle obligation constitue une violation manifeste de leur liberté de conscience garantie à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ainsi qu'à l'alinéa 5 du Préambule de la Constitution de 1946.

De plus, le traitement différencié des médecins et des pharmaciens engagés dans le processus d'euthanasie porte atteinte au principe constitutionnel d'égalité consacré à l'article 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

III. Troisième composante : la phase de « contrôle » et d'évaluation

Le but de cette phase de contrôle devrait être de sécuriser l'ensemble du dispositif. Or, ce « contrôle » se révèle impuissant à *prévenir* l'usage abusif de cette loi, et donc la mort de personnes.

- Le « contrôle » est réalisé après la mort (art. 11 et 15).

La loi adoptée ne prévoit aucun contrôle préalable de la régularité de la procédure par une autorité indépendante, ni par aucune juridiction. Le contrôle n'intervient qu'après la réalisation irréversible de l'acte létal. Il n'assure donc pas un rôle protecteur. L'absence de contrôle indépendant *ex ante* singularise la loi française par rapport à d'autres législations européennes qui mettent en place différents mécanismes de vérification du processus avant l'administration de la substance létale (voir par ex. la loi organique espagnole n° 3/2021 du 24 mars 2021 relative à la régulation de l'euthanasie).

- Le « contrôle » est réalisé sur la base des informations transmises par le seul médecin (art. 11 et 15).

Le « contrôle » est effectué sur la base des informations transmises par le médecin ayant lui-même conduit l'ensemble de la procédure. Dès lors, il n'a aucun caractère contradictoire.

Comme il a été dit précédemment, la réunion du collège pluriprofessionnel ne fait l'objet d'aucun compte rendu. La commission de contrôle et d'évaluation n'est donc pas même informée de l'avis des participants au collège pluriprofessionnel.

- Le « contrôle » est réalisé par une commission composée de quatre membres d'associations et professionnels en sciences humaines et sociales, ainsi que de deux médecins et de seulement deux juges (art. 15, al. 13 à 18).

Du fait de la composition de la commission, le contrôle n'aura pas un caractère principalement médical, ni judiciaire.

Selon la loi adoptée, la composition de la « commission de contrôle et d'évaluation » et ses règles de fonctionnement sont déterminés par décret en Conseil d'État (art. 15, al. 13). Il est à souligner que ce dessaisissement du législateur au profit du pouvoir réglementaire en matière de contrôle d'application de l'aide à mourir n'est qu'un parmi de nombreux aspects essentiels du nouveau « dispositif » qui seront déterminés par voie de décret (voir par ex. les dispositions relatives aux modalités d'information du patient ou sur la forme et le contenu de la demande de mourir et de sa confirmation). Les renvois excessifs au pouvoir réglementaire contenus dans la nouvelle loi font preuve d'incompétence négative du législateur auquel seul appartient de fixer « les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice de leurs libertés » (art. 34 de la Constitution). À cet égard, il y a lieu de constater une possible violation de l'article 34 de la Constitution.

Cette commission aura surtout pour rôle d'évaluer la pratique de l'aide à mourir, en vue de révisions futures de son cadre normatif, et de faciliter sa pratique, en particulier par la tenue du registre des professionnels de santé disposés à pratiquer l'aide à mourir.

En conclusion, cette loi ne protège pas les personnes vulnérables, en particulier face à certains médecins qui estiment faire le bien en leur donnant la mort.

Dans l'appréciation de la portée de cette loi, il faut tenir compte des réalités suivantes :

- 10% des Français sont sous antidépresseur.
- Un million de Français sont éligibles selon la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).
- Une vingtaine de départements ne disposent d'aucune unité de soins palliatifs, et moins de la moitié des besoins en soins palliatifs sont actuellement satisfaits. En outre, cette couverture diminuera proportionnellement au vieillissement de la population.
- Le nombre de lits d'hôpitaux diminue fortement en France.
- La légalisation de la mort anticipée permettra d'économiser environ 1,4 milliard d'euros par an en frais de santé, vieillesse et retraite (évaluation de la Fondapol, 2025).

Vous le voyez, la prétendue « liberté de mourir » que cette loi instaure sera aussi et surtout un « droit de tuer ». Il sera quasiment impossible de contester et de faire condamner tous les abus que cette procédure ne manquera pas de faciliter et de multiplier.

Les personnes séniles, grabataires et atteintes de déficiences mentales sont particulièrement menacées par ce texte. Si ce texte est promulgué, il rendra possible l'élimination de centaines de milliers de personnes.