

Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

TABLEAU D'ANALYSE JURIDIQUE ARTICLE PAR ARTICLE

Articles L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13 du Code de la santé publique

Articles L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13 du Code de la Santé Publique sur le "Droit à l'aide à mourir" :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000054709545/#LEGISCTA000054711027

Décision du Conseil Constitutionnel du 14 août 2026 :

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2026/2026910DC.htm>

État du droit : 25 août 2026

Introduction méthodologique

La loi n° 2026-794 du 18 août 2026 a inséré dans le Code de la santé publique une nouvelle section 2 bis intitulée "Droit à l'aide à mourir", comprenant les articles L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13.

Ces dispositions organisent l'ensemble du régime juridique :

1. définition du droit ;
2. conditions d'accès ;
3. demande et information ;
4. évaluation médicale et procédure collégiale ;
5. organisation de l'administration ;
6. préparation et délivrance de la substance létale ;
7. vérification ultime de la volonté ;
8. interruption de la procédure ;
9. traçabilité ;
10. recours juridictionnels ;
11. décrets d'application ;
12. clause de conscience ;
13. contrôle et évaluation.

Le Conseil constitutionnel a validé l'architecture générale du dispositif en considérant que le législateur avait entendu garantir la liberté personnelle et qu'il pouvait estimer que l'institution d'un droit à l'aide à mourir, sous certaines conditions, contribuait à la mise en œuvre du droit de toute personne à une fin de vie digne.

Il a toutefois assorti certaines dispositions de réserves d'interprétation.

Tableau de synthèse

Article	Objet	Conseil constitutionnel	Travaux préparatoires / arguments	Difficulté / risque contentieux
L. 1111-12-1	Définition du droit à l'aide à mourir et irresponsabilité pénale	Validation	Débat sur l'euthanasie / le suicide assisté	Qualification juridique de l'acte, portée de l'irresponsabilité pénale
L. 1111-12-2	Conditions d'accès	Validation	Débats sur le pronostic vital, la souffrance, le discernement, la souffrance psychologique	Définitions médicales, appréciation de la volonté, subjectivité
L. 1111-12-3	Demande et information	Validation	Débat sur l'obligation d'information, la téléconsultation, les majeurs protégés	Formalisation, qualité de l'information, conflits d'intérêts
L. 1111-12-4	Évaluation et procédure collégiale	Validation sous réserve pour les majeurs protégés	Débat sur la collégialité, les délais, le rôle du médecin et du psychiatre	Qualification de la décision, composition du collège, contrôle de l'appréciation médicale
L. 1111-12-5	Date et lieu	Validation	Débat sur le délai de trois mois et le choix du lieu	Réévaluation, effectivité territoriale
L. 1111-12-6	Préparation et délivrance	Validation sous réserve de la clause de conscience des pharmaciens	Débat sur la sécurité, la clause de conscience, la position des pharmaciens	Refus du pharmacien, disponibilité de la substance
L. 1111-12-7	Administration	Validation	Débat sur la vérification ultime, les pressions, les incidents	Pression familiale, erreur, complication, responsabilité
L. 1111-12-8	Fin de procédure	Validation	Débat sur les pressions et les signalements au parquet	Appréciation des pressions, effets d'une nouvelle demande
L. 1111-12-9	Traçabilité	Validation	Débat sur la sécurité et le contrôle	Secret médical, RGPD, données sensibles
L. 1111-12-10	Recours juridictionnel	Validation	Débat sur la qualité pour agir et le référé-liberté	Urgence, qualité pour agir, office du juge
L. 1111-12-11	Décret	Validation	Débat sur le contenu des mesures réglementaires	Risque d'excès de pouvoir / incompétence réglementaire
L. 1111-12-12	Clause de conscience	Validation sous réserves de la clause de conscience des pharmaciens et des établissements privés	Débat sur les professionnels et les établissements	Effectivité du droit
L. 1111-12-13	Contrôle et évaluation	Validation	Débat sur le contrôle a posteriori versus a priori	Indépendance, secret médical, intensité du contrôle

I. Article L. 1111-12-1 (définition du droit à l'aide à mourir)

"I. - Le droit à l'aide à mourir est 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.

II. - 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."

1. Portée juridique

Le texte crée véritablement un droit subjectif nouveau.

Il ne s'agit pas seulement d'une autorisation donnée au médecin.

Le bénéficiaire du droit est la personne qui :

- demande ;
- remplit les conditions légales ;
- bénéficie d'une procédure de vérification ;
- est autorisée à recourir à une substance létale.

2. Deux modalités

L'article distingue deux situations :

A. Auto-administration

La personne accomplit elle-même l'acte létal.

B. Administration par un tiers

Lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de s'administrer elle-même la substance, celle-ci peut être administrée par :

- un médecin ;
- ou un infirmier.

Le Conseil constitutionnel a jugé que cette distinction n'était ni imprécise ni équivoque.

3. Débat parlementaire : suicide assisté ou euthanasie ?

Les travaux préparatoires montrent que cette question a été explicitement discutée.

Un amendement sénatorial proposait de supprimer l'administration par un médecin ou un infirmier afin de recentrer le dispositif sur la seule auto-administration.

L'auteur de l'amendement soulignait que la distinction entre suicide assisté et euthanasie avait des conséquences "juridiques et symboliques majeures".

L'amendement du Sénat visant à supprimer l'administration de la substance létale par un tiers soignant a été initialement déposé par le sénateur Alain Margueritte. Cet amendement n°457 rect. a été co-signé par plusieurs de ses collègues parlementaires de la droite et du centre (notamment Christine Lavarde, Jacqueline Eustache-Brinio, Olivier Paccaud et Fabien Genet). Leur objectif affiché était d'exclure les médecins et les infirmiers du geste d'administration afin de tracer une frontière stricte entre le suicide assisté (le patient fait le geste ultime) et l'euthanasie (un tiers fait le geste).

Argument favorable au texte

Regrouper les deux modalités sous une notion unique permet :

- une cohérence du dispositif ;
- de ne pas exclure les personnes physiquement incapables d'accomplir le geste ;
- de placer l'autonomie de la personne au centre plutôt que la capacité physique à effectuer le geste final.

Argument critique

La seconde modalité implique qu'un professionnel réalise matériellement l'acte létal.

Cela modifie davantage le rôle traditionnel du médecin et rapproche le dispositif de l'euthanasie.

4. Irresponsabilité pénale

Le II institue une cause légale d'irresponsabilité pénale.

Le Conseil constitutionnel a souligné que cette disposition peut écarter certaines qualifications pénales, notamment selon les circonstances, celles d'empoisonnement ou de non-assistance à personne en danger.

Mais cette irresponsabilité est strictement conditionnée au respect du dispositif légal.

Risque contentieux

Le principal risque est celui d'une aide réalisée en dehors des conditions légales.

Il faudra notamment déterminer :

- quelles irrégularités privent le professionnel de l'irresponsabilité ;
- si une irrégularité purement procédurale suffit ;
- quelle marge d'appréciation le juge pénal conservera ;
- comment articuler la commission de contrôle avec le parquet.

II. Article L. 1111-12-2 (conditions d'accès)

"Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit remplir toutes les conditions suivantes :

1° Etre âgée d'au moins dix-huit ans ;

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

3° Etre 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° Etre apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée."

L'article impose donc cinq conditions cumulatives :

1. majorité ;
2. nationalité française ou résidence stable et régulière ;
3. affection grave et incurable engageant le pronostic vital en phase avancée ou terminale ;
4. souffrance répondant aux critères légaux ;
5. capacité à manifester une volonté libre et éclairée.

1. Majorité

Le dispositif est réservé aux personnes âgées d'au moins dix-huit ans.

Débats

Les travaux parlementaires ont opposé :

- l'idée que le majeur dispose d'une autonomie suffisante pour exercer ce droit ;
- la crainte d'une évolution ultérieure du dispositif concernant les mineurs.

Aucun droit des mineurs à l'aide à mourir n'est reconnu par le texte actuel.

Risque contentieux

Un contentieux constitutionnel futur pourrait éventuellement porter sur une différence de traitement entre majeurs et mineurs, mais le législateur dispose ici d'une large marge d'appréciation.

2. Nationalité ou résidence

La personne doit être :

- française ;
- ou résidente de façon stable et régulière en France.

Finalité

Cette condition tend à éviter que le territoire français devienne un lieu d'accès ponctuel à l'aide à mourir pour des personnes n'ayant pas de lien durable avec la France.

Difficulté

Les notions de "stable" et "régulière" devront être interprétées et clarifiées.

La résidence régulière renvoie au droit des étrangers, tandis que la stabilité paraît appeler une appréciation factuelle.

Risque

Des litiges pourraient porter sur :

- les personnes récemment arrivées sur le territoire ;
- les étrangers disposant d'un titre temporaire ;
- les situations de rupture de titre ;
- les personnes vivant alternativement dans plusieurs États.

3. Affection grave et incurable

La maladie doit être :

- grave ;
- incurable ;
- quelle qu'en soit la cause ;
- engageant le pronostic vital ;
- en phase avancée ou terminale.

Le texte définit la phase avancée par référence à un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé affectant la qualité de vie.

Difficulté majeure

La notion de "phase avancée" est juridiquement moins objective que la seule notion de phase terminale. Il faudra déterminer :

- quand commence la phase avancée ;
- comment mesurer l'irréversibilité ;
- quelle place donner à la qualité de vie ;
- quelle marge d'incertitude médicale est acceptable.

Risque contentieux

Cette condition constitue probablement l'une des zones de contentieux les plus importantes.

Le juge administratif pourrait être amené à contrôler :

- l'existence de l'affection ;
- son caractère incurable ;

- l'engagement du pronostic vital ;
- le stade de la maladie.

La difficulté sera de déterminer jusqu'où le juge peut contrôler une appréciation médicale sans substituer sa propre appréciation à celle du médecin.

4. Souffrance

La souffrance doit être :

- liée à l'affection ;
- soit réfractaire aux traitements ;
- soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement.

Une souffrance psychologique seule est expressément exclue.

Souffrance réfractaire

Cette notion renvoie à une appréciation médicale.

La question sera de savoir :

- quels traitements doivent avoir été proposés ;
- si tous les traitements doivent avoir été essayés ;
- quelle place occupent les soins palliatifs ;
- comment apprécier une souffrance multidimensionnelle.

Souffrance insupportable

La formulation est précise : "insupportable selon la personne". La loi donne donc à la personne une place déterminante dans l'appréciation.

Argument favorable : Respect de l'autonomie et de l'expérience subjective de la souffrance.

Argument critique : Difficulté de contrôle objectif.

Deux personnes présentant des situations médicales comparables peuvent apprécier différemment leur souffrance.

Souffrance psychologique seule

Le législateur a retenu une exclusion absolue.

Un amendement sénatorial de juin 2026 proposait précisément de modifier cette exclusion afin de permettre la prise en compte d'une souffrance exclusivement psychologique lorsqu'elle serait directement liée à l'affection grave et incurable. L'amendement a été rejeté.

Ce rejet montre que le législateur a voulu établir une frontière claire entre :

- souffrance psychologique accompagnant une affection somatique répondant aux conditions ;
- souffrance psychologique constituant à elle seule le fondement de la demande.

Risque contentieux

Le point délicat sera celui des situations mixtes : maladie somatique + souffrance psychique majeure.

La frontière entre "souffrance psychologique seule" et "souffrance liée à l'affection" pourrait devenir contentieuse.

5. Volonté libre et éclairée

Le médecin doit informer le patient sur :

- l'état de santé ;
- les perspectives d'évolution ;
- les traitements ;
- les dispositifs d'accompagnement ;
- les soins palliatifs ;
- l'accompagnement psychologique ou psychiatrique ;
- la possibilité de renoncer ;
- les conditions et modalités de l'aide à mourir.

La personne dont le discernement est gravement altéré au moment de la demande ne peut être considérée comme manifestant une volonté libre et éclairée.

Position du Conseil constitutionnel

Il s'agit probablement de la condition constitutionnellement la plus importante.

Le Conseil constitutionnel a considéré que le droit à l'aide à mourir pouvait être reconnu dès lors que sa mise en œuvre repose sur une volonté libre et éclairée et qu'elle est assortie de garanties appropriées.

Difficulté

La notion de "gravement altéré" n'est pas définie par la loi.

Elle devra être précisée par la pratique médicale, les recommandations et éventuellement la jurisprudence.

Risque contentieux

La qualité de l'information pourrait devenir un élément central du contentieux.

Une personne ou sa famille pourrait soutenir que la décision n'était pas éclairée parce que :

- les alternatives n'ont pas été suffisamment présentées ;
- les soins palliatifs n'ont pas été proposés ;
- les conséquences de la décision n'ont pas été expliquées.

Questions

Une volonté peut-elle être libre lorsqu'elle est influencée par :

- isolement ;
- pression familiale ;
- sentiment d'être une charge ;

- précarité ;
- handicap ;
- défaut d'accès aux soins palliatifs ?

Le texte répond partiellement à ces difficultés par :

- l'information ;
- la procédure collégiale ;
- l'évaluation du discernement ;
- la possibilité d'un accompagnement psychologique ;
- la vérification finale ;
- l'interdiction des pressions.

Consultation d'un psychiatre

La loi ne rend pas systématique la consultation d'un psychiatre. Cette absence d'obligation repose sur l'idée que l'altération du discernement peut d'abord être appréciée dans l'évaluation médicale générale, tout en laissant place à une consultation spécialisée lorsque des troubles psychiatriques, une pathologie neurodégénérative ou un doute sérieux sur la persistance de la volonté le justifient.

III. Article L. 1111-12-3 (demande et information)

I. - La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.

La personne ne peut ni présenter ni confirmer sa demande lors d'une téléconsultation. Si la personne n'est pas physiquement en mesure de se rendre chez le médecin, ce dernier se présente à son domicile ou dans son lieu de prise en charge pour recueillir sa demande ou sa confirmation.

Une même personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.

Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Il vérifie ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil. Le médecin délivre à la personne protégée une information adaptée à ses facultés de discernement.

II. - Le médecin mentionné au I du présent article :

1° Informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles ;

2° Informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ;

3° Propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ;

4° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;

5° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et les modalités de mise en œuvre de celle-ci.

III. - Après que le médecin a satisfait aux obligations prévues au II du présent article, la personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir formalise sa demande par écrit ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire, par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités.

NOTA : Conformément au II de l'article 5 de la loi n° 2026-794 du 18 août 2026, l'obligation de consulter le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil prévue au dernier alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2028.

1. Médecin saisi

Gestion des conflits d'intérêts

La demande est adressée à un médecin en activité qui ne peut être :

- parent ;
- allié ;
- conjoint ;
- concubin ;
- partenaire de PACS ;
- ayant droit.

Le législateur cherche à éviter les conflits d'intérêts et les situations où le médecin aurait un intérêt personnel au décès.

Interdiction des demandes multiples

Le texte précise qu'une même personne ne peut présenter simultanément cette demande à plusieurs médecins, mais il n'indique pas comment cette règle sera contrôlée.

2. Téléconsultation

La demande et sa confirmation ne peuvent être présentées en téléconsultation.

Si la personne ne peut se déplacer, le médecin doit se rendre :

- à son domicile ;
- ou sur son lieu de prise en charge.

Argument favorable

Garantir un contact physique pour une décision irréversible.

Argument critique

Risque de difficulté d'accès pour les personnes isolées géographiquement.

3. Information

Le médecin doit transmettre au patient une information complète, come exposé ci-dessus (*Cf. Volonté libre et éclairée ci-dessus*).

La qualité de l'information pourrait devenir un élément central du contentieux, comme cela a été évoqué précédemment.

Une personne ou sa famille pourrait soutenir que la décision n'était pas éclairée parce que :

- les alternatives n'ont pas été suffisamment présentées ;
- les soins palliatifs n'ont pas été proposés ;
- les conséquences de la décision n'ont pas été expliquées.

4. Majeurs protégés

Le médecin doit identifier l'existence éventuelle d'une mesure de protection et délivrer une information adaptée aux facultés de discernement.

Le Conseil constitutionnel a ensuite renforcé la portée des garanties applicables aux personnes protégées.

Risque

La question de la capacité à exprimer une volonté libre et éclairée sera particulièrement sensible.

IV. Article L. 1111-12-4 (vérification et procédure collégiale)

I. - Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article L. 1111-12-2.

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.

II. - Pour vérifier que les conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article L. 1111-12-2 sont remplies, le médecin met en place une procédure collégiale. Le médecin :

1° Réunit un collège pluriprofessionnel, auquel il participe, composé au moins :

a) D'un médecin qui remplit les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-3, qui n'intervient pas dans le traitement de la personne, qui est spécialiste de la pathologie de celle-ci et qui n'a pas de lien hiérarchique avec le médecin mentionné au premier alinéa du présent II. Il examine la personne, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, avant la réunion du collège pluriprofessionnel ;

b) D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;

2° Peut convier à participer à la réunion du collège pluriprofessionnel d'autres professionnels de santé, des professionnels travaillant dans des établissements ou des services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et des psychologues, lorsque ces professionnels interviennent dans le traitement de la personne ;

3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne :

a) Informe la personne chargée de la mesure de protection et recueille ses observations, qu'il communique au collège pluriprofessionnel lors de la réunion de celui-ci ;

b) Peut convier un médecin inscrit sur la liste mentionnée à l'article 431 du code civil à participer à la réunion du collège pluriprofessionnel ou recueillir son avis, qu'il communique au collège pluriprofessionnel lors de la réunion de celui-ci ;

4° Peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou, à défaut, d'un proche. Cet avis est communiqué au collège pluriprofessionnel lors de la réunion de celui-ci.

La réunion du collège pluriprofessionnel se déroule en la présence physique de tous ses membres. Toutefois, en cas d'impossibilité, il peut être recouru à des moyens de visioconférence ou de télécommunication.

III. - Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 du présent code sollicite les informations médicales nécessaires à la vérification des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article L. 1111-12-2 auprès de la personne et auprès des établissements de santé et des professionnels de santé qui la prennent en charge. Sans que puisse être opposé le secret professionnel, les informations ainsi recueillies et les informations médicales nécessaires à la même vérification détenues ou recueillies par les professionnels mentionnés au II du présent article sont partagées au cours de la procédure collégiale.

IV. - La décision sur la demande d'aide à mourir est prise par le médecin mentionné au I à l'issue de la procédure collégiale mentionnée au II. Il 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 dans les conditions prévues au III de l'article L. 1111-12-3. Le cas échéant, il notifie sa décision motivée par écrit à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.

V. - Après un délai de réflexion d'au moins deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au IV du présent article, la personne peut confirmer au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.

Lorsque la confirmation de la demande intervient plus de trois mois après la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.

VI. - Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe oralement et par écrit des modalités d'action de la substance létale.

En accord avec la personne, il détermine les modalités d'administration de la substance létale et choisit le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne pour cette administration lorsqu'il ne l'accompagne pas lui-même.

VII. - La procédure prévue au présent article ne peut être réalisée par des sociétés de téléconsultation.

VIII. - Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du présent code et en informe, le cas échéant, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne.

1. Vérification par le médecin

Le médecin vérifie les conditions de l'article L. 1111-12-2 (*Cf. Article L. 1111-12-2 ci-dessus*). Le médecin ne peut donc pas simplement transmettre une demande.

2. Discernement

Comme mentionné ci-dessus, la personne dont le discernement est gravement altéré au moment de la demande ne peut être considérée comme manifestant une volonté libre et éclairée (*Cf. Volonté libre et éclairée ci-dessus*).

3. Collège pluriprofessionnel

Le collège comprend au minimum :

- le médecin demandeur ;
- un médecin spécialiste indépendant ;
- un auxiliaire médical ou aide-soignant intervenant auprès de la personne.

Le spécialiste :

- n'intervient pas dans le traitement ;
- est spécialiste de la pathologie ;
- n'a pas de lien hiérarchique avec le médecin demandeur.

4. Autres professionnels

Peuvent être associés :

- autres professionnels de santé ;
- professionnels médico-sociaux ;
- psychologues intervenant dans le traitement.

5. Personne de confiance et proches

À la demande de la personne, une personne de confiance, un proche aidant ou, à défaut, un proche peuvent être entendus. Ils n'ont pas de pouvoir de décision.

6. Majeurs protégés

Le médecin doit :

- informer la personne chargée de la mesure ;
- recueillir ses observations ;
- les transmettre au collège.

Il peut également consulter un médecin inscrit sur la liste de l'article 431 du Code civil.

Réserve constitutionnelle

Le Conseil constitutionnel a considéré que le médecin devait, au titre du respect de la dignité, prendre en compte les observations recueillies auprès de la personne chargée de la mesure.

Cette réserve est importante : elle transforme une simple obligation procédurale en garantie substantielle.

7. Secret médical

Le texte autorise le partage des informations médicales nécessaires au cours de la procédure collégiale sans que le secret professionnel puisse être opposé.

Risque contentieux

Il faudra déterminer strictement :

- quelles informations sont "nécessaires" ;
- qui peut les recevoir ;
- quelle traçabilité est conservée ;
- comment éviter une diffusion excessive de données médicales.

8. Présence physique du collège

Le principe est une réunion en présence physique de tous les membres. La visioconférence (ou d'autres voies de télécommunication) n'est admise qu'en cas d'impossibilité. Cette règle est susceptible d'interprétation.

Questions : Qu'est-ce que :

- une "impossibilité" ?
- un éloignement géographique ?
- une urgence ?
- une indisponibilité ?
- une situation sanitaire justifiant le recours à une réunion en distanciel ?

9. Décision finale

Point fondamental : le collège ne prend pas la décision.

La décision appartient au médecin saisi de la demande, à l'issue de la procédure collégiale. Il doit notifier une décision motivée dans les quinze jours à compter de la formalisation de la demande.

Risque contentieux

La motivation devra probablement permettre de comprendre :

- quelles conditions sont considérées comme remplies ;
- sur quels éléments médicaux le médecin s'est fondé ;
- comment la volonté a été appréciée ;
- comment les observations du collège ont été prises en compte.

10. Délai de deux jours

Après notification de la décision, la personne doit attendre au moins deux jours avant de confirmer sa demande.

Le Conseil constitutionnel a validé ce mécanisme dans son appréciation globale des garanties.

Débat parlementaire

Le délai a fait l'objet de propositions d'allongement.

Les critiques reposaient notamment sur :

- la possibilité d'une volonté fluctuante ;
- le temps nécessaire pour traiter les facteurs psychologiques ;
- le caractère irréversible de l'acte.

Les défenseurs du délai court ont invoqué le risque d'aggravation rapide de l'état de santé.

11. Confirmation après trois mois

Si la confirmation intervient plus de trois mois après la notification de la décision, le médecin doit réévaluer le caractère libre et éclairé de la volonté et, si nécessaire, mettre à nouveau en œuvre la procédure collégiale.

Risque

Le texte ne fixe pas un nouveau délai de réflexion précis après cette réévaluation.

Cette articulation devra être précisée par les textes d'application et la pratique.

V. Article L. 1111-12-5 (date et lieu)

I. - Avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l'administration de la substance létale.

Si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision mentionnée au IV 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 V de l'article L. 1111-12-4. Il prescrit à nouveau la substance létale selon les modalités prévues au VIII du même article L. 1111-12-4.

II. - 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.

La personne peut être entourée des personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale. Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne les informe et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique.

1. Choix de la date

La personne convient de la date avec le médecin ou l'infirmier.

Si la date est à plus de trois mois de la décision, une nouvelle évaluation est nécessaire.

2. Choix du lieu

L'administration peut avoir lieu :

- au domicile ;
- dans la résidence de la personne ;
- dans la résidence d'un proche ;
- dans un établissement de santé ;
- dans un établissement médico-social ;
- dans toute autre structure où exercent des professionnels de santé.

La personne peut être entourée des personnes de son choix. Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne les informe et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique.

Argument favorable

Large autonomie dans l'organisation de la fin de vie.

Difficulté

Le lieu doit être compatible avec :

- la sécurité médicale ;
- la disponibilité du professionnel ;
- les règles propres aux établissements.

3. Risque contentieux

Une difficulté pourrait apparaître si :

- l'établissement refuse ;
- le professionnel refuse ;
- aucun professionnel volontaire n'est disponible localement.

Cette difficulté rejoint directement la clause de conscience de l'article L. 1111-12-12.

VI. Article L. 1111-12-6 (préparation et délivrance de la substance létale)

Lorsque la date de l'administration de la substance létale est fixée, elle est communiquée, par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne, à la pharmacie à usage intérieur mentionnée au VIII de l'article L. 1111-12-4. Celle-ci réalise la préparation magistrale létale et la délivre au médecin ou à l'infirmier chargé d'accompagner la personne ou la transmet à la pharmacie d'officine désignée, en accord avec la personne, par le médecin ou l'infirmier. Dans ce cas, la pharmacie d'officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l'infirmier.

Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d'une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d'officine prévues au premier alinéa du présent article.

La pharmacie à usage intérieur et la pharmacie d'officine effectuent leurs missions dans un délai permettant l'administration de la substance létale à la date fixée.

La date fixée est communiquée à la pharmacie à usage intérieur désignée. Celle-ci prépare la substance et la délivre au médecin ou à l'infirmier ou la transmet à une pharmacie d'officine désignée.

1. Sécurisation

Le système prévoit, via les articles L. 1111-12-6 et L. 1111-12-7, une chaîne :

prescription → pharmacie à usage intérieur → médecin/infirmier ou officine → administration de la substance
→ retour du produit non utilisé.

2. Débat parlementaire

Des amendements ont cherché à renforcer :

- la sécurité physique de la substance ;
- la traçabilité ;
- le signalement des disparitions ;
- le retour du produit à la pharmacie.

Par exemple, un amendement proposait un régime spécifique de conservation et de signalement en cas de disparition, de vol ou d'usage non autorisé.

D'autres amendements proposaient une pharmacovigilance spécifique des incidents liés à l'administration.

3. Pharmaciens et liberté de conscience

C'est un point majeur.

Le texte initial ne prévoyait pas explicitement une clause de conscience pour les pharmaciens.

Le Conseil constitutionnel a considéré que la préparation ou la délivrance de la substance létale pouvait heurter les convictions personnelles du pharmacien. Il a donc posé une réserve d'interprétation constitutionnelle : les pharmaciens ne peuvent être contraints de participer à la procédure.

Risque contentieux

Il faudra déterminer comment concilier :

- refus individuel du pharmacien ;
- continuité de la procédure ;
- disponibilité de la préparation ;
- effectivité du droit du patient.

VII. Article L. 1111-12-7 (administration de la substance)

I. - Le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne :

1° Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder ou, si elle n'est pas physiquement en mesure de le faire elle-même, faire procéder à l'administration ;

2° Veille à ce qu'elle ne subisse de la part des personnes qui l'entourent aucune pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale. S'il constate des pressions pour procéder à cette administration, il suspend la procédure. Le cas échéant, il en informe immédiatement le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3, qui décide dans les meilleurs délais de la poursuite de la procédure ou de son arrêt dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-8. Lorsque la procédure peut se poursuivre et qu'il est nécessaire de définir une nouvelle date, le professionnel de santé convient de cette date avec la personne dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5 ;

3° Prépare, le cas échéant, l'administration de la substance létale ;

4° Assure la surveillance de l'administration de la substance létale par la personne ou l'administre.

II. - Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et, à la demande de la personne, convient avec elle d'une nouvelle date dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5.

III. - Une fois la substance létale administrée, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est plus obligatoire. Il reste toutefois présent dans la même pièce pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

IV. - Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.

V. - Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine ou à la pharmacie à usage intérieur mentionnées à l'article L. 1111-12-6 la préparation magistrale létale qui n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.

Les produits ainsi collectés sont détruits dans les conditions prévues à l'article L. 4211-2.

Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa du I du présent article établit un compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III.

Le jour de l'administration, le professionnel doit :

1. vérifier la confirmation de la volonté ;
2. vérifier l'absence de pression ;
3. préparer si nécessaire l'administration ;
4. surveiller l'administration ou l'effectuer lui-même.

1. Vérification ultime de la volonté

Il ne suffit donc pas d'avoir obtenu une autorisation quinze jours auparavant.

La volonté doit être réaffirmée au moment ultime.

2. Pressions

Le professionnel doit vérifier qu'aucune personne présente n'exerce de pression pour procéder ou renoncer.

Lorsque des pressions pour recourir à l'aide à mourir sont constatées, le médecin doit interrompre la procédure et signaler les faits au Procureur de la République.

Risque contentieux

La notion de "pression avérée" sera probablement délicate à interpréter. Elle suppose un degré de certitude supérieur à une simple inquiétude. La difficulté sera de les identifier.

3. Report

La personne peut demander le report.

Le professionnel suspend alors la procédure et convient d'une nouvelle date.

4. Présence du professionnel

Après l'administration, le professionnel n'est plus juridiquement tenu de rester aux côtés de la personne, mais doit rester dans la même pièce afin de pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations de la HAS.

Difficulté

La portée normative des futures recommandations de la HAS devra être précisée.

VIII. Article L. 1111-12-8 (fin de la procédure)

I. - Il est mis fin à la procédure d'aide à mourir :

1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner qu'elle renonce à l'aide à mourir ;

2° Si le médecin mentionné au même article L. 1111-12-3 a connaissance, après sa décision sur la demande d'aide à mourir, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article L. 1111-12-2 n'étaient pas remplies ou ont cessé de l'être, notamment lorsqu'il a connaissance ou est informé par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne de pressions avérées pour procéder à l'administration de la substance létale. Le médecin notifie alors sa décision motivée par écrit à la personne et, si celle-ci fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, il en informe par écrit la personne chargée de la mesure de protection. Lorsque le médecin met fin à la procédure après avoir eu connaissance de pressions subies par la personne pour recourir à l'aide à mourir, il signale sans délai ces faits au procureur de la République ;

3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale ;

II. - Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article L. 1111-12-3.

La procédure prend fin :

1. si la personne renonce ;
2. si les conditions cessent d'être remplies ;
3. si la personne refuse l'administration.

1. Apparition d'un élément nouveau

Le médecin peut interrompre la procédure s'il apprend après sa décision et avant l'administration de la substance que :

- les conditions n'étaient pas remplies ;
- ou ne le sont plus.

Cette disposition est essentielle.

L'autorisation n'est donc pas définitivement acquise jusqu'au décès.

2. Nouvelle demande

Toute nouvelle demande doit suivre à nouveau la procédure de l'article L. 1111-12-3.

Cela évite qu'une procédure interrompue puisse être simplement "réactivée" sans nouvelle vérification.

IX. Article L. 1111-12-9 (système d'information et traçabilité)

Chacun des actes mentionnés à la présente sous-section ainsi que les informations strictement nécessaires aux finalités mentionnées au second alinéa du II de l'article L. 1111-12-13 sont enregistrés dans un système d'information, sans délai, à chacune des étapes de la procédure, par les professionnels concernés. Les caractéristiques du système d'information respectent les critères de sécurité et de protection des données mentionnés à l'article 31 de la loi n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique. Les actes et les informations sont enregistrés dans le système d'information d'une manière garantissant leur traçabilité et leur traitement à des fins statistiques dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-13 du présent code.

Tous les actes de la procédure et les informations strictement nécessaires doivent être enregistrés sans délai dans un système d'information.

Le système doit assurer :

- sécurité ;
- protection des données ;
- traçabilité ;
- exploitation statistique.

1. Fonction juridique

L'article est indispensable au contrôle de l'article L. 1111-12-13 ci-après.

Sans traçabilité, la commission ne pourrait en effet pas exercer son contrôle a posteriori.

2. Risque de tension avec le secret médical

Le texte prévoit des règles spécifiques permettant le traitement et le partage des données nécessaires au contrôle.

La commission pourra accéder, dans les conditions prévues par l'article L. 1111-12-13, à certaines données médicales.

Questions à surveiller

- minimisation des données ;
- durée de conservation ;
- habilitations ;
- sécurité informatique ;
- accès aux dossiers médicaux ;
- recherche scientifique ;
- consentement.

Ces questions devront être largement précisées par décret et probablement par la doctrine CNIL.

X. Article L. 1111-12-10 (recours juridictionnel)

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.

C'est un article particulièrement important. La décision du médecin autorisant l'aide à mourir ou mettant fin à la procédure, peut être contestée devant la juridiction administrative, par le biais d'un référé-liberté.

La personne ayant formé la demande est la seule personne habilitée à agir. Cet article prévoit toutefois une action possible de la personne chargée de la protection d'un majeur protégé.

Lorsque le juge administratif est saisi par la voie des référés prévus aux articles L. 521-1 ou L. 521-2 du Code de justice administrative, la procédure d'aide à mourir est suspendue.

1. L'intérêt du recours

Personne capable

L'intérêt de cette disposition interroge puisque la personne capable concernée :

- peut refuser l'administration jusqu'au dernier moment : dès lors on comprend mal quel serait son intérêt à agir devant le juge administratif pour obtenir la suspension de la décision autorisant l'aide à mourir qu'elle a elle-même demandé et à laquelle elle peut se soustraire jusqu'au dernier moment
- en cas de recours contre la décision mettant fin à la procédure :
 1. n'obtiendra pas une décision du juge des référés ordonnant l'administration ; seule une décision ordonnant notamment la reprise de la procédure pourra, a priori, être obtenue
 2. ne pourra a priori pas utiliser cette période de suspension inhérente au recours pour déposer une nouvelle demande, puisque la loi interdit le dépôt de plusieurs demandes simultanées et qu'il y a tout lieu de penser que la demande objet d'un recours doit être considérée comme étant toujours en cours
 3. aura peut-être intérêt à formuler une nouvelle demande sur laquelle il doit être statué dans le délai de 15 jours, plutôt que d'initier un recours contre la décision mettant fin à la procédure.

Majeur protégé

L'article L. 1111-12-10 reconnaît le droit de contester la décision à "la personne ayant formé la demande", tout en indiquant que la personne chargée de la mesure de protection peut contester, dans un délai de deux jours, la décision autorisant l'aide à mourir

Le texte ne précise pas si le majeur protégé peut exercer personnellement ce recours sans assistance ou représentation. Cette question doit être articulée avec les articles 468 et 475 du Code civil, qui imposent respectivement l'assistance du curateur pour introduire une action en justice et la représentation du majeur sous tutelle par son tuteur. Se pose ainsi la question de savoir si L. 1111-12-10 constitue une dérogation aux règles de capacité procédurale du droit commun ou s'il se borne à déterminer les personnes ayant qualité pour agir.

Le recours contre la décision autorisant l'aide à mourir peut avoir un intérêt pour la personne chargée de la mesure de protection dans la mesure où :

- seul le majeur incapable peut faire la demande d'aide à mourir
- la loi prévoit que le médecin doit recueillir les observations de la personne chargée de la protection
- mais la loi ne précise pas dans quelle mesure le médecin doit tenir compte de ces observations

2. Pourquoi le recours est-il limité ?

Le texte prévoit que les décisions ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé la demande, sous réserve de la situation du majeur protégé.

Cette restriction peut poser une question délicate : les proches doivent-ils pouvoir contester une décision qu'ils estiment contraire à la volonté réelle du patient ?

Le législateur a répondu négativement.

Argument favorable

Éviter que la famille ne puisse bloquer la volonté personnelle du patient.

Argument critique

Certains proches peuvent être les seuls à détecter une situation de pression ou de vulnérabilité.

Les sénateurs auteurs de la deuxième saisine du Conseil Constitutionnel ont soutenu que ces dispositions méconnaîtraient un "*droit des proches à agir dans l'intérêt de la personne*".

Le Conseil Constitutionnel a validé cet article en indiquant que "*les dispositions contestées ne font pas obstacle à ce qu'un tiers, et notamment toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne ayant formulé la demande d'aide à mourir, dès lors qu'il dispose d'un intérêt à agir, puisse saisir le juge pénal ou le juge civil dans les conditions de droit commun s'il estime qu'une infraction ou un manquement a été commis au cours de la procédure d'aide à mourir.*"

XI. Article L. 1111-12-11 (décret d'application)

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de la présente sous-section, notamment :

1° Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;

2° La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article L. 1111-12-3 et de sa confirmation mentionnée au V de l'article L. 1111-12-4 ;

3° La procédure de vérification des conditions prévues à l'article L. 1111-12-2 ;

4° Les modalités selon lesquelles le médecin mentionné au I de l'article L. 1111-12-3 accède aux données du registre mentionné à l'article 427-1 du code civil.

Un décret en Conseil d'État doit notamment préciser :

- les modalités d'information ;
- la forme et le contenu de la demande ;
- la forme et le contenu de la confirmation ;
- la procédure de vérification des conditions requises ;
- l'accès aux données du registre des mesures de protection.

1. Importance du décret

Le texte légal laisse plusieurs éléments essentiels à la discrétion du Décret, et lui laisse notamment le soin de déterminer les modalités de mises en œuvre concrètes de la procédure.

Risque juridique

Il faudra vérifier que le pouvoir réglementaire ne transforme pas ou n'aggrave pas substantiellement les conditions légales.

Un décret qui ajouterait une condition non prévue par la loi pourrait faire l'objet d'un recours.

2. Débat parlementaire

Des amendements ont proposé :

- d'élargir les consultations préalables à la HAS, aux sociétés savantes et à la Conférence nationale de santé ;
- d'associer la CNIL ;
- d'associer le Défenseur des droits ;
- de rendre certaines recommandations de la HAS opposables.

Ces amendements montrent que le contenu du décret est considéré comme un enjeu majeur.

XII. Article L. 1111-12-12 (clause de conscience)

I. - Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à VI et au premier alinéa du VIII de l'article L. 1111-12-4 ne sont pas tenus de participer aux procédures prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section.

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.

II. - Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou un service mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre :

1° L'intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 du présent code ;

2° L'accès des personnes mentionnées au II de l'article L. 1111-12-5.

III. - Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure prévue à la sous-section 3 de la présente section se déclarent à la commission mentionnée à l'article L. 1111-12-13.

Cet article constitue l'un des principaux points de tension du texte.

1. Principe

Les professionnels de santé concernés ne sont pas obligés de participer aux procédures mettant en œuvre le droit à mourir. Le professionnel refusant de participer doit :

- informer sans délai de son refus celui qui le sollicite ;
- communiquer le nom de professionnels disposés à participer.

2. Registre des professionnels volontaires

Les professionnels disposés à participer doivent se déclarer auprès de la commission de contrôle et d'évaluation.

Ce registre permet notamment au professionnel objecteur d'identifier des confrères volontaires.

Argument favorable

La clause protège :

- la liberté de conscience ;
- l'autonomie professionnelle ;
- le pluralisme des convictions.

Argument critique

Elle peut créer une inégalité territoriale. Le droit peut être théoriquement reconnu mais difficilement accessible dans certaines zones.

3. Cas des pharmaciens et des psychologues

Les pharmaciens

Le Conseil constitutionnel a étendu la protection de la liberté de conscience aux pharmaciens, qui ne sont pas inclus dans le texte de l'article L. 1111-12-12.

Il a considéré qu'ils ne pouvaient être contraints de participer à la préparation ou à la délivrance de la substance létale, au visa de la **liberté de conscience garantie par l'article 10 de la Déclaration de 1789**.

Il s'agit d'une **réserve constitutionnelle particulièrement importante** car elle ne figurait pas explicitement dans le texte légal.

Les psychologues et autres professionnels de santé

Le Conseil Constitutionnel a indiqué que les psychologues et les professionnels travaillant dans des établissements ou des services sociaux et médico-sociaux ne sont pas tenus de participer à la réunion du collège pluriprofessionnel prévu par le paragraphe II de l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique, lorsqu'ils y sont conviés et que dès lors, ces dispositions de l'article L. 1111-12-12, en tant qu'elles n'étendent pas à ces professionnels la clause de conscience, ne méconnaissent pas leur liberté de conscience.

4. Établissements privés

Le II impose aux établissements de santé et établissements médico-sociaux de permettre l'intervention des professionnels et l'accès des personnes.

Mais le Conseil constitutionnel a formulé une autre réserve majeure sur ce point. Ainsi, un établissement privé peut refuser que la procédure se déroule dans ses locaux lorsqu'elle est manifestement contraire :

- à ses missions statutaires ;
- ou à son projet d'établissement,

à condition que d'autres établissements soient en mesure de répondre aux besoins locaux.

La situation des établissements privés demeure l'un des points les plus sensibles de la clause de conscience institutionnelle. Le Conseil constitutionnel admet qu'un établissement privé puisse refuser que la procédure se déroule dans ses locaux lorsqu'elle est manifestement contraire à ses missions statutaires ou à son projet d'établissement, mais uniquement si d'autres solutions sont effectivement disponibles localement. Les principales questions porteront donc sur la définition de la contrariété manifeste, la précision du projet d'établissement et l'effectivité des alternatives proposées.

Risque contentieux

Il faudra déterminer :

- ce qu'est un projet d'établissement suffisamment précis ;
- ce qu'est une contrariété "manifeste" ;
- combien d'établissements alternatifs doivent être disponibles ;
- à quelle distance ;
- qui vérifie l'effectivité de l'alternative.

XIII. Article L. 1111-12-13 (contrôle et évaluation)

I. - Une commission de contrôle et d'évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :

1° Le contrôle a posteriori, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9, du respect, pour chaque procédure d'aide à mourir, des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section ;

2° Le suivi et l'évaluation de l'application de la présente section, afin d'en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de formuler des recommandations. Ce suivi et cette évaluation reposent notamment sur l'analyse de données agrégées et anonymisées et sur la mise en œuvre d'une approche sociologique et éthique ;

3° L'enregistrement des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l'article L. 1111-12-12 dans un registre accessible aux seuls professionnels de santé, dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Lorsque, à l'issue du contrôle mentionné au 1° du présent I, la commission estime que des faits intervenus à l'occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des sous-sections 2 à 4 de la présente section sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle saisit la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.

Lorsque la commission estime que les faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, elle les signale au procureur de la République dans les conditions prévues à l'article 40 du code de procédure pénale.

II. - La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9 du présent code et en garantit le fonctionnement.

Nonobstant l'article L. 1110-4, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux fins d'assurer la mise en œuvre, le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues à la présente section. Ce décret définit notamment les catégories de données susceptibles d'être enregistrées dans le système d'information ainsi que les conditions dans lesquelles les membres et le personnel de la commission mentionnée au I du présent article accèdent à ces données, y compris aux informations de nature médicale. Il prévoit également les conditions dans lesquelles ces données peuvent être traitées à des fins de recherche scientifique, le cas échéant avec le consentement des personnes concernées.

III. - Nonobstant l'article L. 1110-4, les médecins membres de la commission ainsi que les médecins auxquels la commission peut faire appel pour l'exercice de ses missions peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale détenu par tout professionnel de santé ou tout établissement de santé ainsi qu'à son dossier médical partagé.

IV. - La composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. La commission comprend au moins :

1° Deux médecins ;

2° Un membre du Conseil d'Etat ;

3° Un membre de la Cour de cassation ;

4° Deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou dans les instances de santé publique ;

5° Deux personnalités désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales.

Cet article est celui qui vise à permettre l'évaluation du dispositif à long terme.

1. Commission de contrôle et d'évaluation

La commission est placée auprès du Ministre chargé de la santé.

Elle assure :

- le contrôle a posteriori de chaque procédure ;
- le suivi du dispositif ;
- son évaluation ;
- un rapport annuel au Gouvernement et au Parlement ;
- des recommandations ;
- le registre des professionnels volontaires.

2. Pourquoi le contrôle est-il a posteriori ?

Ce choix résulte d'un débat important.

Le Sénat a expressément indiqué que sa commission avait examiné la question d'un contrôle préalable et avait finalement privilégié le contrôle a posteriori, compte tenu de la nécessité d'éviter une judiciarisation systématique.

Arguments favorables

Le contrôle a posteriori :

- permet d'examiner chaque procédure ;
- évite un passage systématique devant le juge ;
- permet de produire des statistiques ;
- permet d'identifier les dysfonctionnements ;
- permet d'adapter les pratiques.

L'expérience étrangère montre que les mécanismes de contrôle a posteriori tendent progressivement à produire une doctrine administrative et professionnelle extrêmement importante.

Les recommandations, rapports annuels et analyses de la commission pourraient ainsi devenir, à moyen terme, une source d'interprétation pratique majeure du dispositif.

Arguments critiques

L'objection fondamentale est : un contrôle postérieur au décès ne peut pas réparer une décision illégale.

Des amendements ont précisément cherché à renforcer le contrôle :

- analyse obligatoire des incidents ;
- signalement des complications ;
- pouvoirs supplémentaires de la commission ;
- possibilité pour la commission de se constituer partie civile.

Ces amendements n'ont pas été retenus dans leur ensemble.

3. Composition de la commission

La commission comprend au minimum :

- deux médecins ;
- un membre du Conseil d'État ;
- un membre de la Cour de cassation ;
- deux représentants d'associations agréées d'usagers ;
- deux personnalités qualifiées en sciences humaines et sociales.

Intérêt

La composition est volontairement pluridisciplinaire.

Elle évite de confier le contrôle exclusivement au corps médical.

4. Indépendance de la commission

La composition et les règles de fonctionnement destinées à garantir :

- indépendance ;
- impartialité ;

doivent être définies par décret en Conseil d'État.

Risque contentieux

Le futur décret devra donc être examiné très attentivement.

Une commission insuffisamment indépendante pourrait fragiliser le dispositif.

5. Pouvoirs de la commission

Lorsque la commission identifie :

- un manquement professionnel : elle saisit la chambre disciplinaire compétente.
- un crime ou un délit : elle saisit le procureur de la République au titre de l'article 40 du Code de procédure pénale.

Elle dispose donc d'un véritable pouvoir de contrôle et de signalement.

6. Accès aux données médicales

La commission est responsable du système d'information.

Elle peut accéder aux données médicales dans les conditions strictement nécessaires à sa mission.

Les médecins membres de la commission peuvent accéder au dossier médical et au dossier médical partagé dans la mesure nécessaire à l'exercice de leur mission.

Risque contentieux

Ce régime déroge explicitement au régime général du secret médical. Il faudra donc surveiller le respect des règles de :

- proportionnalité ;
- sécurité ;
- habilitation ;
- conservation ;
- accès ;
- réutilisation scientifique.

| Sources de référence

Texte législatif

Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Code de la santé publique

Articles L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13, dans leur version en vigueur depuis le 20 août 2026.

Conseil constitutionnel

Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026

Travaux préparatoires

Rapport du Sénat n° 264 (2025-2026), première lecture.

Rapport du Sénat n° 586 (2025-2026), relatif notamment au contrôle a posteriori.

Amendements et débats parlementaires relatifs notamment :

- à la distinction suicide assisté / euthanasie ;
- à la souffrance psychologique ;
- au référé-liberté et à la qualité pour agir ;
- au contrôle a posteriori ;
- à la sécurité de la substance létale ;
- à la pharmacovigilance ;
- à la clause de conscience et aux établissements ;
- au contenu du décret d'application.