

APRÈS-MIDI THÉMATIQUE DE RENTRÉE 22 SEPT.2026 DE LA CORPALIF SUR
L'ACTUALITÉ DES SOINS PALLIATIFS

Actualité législative, « Soins palliatifs » et « Aide à mourir »

Me Elodie Le Prado

Avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation

Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir, publiée au JO
(JO n° 0192 du 19 août 2026), après décision du Conseil constitutionnel
([Cons. Const., 14 août 2026, n° 2026-910 DC, Loi relative au droit à l'aide à mourir](#)).

Bonjour à tous,

Je suis ravie d'être parmi vous cet après-midi. Je remercie chaleureusement la CORPALIF de m'avoir invitée à participer à cette demi-journée consacrée à l'actualité des soins palliatifs et tout particulièrement Béatrice Frécon et Jérôme Frappier.

Je vais essayer, cet après-midi, de décrypter avec vous la loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir. Je le précise d'emblée : mon propos n'est évidemment pas partisan. Je vais uniquement tenter de vous présenter le dispositif de la manière la plus objective possible et, surtout, d'essayer de répondre aux questions très concrètes qu'il peut susciter pour vous. Je vous propose de procéder en deux temps :

- d'abord, je procéderai à un rappel assez bref du mécanisme général prévu par la loi
- puis, je m'arrêterai sur huit questions qui me paraissent importantes pour les professionnels de santé. C'est là-dessus que je centrerai l'essentiel de mon propos.

I/ Le cadre général de la loi sur l'aide à mourir.

La loi du 18 août 2026 est complémentaire de la loi sur les soins palliatifs¹. Elle crée un nouveau droit pour le patient : le droit de bénéficier d'une aide à mourir. Concrètement, il s'agit **d'autoriser** et **d'accompagner** un malade qui a demandé à mourir.

En principe, le malade devra s'administrer lui-même le produit. Et ce n'est que s'il en est physiquement incapable que le produit pourra lui être administré par un soignant. Donc, reprenez cette première idée : l'auto-administration est la règle. Et l'administration par un soignant l'exception.

Et évidemment, ce droit de bénéficier de l'aide à mourir est soumis **à plusieurs conditions**. Notamment, le patient devra :

1. être atteint d'une **affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale** ;

¹ Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, JO n° 0122 du 27 mai 2026.

2. et présenter une **souffrance** qu'on ne peut pas soulager ou **insupportable** selon le patient².

La procédure, elle aussi, est précisément encadrée par la loi. Je n'entrerai pas, à ce stade, dans le détail de cette procédure. On peut simplement retenir que la séquence est la suivante :

- d'abord, une première demande formulée par le patient auprès du médecin ;
- puis, une information du patient par le médecin, notamment sur la possibilité de bénéficier de soins palliatifs ;
- ensuite, la formalisation par écrit de la demande par le patient ;
- et enfin, une décision du médecin, prise à l'issue d'une procédure collégiale. Et cette décision du médecin **pourra être contestée devant le juge administratif, y compris par référé-liberté**³.

Autre élément qui me paraît essentiel dans le mécanisme prévu par la loi : la **clause de conscience**. Une clause de conscience est prévue pour les professionnels, médecins, infirmiers et pharmaciens⁴, qui refusent de participer à la procédure d'aide à mourir, sur le modèle de celui existant pour l'IVG.

Ceux qui font jouer cette clause de conscience devront immédiatement renvoyer la personne malade vers un confrère. Et parallèlement, les professionnels qui seront volontaires pour participer à l'aide à mourir devront se déclarer auprès d'une nouvelle commission, qui centralisera leurs coordonnées.

Avant d'aborder les questions pratiques, quelques précisions sur l'état du texte lui-même.

Cette loi a été soumise au **Conseil Constitutionnel** dans le cadre du contrôle *a priori* de Constitutionnalité des lois⁵. Et le 14 août 2026, le Conseil Constitutionnel a déclaré le dispositif conforme à la Constitution, tout en formulant trois réserves d'interprétation.

Une réserve d'interprétation, pour le dire simplement, permet au Conseil Constitutionnel de valider une disposition tout en précisant la manière dont elle devra être comprise ou appliquée. Cela lui permet donc de donner des précisions en évitant une censure de la loi. Ici, quelles sont ces réserves d'interprétation ?⁶

1. Première réserve : pour les personnes vulnérables bénéficiant d'une mesure de protection, le droit de bénéficier de l'aide à mourir ne pourra être octroyé que sous réserve d'une prise en considération de l'avis de la personne chargée de la mesure de protection.

² Etant précisé qu'une souffrance psychologique seule ne peut pas permettre de bénéficier de l'aide à mourir.

³ V. l'article 12 de la loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir, préc.

⁴ ajout des pharmaciens par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 14 août 2026

⁵ V. **Cons. Const., 14 août 2026, n° 2026-910 DC, Loi relative au droit à l'aide à mourir.**

⁶ V. Martine Lombard, « Les réserves d'interprétation du Conseil constitutionnel sur la loi relative au droit à l'aide à mourir fragilisent-elles les droits des malades ? », *JP BLOG*, [en ligne], publié le 24 août 2026, [consulté le 22 septembre 2026].

2. Ensuite, deuxième réserve, il a été prévu que **les pharmaciens** pourront faire jouer leur clause de conscience et refuser de délivrer la préparation létale⁷.

3/ Enfin, troisième réserve : le Conseil Constitutionnel a prévu un régime particulier pour les établissements privés qui pourront, sous certaines conditions, refuser qu'une procédure d'aide à mourir se déroule dans leurs locaux. C'est, là encore, un mécanisme inspiré de celui qui existe en matière d'IVG. Plus précisément, il est prévu que le responsable d'un établissement privé pourra refuser que la procédure se déroule dans ses locaux

- lorsqu'une telle procédure est manifestement contraire à ses missions
- et uniquement si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins du patient

En l'état de ces éléments, où en sommes-nous aujourd'hui ?

Le texte a été longuement discuté au Parlement - notamment au Sénat, qui a refusé de l'adopter - mais le processus législatif est désormais achevé. Le texte est définitif. La loi a été promulguée et le Conseil Constitutionnel a déclaré la majorité de ses dispositions conformes à la Constitution. Pour modifier désormais le contenu de la loi, il faudrait donc une nouvelle intervention du législateur. Et à court terme, cela me paraît peu probable au regard :

- du caractère sensible du sujet
- et de la difficulté de constituer des majorités devant les assemblées

Ce que l'on attend maintenant, ce sont surtout les mesures d'application qui devront être prises par voie réglementaire. Elles pourront préciser le dispositif, mais pas modifier le contenu de ce que la loi a décidé. Le calendrier annoncé est le suivant :

- fin 2026 s'agissant des recommandations de la Haute Autorité de Santé⁸
- et début 2027 pour les décrets d'application.

Mais il faut rester prudent sur ce calendrier dont on ne sait pas s'il sera respecté.

Il faut garder à l'esprit qu'en l'absence de ces décrets d'application, la loi ne devrait pas pouvoir être mise en œuvre et appliquée. Le texte, en l'état, ne paraît en effet pas se suffire à lui-même : il renvoie à des mesures réglementaires sur plusieurs éléments déterminants qui conditionnent la mise en œuvre du régime de l'aide à mourir. Je pense notamment

- aux détails de la procédure
- aux précisions de la relation malade / médecin
- au contrôle par une commission de contrôle et d'évaluation
- ou à la mise à disposition d'une liste de professionnels acceptant de participer à l'aide à mourir

Il s'agit donc, pour l'instant, d'une loi qui devrait rester inappliquée.

Dernier point enfin, assez juridique, avant d'entrer dans le concret : les trois réserves d'interprétation formulées par le Conseil Constitutionnel devront être respectées au même titre que la loi. Elles font corps avec elle. D'ailleurs, la décision du Conseil Constitutionnel a été publiée au *Journal officiel*, en même temps que la loi. Et la

⁷ Reste à déterminer si les pharmaciens qui participeraient à la délivrance de la préparation létale seraient, en contrepartie, tenus de se déclarer auprès de la commission compétente.

⁸ Définition de la substance létale – bonnes pratiques sur leur utilisation.

décision du Conseil Constitutionnel ferme à court terme, pour l'essentiel, la voie d'une éventuelle nouvelle contestation des dispositions au regard de la Constitution. Pourquoi ? parce que le Conseil Constitutionnel s'est déjà prononcé le 14 août dernier, dans le cadre de ce qu'on appelle un contrôle « *a priori* », c'est-à-dire un contrôle avant l'entrée en vigueur de la loi. Or, lorsqu'une disposition a déjà été examinée par le Conseil Constitutionnel et déclarée conforme à la Constitution, elle ne peut, en principe, plus être contestée ensuite sur le terrain Constitutionnel. En particulier, elle ne peut pas faire l'objet d'une **question prioritaire de Constitutionnalité**, ce qu'on appelle une QPC.

Une QPC, qu'est-ce que c'est ? C'est, là encore, une demande de contrôle de la loi par le Conseil Constitutionnel. Mais cette fois, le contrôle intervient ***a posteriori***, une fois que la loi est entrée en vigueur. Il est demandé par une partie à un procès qui va soutenir que la disposition qu'on lui applique n'est pas conforme à la Constitution. Mais ce contrôle *a posteriori* n'est, en principe, plus possible lorsque le Conseil Constitutionnel a déjà examiné cette même disposition et l'a déclarée conforme à la Constitution. La seule exception, c'est l'hypothèse d'un « changement de circonstances ». Mais cette hypothèse reste rare. Il peut s'agir d'une évolution du droit Constitutionnel ou d'un changement substantiel des conditions dans lesquelles la loi est appliquée. Or, ici, presque **toutes** les dispositions de la loi ont été soumises au juge Constitutionnel. C'est la raison pour laquelle, il paraît peu probable de revoir rapidement les principales dispositions du texte devant le Conseil Constitutionnel.

En revanche, une autre voie contentieuse restera ouverte aux plaideurs : **le contrôle de conventionnalité des lois**. Il consiste, à l'occasion d'un procès, à discuter la compatibilité de la loi avec les engagements internationaux de la France. On pense, notamment bien sûr, à la Convention européenne des droits de l'homme qui consacre le droit à la vie. D'ailleurs, en août 2026⁹, la Cour européenne des droits de l'homme a accepté d'examiner le dispositif espagnol et la requête d'un père qui conteste la décision de sa fille – atteinte d'un handicap – de recourir à l'euthanasie. La décision n'est pas encore rendue.

II/ Points particuliers de la loi, plus concrets sur lesquels les professionnels peuvent s'interroger

J'en ai retenu huit.

1. L'identification de la demande à bénéficier de l'aide à mourir
2. Les conditions de fond pour bénéficier de l'aide à mourir
3. La collégialité
4. La place des proches du patient dans la procédure
5. Le déroulement de la dernière phase de la procédure et de l'administration de la substance létale.
6. Le contrôle *a posteriori* de la procédure
7. La clause de conscience
8. Les recours juridictionnels.

⁹ V. [Requête CEDH n° 8455/26, Javier CASTILLO GERÓNIMO c/ Espagne](https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-252430), introduite le 9 avril 2026 (<https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-252430>).

II. 1. L'identification de la demande à bénéficier du mécanisme de l'aide à mourir

C'est une interrogation que peut se poser le professionnel, mais aussi une difficulté à laquelle il peut être confronté. Comment identifier une véritable demande d'aide à mourir ? Comment la distinguer d'une parole traduisant un état de souffrance ?

On sait en effet qu'un patient qui souffre peut avoir des mots extrêmement forts sans pour autant demander à entrer dans le nouveau dispositif législatif. Il peut rechercher autre chose : être soulagé, entendu, accompagné, ou bénéficier de soins palliatifs.

Sur ce point, la loi apporte, à mon sens et même si je ne suis pas professionnelle de santé, au moins UN élément de réponse. L'article 5 prévoit, avant toute demande formelle et écrite du patient de bénéficier de l'aide à mourir, une phase informelle d'échange entre le patient et le médecin. Et c'est précisément, je crois, au cours de cet échange que le médecin va pouvoir comprendre ce que demande réellement le malade, et identifier son souhait. Qu'est-il prévu exactement ?

Selon la loi, Le patient exprime d'abord un souhait, de manière informelle. Et à ce stade bien sûr, le médecin peut s'interroger : s'agit-il réellement d'une demande d'aide à mourir ?

La loi prévoit alors un échange approfondi. Le médecin doit notamment :

- informer la personne sur son état de santé, les perspectives et les traitements
- l'informer également de la possibilité de bénéficier de soins palliatifs
- proposer une orientation vers un psychologue ou un psychiatre
- et expliquer à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir, ses modalités et le fait qu'elle peut y renoncer à tout moment.

Et ce n'est qu'après cet échange que le malade pourra, s'il le souhaite toujours, formaliser sa demande par écrit. Ce temps d'échange n'est donc pas une simple formalité. C'est le moment où le médecin va pouvoir faire entendre son appréciation médicale, expliquer, conseiller et orienter. On pourrait parler, en quelque sorte, d'un « devoir de conseil ». Et dès lors que le propos reste médical et n'est pas partisan, je ne crois pas qu'il faille redouter cet échange. Le professionnel conserve pleinement sa liberté de parole.

II. 2 Comment apprécier les conditions de fond pour bénéficier de l'aide à mourir ?

Elles peuvent susciter des inquiétudes, notamment parce que certaines supposent une appréciation médicale qui pourra, ensuite, être discutée.

Reprenons d'abord les critères posés par la loi. Quels sont-ils ? Ou plus précisément, quels sont les critères susceptibles de donner lieu à une discussion ?

- le malade doit être atteint d'une affection grave et incurable 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) ;

- et le malade doit présenter une souffrance liée à cette affection, qui est
 - soit réfractaire aux traitements,
 - soit insupportable selon la personne

Une souffrance psychologique seule ne pouvant pas permettre de bénéficier de l'aide à mourir.

Voilà ce que dit le texte. Et, sur ces critères, je ne crois pas qu'il faille attendre des décrets d'application une définition beaucoup plus précise. Nous sommes là au cœur de l'appréciation médicale. J'ai entendu les inquiétudes de certains professionnels : Comment apprécier ces critères ? Et surtout, pourra-t-on ensuite leur reprocher leur appréciation ? Quelle réponse juridique apporter à ça ?

D'abord, je ne vais pas m'avancer sur une définition plus précise de chaque critère. Je ne vais pas tenter de définir à votre place ce qu'est, médicalement, une phase avancée ou une souffrance réfractaire. Je ne suis pas médecin.

Ensuite, on peut rappeler que toute appréciation est, par nature, susceptible d'être discutée ou contestée. Celle-ci le sera bien sûr. Mais ce n'est pas propre à l'aide à mourir. Les appréciations médicales que vous portez aujourd'hui le sont tout autant. Il n'y a donc rien de nouveau dans le fait même qu'une appréciation médicale puisse être contestée. Vous connaissez déjà cette réalité dans l'exercice de vos métiers. Il y a incontestablement une « juridictionnalisation » de l'exercice professionnel. Et l'aide à mourir n'y fera pas exception. Je peux uniquement rappeler que le contrôle du juge sur les appréciations médicales se fait en général à l'issue d'une expertise confiée à un médecin. Et que tel sera probablement le cas ici aussi.

Enfin, on peut noter que la loi a prévu un certain nombre de garde-fous au bénéfice des professionnels. Il y a en premier lieu **l'initiative** de la procédure : elle appartient au patient. Il y a ensuite son **consentement** qui est vérifié et confirmé tout au long de la procédure. Enfin il y a surtout la **collégialité**. Elle doit permettre au médecin décisionnaire de confronter et de sécuriser son appréciation. C'est pourquoi cette phase me paraît essentielle. Elle suppose que les informations partagées soient transparentes et complètes, afin que le collège puisse réellement se prononcer en connaissance de cause. Et si une contestation survient ensuite, le médecin pourra s'appuyer sur les éléments de cette discussion collégiale et sur la manière dont sa décision a été construite, pour y répondre.

II. 3 La collégialité

Elle occupe une place centrale dans le nouveau dispositif. Que prévoient les textes ? Que le médecin auprès de qui le patient demande de bénéficier de l'aide à mourir et qui devra prendre une décision consulte au préalable un collège pluriprofessionnel.

Qui trouve-t-on autour de la table ?

- Le médecin en charge de la procédure d'aide à mourir bien sûr
- un médecin tiers, qui doit être spécialiste de la pathologie du patient mais sans intervenir dans son traitement et sans lien hiérarchique avec le médecin décisionnaire
- Un soignant, auxiliaire médical ou aide-soignant, qui intervient, si possible, lui aussi dans la prise en charge de la personne, mais sans que cela soit obligatoire.

Voilà pour le collège obligatoire.

Le texte ajoute que de manière optionnelle, tout autre professionnel de santé qui intervient dans le traitement du patient peut participer au collège.

Le législateur a ici, assez clairement, voulu tenir compte de la **réalité du terrain**. Pourquoi ?

D'abord, il n'a pas prévu d'examen obligatoire du patient par le médecin spécialiste tenant compte des contraintes pratiques et de disponibilité des professionnels. En contrepartie, toutes **les informations médicales nécessaires** doivent être partagées avec le collège. Les membres du collège pluriprofessionnel ont donc connaissance du dossier médical de la personne.

Ensuite, l'auxiliaire médical est, si possible, un soignant qui connaît le patient. Mais ce n'est pas une condition absolue. Le texte prévoit ainsi les situations où le patient est isolé, n'a pas de soignant habituel, ou lorsque celui-ci a fait jouer sa clause de conscience.

II. 4 La place des proches

La loi ne les ignore pas. Elle leur donne une place à plusieurs moments de la procédure

- pour leur offrir un droit à l'information et à l'orientation vers un soutien psychologique
- pour les associer, éventuellement, à la procédure collégiale, le médecin pouvant, à la demande du patient, recueillir les observations d'un proche ;
- pour les associer enfin jusqu'au bout. L'administration de la substance létale peut avoir lieu au domicile d'un proche et le patient peut être entouré des personnes de son choix pendant cette phase finale.

Mais ce qui ressort du texte **avant tout**, c'est que le proche ne peut être informé ou associé à la procédure que si le patient le **souhaite**. Du droit au respect de la vie privée, à l'autodétermination, à la liberté personnelle et au secret médical découle une conséquence essentielle : le patient qui est apte à manifester sa volonté peut engager la procédure d'aide à mourir en dehors de toute intervention de ses proches. Il lui est ainsi loisible d'accomplir seul les démarches nécessaires à l'exercice de ce droit, sans avoir à les porter à la connaissance de sa famille. Pour le dire très concrètement, le professionnel de santé n'a pas à informer de sa propre initiative les proches du patient de la demande formulée par celui-ci. Une telle démarche serait, au contraire, susceptible de méconnaître la volonté du malade lorsque celui-ci ne souhaite pas que son entourage soit informé. Le respect de son autonomie commande ainsi que l'information des proches demeure subordonnée à sa volonté.

Le médecin peut néanmoins, dans le cadre de ses échanges avec le patient, l'inviter à informer ses proches et à rechercher auprès d'eux un soutien. Cette faculté ne saurait toutefois se transformer en une obligation d'information pesant sur le patient ou sur le professionnel de santé. La place susceptible d'être accordée à l'entourage relève ainsi, en premier lieu, du choix de la personne elle-même.

Cette logique se retrouve dans l'accompagnement psychologique ou psychiatrique prévu par la procédure. Le médecin doit proposer à la personne et à ses proches une orientation vers un psychologue ou un psychiatre et, si la personne le souhaite, s'assurer qu'elle puisse effectivement y avoir accès. La loi ménage ainsi la possibilité d'un accompagnement de l'entourage sans pour autant faire de celui-ci un préalable nécessaire à l'exercice du droit à l'aide à mourir.

L'ensemble du dispositif traduit ainsi une conception particulièrement exigeante de l'autonomie du patient : celui-ci demeure maître de la place qu'il entend reconnaître à ses proches dans une procédure qui, dès lors qu'il est en mesure d'exprimer librement sa volonté, peut être engagée et conduite sans qu'ils aient à en être informés.

II. 5 L'administration de la substance létale.

Deux sujets se posent alors très concrètement : le lieu, et le rôle du professionnel qui accompagne le patient

Le lieu : La loi précise qu'il est déterminé par le malade, en accord avec le médecin ou infirmier chargé de l'accompagner. Le patient est donc en principe **à l'initiative du choix du lieu** où la substance létale lui sera administrée. La personne choisit, liberté personnelle oblige.

Mais, 1^{ère} limitation à cette liberté : la loi a prévu un cadre en dressant une liste des lieux qui peuvent être choisis :

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

La liberté s'exerce donc dans un cadre légal déterminé et contraint. Le patient doit choisir sur une liste précise.

Ensuite, et c'est la 2nde limitation à la liberté du patient, le choix DOIT se faire ***en accord avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner***. Le soignant doit donc approuver le choix du patient. Il peut, en conséquence, également s'y opposer. On imagine un lieu éloigné, inapproprié, insalubre. Mais on peut aussi penser aux contraintes du soignant si la filière est en tension. La loi ne prévoit en effet pas les raisons pour lesquelles le soignant pourrait s'opposer à tel ou tel lieu. Finalement, on peut penser que le patient ne sera pas véritablement en situation de pouvoir exiger que la procédure se déroule dans un lieu précis

Le **professionnel qui accompagnera le patient** lors de l'auto-administration de la substance létale n'est pas nécessairement celui qui aura statué sur sa demande d'aide à mourir. Les deux interventions peuvent ainsi être dissociées, de sorte que le professionnel chargé de l'accompagnement au moment de l'administration de la substance ne soit pas celui qui aura préalablement apprécié si les conditions permettant l'accès à l'aide à mourir sont réunies. Quel sera son rôle ?

- De vérifier que la personne souhaite toujours avoir recours à l'aide à mourir – sans pression de l'extérieur
- De préparer éventuellement l'administration de la substance létale

- Et de surveiller l'auto-administration de la substance létale ou de l'administrer

L'idée a été de concilier

- l'exigence d'intimité que suppose la fin de la procédure d'aide à mourir
- et l'exigence d'assurer une assistance de nature médicale pour parer à toutes difficultés.

Mais précisément : que doit faire le soignant si une difficulté survient ? On pense à des réactions inattendues du patient, vomissements, erreur de dosage *ou autres*. Le texte ne le précise pas. On sait que la Haute Autorité de Santé va être amenée à se prononcer. Et il est probable ou on peut espérer que des recommandations de bonnes pratiques seront émises

II. 6 Le contrôle *a posteriori*

Le texte prévoit la mise en place d'une *commission de contrôle et d'évaluation* chargée d'examiner *a posteriori* chaque procédure et de vérifier le respect des conditions légales. Et si, concrètement, les conditions posées par les textes ont été respectées. La commission sera composée :

- de médecins,
- de membres du Conseil d'État et de la Cour de cassation,
- de membres d'associations d'usagers du système de santé,
- et de personnalités compétentes en sciences humaines et sociales.

Les modalités précises de ce contrôle seront fixées par décret. Sur ce point, nous n'avons donc aujourd'hui pas encore toutes les réponses. Mais la loi précise déjà une chose : ce contrôle sera systématique. Il ne dépendra ni d'un signalement, ni d'un tirage aléatoire.

Et quant **à son objet, son champ**, il sera LARGE. La loi vise :

- les critères de fond ;
- la procédure ;
- la clause de conscience

Nous aurons probablement plus de détails avec les décrets d'application.

Que se passera-t-il si, à l'issue du contrôle, la Commission constate un manquement ? Là, deux types de conséquences sont envisagées :

- des poursuites disciplinaires avec une saisine de l'Ordre compétent par la Commission en cas de manquement déontologique ou professionnel
- des poursuites pénales avec signalement au procureur de la République dans les conditions prévues à l'article 40 du code de procédure pénale en cas de faits susceptibles de constituer un crime ou un délit

Mais attention : À la différence du contrôle qui sera systématique, le texte laisse ici une marge de manœuvre à la commission. Ce n'est que si elle « estime » que les faits peuvent donner lieu à des poursuites qu'elle engagera les démarches attendues. Rien d'automatique ici.

Mais, le texte demeure peu précis. Les décrets seront probablement plus bavards.

II. 7 La clause de conscience

La loi prévoit la possibilité pour les médecins, infirmiers, auxiliaires médicaux, aides-soignants, psychologues, professionnels de santé de ne pas participer à la procédure d'aide à mourir. C'est la clause de conscience. Dans sa décision du 14 août 2026, le Conseil Constitutionnel a étendu le bénéfice de cette clause aux pharmaciens. Les professionnels peuvent donc **légalement** refuser de participer à la procédure d'aide à mourir, sur le modèle du régime de l'IVG. Un professionnel de santé qui actionnerait le bénéfice de cette clause doit seulement :

- 1/ informer le plus vite possible (« sans délai » dit la loi) la personne ou le professionnel qui l'a sollicité de son refus de participer à une telle procédure
- 2/ leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de cette procédure. Sur ce point, la loi prévoyant l'établissement d'une liste des professionnels acceptant de participer aux procédures d'aide à mourir, celui qui exerce sa clause de conscience ne devrait pas avoir trop de difficulté à communiquer d'autres noms.

La clause de conscience peut ainsi être activée par chacun des professionnels, quel que soit le moment où il est sollicité au cours de la mise en œuvre du droit à l'aide à mourir. Mais, il semble assez clair en revanche que la clause doit être actionnée **le plus tôt possible**, c'est-à-dire dès que le professionnel est sollicité.

Et puis, comme je l'évoquais au début de mon propos, le Conseil Constitutionnel, par une réserve d'interprétation, a créé un régime particulier pour les établissements privés refusant par principe l'aide à mourir. Il s'agit d'une sorte de clause de conscience susceptible d'être opposée par les établissements privés. Deux conditions sont néanmoins posées par le Conseil Constitutionnel :

- d'une part, il faut que la procédure d'aide à mourir puisse être qualifiée de « manifestement contraire » aux missions statutaires ou au projet de l'établissement ;
- d'autre part, il faut qu'un autre établissement sur le territoire soit en mesure de répondre aux besoins locaux en matière d'aide à mourir.

1°) première condition tenant aux statuts ou au projet de l'établissement.

Les établissements concernés auront tout intérêt, s'ils le souhaitent, et d'ici l'entrée en vigueur de la loi, à ajuster leurs statuts afin précisément de rentrer dans les limites de la réserve du Conseil Constitutionnel. Il s'agirait, pour les instances de gouvernance des établissements privés, de moduler leurs statuts en ce sens. À cet égard, on peut noter que le Conseil Constitutionnel n'a pas visé spécifiquement les établissements confessionnels. Ni renvoyé à une liste précise de valeurs. Il s'est borné à renvoyer aux missions ou au projet de l'établissement privé. Bien sûr, les convictions religieuses sont un motif évident qui pourrait justifier l'activation de cette clause de conscience. Mais l'exception a un périmètre potentiellement plus large. On peut songer à un établissement dont la mission consisterait à prodiguer des soins palliatifs dans le respect de la définition qu'en donne **la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs**, laquelle considère, jusqu'à présent, la mort comme un processus naturel qui ne doit pas être provoqué intentionnellement. Mais une chose est certaine : les statuts et le projet de l'établissement devront être particulièrement explicites. Le Conseil Constitutionnel exige en effet que la procédure d'aide à mourir leur soit « **manifestement** contraire ».

2°) Seconde condition, d'autres établissements doivent être en mesure de répondre aux besoins locaux

C'est probablement là que les difficultés pratiques seront les plus importantes. Certes, le texte repose sur une idée relativement simple : la mise en œuvre de la clause de conscience ne peut avoir lieu « *que lorsque d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux* ».

- Mais comment, dans la pratique, déterminer si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux ?
- Quel périmètre géographique faut-il retenir ?
- Comment apprécier une éventuelle carence ?
- Quels délais d'attente sont acceptables ?
- Faut-il tenir compte de l'état particulier du patient ?
- L'établissement qui refuse devra-t-il lui-même identifier une solution alternative immédiatement disponible ?
- Et que faire si le patient ne peut pas être transporté sans souffrances insupportables ?

On le voit, derrière une formule assez simple, les difficultés pratiques sont nombreuses. Et, à ce jour, le texte ne permet pas encore d'y répondre précisément.

II. 8 les recours contentieux

La question est celle de savoir quels recours peuvent faire naître ce nouveau dispositif, notamment à l'encontre des professionnels de santé. Pour s'y retrouver, je vous propose trois questions très simples :

- d'abord, que peut-on reprocher au professionnel de santé ?
- ensuite, qui peut formuler lesdits reproches ?
- et enfin, quelle voie de droit est ouverte contre le professionnel ?

1/ que peut-on reprocher au soignant ?

De nombreuses choses bien sûr :

- de ne pas avoir respecté la procédure
- de ne pas avoir respecté la dose de substance létale
- de ne pas avoir respecté des conditions légales **objectives** : Par exemple, si l'aide à mourir a été octroyée à un mineur
- de ne pas avoir respecté des conditions légales davantage **subjectives**. Il s'agit des conditions de fond déjà évoquées qui peuvent bien sûr être discutées. Qu'il s'agisse *l'affection grave et incurable* ou la *qualification de la souffrance liée à cette affection*

2/ QUI peut formuler ces reproches ?

La liste n'est pas non plus fermée ici. Il n'y a pas une seule catégorie de requérants.

- Il y a la personne malade d'abord, qui peut reprocher aux professionnels de santé d'avoir refusé de lui accorder le bénéfice de l'aide à mourir.
- Ensuite, les proches de la personne malade, éventuellement opposés à la décision de recourir à l'aide à mourir, qui peuvent formuler des griefs.

- L'ordre professionnel pourrait aussi s'interroger sur des poursuites disciplinaires en cas de non-respect du dispositif
- Et puis, bien sûr, le ministère public qui pourrait reprocher à des professionnels de ne pas faire une application correcte des critères légaux, en accordant le bénéfice d'aide à mourir dans des cas non éligibles.

Mais la loi comporte ici une **particularité très importante**. Concernant plus précisément la saisine du juge pour suspendre ou annuler la décision du médecin d'octroi ou de refus d'octroi du bénéfice de l'aide à mourir. La loi prévoit qu'elle est réservée au **patient lui-même**. Seul le malade peut introduire un recours avant son décès. Cette possibilité est fermée aux ayants droit et proches du malade. Mais cette disposition doit être bien comprise. Le Conseil Constitutionnel l'a d'ailleurs rappelé dans sa décision. Cela n'empêchera pas un tiers de saisir, **après le décès, le juge pénal ou le juge civil** dans les conditions de droit commun s'il a intérêt à agir et s'il estime qu'une infraction ou un manquement a été commis au cours de la procédure d'aide à mourir.

3/ quel juge saisir ?

1°) les recours juridictionnels du patient

Ce recours est prévu par la loi. Il s'agit, pour la personne malade, de contester la décision du médecin qui lui aurait refusé d'accéder à la procédure d'aide à mourir. Cette voie de droit est donc réservée à la seule personne malade. Et elle relève exclusivement du juge administratif. Le législateur a en effet prévu un bloc de compétence au profit de la juridiction administrative qui a été validé par le Conseil Constitutionnel. Il s'agira pour le patient de demander l'annulation de la décision du médecin. Et si le juge fait droit à la demande du patient, sans entrer dans des détails, il est probable qu'il pourra ordonner que la demande du patient soit réexaminée. Cette demande pourra être formulée par le patient par la voie d'un recours classique bien sûr, mais également par la voie d'un référé-liberté, procédure d'urgence qui offre la possibilité de disposer d'une décision de justice en quelques jours¹⁰.

2°) les recours des tiers

Tout d'abord, la loi réserve certains recours aux tiers lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle...). La personne chargée de la mesure de protection, le tuteur par exemple, pourra agir devant le juge administratif pour contester la décision d'autoriser l'aide à mourir qui aura été accordée. Et il pourra agir par le biais du référé. D'ailleurs, la loi prévoit que cette **saisine du juge des référés entraînera automatiquement la suspension de la procédure d'aide à mourir**. Aucun acte ne pourra donc être accompli tant que le juge n'aura pas statué.

¹⁰ Mais dans le cadre du référé-liberté, il faudrait qu'il arrive à démontrer que l'éventuel refus du médecin de lui faire bénéficier du droit à l'aide à mourir ou que sa décision d'interrompre la procédure en cours de route constituent « *une atteinte grave et manifestement illégale* » à une « *liberté fondamentale* », conformément aux termes de l'article L. 521-2 du CJA (à propos du droit de ne pas subir une obstination déraisonnable, v. CE, ass., 14 février 2014, *Lambert*, n°s 375.081 et autres, au *Rec.* ; CE, 8 mars 2017, *Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille*, n° 408.146, au *Rec.*).

Au-delà de ce dispositif propre à la situation des personnes protégées, tout tiers pourra agir, **après le décès**, dans les conditions du droit commun. Les tiers pourront donc saisir le juge pénal s'ils estiment qu'une infraction est constituée. Ils pourront saisir le juge civil, s'ils estiment que la décision d'octroi d'aide à mourir caractérise un manquement qui leur a causé un préjudice qu'ils veulent voir réparer.

Enfin, derniers recours auxquels je songe, et que j'ai déjà évoqués : ceux susceptibles d'être engagés à l'initiative de la Commission de contrôle et d'évaluation, que ce soit devant les juridictions disciplinaires ou devant les juridictions pénales, lorsqu'elle considère que des manquements sont avérés.

Les voies de recours sont nombreuses. Mais, en définitive, cela prolonge une réalité que vous connaissez déjà : l'exercice des soins et de la médecine est aujourd'hui susceptible de donner lieu à des contentieux de natures très différentes. Et le droit à l'aide à mourir ne fait pas exception.