Décision n° 2026-910 DC

la loi relative au droit à l'aide à mourir

Liste des contributions extérieures

*Services du Conseil constitutionnel –**2026***

Plusieurs auteurs peuvent rédiger une contribution commune.

Contributions		
	Date de réception	**Auteurs**
1	15/07/2026	Monsieur Laurent PELE
2	16/07/2026	Confédération Nationale des Association Familiales Catholiques (CNAFC)
3	17/07/2026	Monsieur Bertrand MATHIEU
4	20/07/2026	Monsieur Benjamin MORON-PUECH
5	20/07/2026	MCOOR
6	20/07/2026	Monsieur Didier GUERIN
7	20/07/2026	Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD)
8	20/07/2026	Madame Maya HABEGGER
9	20/07/2026	Association le Syndicat de la Famille
10	20/07/2026	BON SENS
11	21/07/2026	Fondation Jérôme Lejeune
12	22/07/2026	Le collectif "Démocratie, éthique et solidarités"

13	22/07/2026	FNISASIC
14	22/07/2026	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)
15	22/07/2026	FRANCE ASSOS SANTE
16	22/07/2026	Organisation Nationale Ethique Santé & Transparence (ONEST)
17	22/07/2026	VIA parti chrétien démocrate
18	23/07/2026	Association "UN GROS RISQUE EN PLUS" (UGREP)
19	23/07/2026	Association Rebâtir
20	23/07/2026	Petites Soeurs des Pauvres
21	23/07/2026	Le Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements de Santé (Synprefh)
22	23/07/2026	Association des dames du calvaire
23	23/07/2026	Monsieur Grégory CAUMES
24	24/07/2026	Professeurs de droit pharmaceutique
25	24/07/2026	Le Choix - Citoyens pour une mort choisie
26	25/07/2026	Monsieur Laurent SALSAC
27	27/07/2026	Monsieur Frédéric STREIFF
28	27/07/2026	Centre pour le droit et la liberté religieuse de l'Université Jagellone
29	28/07/2026	Drs FOUCHÉ et ZEIGER, l'association "REINFO LIBERTÉ" et 2715 citoyens
30	28/07/2026	Collectif Pour un Accompagnement Soignant Solidaire (PASS)
31	28/07/2026	European Centre for Law and Justice (ECLJ)
32	29/07/2026	Monsieur PUPPINCK et autres
33	29/07/2026	Monsieur Olivier FALORNI
34	29/07/2026	Ultime liberté

35	29/07/2026	Groupe d'information et de soutien des immigré-e-s (GISTI)
36	30/07/2026	Madame Nazila GHANEA, Rapporteure spéciale des Nations Unies sur la liberté de religion ou de conviction
37	05/08/2026	Alliance Defending Freedom International (ADFI)
38	10/08/2026	Madame Valérie FERRIER

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 15 juillet 2026

Laurent Pelé

Conseil Constituionnel

le 15 juillet 2026

Objet : Contribution extérieure sur la loi Fin de Vie

Mesdames, Messieurs les membres du conseil constitutionnel

Le premier ministre Sébastien Lecornu ayant annoncé publiquement son intention de déférer la proposition de loi Fin de Vie adoptée définitivement le 15 juillet 2026 devant votre conseil, je vous prie de trouver ici même quelques observations constructives valant contribution extérieure

Des principes forts sur le cadre du dispositif

L'article 2 instaure un "droit à l'aide à mourir", c'est la personne qui veut mourir qui doit elle même exprimer la demande d'une telle aide
c'est la personne elle même qui s'injecte la substance létale, sauf si elle n'est pas en mesure physiquement de le faire.
il y a des critères cumulatifs à l'article 4 pour pouvoir "bénéficier" de ce dispositif :

- il faut avoir 18 ans
- Etre Français ou résident Français
- être atteint d'une maladie grave et incurable
- souffrir de cette pathologie
- le consentement doit être éclairé et réitéré

A titre personnel, ces critères paraissent protecteurs et le principe parait encadré... Mais le diable se cache dans les détails et malheureusement, la procédure instituée ne permet nullement de garantir ces critères (sauf ceux objectifs sur l'âge et la résidence) :

Procédure avec garanties insuffisantes voire inexistante

L'article 5 instaure une procédure pour mettre en oeuvre cette demande. Une collégialité de médecin est instituée.
Il est dit qu'un médecin "en activité" recueille la demande, en excluant seulement les médecins qui ont des liens familiaux avec le demandeur.
Donc, quasiment n'importe quel médecin pourra statuer sur cette demande : cela sera bien souvent un médecin en EHPAD en charge du résident, mais cela peut être également des médecins non résidents Français de contourner certains gardes fous dès lors que l'article L4131-1 CSP permet à tout médecin UE d'exercer
C'est problématique, car des médecins ambulants difficile à poursuivre à l'étranger pourrait statuer de façon conciliante sur certaines demande
et il existe aussi des dérogations à des médecins non UE

Surtout, il est dit que c'est ce médecin qui recueille la demande et la confirmation lors d'un entretien physique. La loi ne prévoit donc strictement aucune condition pour s'assurer de la matérialité de cette "demande", c'est très problématique car une fois morte, ce sera très difficile d'établir si cette personne a réellement fait une telle demande, il faudra se fier à la seule parole de ce médecin.

Outre ce médecin, la loi ne prévoit strictement aucune information de tiers concernant cette démarche, par exemple, si le demandeur est marié, le conjoint n'est pas au courant.

Comme ce médecin peut exercer dan l'établissement EHPAD où réside la personne, cela peut être un moyen commode de se débarrasser de mauvais payeurs, surtout que pour ces derniers, la famille vient rarement les voir, car si elle montrait de l'attachement, peut être qu'elle paierait sa chambre.

De plus, comme cette aide à mourir s'apparente à un soin et qu'elle est instruite par des médecins, ces derniers sont tenus au secret médical : il 0ne peut donc informer de cette démarche aucun tiers, sauf pour l'assistance psychologique, la loi dit que ce médecin "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 ;", là encore, il y a peu de garantie que cela soit effectivement fait, le médecin propose verbalement une assistance psy au demandeur, qui est libre de refuser, on n'a aucune trace que cela soit vraiment demandé et si cela était vraiment contraignant, la notion de "proches" serait à préciser. Cet article ne comporte strictement aucune garantie effective.

L'article 6 dit que c'est le même médecin qui vérifierait les conditions d'éligibilité, et le discernement.

Ensuite on nous parle de procédure collégiale avec des médecins d'autres spécialités mais c'est complètement hypocrite, puisqu'au final, c'est toujours le même médecin qui décide seul ! "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."

Une fois la décision prise, le même médecin "notifie, oralement et par écrit, sa décision motivée à la personne dans un délai de quinze jours". C'est bien gentil, mais il n'y a strictement aucune précision sur la forme de ces prétendues "notifications" et donc sans ces précisions, il faut donc se fier aux seules déclarations dudit médecin même si il y a des doutes, a posteriori, que le "demandeur" ait été au courant même de la procédure.

Une fois cette prétendue notification effectuée, le demandeur aurait un délai de réflexion de seulement 2 jours, alors qu'il est question de trois mois au Canada.
Que peut bien cacher cette volonté plutôt expéditive de mettre fin aux jours d'une personne ?

Administration forcée de la substance létale ?

Concernant l'administration de la substance létale, alors que la personne était censée se l'administrer elle même, sauf impossibilité physique, l'article 9 est quant à lui beaucoup plus flou et n'exclu pas une aide dans d'autres conditions, sauf si la persone demande un "report".
De toutes façons, comme il n'est prévu aucun témoin pour assister à la scène, il est impossible de savoir a posteriori dans quelles conditions cette administration s'est effectuée (demande de report ? réticence de la personne ? aide d'un infirmier ?) et aucun procès verbal n'est prévu, il est juste question d'un certificat de décès

Exclusion de tout recours

Non seulement cette loi a peu de gardes fous mais l'article 12 exclu explicitement tout recours de tiers sauf si le demandeur est sous tutelle).
C'est probablement le point le plus critique de la loi qui fera l'objet sans doute de recours devant le conseil constitutionnel : l'article 12 alinéa 2 pourrait être censuré partiellement en inversant le sens de la phrase et barrant certains mots :

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

mais même si une telle censure serait faite, cela n'assurerait pas le recours effectif de proches, aucune publicité n'étant assurée auprès d'eux à la décision autorisant l'aide à mourir et de plus la procédure et l'état de santé sont couverts par le secret médical et donc ne permettent pas d'exerci

Absence de sanctions pénales

Très peu de dispositions pénales dans la loi, on devine que si la procédure n'est pas respectée, l'immunité prévue par l'article 122-4 du code pénal ne pourrait être accordée.

Toutefois, comme vu plus haut, notamment l'article 6 ne comporte que très peu de garanties objectives et permettent donc une immunité pénale couvrant la plupart des dérives.

Quant aux dénonciations au procureur des pressions qu'aurait subies une personne pour qu'elle demande à mourir (article 10 alinéa 4), cela relève du sketch puisque je vois mal en quoi de telles pressions relèveraient de dispositions pénales.

Conclusion / suggestion de solution

En l'état, ce texte rend possible de multiples dérives inacceptables et il semble même conçu pour que cela ait lieu vu que des députés ont ferraillé dur pour éviter toute garantie effective.

Les tares du texte sont tellement importantes au niveau des garanties et affectent des parties (notamment sur la procédure) indissociables du reste du texte qu'une censure intégrale du texte me parait inévitable.

Toutefois, ce sujet sur l'aide à mourir suscite une attente légitime de certains patients, et une majorité confortable de députés, il me parait possible de faire un différé d'application comme prévu par l'article 62 alinéa 2 :
« Une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61-1 est abrogée à compter de la publication de la décision du Conseil constitutionnel ou d'une date ultérieure fixée par cette décision. Le Conseil constitutionnel détermine les conditions et limites dans lesquelles les effets que la disposition a produits sont susceptibles d'être remis en cause. »

Donc à mon avis, la solution est de censurer intégralement la loi avec un différé d'application d'un an, dans l'intervalle le conseil constitutionnel pourrait fixer ces règles transitoires :
toutes les procédures d'aide à mourir acceptées en application de l'article 6 V de la loi déférée devraient recevoir l'autorisation de la commission instituée à

l'article 15 (ou le défenseur des droits ?) qui aura accès à toute la procédure. De plus, l'injection létale prévue à l'article 9 ne pourrait se faire qu'en présence de l'un des membres de cette même commission, qui pourra mettre un terme à l'opération et qui dressera un procès verbal.

Veuillez agréer, Messieurs les membres du conseil constitutionnel, l'expression de mes sentiments distingués.

Laurent PELÉ

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 16 juillet 2026

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

2, rue de Montpensier – 75001 Paris

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée au soutien de la saisine relative à la

LOI RELATIVE AU DROIT À L'AIDE À MOURIR

(texte adopté n° 332, Assemblée nationale, XVIIe législature ; affaire n° 2026-910 DC)

POUR :

La Confédération nationale des Associations Familiales Catholiques (CNAFC),

association reconnue d'utilité publique, dont le siège est 28, place Saint-Georges, 75009 PARIS, représentée par sa présidente en exercice,

Ayant pour avocat :

Maître Christophe BLANCHARD

Avocat au barreau de Paris

77, boulevard MALESHERBES- 75008 PARIS

Paris, le 16 juillet 2026

TABLE DES MATIÈRES

I. Présentation de l'exposante et recevabilité de la contribution

II. Observations liminaires

III. Griefs d'inconstitutionnalité

§ 1 : Sur le fait que l'article 2 méconnaît la protection de la liberté de conscience et l'étendue de la compétence du législateur

§ 2 : Sur le fait que l'article 5 relatif aux soins palliatifs et l'absence d'évaluation psychologique ou psychiatrique méconnaissent l'étendue de la compétence du législateur

§ 3 : Sur le fait que les articles 6 et 7 méconnaissent le droit de mener une vie familiale normale en évinçant la famille de la procédure d'aide à mourir

§ 4 : Sur le fait que l'article 12 méconnaît le droit à un recours juridictionnel effectif garanti par l'article 16 de la Déclaration de 1789

§ 5 : Sur le fait que les garanties légales protégeant les personnes vulnérables contre les pressions médicales, familiales et patrimoniales sont insuffisantes et portent atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

§ 6 : Sur le fait que l'absence de clause de conscience pour les pharmaciens et l'absence de clause d'établissement méconnaissent la liberté de conscience

§ 7 : Sur le fait que les dispositions relatives aux assurances-décès méconnaissent la garantie des droits

I. PRESENTATION DE L'EXPOSANTE ET RECEVABILITE DE LA CONTRIBUTION

1. La Confédération nationale des Associations Familiales Catholiques (ci-après « la CNAFC » ou « l'exposante ») fédère les associations familiales catholiques présentes sur l'ensemble du territoire. Elle a pour objet statutaire la défense des intérêts matériels et moraux des familles. Elle est membre de l'Union nationale des associations familiales, et participe à la représentation officielle des familles auprès des pouvoirs publics au titre des articles L. 211-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Elle justifie ainsi d'un intérêt éminent à éclairer le Conseil constitutionnel sur les incidences de la loi relative au droit à l'aide à mourir pour l'institution familiale.

2. Le Conseil constitutionnel admet que toute personne peut lui adresser, dans le cadre du contrôle exercé sur le fondement de l'article 61 de la Constitution, des observations dont la liste est rendue publique et qui sont mises en ligne avec la décision. La présente contribution est adressée au secrétariat général du Conseil dans le délai d'instruction de la saisine, lequel ne peut excéder un mois en application du troisième alinéa de l'article 61 de la Constitution.

3. La CNAFC intervient en raison de l'objet même de la loi déférée. L'aide à mourir, telle qu'elle est définie par le texte adopté, ne concerne jamais seulement un individu abstrait placé face à une option médicale. Elle concerne une personne concrète : inscrite dans une histoire, une filiation, un couple, une fratrie, une communauté de soins, parfois un établissement d'accueil, souvent un domicile. La fin de vie est un moment familial au sens le plus fort : elle engage la solidarité entre générations, la responsabilité des proches, la mémoire des enfants et petits-enfants, la confiance dans les soignants et la manière dont la société regarde ses membres les plus dépendants.

Le dixième alinéa du Préambule de 1946 ne protège pas la famille comme une simple donnée sociologique. Il affirme que la Nation doit assurer à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. De cette exigence découle une obligation positive : le législateur ne peut édicter des règles qui, sous couvert d'autonomie individuelle, modifient radicalement les conditions d'exercice de la solidarité familiale, exposent les personnes vulnérables à des pressions implicites ou explicites, et placent les proches devant une alternative moralement destructrice entre accompagner le soin ou accompagner l'acte qui met fin à la vie.

La CNAFC rappelle que la personne humaine n'est jamais réductible à sa volonté instantanée, à son utilité sociale, à sa capacité productive, ni à l'intensité de sa dépendance. La famille est la première communauté dans laquelle la personne est reçue comme une fin et non comme un moyen. Une société juste se mesure à la manière dont elle prend soin des plus fragiles, non à la facilité avec laquelle elle organise leur disparition. Cette perspective fonde l'intérêt spécial de la CNAFC et nourrit une argumentation constitutionnelle centrée sur la dignité, la protection de la santé, la solidarité et la liberté de conscience.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES

4. L'article 2 de la loi définit l'aide à mourir comme le fait d'autoriser et d'accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou un infirmier. Il s'agit donc, pour la première fois en droit français, d'un acte dont la finalité directe est de provoquer la mort. Le Conseil constitutionnel a lui-même relevé, dans sa décision du 17 juin 2026 (Cons. const., 17 juin 2026, n° 2026-7 RIP), qu'aucune disposition législative n'autorisait jusqu'ici quiconque à provoquer activement la mort d'autrui.

5. L'exposante n'entend pas rouvrir devant le Conseil le débat de société que le Parlement a tranché. Elle entend rappeler la conséquence juridique de ce franchissement. Lorsque le législateur déroge à l'interdit de donner la mort (qui structure l'ordre juridique tout entier, du code pénal à l'article 16 du code civil aux termes duquel la loi « assure la primauté de la personne » et « garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »), les garanties dont il assortit cette dérogation ne relèvent pas de son pouvoir discrétionnaire. Elles conditionnent la constitutionnalité même du dispositif.

6. Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (Cons. const., 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC), combiné au onzième alinéa du Préambule de 1946 et à l'article 34 de la Constitution, impose que la volonté de mourir soit libre, éclairée et protégée contre toute pression. La Cour européenne des droits de l'homme ne dit pas autre chose lorsqu'elle juge que la dépénalisation de l'aide à mourir n'est admissible qu'accompagnée de garanties appropriées et suffisantes destinées à prévenir les abus et à protéger le droit à la vie (CEDH, 4 octobre 2022, n° 78017/17, Mortier c. Belgique ; 13 juin 2024, CEDH, 13 juin 2024, Karsai c. Hongrie, n° 32312/23, relevant que cette pratique comporte des risques d'erreur et d'abus).

7. Une loi de cette nature doit poser un cadre général et sûr pour l'ensemble de la société. Elle ne peut prétendre recouvrir tous les cas particuliers, même les plus dramatiques, sans devenir indéterminée dans ses critères et incontrôlable dans ses effets. Or c'est précisément le reproche que la discussion qui suit adresse au texte. À chaque étape de la procédure, la loi retient systématiquement l'option la moins protectrice. Et le cumul de ces insuffisances fait tomber le dispositif en deçà du seuil de garanties que la Constitution exige pour un acte irréversible.

III. GRIEFS

§ 1 : Sur le fait que l'article 2 méconnaît la protection de la liberté de conscience et l'étendue de la compétence du législateur

8. Implication des infirmiers. L'article 2 permet que la substance létale soit administrée par un médecin « ou un infirmier », et l'article 9 confie indifféremment à l'un ou à l'autre la préparation, la surveillance et, le cas échéant, l'administration de la substance. Le législateur fait ainsi peser l'acte létal – y compris dans sa modalité la plus grave, l'administration par un tiers – sur une profession placée, dans l'organisation des soins, en situation de subordination hiérarchique et fonctionnelle. La liberté de conscience de l'infirmier est formellement préservée par l'article 14. Mais chacun sait que l'effectivité de la clause de conscience individuelle dans un rapport de subordination reste largement inopérante, singulièrement dans les établissements où l'organisation du service repose sur un effectif restreint.

En s'abstenant d'entourer cette implication de garanties statutaires spécifiques (impossibilité de toute mention au dossier professionnel, protection contre toute mesure défavorable, volontariat exprès recueilli par écrit pour chaque procédure), le législateur est resté en deçà de sa compétence (article 34 de la Constitution) dans la protection de la liberté de conscience garantie par l'article 10 de la Déclaration de 1789 et par le cinquième alinéa du Préambule de 1946, aux termes duquel nul ne peut être lésé dans son travail ou son emploi en raison de ses opinions ou de ses croyances.

9. Imprécision de l'irresponsabilité pénale. L'article 2, II déclare pénalement irresponsables, par renvoi à l'article 122-4 du code pénal, les personnes qui « concourent » à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions prévues par la loi. Cette formule ne permet pas de déterminer avec certitude si elle couvre les seuls professionnels accomplissant les actes de la procédure ou également les tiers – proches, accompagnants, militants associatifs – qui « concourent » à la démarche.

En matière pénale, où l'article 34 de la Constitution réserve à la loi la détermination des crimes et des délits et où l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 impose la légalité et la nécessité des peines, une telle indétermination du périmètre d'un fait justificatif est constitutive d'incompétence négative. En effet, à la lecture du texte, nul ne peut savoir où s'arrête l'impunité et où commencent l'abus de faiblesse (article 223-15-2 du code pénal) et la provocation au suicide (article 223-13 du même code), dont l'articulation avec la loi nouvelle n'est réglée nulle part. Cette ambiguïté n'est pas une omission involontaire du législateur. Il s'est en effet soigneusement abstenu de définir la notion de « personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir ». A cet égard, il n'a pas déterminé les différences existant entre la provocation au suicide et la mise en avant du suicide assisté. L'exposante relève que la définition précise d'un fait jusitificatif relève du principe de la légalité criminelle, en tant qu'elle permet de faire le partage entre les personnes qui peuvent voir leur responsabilité pénale engagée et celles qui ne le peuvent pas. Le législateur ne peut donc pas rester dans l'indétermination à propos de telles

notions sauf à rester en-deçà de sa compétence telle qu'elle est définie par l'article 34 de la Constitution.

§ 2 : Sur le fait que l'article 5 relatif aux soins palliatifs et l'absence d'évaluation psychologique ou psychiatrique méconnaissent l'étendue de la compétence du législateur

10. Proposition de soins palliatifs. L'article 5 se borne à prévoir que le médecin informe la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et s'assure qu'elle peut y accéder « si elle le souhaite ». Or il ne peut y avoir de choix libre de mourir qu'entre deux termes réels : la mort provoquée, désormais offerte, et une vie soulagée, accompagnée, humainement soutenue – laquelle demeure, dans des pans entiers du territoire, indisponible, ainsi que le législateur l'a lui-même reconnu en adoptant la loi du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, dont les effets se déploieront sur plusieurs années. Tant que l'alternative palliative n'est pas effective parce que garantie en fait, le consentement à la mort des personnes qui en sont privées est structurellement vicié.

La Cour européenne des droits de l'homme souligne elle-même que la disponibilité de soins palliatifs de qualité est une condition essentielle d'une fin de vie digne (CEDH, 13 juin 2024, Karsai c. Hongrie, n° 32312/23). En refusant de faire de l'accès effectif aux soins palliatifs un préalable obligatoire de la procédure, le législateur a privé de garanties légales l'exigence constitutionnelle de protection de la santé et la liberté du consentement prévue par l'alinéa 11 du Préambule de 1946.

11. Caractère facultatif de l'évaluation psychologique. L'article 5 prévoit seulement que le médecin « propose » à la personne une orientation vers un psychologue ou un psychiatre. Face à une demande de mort, la vérification de l'absence de dépression, de détresse, d'altération du discernement ou de pression extérieure ne peut être laissée à la libre appréciation d'un médecin qui n'est pas nécessairement psychologue ou psychiatre, ni subordonnée à l'acceptation de l'intéressé.

La Cour européenne des droits de l'homme a précisément validé l'exigence suisse d'une expertise psychiatrique préalable à la délivrance de la substance létale comme une garantie légitime et nécessaire contre les décisions précipitées et les troubles du jugement (CEDH, 20 janvier 2011, Haas c. Suisse, n° 31322/07). En refusant d'imposer l'évaluation psychologique, le législateur a privé de garanties légales l'exigence constitutionnelle de protection de la santé et la liberté du consentement prévue par l'alinéa 11 du Préambule de 1946.

12. Absence du médecin traitant. L'avis formel du médecin traitant de la personne n'est requis ni par l'article 5 ni par l'article 6. Il est pourtant en général le seul professionnel à connaître dans la durée son histoire médicale, psychologique, familiale et sociale, c'est-à-dire des éléments dont dépend l'appréciation du caractère libre et éclairé de la volonté. La procédure collégiale de l'article

6 se déroule tout entière entre professionnels qui découvrent la personne à l'occasion de sa demande d'aide à mourir. Une garantie aussi élémentaire ne pouvait être omise sans que le législateur méconnaisse l'étendue de sa compétence.

§ 3 : Sur le fait que les articles 6 et 7 méconnaissent le droit de mener une vie familiale normale en évinçant la famille de la procédure d'aide à mourir

13. Articles 6 et 7. Les articles 6 et 7 de la loi déférée organisent un processus qui exclut soigneusement la famille de la personne demandant l'aide à mourir. Ainsi, la demande d'aide à mourir est formée et instruite par le médecin auquel elle est adressée. Pour vérifier que les conditions du futur article L. 1111-12-2 3° à 5° du code de la santé publique sont réunies, le médecin met en place une procédure collégiale (art. 6, II) à laquelle ne participe aucun membre de la famille de la personne. La décision est prise par le seul médecin. La famille n'apparaît dans le processus que si la personne demande au médecin que soit recueilli l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou, à défaut, d'un proche (art. 6, II, 4°). De plus, le partage d'informations est expressément affranchi du secret professionnel et n'est organisé qu'entre professionnels (art. 6, II bis).

14. Fondements. L'exposante rappelle que le dixième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». Le Conseil constitutionnel a déduit sur le fondement de ce texte le droit à mener une vie familiale normale (Cons. constit., 13 août 1993, n° DC 93-325). Il y rattache constamment l'exigence d'une protection de la famille en tant qu'institution, dont le législateur ne saurait compromettre les conditions d'existence et le développement.

15. La famille comme lieu des solidarités. L'ordre juridique français n'a jamais conçu la famille comme la simple juxtaposition d'individus. Elle est au contraire un ordre de solidarités, ainsi qu'en témoignent les nombreux devoirs que le Code civil instaure au sein de la famille : devoir de respect, de fidélité, de secours et d'assistance entre époux (C. civ., art. 212), obligation alimentaire des parents envers leurs enfants (C. civ., art. 203) et des enfants à l'égard de leur père et mère et de leurs ascendants (C. civ., art. 205). Le devoir d'assistance et de secours trouve précisément à s'exprimer lorsque l'un des membres de la famille est atteint de maladie ou qu'il est proche de la mort. De telles circonstances commandent précisément la solidarité.

16. Les effets néfastes de l'exclusion organisée de la famille. La loi déférée organise l'éviction de la famille du processus de l'aide à mourir (v. supra, n° 9). À aucun moment, le conjoint et les enfants ne sont tenus informés. Jamais ils ne sont en mesure d'apporter au médecin ou au collège pluriprofessionnel des éléments ou informations sur la vie quotidienne de la personne, sur son

histoire personnelle, sur la manière dont elle vit la maladie au quotidien, sur son état psychique, sur les pressions ou les influences qu'elle a pu subir à l'époque de la demande d'aide à mourir. etc.

L'exposante reconnaît la nature profondément personnelle de la décision de mourir qui relève de l'autonomie individuelle. Pour autant, le législateur ne peut pas, sans excéder ce que permet la Constitution, se fonder sur l'autonomie individuelle pour organiser purement et simplement l'éviction et l'ignorance de la famille. Par les modalités radicales de ce choix, le législateur fait preuve de défiance à l'égard de la famille et des proches de la personne. La mort d'un époux, d'un père, d'une mère, d'un enfant n'est jamais un fait purement individuel : elle dissout le mariage, ouvre la succession, prive d'aliments, fait des orphelins et endeuille les vivants. Cette décision personnelle a aussi des répercussions nécessairement familiales et sociales.

En permettant qu'un membre de la famille soit donné à la mort – le cas échéant au domicile même « d'un proche » (article 7) – sans que les siens en soient informés, la loi ne se borne pas à respecter un choix individuel : elle prive la famille des « conditions nécessaires à son développement », qui supposent, à tout le moins, qu'elle ne soit pas légalement tenue dans l'ignorance de la disparition programmée de l'un des siens. Ce faisant, le législateur organise une mise à distance physique et psychique de la famille de la personne et porte atteinte à l'ordre des solidarités que constitue la famille.

Ainsi, la loi déférée retire à la famille son rôle de solidarité au moment où il est le plus nécessaire. Pourtant, elle n'a ni à connaître de la demande d'aide à mourir, ni à être entendue ni à pouvoir agir. Les proches de la personne qui sont les gardiens naturels de la personne vulnérable sont transformés en simples spectateurs (si la personne a bien voulu les en informer) ou en absents, placés devant le fait accompli de la mort.

Ainsi, la loi conduit à ce que le conjoint, gardé dans l'ignorance de la demande d'aide à mourir et de sa mise en œuvre, découvre après coup que la personne est décédée des suites de l'administration (demandée et accordée) d'une substance létale, parfois même au domicile d'un tiers, . Les enfants pourront aussi découvrir qu'un seul d'entre eux a été informé et a accompagné le parent sans en avertir les autres. La loi conduit à n'offrir aucun moyen aux proches de vérifier la réunion des conditions légales faute de recours et d'accès au dossier. Chacune de ces situations est un ferment de déstabilisation profonde de la famille et risque d'être une source de soupçons entre héritiers, de ruptures au sein des fratries, d'actions en nullité de libéralités consenties dans les derniers mois. Le deuil sera ainsi aggravé par le sentiment d'exclusion que la loi déférée aura elle-même organisé. L'exclusion de la famille organisée par la loi est une source de défiance envers et au sein de la famille et de dysfonctionnements intra-familiaux.

L'exposante relève que l'article 7 de la loi permet que l'administration ait lieu « au domicile ou dans une résidence de la personne ou d'un proche » et que la personne soit « entourée des personnes de son choix ». L'article 9 n'impose la présence du professionnel que dans « la même pièce ». Concrètement, ce sont les conjoints, les enfants, les frères et sœurs qui assisteront au geste létal, voire dont le domicile en sera le théâtre, sans que la loi organise ni leur consentement propre,

ni leur préparation, ni leur accompagnement autrement que par une simple orientation « si nécessaire » vers des dispositifs d'accompagnement psychologique. La loi fait ainsi peser sur les familles la charge la plus lourde du dispositif sans leur reconnaître aucun droit corrélatif.

Ainsi, la loi déférée porte une atteinte grave au développement de la famille et à ses conditions d'existence.

17. Précédents. Dans sa décision du 2 juin 2017 à propos de l'arrêt des traitements (Cons. const., 2 juin 2017, QPC, n° 2017-632, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés), le Conseil, saisi de la constitutionnalité de la procédure d'arrêt des traitements de maintien en vie d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, n'a admis la conformité du dispositif qu'en relevant les garanties entourant l'association des proches et en formulant une réserve d'interprétation exigeant que la décision médicale soit notifiée aux personnes consultées, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile, ce recours devant pouvoir être examiné dans les meilleurs délais. Ainsi, même lorsque la personne est hors d'état de s'exprimer et que la décision appartient au médecin, la Constitution impose que la famille soit informée et puisse saisir le juge avant la décision irréversible. Il serait paradoxal que la protection constitutionnelle des membres de la famille et proches soit moindre lorsque la loi organise l'administration d'une substance létale.

§ 4 : Sur le fait que l'article 12 de la loi déférée méconnaît le droit à un recours juridictionnel effectif garanti par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789

18. Article 12. L'article 12 de la loi déférée (futur article L. 1111-12-10 du code de la santé publique) dispose que la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir « ne peu[t] être contestée [...] que par la personne ayant formé cette demande ». Ainsi, le recours contre la décision du médecin peut faire l'objet d'une contestation exclusivement attribuée à la personne ayant demandé l'aide à mourir. Toutefois, par dérogation, lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation, la personne en charge de la mesure de protection peut contester la mesure dans un délai de deux jours à compter de la notification de la décision.

19. Fondements. L'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 dispose que « toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution ». Il en résulte qu'il ne doit pas être porté d'atteinte substantielle au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction.

20. Absence de recours de la famille. Le conjoint, les enfants, les parents sont titulaires des droits et devoirs familiaux (V. supra, n° 15). De surcroît, leur situation juridique est directement affectée par le décès tant sur un plan affectif que psychique. Pourtant, les membres de la famille sont privés de tout accès au juge. Ainsi, ils n'ont pas la possibilité de faire vérifier avant l'acte que les conditions légales sont réunies et que la volonté est libre. Après l'acte, ils n'ont pas davantage la faculté d'exercer un recours pour excès de pouvoir, si l'on en croit la formule exclusive de l'article 12. Il s'agit pourtant d'une décision irréversible.

Une telle exclusion est difficilement compréhensible dès lors que la loi déférée a elle-même identifié le risque de pressions exercées sur la personne pour qu'elle recoure à l'aide à mourir (articles 9 et 10). Devant la gravité de telles pressions, le législateur décide de confier la détection de ces pressions au seul professionnel présent le jour de l'acte, c'est-à-dire à celui qui, précisément, est chargé d'y procéder. De manière plus grave, le médecin peut être lui-même à l'origine de pressions (face à un patient pénible par exemple), manifestant ainsi une forme d'asymétrie et une protection maifestement insuffisante, puisque celui qui a la charge de détecter les pressions peut aussi en être l'auteur l. Dans le même temps, le législateur prive de tout recours les membres de la famille qui connaissent pourtant la personne, son histoire, ses fragilités, son entourage et qui, pour cette raison, seraient les mieux placés pour alerter le juge. La gravité de l'acte et son caractère irrémissible rendent pourtant indispensable l'ouverture d'un recours juridictionnel préalable ouvert aux personnes justifiant d'un intérêt et d'une qualité. Ledit recours pourrait être exercé dans un délai bref et selon une procédure d'urgence.

21. Précédents. Dans une précédente décision (Cons. constit., 2 juin 2017, QPC, n° 2017-632, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés), le Conseil constitutionnel a exigé, par une réserve d'interprétation, que la décision d'arrêt des traitements soit notifiée aux proches consultés afin qu'ils puissent exercer un recours « en temps utile », c'est-à-dire avant son exécution. Or, dans la loi déférée, le législateur n'a organisé aucune notification ni aucun recours à destination de la famille. Pourtant, l'instauration d'un recours n'est nullement impossible, puisque le législateur a démontré qu'il savait concilier célérité et garantie juridictionnelle. Il a offert à la personne chargée d'une mesure de protection juridique, un recours enfermé dans un délai de deux jours et assorti d'un effet suspensif (article 12, alinéa 2). Que cette voie soit ouverte au protecteur d'un majeur en tutelle mais fermée au conjoint, aux enfants ou aux parents de toute autre personne – y compris lorsque ceux-ci se prévalent d'éléments précis de nature à établir un vice du consentement ou une captation – révèle une différence de traitement dépourvue de rapport avec l'objet de la loi et, plus fondamentalement, une atteinte substantielle au droit au recours des membres de la famille.

À ce propos, l'exposante remarque que l'exigence constitutionnelle converge avec les garanties conventionnelles. Dans l'arrêt Koch c. Allemagne (CEDH, 19 juillet 2012, n° 497/09, Koch

c. Allemagne, n° 43 et s.), la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le conjoint d'une personne ayant sollicité l'autorisation d'acquérir une substance létale en vue de mettre fin à ses jours tirait de l'article 8 de la Convention (droit au respect de la vie privée et familiale) un droit propre, de nature procédurale, à voir ses griefs examinés au fond par les juridictions internes. Elle a ainsi constaté la violation de ce droit à l'encontre de l'Allemagne, dont les tribunaux avaient dénié au mari toute qualité pour agir. Du reste, la Cour reconnaît aux membres de la famille proche la qualité de victimes indirectes, sur le terrain de l'article 2 (droit à la vie), du décès résultant d'une euthanasie (CEDH, 4 octobre 2022, n° 78017/17, Mortier c. Belgique, n° 112).

22. L'article 12 encourt la censure sur le fondement de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, en ce qu'il réserve à la seule personne demanderesse la contestation des décisions relatives à l'aide à mourir.

§ 5 : Sur le fait que les garanties légales protégeant les personnes vulnérables contre les pressions (médicales, familiales et patrimoniales) sont insuffisantes et portent atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

23. Fondements. La sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle (Cons. const., 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC) combiné au onzième alinéa du Préambule de 1946, qui garantit à tous la protection de la santé, impose au législateur, lorsqu'il autorise un acte létal, d'assortir cette autorisation de garanties légales suffisantes pour que la volonté exprimée soit exempte de toute contrainte.

En s'abstenant de les prévoir, le législateur méconnaît en outre l'étendue de sa propre compétence, l'article 34 de la Constitution lui réservant la fixation des règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ainsi que les principes fondamentaux du régime des obligations civiles et des successions.

24. Insuffisances de la loi déférée sur les garanties légales offertes à la personne vulnérable. La loi déférée cumule quatre insuffisances dont la combinaison laisse les personnes malades (par hypothèse affaiblies, souvent âgées, parfois isolées) sans protection réelle contre les pressions de leur entourage.

1°/ Les critères d'accès reposent sur des notions largement subjectives : la « phase avancée » définie par l'aggravation « affectant la qualité de vie », la souffrance « insupportable selon la personne » dès lors qu'elle refuse ou arrête un traitement. Leur appréciation appartient à un collège de professionnels qui, sauf demande de l'intéressé, n'entendra aucun proche. Ainsi, un consentement extorqué par la lassitude d'un entourage, par le sentiment d'être une charge (sentiment qui apparaît comme un motif fréquent des

demandes) ou par des insinuations patrimoniales, satisfera formellement à la lettre de l'article 4 de la loi déférée sans que personne n'ait les moyens de les déceler au cours de la procédure.

2°/ Le législateur a renoncé à toute incrimination spécifique : l'article 17 de la loi déférée, qui créait un délit d'incitation au recours à l'aide à mourir, a été supprimé lors de la nouvelle lecture. La protection pénale des personnes vulnérables repose donc sur les seules incriminations de droit commun, à savoir l'abus de faiblesse (C. pénal, art. 223-15-2), la provocation au suicide (C. pénal, article 223-13) dont l'articulation avec la loi nouvelle est incertaine. En effet, la seconde suppose une provocation « au suicide », qualification que la loi déférée s'attache précisément à écarter. De plus, l'article 2, II, de la loi déclare pénalement irresponsables, par renvoi à l'article 122-4 du code pénal, « les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir ». Les contours de cette formule sont laissés à l'interprétation. Le législateur ne peut, sans méconnaître sa compétence, abandonner au juge le soin de déterminer si, et dans quelle mesure, celui qui persuade un mourant de demander la substance létale demeure punissable.

3°/ Le contrôle des pressions est limité au jour de l'administration et confié au seul professionnel chargé d'y procéder (article 9, 1° bis). La suspension de la procédure n'est d'ailleurs prévue qu'en cas de pressions exercées « pour procéder » à l'administration. Aucune vérification n'est en revanche organisée au stade – pourtant décisif – de la formation de la demande. Il n'est prévu par la loi aucune audition systématique de l'entourage, ni évaluation par un tiers indépendant du contexte familial, social et économique de la personne, ni examen des mobiles patrimoniaux susceptibles d'animer les tiers qui l'assistent.

4°/ Le contrôle du respect des conditions légales est exclusivement a posteriori et confié à une commission administrative placée auprès du ministre chargé de la santé (article 15). Outre qu'un contrôle postérieur à la mort est impuissant à protéger la personne, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé, dans l'affaire Mortier c. Belgique, qu'un système de contrôle a posteriori dépourvu de garanties d'indépendance suffisantes méconnaît les obligations positives résultant de l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CEDH, 4 octobre 2022, n° 78017/17, Mortier c. Belgique, n° 171). La loi déférée renvoie la composition et le fonctionnement de la commission à un décret en Conseil d'État, sans fixer elle-même les incompatibilités élémentaires (notamment l'impossibilité, pour les professionnels ayant pris part à une procédure, de siéger au contrôle de celle-ci) qui conditionnent l'indépendance du contrôle. Il s'agit d'une nouvelle manifestation d'incompétence négative.

§ 6 : Sur le fait que l'absence de clause de conscience pour les pharmaciens (art. 14) et l'absence de clause d'établissement méconnaissent la liberté de conscience

25. Article 14. L'article 14 de la loi déférée instaure une clause de conscience aux seuls médecins, infirmiers et professionnels limitativement visés. En sont exclus les pharmaciens. L'article 8 organise la préparation magistrale de la substance létale, sa transmission et sa délivrance par les pharmacies d'officine et à usage intérieur : le pharmacien est ainsi un maillon obligé de la chaîne létale.

25. Fondements. L'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen dispose que « nul ne peut être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public prévu par la loi ». Le cinquième alinéa du Préambule de 1946 dispose que « chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé dans son travail ou son emploi, en raison de son origine, de ses opinions ou de ses croyances ». Ces textes reconnaissent à chaque citoyen une liberté de conscience.

26. Absence de clause de conscience pour les pharmaciens. L'exposante rappelle que, s'agissant de l'interruption volontaire de grossesse, le Conseil a admis la suppression de la clause de conscience des chefs de service (Cons. const., 27 juin 2001, n° 2001-446 DC), les praticiens conservant leur clause individuelle. Mais la situation est différente en l'espèce. En effet, le législateur a toujours refusé de doter l'embryon ou le fœtus de la qualité de personne humaine. Dès lors, l'IVG ne constitue pas un homicide en droit positif. En revanche, l'aide à mourir consiste à donner la mort à un être humain comme le confirme d'ailleurs l'irresponsabilité pénale conférée à ceux qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir (article 2, II). Si l'aide à mourir n'était pas le fait d'adminsitrer la mort à un être humain, l'irresponsabiltié pénale serait sans objet.

D'ailleurs, le Conseil a relevé, dans sa décision du 17 juin 2026 (Cons. const., 17 juin 2026, n° 2026-7 RIP), qu'aucune disposition législative n'autorisait jusqu'ici la provocation active de la mort. La loi déférée n'organise pourtant aucune clause de conscience pour les pharmaciens. Pourtant, l'article 14 réserve la clause de conscience aux médecins, aux infirmiers et aux professionnels appelés à intervenir auprès de la personne, sans viser les pharmaciens. Ceux-ci pourront donc être requis de réaliser et de remettre la préparation qui donnera la mort sans pouvoir s'y soustraire en conscience. Cette différence de traitement entre professionnels concourant au même acte est dépourvue de justification, et cette omission méconnaît la liberté de conscience garantie par l'article 10 de la Déclaration de 1789 et le cinquième alinéa du Préambule de 1946.

27. Absence de clause d'établissement. L'article 14 impose à tout établissement de santé et à tout établissement ou service social ou médico-social, quel qu'en soit le statut et le projet, de permettre

en son sein l'intervention des professionnels et l'accès des tiers aux fins d'administration de la substance létale (article 14, II). Aucune clause de conscience institutionnelle n'est prévue, pas même au profit des établissements privés à but non lucratif dont le projet d'établissement, librement choisi par les résidents et leurs familles, repose sur un engagement éthique ou confessionnel d'accompagnement de la vie jusqu'à son terme.

Cet acte d'administration de la mort a vocation à être pratiqué, non seulement dans le cadre hospitalier mais aussi au sein même des lieux de vie que sont les établissements médico-sociaux, jusque dans la chambre du résident. Contraindre une communauté de soignants et de résidents réunie autour d'un projet d'accompagnement à accueillir l'administration de la mort en son sein excède ce que la conciliation entre la liberté de conscience et le nouveau droit pouvait justifier, et prive en outre les familles de la garantie d'un choix : celui d'un lieu de vie où la mort ne sera pas donnée.

Ni la liberté de conscience, qui a une dimension collective, ni le dixième alinéa du Préambule de 1946, qui garantit aux familles la liberté de choisir les conditions de l'accompagnement de leurs aînés, ne permettent au législateur de refuser toute clause d'établissement.

29. La clause de conscience des médecins fragilisée. Le médecin qui refuse de participer à la procédure est tenu de communiquer sans délai à la personne le nom de professionnels disposés à y concourir. Pour nombre de praticiens, cette obligation d'orientation constitue une participation indirecte à l'acte qu'ils refusent. Diriger vers celui qui donnera la mort, c'est encore prendre place dans le processus qui y conduit. L'exposante n'ignore pas que le Conseil a admis, en matière d'interruption volontaire de grossesse, des aménagements de la clause de conscience (Cons. const., 27 juin 2001, n° 2001-446 DC). Mais l'acte en question n'est pas comparable, puisque le législateur reconnaît la qualité de personne humaine à celui qui fait l'objet de l'acte, de sorte que sa finalité directe est bien la mort d'une personne. La conciliation opérée par le législateur devait laisser au refus de conscience un contenu effectif, qui ne se réduise pas au droit de passer le relais.

§ 7 : Sur le fait que les dispositions relatives aux assurances-décès (art. 19) méconnaissent la garantie des droits.

28. Article 19. L'article 19 prévoit que l'assurance en cas de décès couvre le décès résultant de la mise en œuvre de l'aide à mourir. L'article 19, III prévoit que cette disposition est applicable aux contrats d'assurance en cas de décès en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi. Le but de cet article est de s'assurer que le décès, qui constitue le risque assuré par le contrat souscrit, couvre aussi celui survenu par l'administration volontaire de la mort.

29. Fondements. En application des articles 4 et 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, le législateur doit assurer la garantie des droits. À ce titre, il ne saurait porter aux contrats légalement conclus une atteinte qui ne soit justifiée par un motif d'intérêt général suffisant, sans méconnaître les exigences résultant des articles 4 et 16 de la Déclaration de 1789 (Cons. constit., 13 janvier 2003, n° 2002-465 DC ; Cons. const., 13 juin 2013, n° 2013-672 DC).

30. L'article L. 132-7 du code des assurances dispose que l'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année du contrat, le risque de suicide n'étant couvert qu'à compter de la deuxième année. Cette règle d'ordre public, reprise à l'article L. 223-9 du code de la mutualité, protège la mutualité des assurés contre l'antisélection (la souscription en considération d'une mort volontaire déjà résolue).

En imposant que l'assurance en cas de décès couvre le décès résultant de l'aide à mourir et, par son III, applique cette règle « aux contrats d'assurance en cas de décès en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi », il modifie unilatéralement, et sans aucune période transitoire ni faculté de résiliation ou de re-tarification, l'économie de millions de conventions en cours. Ainsi, un risque que les parties avaient exclu ou différé – la mort volontaire – devient garanti immédiatement, y compris, semble-t-il, pendant la première année du contrat et sans délai de carence. La charge en sera supportée par la communauté des assurés.

L'exposante n'allègue pas que l'objectif poursuivi (éviter que les bénéficiaires, le plus souvent membres de la famille, soient privés de la garantie) serait illégitime pour les contrats à venir. Mais l'application immédiate aux contrats en cours, sans transition ni mécanisme correcteur, ne répond à aucun motif d'intérêt général suffisant. En effet, le législateur aurait pu réserver la règle aux contrats souscrits ou reconduits après l'entrée en vigueur de la loi, ou prévoir un délai de carence analogue à celui de l'article L. 132-7. Le III de l'article 19 encourt à ce titre la censure.

31. Pour ces motifs, l'exposante estime que le Conseil constitutionnel ne peut que censurer comme étant contraires à la Constitution les articles 2, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17 et 19 de la loi relative au droit à l'aide à mourir.

Pour la Confédération nationale des Associations Familiales Catholiques,

Pascale MORINIERE

Présidente

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

Bertrand MATHIEU
Professeur émérite de l'Université Paris1Pathéon-Sorbonne
Ancien Conseiller d'Etat (S.E.)

Président émérite de l'Association française de droit constitutionnel
Ancien Membre du Conseil supérieur de la magistrature
Membre de la Commission de Venise du Conseil de l'Europe

A Monsieur le Président et à Mesdames et Messieurs les Membres du Conseil constitutionnel

Le 17 juillet 2026,

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Membres,

J'ai l'honneur de vous adresser, ci- dessous, sur le fondement de l'article 13 du Règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, une contribution relative à la constitutionnalité de l'article 12 de la loi relative au droit à l'aide à mourir, votée définitivement par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026 (2026-910DC).

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Membres, en l'expression de ma considération la meilleure.

Bertrand MATHIEU

Contribution relative à la saisine du Conseil constitutionnel sur la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir adoptée définitivement par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026 (2026-910 DC)

Cette contribution concerne spécifiquement l'article 12 de la loi votée. Elle prend également en compte d'autres dispositions de la loi en tant qu'elles permettent d'apprécier la constitutionnalité de cet article.

I-Le dispositif législatif – dispositions pertinentes

Les dispositions de la loi prises en compte dans cette contribution sont les suivantes :

-La personne doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. (article 4) ;

-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 (selon cet article : « *Les informations relatives aux mesures de sauvegarde de justice, de curatelle, de tutelle et d'habilitation familiale ainsi que celles relatives aux mandats de protection future ayant pris effet en application de l'article 481 et aux désignations anticipées prévues à l'article 448 sont inscrites dans un registre national dématérialisé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Cette obligation entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2028* ») (article 5) ;

- La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée (article 6) ;

- La vérification de cette condition est opérée par un collège pluriprofessionnel auquel le médecin prenant la décision participe avec au moins un autre médecin spécialiste de la pathologie dont souffre le patient (qui peut ne pas examiner préalablement la personne) et un auxiliaire médical ou aide-soignant (qui n'intervient pas nécessairement dans le traitement de la personne) (article 6) ;

-Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, la personne chargée de la protection est informée et peut fournir des observations et le médecin peut à la demande de la personne sollicitant l'aide à mourir recueillir l'avis de la personne de confiance ou d'un proche (article 6) ;

-Après un délai de réflexion d'au moins 2 jours à compter de la notification de la décision, la personne peut confirmer au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale (article 6) ;

-Le personnel de santé chargé d'administrer le produit létal veille à ce que la personne ne subisse pas de pression pour procéder ou renoncer à cette administration et, si des pressions en vue de procéder à l'administration sont relevées, le médecin notifie une décision motivée de mettre fin à la procédure d'aide à mourir à la personne et informe, le cas échéant, la personne chargée d'une mesure de protection (articles 9 et 10) ;

- Une commission de contrôle et d'évaluation opère un contrôle a posteriori, à partir notamment des données enregistrées dans un système d'information, du respect pour chaque procédure

d'aide à mourir des conditions prévues. La commission peut estimer que les faits intervenus à l'occasion de la procédure d'aide à mourir peuvent constituer un manquement aux règles professionnelles ou déontologiques. Elle saisit la chambre disciplinaire de l'ordre compétent et signale au procureur de la République si les faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit (article 15).

L'article 12, qui fait l'objet de ces présentes observations, dispose que « *la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir, ainsi que la décision de mettre fin à la procédure ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé dette demande devant la juridiction administrative selon les dispositions du droit commun, y compris par la voie d'un référé liberté* ». et que par dérogation, la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation 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 avec effet suspensif.

II-Analyse des dispositions de la loi au regard du droit au recours

Ce texte vise à inscrire le droit à une aide à mourir comme expression de la liberté personnelle et plus spécifiquement de l'autonomie des personnes. Or l'objet même de ce texte implique que cette liberté personnelle soit protégée. Cette protection implique, comme l'exige d'ailleurs la loi, que la volonté soit libre et éclairée. Cette exigence constitutionnelle doit être articulée avec un autre principe constitutionnel, le droit au recours. En effet, le droit au recours constitue en quelque sorte un droit à la garantie des droits. Il représente de ce point de vue l'une des exigences fondamentales de l'Etat de droit.

La loi votée ne permet pas de garantir que la volonté soit libre et éclairée, et ne permet pas que soit exercé un recours lorsque cette volonté serait susceptible d'être viciée.

Incidemment, on relèvera que le texte fait référence, d'une part, à l'exigence d'une volonté libre et éclairée (article 4) et d'autre part à un discernement qui ne soit pas gravement altéré (article 6). On relèvera que ces deux exigences ne sont pas de même nature et qu'un consentement altéré ne peut être considéré comme libre et éclairé. Le texte est sur ce point affecté d'une imprécision qui affecte son intelligibilité (décision 99-421 DC). Par ailleurs, une personne faisant l'objet d'une mesure de protection ne peut être, de manière générale et a priori, considérée comme susceptible d'exprimer une volonté libre et éclairée.

S'agissant plus spécifiquement du droit au recours : en réservant à la personne qui demande l'assistance à mourir le droit d'exercer un recours, la loi implique nécessairement que ne puisse être contesté qu'un refus d'administrer une aide à mourir. La décision favorable est donc, de fait, insusceptible de recours (sauf la réserve de portée limitée concernant les personnes protégées- article 12). C'est ainsi la décision du médecin acceptant l'aide à mourir qui ne peut faire l'objet d'un recours, alors même que ce médecin délivrerait une autorisation sans respecter l'ensemble des conditions de procédure et de fond fixées par la loi et en tout premier lieu celle tenant à la réalité de la volonté de la personne. Cette situation est particulièrement grave lorsqu'il s'agit de personnes protégées ou faisant l'objet d'une assistance. En effet les personnes chargées de la protection pourraient ne pas être informées dans les délais, ou le médecin pourrait ignorer les mesures de protection, alors que la loi s'applique sans que le registre auquel elle se réfère ne soit mis en place. Dans ce cas, la dérogation prévue par l'article 12 serait inopérante. Les proches, voire la personne de confiance, ne peuvent alors intervenir. Elle est, plus

largement, contestable en ce que la volonté exprimée par une personne ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection pourrait être altérée sans qu'un proche ou la personne de confiance ne puissent exercer un recours visant à faire reconnaître l'absence de volonté libre et éclairée. Cette absence de recours est d'autant plus potentiellement dommageable que la vérification des conditions fixées par la loi, opérée par le médecin, n'est pas entourée de véritables garanties et que le contrôle exercé sur cette décision n'est qu'un contrôle a posteriori. Un tel contrôle est par définition dépourvu de tout effet sur la personne que l'on aurait illégalement aidé à mourir.

S'agissant des différentes étapes de la procédure, on rappellera que l'existence d'une protection de la personne concernée n'est vérifiée que par la déclaration de la personne concernée et par la consultation d'un registre, (qui n'existe pas en l'état) sans que l'avis de la personne qui exerce la protection ne soit requis (elle est simplement avisée), que la décision rendue par l'instance collégiale (qui ne comprend pas nécessairement un soignant suivant la personne), relativement à la qualité de l'expression de la volonté, ne peut faire l'objet d'un recours par les proches, voire par la personne de confiance ou des soignants dont la personne serait le patient. De ce point de vue, la dérogation prévue par la loi, permettant à la personne assistant ou représentant la personne faisant l'objet d'une aide à mourir de contester dans un délai de deux jours la décision du médecin, ne peut être considérée comme constituant nécessairement un recours effectif.

La personne de confiance ou les proches ne peuvent être consultés qu'à la demande de la personne concernée, ce qui ne constitue pas une réelle protection dans le cas où la capacité de la personne qui demande une aide à mourir serait altérée. Par ailleurs, le délai pendant lequel le recours est possible est particulièrement bref et ne permet pas à la personne qui serait consultée ou informée de considérer si les conditions dans lesquelles l'autorisation a été donnée sont conformes aux exigences prévues par la loi et d'engager les recours. D'autre part, la personne assistant ou représentant la personne protégée peut ne pas avoir été informée (notamment du fait de l'absence, en l'état, de registre). Par ailleurs, s'agissant d'une décision de cette nature, la plus grave qui puisse être prise au regard de ses conséquences, le juge des tutelles n'est pas consulté.

Surtout rappelons que ni les proches, ni la personne de confiance d'une personne dont la volonté serait altérée, sans qu'elle fasse l'objet d'une mesure d'assistance ou de protection, ne peuvent exercer de recours contre la décision du médecin. L'existence d'un contrôle a posteriori a pour seul objet de permettre de sanctionner des personnes, et plus particulièrement des soignants, n'ayant pas respecté les exigences législatives, mais en aucun cas de prévenir une décision dont les effets sont irrévocables ou d'en réparer les conséquences, ce qui est par nature impossible.

Enfin, le respect l'obligation de sursoir à l'aide à mourir, dans le cas où la personne concernée ferait l'objet de pression, ne peut pas faire l'objet d'un recours, notamment des proches ou de la personne de confiance.

III-La question de l'intérêt à agir de proches

La titularité d'un droit au recours implique un intérêt à agir.

On relèvera que le droit de recours accordé à des tiers est reconnu et opérant dans des situations voisines. Ainsi, votre jurisprudence reconnait aux personnes qui ont été consultées sur la volonté du patient d'exercer un recours contre la décision de limitation ou d'arrêt des traitements (2017-32 QPC). La portée de la condition tenant au fait que la décision doit concerner une personne hors d'état d'exprimer sa volonté ne doit pas être surestimée. En effet,

en l'espèce, il n'existe pas d'obligation de consultation de même nature et, surtout, ce qui ne peut être contestée dans la procédure d'aide à mourir c'est la réalité du discernement et donc de la volonté de la personne concernée. En revanche, il ressort de cette jurisprudence, que les proches, ou la personne de confiance, doivent être à même d'exercer un recours contre une décision affectant un personne dont la capacité de consentir est altérée.

De même, s'agissant de la procédure de sédation profonde et continue, l'article L1110-5-3 du code de la santé publique dispose que « *Le médecin ... doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical* ». Comme le relève le rapport au nom de la Commission des affaire sociales du Sénat, n° 264 du 7 janvier 2026, p. 146, « *la notification d'une décision ouvre explicitement à la personne qu'elle désigne un intérêt à exercer un recours en justice contre celle-ci* ». En ce sens, le Conseil d'Etat a condamné un centre hospitalier qui avait procédé à une sédation profonde et continue sans en informer le fils de la personne concernée (CE 4 juillet 2025, n° 482689). On relèvera que ces garanties, tenant à l'information de tiers qui permet l'exercice d'un droit au recours ne sont pas prévues s'agissant de la procédure d'aide à mourir (sous réserve de la dérogation prévue par l'article 12 dont il a été relevé que l'effectivité était limitée). De manière générale, l'existence d'un référé-liberté répond à l'exigence selon laquelle « *le juge saisi a la conviction que d'une manière ou d'une autre il lui faut arrêter un processus en cours pour sauvegarder l'utilité même de la saisine* » (X Domino, Droit au recours et équité devant la justice administrative aujourd'hui Cahiers du Conseil constitutionnel, n. 44, juin 2014).

Il s'agit de protéger la liberté personnelle de la personne et non d'en limiter la portée. Comme le relève la Cour EDH dans une décision du 20 janvier 2011, n° 31322/07 Haas c Suisse, il existe une obligation d'« *empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise en toute connaissance de cause* ». En ce sens, dans un arrêt du 19 mai 2026, la troisième chambre de la Cour suprême espagnole a reconnu la qualité à agir en justice des personnes ayant un lien étroit avec le demandeur d'une procédure d'euthanasie. Le recours a pour objet de déterminer si l'administration a agi conformément à la loi (en l'espèce le père de la personne concernée évoquait les troubles mentaux dont cette dernière était victime). La Cour suprême établit 5 critères permettant d'évaluer le « *lien particulièrement étroit*» existant entre la personne qui demande l'euthanasie et celle qui conteste cette décision : le fait de vivre ensemble « *au sein du noyau familial ou résidentiel* », la durée de cette cohabitation, la « *capacité de compréhension et d'empathie* » de la personne engageant le recours, « *l'intérêt ou la préoccupation que le requérant a manifesté auparavant pour la situation de la personne demandant l'euthanasie* » et « *s'il l'a fait participer, d'une manière ou d'une autre, à ses réflexions préalables à sa décision* ». (https://genethique.org/espagne-la-cour-supreme-etablit-les-criteres-permettant-de-contester-une-demande-deuthanasie/).

IV-Le caractère inconstitutionnel de l'atteinte au droit au recours de certains tiers

Il convient cependant d'apprécier si cette restriction drastique du droit au recours de tiers viole l'exigence constitutionnelle du droit au recours.

De ce point de vue, il n'est pas inutile de prendre en considération le droit conventionnel à titre d'élément d'interprétation des dispositions constitutionnelles.

On rappellera d'abord que la Commission de Venise dans sa liste actualisée des critères de

l'Etat de droit des 12 et 13 décembre 2025, entérinée par le Comité des ministres et l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, fait figurer, notamment l'exigence selon laquelle « *le droit d'un individu à disposer d'un moyen facilement accessible et effectif pour contester un acte privé ou public implique que les exigences formelles, les délais et les frais de justice doivent être raisonnables* » et, surtout, « *que les mesures provisoires en cas de préjudice irréparable et l'accès à la justice dans les situations d'urgence devraient être garantis dans le cadre du droit d'accès aux tribunaux* ».

La décision Mortier c Belgique de la Cour EDH du 4 octobre 2022 (***Requête no 78017/17***) démontre l'intérêt à agir d'un proche en matière d'euthanasie (en l'espèce le fils et la sœur de la défunte). Si la Cour valide le fait que les proches n'aient pas été consultés c'est au regard du fait que, conformément à la loi, les médecins impliqués dans la procédure d'euthanasie de la mère du requérant lui ont suggéré plusieurs fois une reprise de contact avec ses enfants. Or, il ressort du dossier que la mère du requérant s'y est à chaque fois opposée, déclarant qu'elle ne voulait plus avoir de contact avec ses enfants …Dans ces circonstances, qui s'inscrivaient dans le cadre de relations dégradées entre le requérant et sa mère depuis longtemps, la Cour estime que les médecins de la mère du requérant ont fait tout ce qui était raisonnable, dans le respect de la loi pour qu'elle contacte ses enfants au sujet de sa demande d'euthanasie.

S'agissant des exigences constitutionnelles nationales, relatives au droit au recours il est inutile de décliner précisément votre jurisprudence.
Dans votre décision 96-373 DC, vous rappelez qu'au titre de la garantie des droits inscrite à l'article 16 de la DDHC « *en principe, il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction* ». On relèvera qu'en l'espèce seul un recours a priori peut être considéré comme effectif. Le Conseil juge que tout acte qu'il soit juridictionnel ou non juridictionnel pris par une autorité publique administrative ou judiciaire peut être contrôlé au regard des exigences du droit à un recours effectif, or tel n'est pas le cas d'une décision de recours à une aide à mourir s'agissant de personnes ayant un intérêt à agir. Vous prenez en considération, et cela mérite d'être soulevé en l'espèce, les conséquences qui résultent de l'acte susceptible d'être contesté. (décision 2011-203 QPC, 2014-375 QPC et 2016-543 QPC).

En conclusion

Il en résulte, selon l'auteur de ces observations, que, outre l'absence de clarté de la loi quant aux conditions relatives à la qualité de l'expression de la volonté de la personne sollicitant l'aide à mourir, les dispositions de l'article 12 de la loi, combinées avec d'autres dispositions, violent le droit au recours des tiers et ne permettent pas que soit garanti le respect de la liberté personnelle de la personne faisant l'objet d'une aide à mourir.

Le 17 juillet 2026,

Professeur Bertrand MATHIEU

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

Benjamin Moron-Puech le 17 juillet 2026

Objet : contribution extérieure sur l'accès des mineurs à l'aide à mourir

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

En ma qualité de Professeur agrégé de droit privé et de sciences criminelles et organisateur en 2024 d'un colloque sur la fin de vie des personnes mineures dont les actes ont été publiés[1], j'ai l'honneur de vous adresser une contribution extérieure.

Celle-ci porte sur l'article 4 de la proposition de loi relative à l'aide à mourir, en particulier ses dispositions introduisant dans le code de la santé publique un article L. 1111-12-2, 1°, subordonnant l'accès à l'aide à mourir à une condition d'âge, dix-huit ans, et excluant de ce fait toute personne mineure, même émancipée, du dispositif de l'aide à mourir.

Par ce courrier, je prie respectueusement le Conseil constitutionnel **d'examiner l'argument de la rupture d'égalité liée au jeune âge**, quand bien même celui-ci devrait ne pas figurer pas dans les saisines que vous recevrez.

Les enfants n'étant pas réellement représentés au Parlement, faute de droit de vote, **il est de la plus haute importance qu'un contrôle de constitutionnalité porte sur la question de leur accès à l'aide à mourir**. C'est là une exigence démocratique, ce régime politique ne pouvant pas s'envisager si aucun instrument ne vient protéger le droit des groupes minoritaires.

Cet examen de la constitutionalité de l'exclusion des personnes mineures de l'aide à mourir est d'autant plus nécessaire qu'apparaissent désormais au grand jour les nombreuses injustices subies par les enfants dans notre société, qu'il s'agisse des violences intra-familiales ou des violences trop souvent commises sur les enfants placés ou sur ceux ayant fréquenté des institutions religieuses éducatives.

Il y a un vrai enjeu à renforcer la protection des enfants, notamment en consacrant formellement le motif discriminatoire lié au jeune âge des personnes, d'autant que votre jurisprudence liée à l'âge en général demeure balbutiante. En outre, ce serait là poursuivre votre jurisprudence ayant érigé à partir de 2019 l'intérêt supérieur de l'enfant en norme constitutionnelle.

En vous remerciant pour l'attention que vous voudrez bien prêter à cette tierce intervention, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Pr. Benjamin Moron-Puech

[1] *Revue de droit sanitaire et sociale*, mai-juin 2025 et spécialement l'article portant sur la discrimination.

Proposition de loi relative à l'aide à mourir

Contribution extérieure du Professeur Benjamin Moron-Puech

Dans la contribution extérieure qui suit, il convient sur la manière dont les droits des enfants ont été considérés lors de la discussion parlementaire portant sur les contours *ratione personae* de l'aide à mourir (I), avant ensuite de démontrer pourquoi, à l'aune de la jurisprudence du Conseil constitutionnel ou de la Cour européenne des droits de l'homme, cette différence de traitement est une rupture d'égalité contraire à la Constitution (II).

I. L'accès des enfants à l'aide à mourir dans les travaux parlementaires

La discussion sur le non-accès des personnes mineures à l'aide à mourir s'est surtout déroulée en 1re lecture à l'Assemblée nationale, en réponse à des amendements (tous rejetés) qui tentaient d'étendre le bénéfice de l'aide active à mourir à certaines personnes mineures – celles d'un certain âge ou bénéficiant de l'émancipation –, que ce soit en leur permettant de décider seules de cette aide, ou de le faire avec les titulaires de l'autorité parentale.

Les arguments opposés à ces amendements se répartissent en deux groupes.

D'un côté, le groupe des personnes favorables dans l'absolu à l'ouverture du dispositif aux personnes mineures, mais pensant que l'inclusion immédiate de ces personnes viendrait mettre en péril tout le texte. En somme, ces parlementaires sont prêtes et prêts à « sacrifier » les personnes mineures si cela permet d'avancer le droit des autres personnes. Telle a été la position des groupes ÉcoS et RN, ainsi que, parfois, Dem[2].

De l'autre, le groupe des personnes hostiles sur le fond à l'amendement, ce qui était la position des groupes DR et, parfois, Dem, ainsi que du gouvernement. Neuf arguments ont été avancée :
1° Les taux de survie des personnes mineures malades ont considérablement augmenté ces dernières années, de sorte qu'en leur donnant accès à l'aide à mourir on risquerait que ne se donnent la mort des personnes qui pourraient guérir[3] ;
2° La situation de la personne mineure serait différente de celle d'une personne majeure, il s'agirait même pour certains d'une « distinction […] incontournable »[4] du point de vue de leur aptitude à exprimer un consentement libre et éclairé, argument qu'on peut rapprocher de l'idée d'un « principe de précaution »[5] ou encore de l'idée que « l'enfant est quasiment incapable de faire preuve d'un discernement construit en la matière »[6] ;
3° Cela conduirait à des « conflits de loyauté insolubles chez des enfants pour qui il est impossible de vouloir autre chose que ce que veulent leurs parents » ;

[2] V. par exemple la position de S. Rousseau, lors des travaux de la Commission des affaires sociales, séance du 11 avr. 2025 de 21h, Compte rendu nº 71, p. 12 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cion-soc/l17cion-soc2425071_compte rendu.pdf) : « Je suis absolument favorable à l'ouverture de l'aide à mourir avant l'âge de 18 ans. Un jeune de 17 ans et demi peut très bien prendre cette décision. La souffrance, surtout si elle est insupportable, n'a pas d'âge. Toutefois, il s'agit d'une ligne rouge absolue dans le débat politique. Je ne voterai donc pas l'amendement. »
[3] *Idem*.
[4] V. les propos de T. Bazin, lors des travaux de la Commission des affaires sociales, séance du 11 avr. 2025 de 21h, p. 12 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/troisieme-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf).
[5] V. les propos de P. Hetzel, lors des travaux de la Commission des affaires sociales, séance du 11 avr. 2025 de 21h, Compte rendu nº 71, p. 12 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cion-soc/l17cion-soc2425071_compte rendu.pdf).
[6] V. les propos de Vincent Trébuchet lors de la discussion en séance publique en 1re lecture à l'Assemblée nationale, à l'occasion de la 1re séance du 17 mai 2025, *JOAN*, compte rendu des débats, p. 4750 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/premiere-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf).

4° « Le rôle des parents titulaires de l'autorité parentale dans cette prise de décision peut être discutable, du fait de leur responsabilité évidente vis-à-vis de la santé de l'enfant »[7] ;
5° Cet amendement « s'affranchit de [la] logique » de protection des personnes mineures qui anime le droit français[8] ;
6° Si on commence à descendre le seuil d'âge en dessous de dix-huit ans, alors il ne sera pas possible de s'arrêter rationnellement, c'est l'« effet domino » évoqué par certains parlementaires[9] ;
7° L'émancipation envisagée pour donner accès à certains mineurs ne concernerait pas des « demandes de cet ordre »[10], de sorte qu'elle ne serait finalement pas possible ;
8° Certes les personnes mineures seraient restées sur le bord de la route, mais elles ne seraient pas les seules puisqu'il y en aurait d'autres, notamment celles en situation de handicap ou celles conscientes lors de la première demande d'aide à mourir, mais inconscientes au moment où il faudrait réaffirmer sa volonté[11] ;
9° Enfin « [l]e Conseil d'État a considéré que l'exclusion des mineurs ne méconnaissait aucun principe constitutionnel ou conventionnel »[12].

Ce dernier argument est à mettre en perspective de ceux favorables à l'inclusion des personnes mineures, telles ceux de la rapporteure de la Commission des affaires sociales en première lecture à l'Assemblée nationale qui, se prévalant de l'autorité du Conseil national des barreaux, défendait l'ouverture de l'aide à mourir aux personnes mineures émancipés avec l'argument de la nécessité de « corriger une rupture d'égalité »[13]. Un autre député, sans invoquer expressément l'argument de la rupture d'égalité, soulignait quant à lui que, « dans le fond, ni les maladies ni la liberté n'ont à voir avec l'âge »[14].

---

[7] V. les propos de la ministre Vautrin à l'occasion de la discussion en séance publique en 1re lecture à l'Assemblée nationale, lors de la 1re séance du 17 mai 2025, *JOAN*, Compte rendu des débats, p. 4750 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/premiere-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf).
[8] V. les propos de P. Hetzel, lors des travaux de la Commission des affaires sociales, séance du 11 avr. 2025 de 21h, Compte rendu no 71, p. 11 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cion-soc/l17cion-soc2425071_compte rendu.pdf).
[9] V. les propos de P. Hetzel lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale en première lecture, à l'occasion de la 3e séance du 17 mai 2025, *JOAN*, compte rendu des débats, p. 4819 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/troisieme-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf).
[10] *Idem*, p. 12. *Adde* les propos de la ministre Vautrin à l'Assemblée nationale en première lecture, lors de la troisième séance publique du 17 mai 2025, *JOAN*, Compte rendu des débats, p. 4817 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/troisieme-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf) : « Toutefois, certains choix importants demeurent interdits aux mineurs émancipés. Par exemple, ils ne peuvent pas se pacser ou se marier, ni même devenir commerçants sans autorisation du juge des tutelles. Tout ne leur est pas autorisé ».
[11] C'est la situation évoquée par N. Turquois lors des travaux de la Commission des affaires sociales, séance du 11 avr. 2025 de 21h, Compte rendu no 71, p. 12 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cion-soc/l17cion-soc2425071_compte rendu.pdf).
[12] V. les propos de la rapporteure Brigitte Liso, lors des travaux de la Commission des affaires sociales, séance du 11 avr. 2025 de 21h, Compte rendu no 71, p. 3 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/cion-soc/l17cion-soc2425071_compte rendu.pdf). *Adde* dans le même sens les propos d'Olivier Falorni lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale en première lecture, à l'occasion de la 3e séance du 17 mai 2025, *JOAN*, compte rendu des débats, p. 4818 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/troisieme-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf).
[13] 3e séance du 17 mai 2025, *JOAN*, compte rendu des débats, p. 4818 (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/troisieme-seance-du-samedi-17-mai-2025.pdf).
[14] *Idem*, p. 4816.

Cela amène donc à se poser la question constitutionnelle de la rupture d'égalité dans l'accès à l'aide à mourir.

II. La question de la rupture d'égalité de l'aide à mourir à l'égard des personnes mineures

En excluant purement et simplement les personnes mineures du dispositif d'aide à mourir, le législateur crée une incapacité spéciale de jouissance des personnes mineures, laquelle déroge pleinement au droit commun où les personnes mineures n'ont généralement qu'une incapacité d'exercice, les décisions autres que les « actes courants » (art. 1148 c. civ.) devant être prises par le ou les titulaires de l'autorité parentale, voire par l'autorité judiciaire pour les décisions les plus graves. Ainsi, priver totalement les personnes mineures d'un droit, sans laisser aucune exception via des techniques d'émancipation ou d'autorisation judiciaire, comme le fait la présente proposition de loi, constitue une situation tout à fait exceptionnelle en droit civil, une atteinte qu'on pourrait qualifier, selon le vocabulaire européen, d'atteinte à « l'essence même du droit », en l'occurrence le droit que consacre ce texte d'être aidé à mourir.

En opérant ce choix, le législateur opère une différence de traitement entre les personnes pouvant avoir accès à l'aide à mourir selon leur âge.

Selon une formule bien connue du Conseil constitutionnel (ci-après le Conseil), « le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit » (not. CC, 18 mars 2009, n° 2009-578 DC, cons. 19).

Pour la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après Cour EDH), qui pourrait être amenée à se prononcer sur ce sujet, il y a rupture d'égalité (ou plutôt discrimination dans son vocabulaire), lorsque les « États font subir sans justification objective et raisonnable un traitement différent à des personnes se trouvant dans des situations analogues » (CEDH, *Thlimennos c. Grèce*, §44).

Lors des travaux parlementaires, il a été allégué, on l'a vu, que le Conseil d'État aurait affirmé qu'il n'y aurait aucun problème de constitutionnalité ou de conventionalité avec cette exclusion, donc pas de rupture d'égalité (*dixit* le Conseil constitutionnel) ni de règle discriminatoire (*dixit* la Cour EDH). Or il n'en est rien. Citons ici notre article paru à la *Revue de droit sanitaire et sociale* en 2025 :

> Ceci est au mieux une erreur, au pire un mensonge. La seule chose en effet que le Conseil d'État a indiqué c'est que, « s'agissant des trois premières conditions », dont celle sur l'âge de 18 ans, il n'y avait aucune méconnaissance « des principes constitutionnels et conventionnels présentés aux points 18 et 19 » de son avis[15]. Or, ces « points » de son avis n'évoquent en aucun cas le droit constitutionnel à l'égalité ou l'interdiction conventionnelle de la discrimination. N'y sont évoqués que le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, la liberté personnelle, le droit à la vie et le droit au respect de la vie privée. Rien sur l'égalité ou la non-discrimination. Compte tenu de l'enjeu de la question, de l'expertise du Conseil d'État et de l'approbation de ce rapport par l'Assemblée de cette institution, on peine à croire que ce silence soit un oubli.

[15] Conseil d'État, *Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie*, 10 avr. 2024, §23, 1re phrase.

On le voit, jamais l'argument de la rupture d'égalité ou du caractère discriminatoire sur la base du jeune âge de la personne demandant de l'aide pour mourir n'a été examiné par le Conseil d'État. Or, on peut le montrer, existent des raisons très sérieuses de conclure à l'existence sur ce point d'une violation de la Constitution ou de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

En effet, en l'espèce, on peut d'une part montrer que les personnes de moins de 18 ans et celles de plus de 18 ans sont dans une situation analogue et d'autre part que la différence de traitement résultant du texte n'est pas « en rapport direct avec l'objet de la loi », pour parler comme le Conseil constitutionnel, ou, pour parler comme la Cour européenne des droits de l'homme, qu'elle ne présente pas de « justification objective et raisonnable ».

D'une part, concernant l'existence d'une « égalité » des situations (*dixit* le Conseil), autrement dit leur caractère « analogue » (*dixit* la Cour EDH), on peut observer plusieurs choses.

Primo ces deux groupes – celui des personnes de moins de dix-huit ans et celui de celles qui en ont davantage – sont susceptibles d'être affectés par des maladies conduisant à des situations de fin de vie, sources de souffrance. En atteste le fait que le législateur ait ouvert à ces deux groupes l'accès aux soins palliatifs, en s'assurant même que les professionnel·les de santé les pratiquant reçoivent une formation spécifique pour les soins sur personnes mineures[16].

Secundo le groupe des personnes de moins de dix-huit ans, comme celui des personnes de plus de dix-huit ans comprend des personnes en état d'exprimer leur consentement et des personnes qui ne le sont pas, en raison de leur très jeune âge, ou de leur très grand âge. On constate aussi que ces deux groupes contiennent des personnes pouvant émettre un consentement libre et éclairé et d'autres qui ne le peuvent pas, compte tenu de leur manque de discernement ou de leur insanité d'esprit. Sans doute, le pourcentage de personnes pouvant émettre un consentement libre et éclairé est plus élevé chez les personnes de plus de dix-huit ans qu'il ne l'est chez les personnes de moins de dix-huit ans, mais il paraît difficile d'y voir là une différence de nature rendant ces deux groupes dissemblables, d'autant que si on compare les deux dernières tranches de ce groupe (entre 17 et 18 ans d'un côté et au-delà de 100 ans de l'autre, les données sont très vraisemblablement inversées. Quoi qu'il en soit, ces deux groupes de plus et moins de 18 ans comprennent donc des personnes susceptibles de consentir à des décisions personnelles et d'autres qui ne le sont pas. Dans ces conditions, il faut considérer qu'il s'agit de groupes dans une situation d'égalité, dite encore analogue. Reste à examiner s'il existe ici un motif d'intérêt général pour s'écarter de cette égalité et si celle-ci est en rapport direct avec l'objet de la loi ou, dit autrement (avec les mots de la Cour EDH), s'il existe une justification objective et raisonnable à cette différence de traitement entre deux situations analogues.

Concernant le motif d'intérêt général, autrement dit une justification objective, plusieurs des arguments avancés par les personnes s'opposant à l'accès des personnes mineures à l'aide active à mourir paraissent pouvoir s'y rattacher. Tel est le cas selon nous des arguments **1°** à **7°** présentés ci-dessus et qu'on peut sommairement rattachés tantôt à l'idée de meilleure protection de l'enfant à raison de ses caractéristiques inhérentes (**1°** à **2°**) ou de ses liens avec ses parents (**3°** à **4°**), tantôt à l'idée de cohérence des règles juridiques concernant le régime des mineurs

[16] V. l'art. L. 311-5-2, II du code de l'action social et des familles, tel que modifié par la loi du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs. *Adde* l'article L. 1110-10-1, II du code de la santé publique, introduit par cette même loi, qui prévoit que le plan d'accompagnement personnalisé du patient recevant des soins palliatifs doit prendre en compte les « besoins spécifiques des patients particulièrement vulnérables […] tels que […] les mineurs ».

en général (**5°)** ou encore les différentes catégories de mineurs (**6°** à **7°**). En revanche, l'argument selon lequel on pourrait traiter les personnes mineures moins bien que celles majeures, car on traiterait par ailleurs moins bien déjà certaines personnes majeures (**8°**), ne répond à aucun but légitime.

Il faut néanmoins encore que ce motif d'intérêt général soit en rapport direct avec l'objet de la loi ou, pour le dire avec les mots de la Cour EDH, qu'il réponde à une justification raisonnable. Or là, de nombreux arguments conduisent à conclure au caractère déraisonnable de cette incapacité spéciale de jouissance pour les personnes mineures. On le montrera en reprenant séparément l'ensemble des arguments répondant à un but légitime et en terminant ensuite par une remarque transversale attestant du caractère disproportionné de la mesure.

Sur l'argument **1°**, consistant à dire que les mineurs guériraient mieux que les autres de certaines maladies mortelles, de sorte qu'il ne faudrait pas leur donner accès à l'aide à mourir, il est déraisonnable. En effet, un tel risque est déjà couvert par l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique et qu'introduirait la proposition de loi. En effet, la troisième condition posée par ce texte est d'être atteint 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 terminal ». Impossible dans ces conditions pour un mineur, dont il n'est pas certain que sa maladie le condamne, qu'il obtienne une aide à mourir. Ce risque étant couvert par la condition 3° de l'article L. 1111-12-2, il est totalement disproportionné de prévoir une mesure complète d'interdiction des mineurs pour un tel risque.

Sur l'argument **2°,** tentant de justifier l'interdiction par l'incapacité du mineur à émettre un consentement libre et éclairé, il est lui aussi déraisonnable. *Primo* ce risque est déjà couvert par l'article L. 1111-12-2, 5°, exigeant une aptitude à « manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». *Secundo*, les recherches en sciences sociales ou encore les pratiques d'aide à mourir à l'étranger montrent bien qu'il existe des personnes mineures susceptibles d'émettre un consentement libre et éclairé à l'aide à mourir[17]. Dès lors, priver l'ensemble de ces personnes à raison d'un risque n'en affectant que quelques-unes est une mesure disproportionnée. Or, dans les cas évoqués par la ministre au soutien de son 1er argument, on voit bien qu'aucune exception n'est prévue par les textes. Aucune voie de contournement par l'émancipation, l'accord des parents, ou encore l'autorisation du juge. Rien. Difficile dans ces conditions de considérer qu'on est là face à une mesure raisonnable, surtout lorsqu'on peine à trouver d'autres exemples en droit positif de telles incapacités de jouissance.

L'argument **3°** est un cas particulier de l'argument **2°**, puisqu'il revient au fond à considérer que le consentement de l'enfant ne serait pas libre, car déterminé par ce qu'on appelait jusqu'en 2016 « la crainte révérencielle » envers ses ascendants. La réponse apportée à l'argument **2°** peut donc être étendu à l'argument **3°**.

L'argument **4°** concerne l'hypothèse où l'on accepterait que l'enfant puisse prendre cette décision mais par l'intermédiaire de ses parents ; il repose alors sur l'idée que les parents seraient en situation de conflit d'intérêt pour statuer eux-mêmes, de sorte que finalement il vaudrait mieux interdire toute décision. L'argument est néanmoins lui aussi disproportionné car dans tous les autres cas où un semblable conflit se présente, le droit nomme un administrateur *ad hoc* ou encore demande à une autre autorité tierce d'intervenir, telle l'autorité judiciaire.

L'argument **5°**, qui est le premier d'une série de trois arguments assis sur un principe de cohérence du système juridique, repose sur l'idée que le régime de la minorité serait la protection et qu'une telle idée ne serait pas présente ici. C'est là occulter que l'accès des personnes mineures en fin de vie au dispositif de l'aide à mourir vient aussi répondre à un

[17] V. les contributions dans le numéro précité de la *Revue de droit sanitaire et social*.

objectif de protéger la personne mineure, dans le sens où il s'agit de lui éviter d'inutiles souffrance, de lui offrir une mort digne et de respecter son autonomie décisionnelle. L'idée de protection est donc loin d'être absente.

L'argument **6°**, sur l'effet domino et les seuils d'âge est quant à lui disproportionné en ce que, poussé jusqu'au bout, il conduirait à refuser toute possibilité de seuils d'âge en droit. En réalité, si on veut poser des garde-fous solides contre les abus, il vaut mieux éviter la technique des seuils, forcément un peu grossière, et privilégier des critères plus qualitatifs, tel l'âge de discernement, au demeurant souvent évoqué dans les travaux préparatoires. Qui cherche de bonne foi des limites – au lieu d'utiliser l'argument de l'effet domino pour bloquer tout accès des personnes mineures au dispositif – peut donc en trouver. On pourrait même exiger, comme pour les soins palliatifs, que des procédures spécifiques soient mises en place pour vérifier dans de tels cas le discernement ou l'aptitude du mineur à prendre une décision libre et éclairée.

L'argument **7°**, qui concerne le cas particulier où l'aide à mourir serait ouverte aux seules personnes mineures émancipées, est lui aussi déraisonnable, tant il méconnaît la réalité de ce qu'est l'émancipation. En prétendant que l'émancipation ne permettrait pas des décisions équivalentes, le texte se trompe. En effet, l'article 413-3 du code civil permet l'émancipation pour « justes motifs », sans exclure de ce champ les décisions relatives à la fin de vie. De même, l'article 413-6 du même code dit bien que l'émancipation permet de faire tous les actes de la vie civile, y compris donc les actes relatifs à la personne. D'où par exemple le fait que la décision de recourir à des soins palliatifs pourrait être prise seul par un mineur émancipé et qu'il en serait de même pour l'aide à mourir s'il n'y avait pas cette disposition spéciale. Certes, les situations d'émancipation pour des actes relatifs à la personne sont rares, mais rappelons qu'elles étaient envisagées dès la rédaction du code civil[18], ce qu'ont bien vue les premiers commentateurs du code civil de 1804[19]. On relèvera d'ailleurs que, pour une décision éthique tout aussi délicate et permettant aussi de remédier à d'intenses souffrances, la décision de changement de sexe, celle-ci a bien été ouverte à la personne mineure émancipée[20]. Dès lors, le principe de cohérence impliquerait tout au contraire de donner l'accès à l'aide à mourir aux personnes mineures. Pour s'y opposer, la ministre Vautrin invoquait dans les travaux préparatoires que certains choix importants demeureraient interdits aux personnes mineures émancipées. Par exemple, ces personnes ne pourraient « pas se pacser ou se marier, ni même devenir commerçants sans autorisation du juge des tutelles »[21]. Or, de tels exemples sont trompeurs, puisqu'à chaque fois aucun de ces actes n'est en réalité pleinement interdit ; ils nécessitent seulement une autorisation supplémentaire. Ainsi, le mariage est ouvert à toutes les personnes mineures, mais il leur faut seulement le consentement de leurs ascendants, peu importe que les premières soient émancipées ou non[22]. Quant à l'acquisition de la qualité de commerçant, elle est accessible aux personnes mineures émancipées, mais nécessite non plus l'accord des ascendants mais celui du juge des tutelles[23].

Outre tous ces arguments montrant le caractère déraisonnable du refus ou son absence de rapports directs avec l'objet de la loi, on observera qu'à aucun moment l'intérêt supérieur de l'enfant n'a été pris en compte dans la discussion parlementaire, alors que, depuis 2019, le Conseil constitutionnel a fait de ce principe une exigence constitutionnelle, découlant des alinéas 10 et 11 du préambule de la Constitution de 1946[24].

---

[18] V. not. la position de Leroy, orateur du Tribunal dans la séance du corps législatif du 5 germinal an XI, citée dans Locré, *La législation civile, commercial et criminelle de la France, Tome VII : Code civil* [Titre IX, X et XI], Treuttel et Würtz, 1827, p. 279.
[19] Duranton, *Cours de droit civil français*, 1828, Alex-Gobelet, Paris, n° 650.
[20] C. civ., art. 61-5.
[21] V. *supra* note 10.
[22] C. civ., art. 148 et s.
[23] C. com., art. L. 121-2.
[24] CC, 21 mars 2019, n° 2018-768 QPC, pt. 5 & 6.

Pour toutes ces raisons, il ne paraît pas possible de considérer que la différence de traitement introduite présente un rapport direct avec la loi et ne répond pas à une justification raisonnable. Dès lors, la différence de traitement introduite à rakson de l'âge doit être déclarée contraire à la Constitution.

Concernant la circonscription des effets de la déclaration d'inconstitutionnalité, il semble délicat pour le Conseil de fixer lui-même des seuils d'âge en se faisant législateur. Voilà pourquoi – et compte tenu aussi des garanties suffisantes apportées par les autres conditions requises dans le code de la santé publique pour accéder à l'aide à mourir – il vaudrait mieux réintégrer purement et simplement ces personnes dans le domaine d'application de la loi, quitte dans un second temps, pour le législateur, à tenter de réintroduire cette mesure excluante.

Telles sont donc les observations limitées que je tenais à porter à la connaissance du Conseil en le priant de bien vouloir les prendre en considération, quand bien même aucune saisine du Gouvernement ou des parlementaires ne porterait sur ce point. Les souffrances des enfants ne sont pas moins dignes que les autres.

Pr. Benjamin Moron-Puech

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

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par

l'association « MCOOR »

réunissant des médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ayant pour objet de susciter l'échange entre médecins coordonnateurs d'EHPAD, de les assister dans leurs missions et leur formation et de représenter ses adhérents auprès des instances publiques ou privées
représentée par son vice-président en exercice le Docteur Durel Gael gériatre
Association déclarée le 8 octobre 2015 à la Préfecture de Police de Paris,
inscrite au répertoire national des associations sous le n°W751231094,
dont le siège social est fixé au 9 rue de la Santé à 75013 Paris

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (T.A. n°332)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par le Président du Sénat, par le Premier ministre et par plus de soixante sénateurs et députés.

Observations relatives à la situation des résidents d'EHPAD

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

Rennes, le 17 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. L'association « MCOOR » (ci-après « l'association » ou « l'exposante ») a l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures qu'il reçoit et rend publiques, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, déférée par plus de soixante sénateurs et députés.

2. L'association réunit des médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Sa parole est singulière : elle n'est pas celle d'observateurs extérieurs, mais celle des médecins qui, chaque jour, élaborent le projet de soins des établissements, coordonnent les équipes soignantes et accompagnent les résidents jusqu'à leur mort : près de 30 % des résidents décèdent chaque année en EHPAD, soit plus du quart des décès survenant en France. Sa préoccupation est unique, mais décisive : la loi déférée institue un droit formellement universel qui, appliqué à la population des EHPAD, des personnes qui, le plus souvent, n'ont pas choisi leur lieu de vie, dont les troubles cognitifs demeurent massivement non diagnostiqués et qui n'accèdent pas aux soins qui soulageraient leurs souffrances, change de nature : ce droit y devient la seule prestation dont l'accès soit effectivement garanti, gratuit et opposable.

3. L'exposante souscrit à l'analyse constitutionnelle développée par les auteurs de la saisine, dont elle partage les conclusions. Elle entend l'étayer par ce que seule la pratique médicale quotidienne en EHPAD permet d'établir : que la volonté « libre et éclairée » exigée par la loi ne peut, pour la plupart des résidents, être ni présumée ni vérifiée dans les conditions que la loi organise ; que l'alternative aux demandes de mort (l'accès aux soins, au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs) n'existe pas en pratique dans ces établissements ; et que les pressions, familiales, économiques et institutionnelles, qui pèsent sur ces personnes ne peuvent être décelées par la procédure instituée. La posture de l'exposante est claire : elle ne conteste pas au législateur le pouvoir de légiférer, mais elle rappelle que celui-ci ne saurait, sans priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004), ouvrir l'acte le plus irréversible qui soit à une population dont il connaît la vulnérabilité, sans aucune garantie propre à cette vulnérabilité.

PLAN DE LA CONTRIBUTION

I. Présentation de l'exposante et objet de son intervention

II. Observations liminaires : la réalité des résidents d'EHPAD

A. Une entrée en établissement qui n'est le plus souvent pas choisie

B. Des personnes poly-pathologiques dont les troubles cognitifs demeurent massivement non diagnostiqués

C. Des carences de soins structurelles, jusqu'à l'absence de soins palliatifs

D. Un contexte économique, familial et institutionnel propice aux pressions

III. Discussion

Premier moyen. Un critère d'exclusion (le discernement « gravement altéré ») indéterminé et sans précédent, et une volonté « libre et éclairée » privée de toute garantie effective de vérification (art. 4 et 6)

Deuxième moyen. Un accès effectif, gratuit et opposable à la mort, sans garantie d'accès effectif aux soins : méconnaissance du droit à la protection de la santé et rupture d'égalité (art. 5, 7, 14 et 18)

Troisième moyen. Des garanties illusoires contre les pressions et l'absence de tout contrôle avant l'acte (art. 6, 9, 12 et 15)

IV. À titre subsidiaire : les réserves d'interprétation

V. Conclusions

Références citées

I. PRÉSENTATION DE L'EXPOSANTE ET OBJET DE SON INTERVENTION

4. L'association « MCOOR » est une association déclarée le 8 octobre 2015 à la Préfecture de Police de Paris, dont le siège est fixé à Paris au 9 rue de la Santé. Elle a pour objet de susciter l'échange entre médecins coordonnateurs d'EHPAD, de les assister dans leurs missions et leur formation, de promouvoir une réflexion éthique et prédictive dans le secteur médico- sociale et de représenter ses adhérents auprès des instances publiques ou privées. Elle a porté la voix de ces praticiens à chaque étape du débat parlementaire, notamment par une enquête nationale conduite en 2023 sur la fin de vie en établissement.

5. L'intérêt de l'exposante à intervenir tient à la place que la loi assigne aux EHPAD. L'article 7 désigne expressément les établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles parmi les lieux d'administration de la substance létale ; l'article 14 fait obligation au responsable de l'établissement d'y permettre l'intervention des professionnels chargés de la procédure. Or un quart des décès annuels en France concernent des résidents d'EHPAD (Drees, enquête EHPA 2019), et l'analyse des critères d'éligibilité de l'article 4 révèle qu'ils peuvent s'appliquer à plus d'un tiers des résidents, atteints en moyenne de huit

pathologies, dont au moins une affection grave, évolutive et incurable. Les EHPAD seront ainsi, de fait, l'un des premiers terrains d'application de la loi. C'est au nom de cette réalité, que les médecins coordonnateurs connaissent de l'intérieur, que l'exposante intervient.

6. La présente contribution ne porte donc pas sur l'ensemble du dispositif. Elle se concentre sur un défaut structurel : la loi présuppose un sujet libre, informé, diagnostiqué et soigné, disposant d'une alternative réelle à la demande de mort. Or la population des EHPAD, telle que la documentent le Défenseur des droits, l'Inspection générale des affaires sociales, la Cour des comptes et le Sénat, ne correspond en rien à ce présupposé, et la loi ne comporte aucune garantie particulière à son endroit. Les moyens qui suivent en tirent les conséquences constitutionnelles.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES : LA RÉALITÉ DES RÉSIDENTS D'EHPAD

A. Une entrée en établissement qui n'est le plus souvent pas choisie

7. Dans son rapport de mai 2021 sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, le Défenseur des droits constate que « la décision de vivre en EHPAD résulte moins souvent d'un libre choix de la personne âgée, que de contraintes liées à l'impossibilité pour elle de rester à son domicile ». L'entrée en établissement a souvent lieu en urgence, sans préparation préalable ; la demande émane fréquemment des proches ou des professionnels si la personne âgée est isolée. Le même rapport relève un non-respect fréquent de la procédure de conclusion du contrat de séjour (de nombreux contrats ne sont pas signés, ou le sont par une personne autre que le résident ou son représentant légal) ainsi qu'un recours très fréquent à des demandes de mise sous protection juridique du futur résident, sans analyse de l'opportunité ni de la proportionnalité de la mesure. Le constat est si préoccupant que la Défenseure des droits a recommandé un audit externe de la validité des contrats de séjour de toutes les personnes accueillies et la désignation, dans chaque établissement, d'un référent chargé de veiller à la recherche effective du consentement des résidents (recommandations n° 1 et n° 8 du rapport précité) : lorsqu'une autorité constitutionnelle indépendante doit recommander la vérification systématique de la validité des consentements déjà donnés, c'est que le consentement, dans ces établissements, ne va pas de soi.

8. Le Défenseur des droits souligne encore que la relation entre résidents et soignants est marquée « par une profonde asymétrie d'information et de pouvoir, ce qui peut inciter les premiers à s'en remettre à la volonté des seconds », et que la faculté à consentir librement apparaît « inversement proportionnelle à la vulnérabilité des personnes ». L'ampleur du phénomène est mesurée par le rapport de mission des professeurs Jeandel et Guérin (juin 2021) : huit résidents sur dix présentent des troubles de la cohérence, quand 28 % seulement font l'objet d'une mesure de protection juridique. Pour plus de la moitié des résidents, l'aptitude à consentir est ainsi compromise sans qu'aucun cadre protecteur n'entoure l'expression de leur volonté. Telle est la donnée première que la loi ignore : pour la population

à laquelle elle s'appliquera d'abord, le consentement n'a déjà pas été recueilli, ou pas valablement, pour la décision incomparablement moins grave qu'est le choix du lieu de vie. Présumer que la même personne formera « librement » la demande de mourir, dans le même lieu et dans la même relation d'asymétrie, ne repose sur rien.

B. Des personnes poly-pathologiques dont les troubles cognitifs demeurent massivement non diagnostiqués

9. Les résidents d'EHPAD sont des personnes malades. Selon le rapport Jeandel-Guérin, ils cumulent 7,9 pathologies en moyenne ; 59 % sont évalués en GIR 1 et 2 ; 57 % sont atteints d'une maladie neuro-évolutive, dont la maladie d'Alzheimer, et l'évaluation PATHOS identifie une affection démentielle chez 66 % d'entre eux ; 14 %, soit plus de 82 000 personnes, requièrent des soins médicaux et techniques importants. Le Défenseur des droits relève pour sa part que 80 % des résidents sont classés en GIR 1 à 4, que 260 000 souffrent d'une maladie neuro-dégénérative et que 28 % font l'objet d'une mesure de protection juridique. Surtout, l'état cognitif de cette population est massivement méconnu : on estime à 1 400 000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en France, dont 435 000 seulement sont diagnostiquées et prises en charge au titre d'une affection de longue durée ; plus de la moitié des résidents d'EHPAD n'ont pas de diagnostic posé. Le discernement de ces personnes n'est pas seulement altéré : il est fluctuant, sensible à la douleur, aux épisodes confusionnels, aux traitements, à l'heure du jour.

10. La loi n'ignore pas la difficulté : son article 6 dispose que la personne « dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée ». Mais cette garantie est doublement défaillante. En premier lieu, le critère lui-même est insaisissable. L'adverbe « gravement » ne correspond à aucune catégorie éprouvée du droit français : le code pénal distingue l'abolition et l'altération du discernement (article 122-1), le code civil exige une altération, médicalement constatée, des facultés de nature à empêcher l'expression de la volonté (article 425), le code de la santé publique raisonne sur la personne « hors d'état d'exprimer sa volonté » ; aucun texte ne définit le seuil au-delà duquel une altération deviendrait « grave », aucun référentiel médical n'y correspond, et la qualification est abandonnée à l'appréciation d'un seul médecin. A contrario, la personne dont le discernement est altéré, mais pas « gravement », sera réputée apte à vouloir sa mort de façon libre et éclairée : le texte inverse ainsi la logique protectrice de tout le droit des incapacités. En second lieu, la loi n'organise rien pour identifier l'altération : aucune évaluation neuro-cognitive ou gériatrique n'est exigée ; le médecin qui reçoit la demande peut être extérieur à l'établissement et tout ignorer de l'état cognitif réel du résident ; le médecin spécialiste appelé au collège est dispensé d'examiner la personne « s'il ne l'estime pas nécessaire » ; et les professionnels de l'établissement, qui observent le résident jour et nuit, ne sont associés à la procédure qu'à titre facultatif. Un critère subjectif, sans seuil défini ni instrument de vérification, n'est pas une garantie : c'est une clause de style.

C. Des carences de soins structurelles, jusqu'à l'absence de soins palliatifs

11. La faiblesse effective du droit à la santé en EHPAD est documentée, dans des termes convergents, par l'ensemble des rapports publics récents. La Cour des comptes constate que les besoins en soins palliatifs ne sont couverts qu'à hauteur de 50 % de leur estimation maximale et que l'accès « reste très largement insuffisant en ville et en EHPAD » : alors qu'environ 48 000 personnes décèdent chaque année en EHPAD d'une affection susceptible de nécessiter des soins palliatifs, et que 59 % des personnes qui y meurent seraient susceptibles d'en bénéficier, les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs n'y représentent que 8 % de leur activité et ne bénéficient qu'à environ 6 400 résidents par an, l'hospitalisation à domicile à environ 7 600 : soit, ensemble, moins d'un décès de résident sur dix (« Les soins palliatifs », communication à l'Assemblée nationale, juillet 2023). La Cour identifie « le manque de personnel soignant formé, en particulier en EHPAD » comme l'une des principales difficultés, et relève que les plans nationaux successifs, s'agissant des EHPAD, ne comportent ni mesures précises ni chiffrées, la mesure consacrée au développement des soins palliatifs en EHPAD renvoyant à un simple groupe de travail. Le rapport Jeandel-Guérin recommande, révélant par là même leur absence, une présence infirmière 24 h/24 dans tous les EHPAD et l'accessibilité permanente des médications nécessaires aux soins palliatifs et à la fin de vie. Le Sénat, enfin, décrit un modèle « à reconstruire » : 66 % des EHPAD étaient déficitaires en 2023 contre 27 % en 2020, un tiers des établissements n'a pas de médecin coordonnateur, et le taux d'encadrement soignant, 3,7 équivalents temps plein pour 10 résidents, demeure très inférieur à la cible de 8 pour 10 jugée nécessaire par la commission des affaires sociales (rapport n° 778, 25 septembre 2024).

12. À ces constats s'ajoutent ceux du Défenseur des droits (défaillances régulières de l'accompagnement sanitaire : coordination des soins, prise en charge médicamenteuse et nocturne, transferts aux urgences, accompagnement de la fin de vie ; équipes mobiles de soins palliatifs surchargées qui « n'ont pas les moyens d'accomplir cette mission au sein des EHPAD ») et de l'Inspection générale des affaires sociales (carences en temps médical et paramédical, passages « par défaut » aux urgences où la mortalité des personnes âgées ayant passé une nuit sur un brancard est près de deux fois supérieure, EHPAD « très sous-équipés en termes d'organisation, de personnels et de compétences » pour l'accompagnement palliatif). Le référentiel d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la Haute Autorité de santé ne comporte, parmi ses dix-huit critères impératifs, aucun critère relatif à l'évaluation, au traitement ou au soulagement de la douleur, ni à la mise en place de soins palliatifs ; et le Centre national de ressources de lutte contre la douleur fait état d'un délai de six à douze mois pour obtenir une consultation spécialisée de la douleur. Dans le même temps, la procédure instituée par la loi déférée permet l'administration de la substance létale moins de trois semaines après la formalisation de la demande : quinze jours au plus pour la décision du médecin (article 6, III), deux jours de réflexion (article 6, IV).

Pour un résident d'EHPAD, l'accès à la mort sera ainsi, de très loin, plus rapide que l'accès au soulagement de sa douleur.

D. Un contexte économique, familial et institutionnel propice aux pressions

13. Le sentiment d'être une charge est l'un des principaux ressorts des demandes de mort chez les personnes âgées dépendantes ; il est aggravé par le poids financier de l'hébergement sur les familles. Une enquête nationale conduite en 2023 par le réseau MCOOR a révélé qu'en l'absence de soins palliatifs accessibles dans les EHPAD, les demandes d'euthanasie émanant des familles augmentaient de 24 %. Le Comité consultatif national d'éthique a lui-même averti, dans son avis n° 139 du 13 septembre 2022, que les difficultés économiques, couplées à la charge démographique croissante des personnes âgées, « peuvent induire dans la société une tentation de ne pas prolonger la vie de personnes perçues comme "inutiles" en raison de leur grand âge et de leur grande dépendance », et que l'institution de l'aide à mourir comme un droit risque, pour les plus fragiles, « d'être ressenti comme une injonction ». Ce contexte est entretenu par la contrainte qui étreint les établissements eux-mêmes : les deux tiers des EHPAD sont déficitaires (Sénat, rapport précité), les moyens qui leur sont alloués sont revalorisés à un taux inférieur à l'inflation (arrêté du 9 juin 2026), certains dispositifs de soins ont cessé d'être remboursés, tandis que la loi déférée met l'aide à mourir intégralement à la charge de l'assurance maladie, sans ticket modérateur ni franchise (article 18).

14. Ces pressions, familiales, économiques et institutionnelles, ne se lisent sur aucun dossier médical. Elles ne peuvent être décelées que par ceux qui connaissent le résident et son environnement : le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'établissement, qui l'observent quotidiennement, recueillent ses confidences et assistent aux visites qu'il reçoit. Or la loi ne leur donne aucune place obligatoire dans la procédure, ne prévoit aucune vérification de l'absence de pression avant le jour même de l'administration, et ne fait intervenir son contrôle qu'après la mort. La suite de la présente contribution démontre que ces lacunes privent de garanties légales les exigences constitutionnelles applicables.

III. DISCUSSION

15. Les moyens qui suivent procèdent d'une même idée : la loi déférée applique à la population la plus vulnérable qui soit, celle des EHPAD, un dispositif conçu pour un sujet abstrait, libre, diagnostiqué et soigné, sans aucune des garanties que cette vulnérabilité exige. Le premier moyen établit que la condition de volonté « libre et éclairée » repose sur un critère d'exclusion indéterminé et est privée de toute garantie effective de vérification. Le deuxième établit que la loi garantit l'accès effectif à la mort sans garantir l'accès effectif aux soins, en méconnaissance du droit à la protection de la santé et du principe d'égalité. Le troisième établit que les garanties contre les pressions sont illusoires et que le contrôle institué, exercé après la mort, ne protège personne. Les références aux articles renvoient au texte n° 323 adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026.

PREMIER MOYEN. En ce qu'ils subordonnent l'aide à mourir à une volonté « libre et éclairée » dont la seule cause d'exclusion, le discernement « gravement altéré », repose sur un critère indéterminé, sans précédent identifié en droit français et abandonné à l'appréciation d'un seul médecin, sans évaluation neuro-cognitive obligatoire, sans examen obligatoire par le médecin spécialiste et sans association de l'équipe qui soigne la personne, les articles 4 et 6 méconnaissent l'étendue de la compétence du législateur et privent de garanties légales les exigences de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de protection des personnes vulnérables

16. *Norme de référence et renvoi à la saisine.* La sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994). Le législateur ne saurait priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004). Il lui incombe d'exercer pleinement la compétence que lui confie l'article 34 de la Constitution et d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques, conformément à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi (décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999), exigence d'autant plus impérieuse que sont en cause la liberté personnelle et la vie. Pour les décisions médicales susceptibles de conduire au décès, le Conseil exige enfin que la procédure soit entourée de garanties suffisantes (décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 17 ; n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, § 15). L'exposante souscrit à la démonstration de la saisine sur l'insuffisance des garanties entourant l'appréciation de la volonté ; elle y renvoie et entend seulement l'éclairer du point de vue des résidents d'EHPAD.

17. *Le dispositif.* Le 5° de l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique, créé par l'article 4, exige que la personne soit « apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée » ; l'article 6 précise que celle « dont le discernement est gravement altéré » ne peut être reconnue comme telle. Ce critère d'exclusion est indéterminé. Son adverbe est sans précédent identifié dans la législation française : ni le code pénal, qui distingue l'abolition et l'altération du discernement (article 122-1), ni le code civil, qui exige une altération médicalement constatée de nature à empêcher l'expression de la volonté (article 425), ni le code de la santé publique, qui raisonne sur la personne « hors d'état d'exprimer sa volonté », ne connaissent de degré de « gravité » de l'altération du discernement ; la loi n'en définit ni le seuil, ni les modalités de constatation, et aucun référentiel médical validé n'y correspond. Il en résulte, a contrario, que la personne dont le discernement est altéré, dès lors que cette altération n'est pas jugée « grave » par le médecin, sera réputée apte à vouloir sa mort de façon libre et éclairée. La vérification de cette condition est de surcroît confiée au seul médecin saisi de la demande, qui peut être étranger à la prise en charge de la personne, sans qu'aucune évaluation neuro-cognitive ne soit exigée ; le médecin spécialiste de la pathologie, membre du collège, examine la personne « sauf s'il ne l'estime pas nécessaire » ; le collège, que le médecin compose lui-même et peut réunir par visioconférence, ne rend qu'un avis qui ne le lie pas ; et

les professionnels des établissements médico-sociaux qui prennent en charge la personne ne peuvent être conviés qu'à la discrétion de ce même médecin (article L. 1111-12-4, II, 2°). En abandonnant ainsi au pouvoir médical la définition de la condition qui commande l'accès à un acte létal, le législateur est resté en deçà de sa propre compétence.

18. *Ce que la réalité des EHPAD ajoute à la démonstration.* Appliquée à une population dont plus de la moitié présente des troubles neuro-cognitifs sans diagnostic posé et dont huit membres sur dix présentent des troubles de la cohérence (supra, § 8 et 9), l'exclusion des personnes au discernement « gravement altéré » est dépourvue de toute effectivité : faute de seuil défini et d'évaluation obligatoire, le résident non diagnostiqué franchira le critère que la loi prétend lui opposer, et deux médecins pourront, face au même résident, qualifier différemment la même altération. La vérification d'une volonté « libre » est tout aussi illusoire à l'égard de personnes dont l'entrée même dans l'établissement n'a pas procédé d'un libre choix et dont le consentement n'a souvent jamais été valablement recueilli (supra, § 7 et 8) : le Défenseur des droits a montré que la faculté à consentir décroît à proportion de la vulnérabilité et que l'asymétrie de la relation de soin incite le résident à s'en remettre à la volonté d'autrui. Quant au caractère « éclairé » de la volonté, il suppose une information sur des alternatives (soins palliatifs, traitement de la douleur) dont il est établi (supra, § 11 et 12) qu'elles sont, en EHPAD, hors d'atteinte. La loi érige ainsi en garantie centrale une condition dont, pour cette population, aucun des trois termes (apte, libre, éclairée) ne peut être vérifié dans les conditions qu'elle organise.

19. Le contraste avec le droit commun de la protection des majeurs achève la démonstration. Pour placer une personne sous curatelle ou tutelle, mesure qui n'affecte, pour l'essentiel, que la gestion de ses intérêts, la loi exige un certificat circonstancié rédigé par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République (article 431 du code civil). Pour l'acte irréversible entre tous, la loi déférée n'exige rien de tel : le recours à un médecin inscrit sur cette liste n'est qu'une faculté, ouverte dans le seul cas où la personne fait déjà l'objet d'une mesure de protection (article L. 1111-12-4, II, 3°). Le patrimoine des personnes vulnérables se trouve ainsi mieux protégé que leur vie. Pour ces motifs, les articles 4 et 6 doivent être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la première réserve d'interprétation.

DEUXIÈME MOYEN. En ce qu'elle rend l'aide à mourir effective, gratuite et opposable aux établissements qui hébergent les personnes âgées dépendantes, sans garantir à ces mêmes personnes l'accès effectif aux soins, au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs qui préviendraient les demandes de mort, la loi méconnaît le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 et le principe d'égalité (articles 5, 7, 14 et 18)

20. *Norme de référence.* Aux termes du onzième alinéa du Préambule de 1946, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé » ; le Conseil en a consacré la valeur constitutionnelle (décision n° 90-283 DC du 8

janvier 1991). Le principe d'égalité devant la loi résulte de l'article 6 de la Déclaration de 1789. La Cour européenne des droits de l'homme a jugé que « l'accès à des soins palliatifs de qualité, notamment une gestion effective de la douleur, est essentiel pour assurer une fin de vie digne » (CEDH, *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024, § 154).

21. *Le dispositif.* La loi organise une asymétrie normative complète entre la mort et le soin. D'un côté, l'aide à mourir est érigée en droit (articles 2 et 3), enserrée dans des délais brefs, intégralement prise en charge par l'assurance maladie sans ticket modérateur ni franchise (article 18), et rendue opposable aux établissements médico-sociaux, dont le responsable « est tenu » de permettre l'intervention des professionnels qui y concourent (article 14, II). De l'autre, les soins palliatifs ne font l'objet que d'une information et d'une obligation conditionnelle : le médecin s'assure que la personne puisse y avoir accès… « si elle le souhaite » (article 5), sans qu'aucun délai, aucune opposabilité ni aucun financement n'en garantisse la réalité.

22. *L'application aux résidents d'EHPAD.* Cette asymétrie, déjà critiquable dans l'abstrait, devient une rupture caractérisée d'égalité lorsqu'elle s'applique aux résidents d'EHPAD. Il est établi (supra, § 11 et 12) que ces personnes n'ont pas accès aux mêmes soins que la population générale : besoins en soins palliatifs couverts pour moitié seulement selon la Cour des comptes, équipes mobiles dont les interventions ne couvrent pas un décès de résident sur dix, un tiers des établissements sans médecin coordonnateur, présence infirmière de nuit non généralisée (le rapport Jeandel-Guérin recommandant encore de doter tous les EHPAD d'une permanence infirmière 24 h/24), délais de six à douze mois pour une consultation douleur quand la substance létale peut être administrée en moins de trois semaines. Pour cette population, la loi ne crée donc pas une liberté de choisir entre vivre soigné et mourir : elle garantit la seconde branche de l'alternative et laisse la première à l'état de promesse. Le droit constitutionnel à la protection de la santé des « vieux travailleurs », expressément nommés par le Préambule, se trouve inversé : la seule prestation dont l'accès leur soit juridiquement garanti, financée et opposable, est celle qui met fin à leur vie.

23. La liberté du consentement s'en trouve viciée à l'échelle d'une population entière : une volonté qui s'exprime sans alternative réelle n'est pas libre au sens du 5° de l'article L. 1111-12-2, et choisir la mort faute de soins n'est pas choisir. Les articles 5, 7, 14 et 18 doivent, dans cette mesure, être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la deuxième réserve d'interprétation.

TROISIÈME MOYEN. En ce que la vérification de l'absence de pression est reportée au jour même de l'administration de la substance létale et confiée au seul professionnel qui y procède, que l'équipe soignante de l'établissement n'a aucune place obligatoire dans la procédure, que le recours est réservé au seul demandeur et que le contrôle institué n'intervient qu'après la mort, les articles 6, 9, 12 et 15 privent de garanties légales les

exigences de protection des personnes vulnérables et le droit à un recours juridictionnel effectif

24. *Norme de référence et renvoi à la saisine.* Le droit à un recours juridictionnel effectif découle de l'article 16 de la Déclaration de 1789 (décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996). Lorsqu'une décision médicale est susceptible de conduire au décès, le Conseil a jugé que ce droit impose qu'elle puisse être contestée en temps utile, aux fins de suspension éventuelle (décisions n° 2017-632 QPC, § 17 ; n° 2022-1022 QPC, § 15). La Cour européenne des droits de l'homme a constaté une violation de l'article 2 de la Convention à raison, notamment, des carences d'un contrôle exercé après le décès par une instance insuffisamment indépendante (CEDH, *Mortier c. Belgique*, 4 octobre 2022). L'exposante souscrit à la démonstration de la saisine ; elle y renvoie et l'éclaire du point de vue des établissements.

25. *Le dispositif.* La loi ne prévoit aucune vérification de l'absence de pression avant la décision : c'est seulement « le jour de l'administration de la substance létale » que le médecin ou l'infirmier veille à ce que la personne ne subisse « de la part des personnes qui l'entourent aucune pression » (article L. 1111-12-7, I, 1° bis, créé par l'article 9), vérification confiée à un professionnel qui, le plus souvent, découvre la personne ce jour-là, dans l'instant le moins propice à toute rétractation. La décision favorable n'est notifiée qu'au demandeur ; nul autre que lui ne peut la contester (article 12), la seule exception bénéficiant, dans un délai de deux jours, à la personne chargée d'une mesure de protection juridique. Le contrôle de la commission instituée par l'article 15 s'exerce « a posteriori », une fois la personne décédée, sur les pièces établies par le médecin qui a lui-même conduit la procédure.

26. *Ce que la réalité des EHPAD ajoute à la démonstration.* Les pressions qui s'exercent sur les résidents sont documentées (supra, § 13) : sentiment d'être une charge, difficultés financières des familles (l'enquête MCOOR de 2023 établissant qu'en l'absence de soins palliatifs accessibles les demandes d'euthanasie émanant des familles augmentent de 24 %), asymétrie de la relation de soin, contrainte budgétaire pesant sur des établissements dont les deux tiers sont déficitaires. Ceux qui peuvent déceler ces pressions sont connus : le médecin coordonnateur et l'équipe soignante, présents auprès du résident jour et nuit, témoins de ses revirements, de ses silences et des visites qu'il reçoit. Or la loi ne leur reconnaît ni participation de droit au collège (simple faculté de l'article 6), ni notification de la décision, ni qualité pour saisir un juge : le professionnel qui constaterait une pression dans les jours précédant l'acte ne dispose d'aucune voie de droit pour en saisir quiconque en temps utile. Quant au contrôle a posteriori, l'expérience étrangère en confirme l'inanité : en Belgique, la commission fédérale de contrôle et d'évaluation, statuant après l'acte, n'a transmis qu'un seul dossier à la justice en plus de vingt ans. Un contrôle qui ne peut ni prévenir, ni corriger, ni suspendre ne protège personne : il constate.

27. Pour ces motifs, les articles 6, 9, 12 et 15 doivent être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la troisième réserve d'interprétation.

IV. À TITRE SUBSIDIAIRE : LES RÉSERVES D'INTERPRÉTATION

28. Si le Conseil ne prononçait pas la censure, l'exposante le prie de subordonner la conformité de la loi aux réserves suivantes, qui traduisent les garanties minimales sans lesquelles les exigences constitutionnelles analysées ci-dessus demeureraient privées d'effectivité à l'égard des résidents d'EHPAD.

29. *Première réserve (articles 4 et 6).* Les articles 4 et 6 ne sauraient être interprétés que comme faisant obstacle à la reconnaissance d'une volonté libre et éclairée en présence de toute altération du discernement médicalement constatée, l'appréciation de l'altération étant conduite selon un référentiel défini par la Haute Autorité de santé ; ils imposent, lorsque la personne est hébergée dans un établissement mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présente des signes d'altération cognitive, une évaluation gériatrique et neurocognitive préalable, réalisée par un médecin compétent qui examine personnellement la personne ; le médecin spécialiste membre du collège ne saurait être dispensé de cet examen ; le médecin coordonnateur de l'établissement et un membre de l'équipe soignante qui prend en charge la personne sont associés au collège pluriprofessionnel et entendus par celui-ci.

30. *Deuxième réserve (articles 5, 7, 14 et 18).* Ces articles ne sauraient être interprétés que comme subordonnant la poursuite de l'examen de la demande à la constatation, par le médecin, que la personne a eu un accès effectif, dans un délai compatible avec son état, à une évaluation par une équipe compétente en soins palliatifs et en traitement de la douleur et, si elle l'a acceptée, à une prise en charge adaptée, le refus libre et éclairé de cette prise en charge étant seul de nature à en dispenser ; l'obligation faite aux établissements de permettre l'aide à mourir ne saurait recevoir application dans un établissement où l'accès effectif aux soins palliatifs n'est pas assuré.

31. *Troisième réserve (articles 6, 9, 12 et 15).* Ces articles ne sauraient être interprétés que comme imposant la vérification de l'absence de pression dès l'instruction de la demande et avant la décision du médecin, et non au seul jour de l'administration ; lorsque la personne est hébergée en établissement, les observations du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante sont recueillies ; la décision favorable est notifiée, outre au demandeur, à la personne de confiance et au médecin coordonnateur de l'établissement, dans des conditions leur permettant de saisir en temps utile le juge, dont la saisine, intervenant avant l'acte, suspend la procédure.

V. CONCLUSIONS

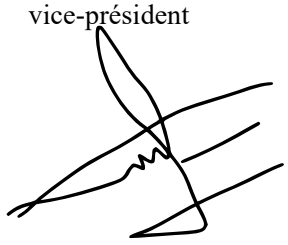
32. Les médecins que réunit l'exposante ne parlent pas de la fin de vie de manière abstraite : ils la soignent et l'accompagnent, chaque jour, dans les établissements où survient plus du quart des décès de ce pays. Ils savent, pour cette raison, ce que la présente contribution a voulu établir : que la volonté d'un résident d'EHPAD ne peut être dite libre et éclairée sans être vérifiée par ceux qui le connaissent, ni exclue sur le fondement d'un critère que nul ne sait définir ; que nul ne choisit librement la mort quand le soulagement de sa douleur est à douze mois et la substance létale à trois semaines ; et qu'une société qui garantit aux personnes âgées dépendantes l'accès effectif à la mort avant de leur garantir l'accès effectif aux soins inverse l'ordre de ses obligations. Ils ne réclament pas pour leurs résidents un jour de plus, mais un jour de mieux ; la loi déférée leur répond par la possibilité d'un jour de moins.

33. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, l'exposante conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraires à la Constitution les articles 4, 5, 6, 9, 12, 14, 15 et 18 de la loi relative au droit à l'aide à mourir, ainsi que, par voie de conséquence, les dispositions qui en sont inséparables ; à titre subsidiaire, n'admettre leur conformité que sous le bénéfice des réserves d'interprétation énoncées en partie IV, en particulier l'exigence d'une évaluation neuro-cognitive préalable, la garantie d'un accès effectif aux soins palliatifs préalable à toute poursuite de la procédure et la vérification de l'absence de pression en amont de la décision ; en tout état de cause, tenir pour établi qu'appliquée aux personnes hébergées en EHPAD sans aucune garantie propre à leur vulnérabilité, la loi méconnaît l'étendue de la compétence du législateur et prive de garanties légales les exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité, de protection de la santé et de recours effectif.

34. L'exposante se tient à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour l'association « MCOOR »,
Docteur Durel Gael
vice-président



RÉFÉRENCES CITÉES

I. Décisions du Conseil constitutionnel

Décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 ; n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 ; n° 96-373 DC du 9 avril 1996 ; n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004 ; n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 ; n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022.

II. Juridictions et organes internationaux

Cour européenne des droits de l'homme : *Mortier c. Belgique*, 4 octobre 2022 ; *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024.

III. Avis et rapports publics

Défenseur des droits, rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD », 4 mai 2021. Cour des comptes, « Les soins palliatifs. Une offre de soins à renforcer », communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juillet 2023. Pr Claude Jeandel et Pr Olivier Guérin, « USLD et EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents », rapport de mission, juin 2021. Sénat, commission des affaires sociales, rapport d'information n° 778 (2023-2024) sur la situation des EHPAD, « EHPAD : un modèle à reconstruire », 25 septembre 2024. Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2023-014R, « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire », février 2024. Comité consultatif national d'éthique, avis n° 139 du 13 septembre 2022. Observatoire national de la fin de vie, rapport 2011. Haute Autorité de santé, référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2022. Drees, enquêtes EHPA 2015 et 2019. Centre national de ressources de lutte contre la douleur, données relatives aux délais d'accès aux consultations douleur. MCOOR, enquête nationale sur la fin de vie en EHPAD, 2023.

IV. Textes

Code de la santé publique : art. L. 1110-5, L. 1110-10, L. 1111-6 (personne de confiance) et L. 1110-5-2 (sédation profonde et continue) ; art. L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13, créés par la loi déférée. Code de l'action sociale et des familles : art. L. 311-3, L. 311-4 et L. 312-1. Code civil : art. 425 et suivants, art. 431. Code pénal : art. 122-1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : art. 6 et 16. Préambule de la Constitution de 1946 : al. 10 et 11. Constitution du 4 octobre 1958 : art. 34. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ; loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 ; loi n° 2016-87 du 2 février 2016 ; arrêté du 9 juin 2026 relatif aux moyens alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

M. Didier Guérin

Paris, le 17 juillet 2026

Madame la Secrétaire générale
du Conseil constitutionnel

2, rue de Montpensier
75001 – Paris

Madame la secrétaire générale,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les observations que suscitent de ma part les implications pénales de la loi sur l'aide à mourir qui vient d'être déférée à votre Conseil.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir partager les réflexions qui suivent avec les membres du Conseil constitutionnel au titre de la contribution extérieure.

Vous remerciant vivement de l'attention que vous prêterez à ce document, je vous prie de croire, Madame la Secrétaire générale, à ma haute considération.

Didier Guérin

Contribution extérieure relative à la constitutionnalité de la loi sur l'aide à mourir.

La loi sur le droit à l'aide à mourir qui vient d'être déférée au Conseil constitutionnel concerne un enjeu essentiel : offrir aux personnes un nouveau mode de fin de vie. Rien ne doit être à cet égard laissé à l'approximation et ce, au premier chef, pour la protection de ceux qui vont mettre à disposition ou administrer la substance létale nécessaire. Au-delà des principes posés par le législateur, il convient donc d'anticiper son application et d'envisager les risques de dévoiement.

La mise en œuvre de la loi risque en effet de susciter des contentieux pénaux postérieurement à des décès de personnes par euthanasie ou par suicide assistée, J'ai examiné ces questions dans un article intitulé « aide à mourir et risque pénal », paru à la revue de droit pénal – LexisNexis(septembre 2025, pages 9 à 13)), traitant notamment des incriminations pénales qui pourront être mises en œuvre à la suite d'une mort aidée, notamment du crime d'empoisonnement, et je maintiens totalement les termes des préoccupations que j'y exprimais.

Je reviens ici brièvement sur certains points.

Pose question sur le plan pénal le caractère général et imprécis de certaines dispositions de la loi, ce qui est problématique pour un texte qui organise une forme d'immunité pénale. La loi a une clef de voûte au II de l'article L. 1111-12-1 du Code de la santé publique qui prévoit que les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions de fond et de forme 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.

Le texte suppose donc que l'ensemble des conditions posées par la loi soient scrupuleusement respectées pour que les participants à l'aide à mourir échappent au risque de poursuites pénales, voire de condamnations, à l'occasion de procédures pénales qui seront engagées à posteriori, le plus souvent par des ayants droit d'une personne ayant bénéficié d'une aide à mourir.

Pourra être ainsi être contestée devant le juge pénal l'aide procurée à un patient encore éloigné de la fin de sa vie au regard des possibilités médicales actuelles. Dès lors qu'il n'y a pas de seuil temporel ouvrant la possibilité du recours à l'aide, l'existence d'une affection pouvant être considérée comme 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 » pourra être sujette à des interprétations différentes, voire divergentes, ce qui peut poser question au regard du principe de légalité .Cette périphrase compliquée a conduit récemment M François Stasse, conseiller d'État honoraire, membre du comité consultatif national d'éthique à écrire : « Nostalgie du verbe qui guida la rédaction du code civil en 1804 ! Il en résulte un texte qui n'est pas clair sur le critère qui valide la légalité de l'acte létal. » (site Telos, 13 juillet 2026)..

Le médecin prescripteur pourra aussi être mis en cause pénalement si l'existence de volonté éclairée qu'il a constatée est remise en cause par une expertise psychiatrique produite à l'appui d'une plainte ultérieure.

En outre, le médecin qui fournira l'aide à mourir sans respecter toutes les obligations d'information prévues par l'article L111-12-3, II du Code de la santé publique tombera aussi sous le coup de la loi pénale. Il en sera de même s'il ne respecte pas les différents délais prévus par la loi.

De même, encourra un risque pénal le médecin qui ne veillera pas efficacement, alors même que la loi ne prévoit aucune modalité précise de vérification, à ce que le candidat à l'aide à mourir n'ait subi aucune pression dans sa démarche.

Le législateur a certes fait le choix de fonder le droit à l'aide à mourir sur l'autonomie de la personne mais n'a pas pris en compte l'entourage familial et amical qui peut la protéger contre une décision contraire à son intérêt. Il a ainsi ignoré que cet entourage, tenu à l'écart du processus d'aide à mourir, connaît la réalité de l'état de santé de l'intéressé et les conditions de son consentement à mourir. il peut savoir, par exemple, que l'intéressé a en réalité été victime d'un abus de faiblesse prévu et puni par l'article 223-15-2 du code pénal. Écarter l'entourage familial de la procédure préalable à l'aide à mourir, c'est donc d'une certaine manière ignorer le devoir de fraternité .C'est aussi ne pas prendre en compte la vulnérabilité de certains candidats à l'aide à mourir, alors que le Préambule de 1946 garantit la protection de la santé, reconnue comme objectif à valeur constitutionnelle *(décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991) ;* C'est en tout cas ne pas assurer une sécurité juridique au médecin prescripteur confronté à des situations humaines complexes.

On remarque par ailleurs le caractère insuffisamment protecteur du médecin qui a le pouvoir de prendre la décision motivée de procurer la mort à autrui, sans possibilité de recours préalable par quiconque : le médecin est en effet totalement exposé à des poursuites pénales ultérieures, risque qui aurait été écarté s'il avait été prévu une homologation judicaire de sa décision, ainsi que cela existe en matière de don d'organe.

Ces brèves observations expriment une inquiétude : la loi sur le droit à l'aide à mourir n'offre pas en l'état toutes les garanties de vigilance susceptibles de prévenir des applications déviantes du droit à l'aide à mourir alors que la mort d'une personne par euthanasie ou par assistance au suicide devrait être précédée d'une procédure inattaquable quant au respect des conditions de fond posées par la loi. Il apparaît donc légitime de se demander si le législateur a pleinement exercé ses compétences en ne fixant pas des règles précises, dans ce domaine particulièrement sensible et passionnel.

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ.

Services administratifs : 01 48 00 04 16
ADMD Écoute : 01 48 00 04 92
Fichier national des directives anticipées : 01 48 00 09 89

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Contribution extérieure de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

Affaire n° 2026-910 DC – Loi relative au droit à l'aide à mourir

La liberté jusqu'au bout de la vie : une exigence républicaine

—

Introduction

La loi relative au droit à l'aide à mourir soumise aujourd'hui au contrôle du Conseil constitutionnel constitue l'aboutissement d'un cheminement démocratique, éthique et juridique engagé depuis plus de quarante ans.

Elle ne surgit ni d'une émotion passagère ni d'une volonté circonstancielle du législateur.

Elle s'inscrit dans un mouvement profond de reconnaissance progressive des droits fondamentaux des personnes malades, de leur autonomie et de leur capacité à participer aux décisions qui engagent leur propre existence.

Depuis la fin du XXe siècle, le droit français a progressivement abandonné une conception paternaliste de la médecine selon laquelle le médecin décidait seul de ce qui devait être fait pour le patient.

Peu à peu, la personne malade est devenue un sujet de droit à part entière.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a consacré le consentement libre et éclairé comme principe cardinal de la relation de soins.

La loi du 22 avril 2005 a reconnu le droit de refuser un traitement, même lorsque ce refus est susceptible d'entraîner la mort.

La loi du 2 février 2016 a renforcé l'autonomie des personnes en fin de vie en consacrant le caractère contraignant des directives anticipées et en créant un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

À chacune de ces étapes, les mêmes inquiétudes ont été exprimées.

À chaque avancée, certains ont redouté un affaiblissement de la protection des personnes vulnérables, une remise en cause de la déontologie médicale ou une altération du respect dû à la vie humaine.

L'expérience a démontré que ces craintes ne se sont pas réalisées.

Au contraire, ces évolutions ont permis de mieux protéger les patients en leur reconnaissant davantage de droits et de liberté.

La loi aujourd'hui soumise au Conseil constitutionnel poursuit ce même mouvement.

130, rue La Fayette - 75010 Paris
infos@admd.org - admd.org - preparersafindevie.fr
admdFrance

Elle ne rompt pas avec la tradition juridique française ; elle en constitue le prolongement.

Elle ne remet pas en cause la valeur de la vie humaine ; elle reconnaît que la protection de cette valeur ne peut conduire à imposer à une personne consciente, lucide et atteinte d'une maladie grave et incurable de subir jusqu'à son terme une situation qu'elle considère elle-même comme contraire à sa dignité.

L'histoire des libertés publiques est celle d'une confiance progressivement accordée à la capacité de discernement des individus.

Elle est l'histoire de la reconnaissance de la liberté de conscience, de la liberté religieuse, de la liberté d'association, de la liberté matrimoniale, de la liberté de disposer de son corps dans les limites fixées par la loi, de la liberté de consentir ou de refuser des soins.

Aucune de ces conquêtes n'a été obtenue sans résistances.

Toutes ont néanmoins contribué à renforcer la dignité de la personne humaine en lui reconnaissant une capacité accrue à déterminer elle-même les choix essentiels de son existence.

La question posée aujourd'hui au Conseil constitutionnel est de même nature.

Peut-on considérer qu'une personne atteinte d'une affection grave et incurable, placée dans une situation médicale sans perspective d'amélioration, conserve le droit de décider elle-même des conditions de sa fin de vie lorsque toutes les garanties prévues par la loi sont réunies ?

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité estime que la Constitution appelle une réponse positive.

Elle considère que la dignité humaine et la liberté personnelle ne s'opposent pas.

Elle considère également que la protection des personnes vulnérables n'implique pas leur dessaisissement de toute autonomie.

Elle estime enfin que le législateur a organisé une conciliation équilibrée entre les libertés individuelles, la protection des personnes fragiles, les exigences de solidarité, la liberté de conscience des professionnels de santé et le respect des convictions de chacun.

Les griefs développés dans la saisine soutiennent, à divers titres, que le législateur aurait accordé une place excessive à la volonté individuelle du patient.

Cette analyse appelle une observation fondamentale.

Une démocratie fondée sur les droits de l'homme ne protège pas les personnes malgré leur liberté.

Elle les protège par leur liberté.

L'autonomie personnelle n'est pas l'adversaire de la dignité humaine.

Elle en constitue l'une des manifestations les plus essentielles.

C'est à la lumière de ce principe que doivent être examinés les différents griefs soulevés contre la loi déférée.

I. L'AUTONOMIE PERSONNELLE : UNE EXIGENCE CONSTITUTIONNELLE AU CŒUR DE LA DIGNITÉ HUMAINE

A. L'évolution du droit français a progressivement reconnu la capacité de chacun à déterminer les choix essentiels de son existence

La question aujourd'hui soumise au Conseil constitutionnel ne peut être appréciée indépendamment de l'évolution profonde du droit français au cours des dernières décennies.

Pendant longtemps, la relation de soin fut dominée par une logique paternaliste dans laquelle la décision médicale relevait presque exclusivement du médecin. Le patient était protégé, mais il était rarement associé à la détermination de son propre destin.

Cette conception a progressivement cédé la place à une approche fondée sur le respect de la personne en tant que sujet de droit.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a consacré le principe du consentement libre et éclairé. Le patient n'est plus l'objet du soin ; il en devient l'acteur principal.

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a marqué une nouvelle étape décisive en reconnaissant à toute personne le droit de refuser un traitement, y compris lorsque ce refus est susceptible d'entraîner la mort.

La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a prolongé ce mouvement en renforçant la portée des directives anticipées et en instituant le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

À chacune de ces étapes, le législateur a fait le choix de reconnaître à la personne malade une plus grande liberté dans les décisions qui concernent sa propre existence.

Aucune de ces réformes n'a été regardée comme contraire aux principes fondamentaux de notre ordre constitutionnel.

Au contraire, elles traduisent une progression constante vers une meilleure reconnaissance de l'autonomie personnelle comme composante de la dignité humaine.

La loi relative à l'aide à mourir ne constitue donc pas une rupture.

Elle s'inscrit dans une continuité historique et juridique qui conduit progressivement notre droit à reconnaître à chacun le pouvoir de participer aux décisions les plus intimes de sa vie.

B. L'autonomie personnelle est indissociable de la liberté et de la dignité de la personne humaine

La saisine soutient que le législateur aurait accordé une place excessive à la volonté individuelle du patient.

Une telle présentation conduit implicitement à opposer l'autonomie personnelle à la dignité humaine.

Or cette opposition est artificielle.

La dignité de la personne humaine ne saurait être réduite à la simple protection biologique de la vie.

Le principe de dignité trouve également son fondement dans la reconnaissance de chaque être humain comme personne libre, consciente, capable de choix et détentrice d'une égale valeur.

La liberté de conscience, le consentement aux soins, le respect de la vie privée, la liberté personnelle ou encore la liberté matrimoniale reposent sur une même idée fondamentale : certains choix appartiennent à l'individu lui-même parce qu'ils engagent son identité, ses convictions et sa conception de l'existence.

La fin de vie relève manifestement de cette catégorie.

Lorsqu'une personne atteinte d'une affection grave et incurable estime que les souffrances qu'elle endure ou l'état dans lequel elle se trouve sont devenus incompatibles avec sa propre conception de la dignité, cette appréciation ne peut être regardée comme juridiquement indifférente.

Il ne s'agit nullement d'ériger la volonté individuelle en valeur suprême.

Il s'agit de reconnaître qu'une société démocratique ne peut prétendre protéger la dignité d'une personne en lui refusant toute capacité de décision sur les circonstances les plus intimes de sa propre existence.

La dignité humaine n'est pas la négation de la liberté.

Elle en constitue au contraire l'une des expressions les plus essentielles.

C. La volonté libre et éclairée n'est pas un danger pour l'État de droit ; elle en est l'un des fondements

Les auteurs de la saisine paraissent considérer que la volonté du patient serait susceptible de devenir un principe dominant capable d'effacer toutes les autres exigences constitutionnelles.

Cette analyse ne correspond ni à l'économie générale du texte adopté ni à la tradition juridique française.

Dans notre droit, la reconnaissance de l'autonomie personnelle n'a jamais signifié l'absence de règles ou de garanties.

- Le consentement à un acte médical est encadré.
- Le refus de traitement est encadré.
- Le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès est encadré.

La même logique préside à la loi déférée.

Le législateur n'a jamais entendu affirmer qu'une simple volonté individuelle suffisait à justifier l'accès à l'aide à mourir.

Au contraire, il a subordonné l'exercice de cette faculté à un ensemble de conditions cumulatives particulièrement exigeantes : majorité du demandeur, affection grave et incurable, engagement du pronostic vital, caractère libre et éclairé de la volonté exprimée, procédure médicale collégiale, délais de réflexion, possibilité permanente de rétractation, réitération de la demande.

L'autonomie personnelle ne se substitue donc pas aux garanties. Elle s'exerce à travers elles.

Le véritable objet de la loi n'est pas de faire prévaloir la volonté contre le droit ; il consiste à déterminer dans quelles conditions le droit doit protéger la volonté librement exprimée d'une personne confrontée à une situation exceptionnelle.

D. Une démocratie protège les personnes par leur liberté et non contre leur liberté

L'histoire des libertés publiques est celle d'une confiance progressivement accordée à la capacité de discernement des individus.

La liberté d'opinion, la liberté de conscience, la liberté religieuse, la liberté d'association ou encore les droits des malades ont tous été contestés au moment de leur reconnaissance. À chaque étape, il a été soutenu que les individus risquaient de mal user de leur liberté.

Pourtant, la République n'a jamais considéré que la protection des citoyens devait passer par leur mise sous tutelle permanente.

La protection des personnes vulnérables constitue évidemment un objectif légitime et nécessaire. Mais elle ne saurait conduire à nier la capacité de décision de toutes celles et ceux qui demeurent pleinement aptes à exprimer une volonté libre et éclairée.

Une société qui considérerait qu'un individu est suffisamment libre pour refuser un traitement vital, suffisamment libre pour demander une sédation profonde jusqu'à son décès, mais insuffisamment libre pour décider des conditions de sa fin de vie dans les hypothèses strictement définies par la loi adopterait une position difficilement conciliable avec la cohérence de notre ordre juridique.

La liberté ne disparaît pas à mesure que la maladie progresse. La citoyenneté ne s'éteint pas aux portes de la fin de vie. La personne malade demeure titulaire de l'ensemble des droits et libertés que la Constitution garantit.

Le législateur a précisément entendu tirer les conséquences de cette réalité. En reconnaissant qu'une personne confrontée à une situation médicale sans issue puisse, sous le contrôle de garanties strictes, décider elle-même de son ultime trajectoire, il n'a pas méconnu la dignité humaine. Il a au contraire affirmé que cette dignité ne cesse pas lorsque la vie approche de son terme.

II. LA LOI RÉALISE UNE CONCILIATION ÉQUILIBRÉE ENTRE L'AUTONOMIE PERSONNELLE ET LA PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES

A. La protection des personnes vulnérables constitue l'une des finalités de la loi

La saisine soutient que la loi accorderait une place excessive à la volonté individuelle au détriment de la protection des personnes vulnérables. Elles invitent ainsi le Conseil constitutionnel à considérer que l'autonomie personnelle et la protection seraient des exigences contradictoires, entre lesquelles le législateur aurait arbitré au détriment des plus fragiles.

Une telle présentation ne correspond ni à l'esprit ni à l'économie générale du texte adopté.

La loi n'a pas été conçue malgré la vulnérabilité des personnes concernées. Elle a été conçue précisément pour répondre à des situations de vulnérabilité extrême.

Les personnes auxquelles elle s'adresse sont confrontées à une affection grave et incurable, à une dégradation irréversible de leur état de santé et à des souffrances devenues insupportables ou réfractaires aux traitements. Il s'agit de personnes dont la situation constitue déjà, en elle-même, une atteinte profonde à leur autonomie, à leur qualité de vie et à leur capacité d'agir.

La volonté du législateur n'a donc jamais été d'abandonner ces personnes à elles-mêmes. Elle a consisté à leur offrir, sous contrôle médical et dans un cadre juridique rigoureux, une possibilité supplémentaire de protection face à des situations humaines exceptionnelles.

La vulnérabilité n'est pas ici le motif d'une exclusion de la liberté. Elle est au contraire la raison même pour laquelle la loi organise les conditions dans lesquelles cette liberté peut être exercée.

Dans une société démocratique, la protection des personnes vulnérables ne saurait reposer sur le postulat selon lequel elles seraient dépourvues de toute capacité de discernement. Un tel raisonnement conduirait à substituer systématiquement la volonté d'autrui à celle des personnes concernées.

La loi déférée procède au contraire d'un choix plus exigeant : protéger sans dessaisir, accompagner sans dominer, sécuriser sans infantiliser.

B. Le législateur a entouré l'exercice de ce droit de garanties parmi les plus exigeantes de notre droit médical

La saisine critique tour à tour les critères d'éligibilité, les modalités d'évaluation de la demande, les délais de réflexion et les garanties entourant l'expression de la volonté du patient. Toutefois, ces critiques conduisent à minimiser l'importance des mécanismes de protection effectivement prévus par la loi.

L'accès à l'aide à mourir n'est pas fondé sur la seule manifestation d'une volonté individuelle. Il suppose la réunion cumulative de plusieurs conditions particulièrement exigeantes.

- La personne doit être majeure.
- Elle doit être atteinte d'une affection grave et incurable.
- Son pronostic vital doit être engagé.
- Sa demande doit être personnelle.
- Elle doit être capable d'exprimer une volonté libre et éclairée.

- Sa situation doit faire l'objet d'une évaluation médicale.
- Une procédure collégiale doit être organisée.
- La demande doit être réitérée.
- La personne conserve à tout moment la possibilité d'y renoncer.

Peu de décisions médicales engageant aussi directement l'existence de la personne bénéficient dans notre droit d'un niveau comparable de garanties procédurales.

Présenter un tel dispositif comme dépourvu de protection revient en réalité à considérer qu'aucune garantie ne pourrait jamais être regardée comme suffisante.

Or le contrôle exercé par le Conseil constitutionnel ne consiste pas à déterminer si d'autres mécanismes auraient pu être imaginés. Il consiste à apprécier si les garanties retenues par le législateur sont manifestement insuffisantes au regard des exigences constitutionnelles applicables.

Tel n'est manifestement pas le cas.

C. La protection des personnes vulnérables ne saurait justifier l'interdiction absolue de toute liberté

L'un des thèmes récurrents des débats sur la fin de vie consiste à évoquer le risque que certaines personnes demandent l'aide à mourir sous l'effet de pressions familiales, sociales ou économiques. Cette inquiétude mérite naturellement d'être prise au sérieux.

Mais l'existence d'un risque théorique ne peut suffire à justifier une interdiction générale et absolue.

Aucune liberté fondamentale reconnue par notre droit ne repose sur une telle logique.

- Le droit de se marier peut être détourné.
- Le droit de consentir à un traitement peut être influencé.
- Le droit de refuser un traitement vital peut être exercé sous l'effet de la peur ou du découragement.

Pour autant, notre ordre juridique n'a jamais considéré que ces risques justifiaient de supprimer ces libertés. Il a choisi de les encadrer. La loi relative à l'aide à mourir procède de la même philosophie.

Elle repose sur l'idée que le risque de pression doit conduire à renforcer les garanties d'évaluation et de contrôle, non à nier par principe la capacité de décision des personnes concernées.

Faire prévaloir une logique inverse reviendrait à considérer qu'aucune personne confrontée à une maladie grave ne pourrait plus être réputée capable d'exercer librement sa volonté.

Une telle présomption générale de vulnérabilité serait difficilement conciliable avec les principes qui gouvernent notre droit des personnes et de la santé.

D. Le choix du législateur relève de sa compétence constitutionnelle d'appréciation

Les auteurs de la saisine invitent à plusieurs reprises le Conseil constitutionnel à apprécier si d'autres critères, d'autres délais ou d'autres procédures auraient été préférables. Un tel débat relève cependant en premier lieu de la compétence du Parlement.

Comme le Conseil l'a constamment rappelé, il ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation identique à celui du législateur. Il ne lui appartient pas de substituer son propre jugement à celui des représentants de la Nation sur des questions qui relèvent fondamentalement de choix de politique législative.

En l'espèce, la loi contestée est l'aboutissement de plusieurs années de réflexion collective, de travaux parlementaires, d'avis d'institutions consultatives, de débats publics et d'échanges au sein de la société française.

Le Parlement a recherché un équilibre entre deux exigences également légitimes :

- Permettre à certaines personnes de conserver la maîtrise des choix essentiels relatifs à leur fin de vie ;
- Garantir que cette faculté ne puisse être exercée qu'au terme d'une procédure rigoureuse entourée de contrôles et de protections.

Ce choix relève pleinement de sa mission constitutionnelle.

Dès lors que les garanties instituées ne sont ni dérisoires ni manifestement insuffisantes, le contrôle du Conseil ne saurait conduire à remettre en cause l'appréciation portée par le législateur.

E. La République protège les plus fragiles lorsqu'elle respecte également leur parole

La question fondamentale posée par la présente affaire est peut-être celle-ci : comment une démocratie protège-t-elle les plus fragiles ? Les protège-t-elle en leur retirant tout pouvoir de décision au motif de leur vulnérabilité ? Ou les protège-t-elle en reconnaissant leur dignité, leur discernement et leur capacité à exprimer une volonté qui mérite d'être entendue ?

La loi déférée a clairement choisi la seconde voie.

Elle ne repose pas sur une confiance aveugle dans l'autonomie individuelle. Elle ne repose pas davantage sur une logique de méfiance généralisée à l'égard des personnes malades. Elle affirme que la protection et la liberté ne sont pas contradictoires. Elle considère que les personnes vulnérables demeurent des citoyens à part entière, titulaires des mêmes droits fondamentaux et de la même dignité que tous les autres.

Cette approche est au cœur de la tradition républicaine française. Elle est aussi la condition d'une protection authentique de la personne humaine. Car une société qui prétend protéger les individus en ignorant systématiquement leur volonté risque, à terme, de leur retirer ce qu'elle prétend défendre : la reconnaissance de leur égale dignité.

Ainsi, loin d'avoir sacrifié la protection des personnes vulnérables au bénéfice de l'autonomie personnelle, le législateur a recherché une conciliation équilibrée entre ces deux exigences. Il a considéré que la meilleure protection consiste non à nier la liberté des personnes concernées, mais à en garantir l'exercice dans un cadre strict, transparent et contrôlé. Cette appréciation relève pleinement de la compétence que la Constitution lui reconnaît.

III. LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE : UNE LIBERTÉ FONDAMENTALE QUE LA LOI PROTÈGE SANS QU'ELLE PUISSE DEVENIR UN DROIT D'EMPÊCHEMENT

A. La liberté de conscience occupe une place éminente dans la tradition constitutionnelle française

Parmi les libertés fondamentales garanties par notre ordre constitutionnel, la liberté de conscience revêt une importance particulière. Elle constitue l'une des expressions les plus profondes de la liberté humaine. Elle protège la faculté de chacun de déterminer ses convictions philosophiques, morales, spirituelles ou religieuses et d'agir conformément à celles-ci dans les limites fixées par la loi.

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité est profondément attachée à cette liberté.

Parce qu'elle défend depuis son origine le droit de chacun à choisir les conditions de sa propre fin de vie, elle ne saurait méconnaître le droit tout aussi essentiel de chacun à refuser de participer à un acte qu'il estime contraire à ses convictions les plus intimes.

La liberté de conscience protège également ceux qui sont opposés à l'aide à mourir.

Elle protège ceux qui y sont favorables.

Elle protège ceux qui hésitent.

Elle protège enfin ceux qui, confrontés à la maladie, souhaitent prendre une décision différente de celle qu'auraient prise leurs proches, leurs médecins ou leurs concitoyens.

La liberté de conscience n'appartient à aucun camp. Elle est une garantie offerte à tous.

C'est précisément pour cette raison qu'elle doit être appréhendée dans toute sa cohérence. Car la liberté de conscience du soignant, celle du patient, celle de ses proches et celle des citoyens eux-mêmes doivent être conciliées sans que l'une puisse effacer les autres.

B. Le législateur a pleinement garanti la liberté de conscience des professionnels

Les auteurs de la saisine soutiennent que les dispositions contestées seraient susceptibles de porter atteinte à la liberté de conscience de certains professionnels intervenant dans la procédure d'aide à mourir.

Cette analyse ne paraît pas tenir suffisamment compte de la réalité du dispositif adopté.

Le législateur a choisi de reconnaître explicitement un droit de refus aux professionnels directement impliqués dans la procédure d'aide à mourir. Il a ainsi entendu garantir qu'aucun médecin, aucun infirmier, aucun professionnel concerné ne puisse être contraint d'accomplir un acte qu'il estime incompatible avec ses convictions personnelles.

Cette protection n'est ni symbolique ni accessoire. Elle constitue l'une des garanties fondamentales du texte.

Elle traduit la volonté constante du législateur de respecter le pluralisme des convictions dans une matière où les interrogations morales sont particulièrement profondes. Loin d'ignorer la liberté de conscience, la loi lui reconnaît une place centrale.

Les griefs formulés à l'encontre de certaines catégories professionnelles traduisent en réalité un débat sur l'étendue de cette protection plutôt qu'une absence de prise en compte de celle-ci.

Or la détermination du périmètre exact des professionnels directement concernés relève de l'appréciation du législateur. Il appartient à celui-ci de distinguer entre les interventions qui participent directement à l'acte considéré et celles qui relèvent d'une contribution indirecte, technique ou organisationnelle.

Le Conseil constitutionnel n'est pas appelé à définir lui-même la meilleure solution possible mais à apprécier si celle retenue est manifestement insuffisante au regard des exigences constitutionnelles. Or la reconnaissance explicite d'une clause de conscience démontre précisément la volonté du législateur de protéger cette liberté fondamentale.

C. La liberté de conscience protège les personnes ; elle ne peut devenir un pouvoir de décision sur la conscience d'autrui

Au-delà de la question des professionnels de santé, le débat soulevé par la saisine révèle une interrogation plus fondamentale.

À qui appartient la décision ultime lorsqu'une personne remplit toutes les conditions prévues par la loi et souhaite accéder à l'aide à mourir ?

La liberté de conscience protège chaque individu contre la contrainte. Elle ne lui confère pas le pouvoir d'imposer ses convictions à autrui. Elle garantit à chacun le droit de ne pas agir contre sa conscience. Elle ne garantit pas le droit d'obliger un tiers à agir conformément à la sienne.

Cette distinction est essentielle.

Un professionnel peut légitimement refuser de participer à une aide à mourir. Mais ce refus ne saurait, par lui-même, faire disparaître le droit reconnu à la personne malade.

De même, les convictions philosophiques ou religieuses d'un tiers ne peuvent déterminer à la place du patient ce que celui-ci estime compatible avec sa propre dignité.

La liberté de conscience n'est pas un instrument de domination morale. Elle est une garantie de coexistence pacifique entre des conceptions différentes de la vie et de la mort.

Dans une société pluraliste, nul ne peut prétendre voir sa propre conception érigée en norme exclusive pour tous les autres.

La loi contestée ne privilégie aucune vision philosophique particulière. Elle n'impose à personne de recourir à l'aide à mourir. Elle n'impose à personne d'y adhérer moralement.

Elle se borne à reconnaître que dans une République fondée sur le pluralisme des convictions, plusieurs conceptions légitimes de la dignité humaine peuvent coexister.

D. Les établissements ne disposent pas d'une liberté de conscience comparable à celle des personnes qu'ils accueillent

La saisine soutient également que les établissements de santé ou médico-sociaux devraient pouvoir bénéficier d'une forme de clause de conscience institutionnelle.

Cette thèse soulève une question de principe.

La conscience est, par nature, une faculté humaine.

Elle renvoie à l'intériorité des personnes, à leurs convictions, à leurs croyances, à leurs choix moraux.

L'établissement, en tant que personne morale, ne ressent pas, ne souffre pas, ne croit pas et ne choisit pas comme le fait une personne humaine. Il constitue un cadre d'organisation destiné à accueillir, soigner ou accompagner des personnes qui, elles, sont titulaires de droits fondamentaux.

Reconnaître à une institution un droit de faire obstacle à l'exercice d'une liberté reconnue par la loi reviendrait à faire prévaloir le projet de l'établissement sur les droits des personnes qu'il accueille.

Une telle logique soulève une difficulté majeure. Car la personne hébergée dans un établissement de santé, dans un EHPAD ou dans une structure médico-sociale ne cesse pas d'être titulaire de ses libertés fondamentales du seul fait de son admission au sein de cette institution. Son autonomie personnelle demeure protégée. Sa liberté de conscience demeure protégée. Sa dignité demeure protégée.

Admettre qu'une institution puisse neutraliser l'exercice d'un droit reconnu par la loi au nom des propres convictions de ses administrateurs conduirait à instaurer une hiérarchie entre les consciences. Or aucune exigence constitutionnelle n'impose une telle solution.

E. La République garantit le pluralisme des convictions en refusant qu'aucune d'entre elles ne puisse s'imposer à tous

L'histoire constitutionnelle française est traversée par une même ambition : permettre à des citoyens porteurs de convictions profondément différentes de vivre ensemble dans un espace politique commun.

Cette ambition repose sur un principe simple.

L'État n'impose pas une doctrine morale unique. Il garantit à chacun la liberté de suivre la sienne.

La loi relative à l'aide à mourir s'inscrit pleinement dans cette tradition. Elle n'impose aucune conception de la fin de vie. Elle n'oblige personne à demander une aide à mourir. Elle n'oblige aucun professionnel à accomplir lui-même un acte contraire à sa conscience.

Elle reconnaît simplement que certains citoyens, dans certaines circonstances exceptionnelles, peuvent faire un choix différent de celui qu'auraient fait d'autres citoyens.

Le rôle de la République n'est pas de départager ces consciences. Il est de permettre leur coexistence dans le respect des droits de chacun.

C'est précisément ce que réalise la loi déférée.

Ainsi, loin de porter atteinte à la liberté de conscience, le législateur lui a donné sa pleine portée en garantissant à chacun le droit d'agir conformément à ses convictions, sans pour autant permettre qu'une conviction particulière puisse faire obstacle à la liberté d'autrui. Cette conciliation constitue l'une des expressions les plus abouties du pluralisme démocratique auquel notre tradition constitutionnelle demeure profondément attachée.

IV. L'EFFECTIVITÉ DU DROIT RECONNU PAR LE LÉGISLATEUR : UNE EXIGENCE CONSTITUTIONNELLE D'ÉGALITÉ ET DE LIBERTÉ

A. Un droit qui ne peut être exercé n'est pas un droit véritable

La question soumise au Conseil constitutionnel ne porte pas seulement sur l'existence théorique du droit à l'aide à mourir. Elle porte également sur son effectivité.

Or l'expérience juridique enseigne qu'un droit dont l'exercice dépend d'obstacles matériels, géographiques ou institutionnels peut rapidement devenir un droit purement formel.

L'histoire des libertés publiques est aussi celle de leur effectivité progressive.

La liberté d'association n'est devenue réelle que lorsque les citoyens ont pu créer librement leurs associations.

La liberté syndicale n'a acquis sa pleine portée que lorsque les travailleurs ont pu effectivement exercer leurs droits.

Le consentement aux soins n'a cessé d'être un principe abstrait qu'au moment où la parole des patients a été placée au cœur de la décision médicale.

La même exigence vaut aujourd'hui pour la fin de vie.

Le législateur n'a pas entendu reconnaître un droit symbolique, dépendant des circonstances locales ou des convictions particulières de ceux qui accueillent les personnes concernées. Il a voulu créer un droit susceptible d'être effectivement exercé par les personnes qui remplissent les conditions strictes qu'il a lui-même définies.

Une telle préoccupation relève pleinement de sa mission constitutionnelle. Car le respect des libertés ne consiste pas seulement à les proclamer. Il consiste également à rendre possible leur exercice.

B. L'égalité devant la loi impose que les droits reconnus aux citoyens puissent être exercés sur l'ensemble du territoire

La Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen affirme que la loi doit être la même pour tous.

Ce principe d'égalité perdrait une part essentielle de sa portée si l'effectivité des droits dépendait du lieu où une personne est soignée, hébergée ou accompagnée.

Or tel serait précisément le risque si le droit à l'aide à mourir pouvait être paralysé par des refus institutionnels ou par des mécanismes permettant à certains établissements d'échapper à l'application de la loi.

Une personne hospitalisée dans un établissement favorable à l'aide à mourir pourrait alors bénéficier du droit reconnu par le Parlement. Une autre, remplissant pourtant les mêmes conditions, pourrait s'en voir privée du seul fait de l'établissement dans lequel elle se trouve admise ou hébergée. La loi serait dès lors appliquée différemment selon les territoires, les structures ou les convictions des gestionnaires.

Une telle situation introduirait une inégalité substantielle entre les citoyens.

Le législateur pouvait légitimement considérer qu'une réforme adoptée au nom de la liberté et de la dignité devait être accessible dans des conditions comparables à l'ensemble des personnes auxquelles elle est destinée.

L'objectif poursuivi par la loi n'est donc pas seulement de créer un droit nouveau. Il est de garantir que ce droit ne demeure pas réservé à ceux qui auraient la possibilité matérielle, physique ou sociale d'en rechercher l'exercice ailleurs.

C. Les personnes les plus vulnérables sont précisément celles qui ont le plus besoin de l'effectivité du droit

L'argument selon lequel les établissements devraient pouvoir refuser l'application de la loi méconnaît une réalité essentielle.

Les personnes concernées par la loi sont souvent celles dont la liberté de déplacement est la plus réduite. Nombre d'entre elles sont hospitalisées. D'autres résident dans des EHPAD ou dans des établissements médico-sociaux. Certaines sont confrontées à une dépendance physique importante. Pour ces personnes, l'existence d'un droit purement théorique ne présente qu'un intérêt limité.

La possibilité de changer d'établissement, de région ou d'équipe soignante n'est pas toujours réaliste, voire possible.

Le législateur a donc dû prendre en considération une donnée concrète : les personnes les plus fragiles sont aussi celles qui dépendent le plus des conditions effectives d'accès aux droits que la loi leur reconnaît.

Loin de porter atteinte à leur liberté, les dispositions destinées à garantir l'effectivité de la procédure visent précisément à éviter que celle-ci ne soit réservée aux personnes les plus autonomes, les plus mobiles ou les mieux informées.

Elles participent ainsi d'une logique d'égalité réelle.

D. La liberté reconnue au patient serait privée de substance si des tiers pouvaient en empêcher l'exercice

Le débat soumis au Conseil constitutionnel ne concerne pas seulement les modalités d'organisation du dispositif. Il porte plus fondamentalement sur la portée du choix reconnu à la personne malade.

La loi a entendu confier à celle-ci, sous le contrôle de garanties strictes, une faculté de décision concernant sa propre fin de vie. Cette décision demeure personnelle.

Elle appartient au patient. Elle ne peut être prise ni par sa famille, ni par le médecin, ni par l'établissement qui l'accueille.

Admettre qu'un tiers puisse néanmoins empêcher de manière générale l'exercice du droit reconnu par la loi reviendrait à vider partiellement ce droit de son contenu. Il ne s'agirait plus d'une liberté appartenant à la personne concernée. Il s'agirait d'une simple faculté conditionnelle, dépendant de la volonté d'autres acteurs.

Or la logique même du texte adopté repose sur l'idée inverse.

Le législateur a estimé que lorsque l'ensemble des conditions légales sont réunies et que la volonté de la personne est librement exprimée, cette volonté doit être prise en considération.

L'effectivité du droit constitue ainsi la conséquence directe de l'autonomie personnelle que la loi entend protéger.

E. Le rôle du Conseil constitutionnel est aussi de préserver la cohérence des libertés reconnues par la République

La présente affaire dépasse largement la seule question de la fin de vie. Elle conduit à s'interroger sur la manière dont notre ordre constitutionnel appréhende les libertés nouvellement reconnues par le législateur.

Une démocratie vivante ne se caractérise pas seulement par la proclamation de principes. Elle se caractérise par la capacité de rendre ces principes effectifs.

Chaque génération a été appelée à donner une traduction concrète aux libertés que les générations précédentes avaient affirmées.

La loi relative à l'aide à mourir s'inscrit dans cette continuité.

Elle ne crée pas une liberté abstraite. Elle organise les conditions dans lesquelles cette liberté peut être exercée de manière réelle, encadrée et égalitaire.

Le Parlement n'a donc pas seulement recherché un équilibre entre différentes exigences constitutionnelles. Il a également veillé à ce que le droit reconnu aux personnes malades ne demeure pas une promesse dépourvue de portée pratique.

Cette volonté d'effectivité n'est pas étrangère à notre tradition constitutionnelle. Elle en constitue au contraire l'un des fondements les plus constants.

Ainsi, loin de constituer une atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, les dispositions destinées à assurer l'effectivité du droit à l'aide à mourir procèdent directement des principes de liberté, d'égalité et de dignité qui fondent notre pacte républicain. Une liberté reconnue mais rendue inapplicable ne serait qu'une apparence de liberté. En veillant à ce qu'elle puisse être réellement exercée, le législateur est demeuré fidèle à sa mission de garantir à chaque citoyen la jouissance concrète des droits que la loi lui reconnaît.

C'est à la lumière de ces considérations juridiques, mais aussi de l'expérience humaine portée depuis plus de quarante-cinq ans par l'ADMD, que la présente contribution entend formuler une dernière observation.

V. AU NOM DE CELLES ET CEUX QUI N'ONT JAMAIS PU ÊTRE ENTENDUS

La présente contribution ne saurait se limiter à une discussion abstraite des principes constitutionnels.

Derrière les mots de dignité, de liberté, de protection, de conscience ou d'égalité, il y a des vies réelles, des souffrances vécues, des trajectoires humaines singulières.

Il y a celles et ceux qui ont demandé à être écoutés et dont la parole n'a pas trouvé de traduction dans le droit.

Il y a celles et ceux qui ont écrit, supplié, témoigné, alerté leurs proches, leurs médecins, les associations, les parlementaires ou les pouvoirs publics pour dire qu'ils ne demandaient pas la mort, mais le droit de ne pas être dépossédés de leur propre fin de vie.

Il y a celles et ceux qui, pendant des décennies, ont été contraints de partir à l'étranger pour exercer une liberté que leur propre pays ne leur reconnaissait pas.

Il y a celles et ceux qui n'en avaient ni les moyens physiques, ni les moyens financiers, ni les forces.

Il y a celles et ceux qui ont dû mourir seuls, dans le secret, dans la peur de compromettre leurs proches ou d'exposer un médecin à des poursuites.

Il y a celles et ceux qui ont été maintenus dans une situation qu'ils jugeaient eux-mêmes indigne, non parce qu'ils n'avaient pas exprimé leur volonté, mais parce que la loi ne permettait pas de lui donner pleinement effet.

Il y a enfin celles et ceux qui ne sont plus là pour témoigner devant le Conseil constitutionnel, mais dont l'histoire éclaire pourtant la portée de la loi aujourd'hui déférée.

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité porte depuis sa création la mémoire de ces voix.

Elle ne prétend pas parler à la place de toutes les personnes malades. Elle ne prétend pas imposer une conception unique de la fin de vie.

Elle sait que certaines personnes souhaitent que la vie soit maintenue aussi longtemps que possible, quelles que soient les circonstances. Elle respecte profondément ce choix.

Mais elle demande que soit reconnue la même légitimité à celles et ceux qui, confrontés à une affection grave et incurable, à des souffrances qu'ils estiment insupportables et à une situation sans issue, expriment une volonté différente.

La République ne peut entendre qu'une seule parole. Elle ne peut reconnaître qu'une seule manière d'affronter la mort. Elle ne peut faire de la souffrance subie une obligation morale.

Elle ne peut davantage considérer que la dignité d'une personne serait mieux protégée lorsque sa volonté est tenue pour secondaire.

La loi relative au droit à l'aide à mourir ne retire rien à celles et ceux qui refusent d'y recourir. Elle ne diminue aucun droit. Elle ne contraint aucune conscience. Elle n'impose aucun choix.

Elle ajoute une liberté pour celles et ceux qui veulent pouvoir l'exercer dans les conditions strictes prévues par le législateur.

C'est pourquoi son enjeu profond n'est pas de savoir si chacun approuve personnellement l'aide à mourir. Dans une société pluraliste, cette question recevra toujours des réponses différentes.

Son enjeu est de savoir si la République peut reconnaître à chaque personne la liberté de demeurer fidèle à sa propre conscience lorsqu'elle affronte l'épreuve ultime de son existence.

Depuis plus de quarante-cinq ans, les personnes accompagnées par l'ADMD n'ont pas demandé à la société de mourir à leur place. Elles n'ont pas demandé que leur choix devienne celui de tous.

Elles ont demandé que leur propre volonté, exprimée lucidement, soit respectée. Elles ont demandé à ne pas être contraintes de subir ce qu'elles considéraient, pour elles-mêmes, comme l'effacement de leur dignité. Elles ont demandé à rester des sujets de droit jusqu'au dernier instant.

Cette demande est profondément républicaine.

Elle repose sur une idée simple : la personne humaine ne cesse pas d'être libre parce qu'elle devient malade ; elle ne cesse pas d'être citoyenne parce qu'elle approche de la mort ; elle ne cesse pas d'être digne parce qu'elle demande que sa volonté soit entendue.

La loi déférée donne enfin une réponse à cette attente ancienne. Elle le fait avec prudence. Elle le fait avec gravité. Elle le fait dans le cadre d'une procédure encadrée, contrôlée, réservée à des situations exceptionnelles. Elle ne banalise pas la mort. Elle prend au sérieux la parole des vivants.

Le Conseil constitutionnel est aujourd'hui saisi d'un texte qui engage, au-delà de ses dispositions techniques, une certaine conception de la liberté humaine.

Cette liberté n'est pas solitaire.

Elle n'est pas absolue.

Elle n'est pas indifférente à la vulnérabilité.

Elle est accompagnée, vérifiée, protégée.

Mais elle demeure une liberté.

Et c'est précisément parce qu'elle s'exerce dans les moments les plus fragiles de l'existence qu'elle mérite d'être reconnue avec le plus grand respect.

Au nom de celles et ceux qui n'ont jamais pu être entendus, l'ADMD souhaite rappeler que la loi relative au droit à l'aide à mourir n'est pas une loi de renoncement.

Elle est une loi de confiance. Confiance dans le discernement des personnes. Confiance dans les professionnels de santé. Confiance dans la capacité du droit à encadrer sans interdire, à protéger sans confisquer, à accompagner sans imposer.

Elle est aussi une loi de fidélité : fidélité à celles et ceux qui ont ouvert ce chemin par leurs témoignages, leurs souffrances et leur courage ; fidélité à l'exigence démocratique selon laquelle la liberté ne doit pas s'arrêter là où commence la vulnérabilité ; fidélité, enfin, à l'idée républicaine selon laquelle la dignité de la personne humaine ne peut être séparée de sa liberté.

C'est pourquoi l'ADMD demande au Conseil constitutionnel de regarder cette loi non comme une rupture, mais comme l'aboutissement d'un long mouvement de reconnaissance des droits des personnes malades.

Un mouvement qui, depuis plusieurs décennies, a progressivement substitué à la décision imposée le consentement, au silence la parole, à la dépendance passive l'autonomie accompagnée.

La loi relative au droit à l'aide à mourir s'inscrit dans cette histoire.

Elle n'en est pas la négation.

Elle en est l'une des expressions les plus exigeantes.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La loi relative au droit à l'aide à mourir soumise aujourd'hui au contrôle du Conseil constitutionnel est l'aboutissement d'un long cheminement démocratique, éthique et juridique. Elle est née de décennies d'expériences humaines, de souffrances exprimées, de réflexions médicales, de travaux parlementaires, de débats citoyens et d'évolutions législatives qui ont progressivement placé la personne malade au centre des décisions qui concernent son propre destin.

Les griefs formulés dans la saisine reposent pour l'essentiel sur une même interrogation : le législateur a-t-il accordé une place excessive à la volonté individuelle du patient ?

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité estime que cette question appelle une réponse négative.

La loi ne consacre pas la toute-puissance de la volonté individuelle. Elle ne crée pas un droit absolu. Elle ne fait pas disparaître les exigences de protection qui fondent notre pacte républicain.

Elle procède, au contraire, à la conciliation de plusieurs principes constitutionnels qui possèdent tous une égale dignité : la liberté personnelle, la dignité de la personne humaine, la protection des personnes vulnérables, la liberté de conscience, l'égalité devant la loi et le respect de l'autonomie de chacun.

Loin d'opposer ces principes, elle cherche à les rendre compatibles.

Au cours de son histoire, la République a progressivement reconnu que la protection de la personne humaine ne pouvait reposer exclusivement sur des interdictions. Elle a compris que la liberté constitue elle-même une forme essentielle de protection. Cette évolution a conduit à la reconnaissance du consentement aux soins, du droit au refus de traitement, du respect des directives anticipées et du droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

À chaque étape, le législateur a admis qu'une personne humaine ne cessait pas d'être libre parce qu'elle était malade, vulnérable ou confrontée à la fin de sa vie.

La loi aujourd'hui déférée s'inscrit dans cette continuité.

Elle affirme qu'une personne atteinte d'une affection grave et incurable, confrontée à une situation sans perspective d'amélioration et remplissant l'ensemble des conditions fixées par la loi, demeure titulaire d'une liberté fondamentale : celle de pouvoir prendre part aux décisions qui concernent les circonstances de sa propre fin de vie. Cette liberté n'est ni arbitraire ni solitaire.

Elle est entourée de garanties nombreuses, exigeantes et rigoureuses. Elle est soumise à une procédure médicale. Elle est contrôlée. Elle est vérifiée. Elle peut être révoquée à tout moment.

Ainsi conçue, elle ne constitue pas un abandon de la personne vulnérable à elle-même mais l'expression d'un profond respect de sa dignité.

La dignité humaine n'est pas seulement ce que la société reconnaît à l'individu. Elle est également ce que l'individu reconnaît en lui-même. Elle implique que nul ne puisse être réduit à un objet de protection passive lorsque sa volonté demeure libre, consciente et éclairée.

La liberté de conscience, elle aussi, trouve dans la loi une protection pleine et entière.

Aucun professionnel de santé ne peut être contraint d'accomplir un acte qu'il considère contraire à ses convictions les plus profondes. La loi respecte ainsi le pluralisme moral, philosophique et religieux qui caractérise notre démocratie.

Mais ce pluralisme implique également qu'aucune conception particulière de la vie, de la souffrance ou de la mort ne puisse être imposée à l'ensemble des citoyens.

Le rôle de la République n'est pas de choisir entre les consciences. Il est de permettre leur coexistence dans le respect mutuel.

De même, l'effectivité du droit reconnu par le législateur constitue une exigence indissociable de son existence même. Une liberté qui dépendrait du lieu d'hospitalisation, du territoire de résidence ou des convictions particulières de l'institution qui accueille la personne malade ne serait plus pleinement une liberté.

Le législateur a pu estimer, sans méconnaître aucun principe constitutionnel, que l'égalité devant la loi exigeait que les droits qu'il reconnaît puissent être effectivement exercés.

Au fond, la question soumise aujourd'hui au Conseil constitutionnel dépasse le seul cadre de la fin de vie. Elle concerne la manière dont une société démocratique considère ses membres lorsqu'ils traversent les épreuves les plus difficiles de l'existence.

Considère-t-elle qu'ils doivent être protégés au point d'être privés de toute capacité de décision ?

Ou considère-t-elle qu'ils demeurent, jusqu'au terme de leur vie, des citoyens libres, dotés d'une égale dignité et capables d'exprimer une volonté qui mérite d'être entendue ?

La loi déférée a choisi la seconde voie.

Elle n'exprime ni une défiance à l'égard de la vie ni une banalisation de la mort. Elle exprime une confiance dans la personne humaine. Cette confiance est au cœur de l'héritage républicain.

Elle est également au cœur de l'idée même des droits et libertés que la Constitution garantit.

Pour toutes ces raisons, l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité considère que la loi relative au droit à l'aide à mourir respecte les exigences constitutionnelles résultant de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789, du Préambule de la Constitution de 1946 et de la Constitution du 4 octobre 1958.

Elle estime que le législateur a exercé pleinement la compétence qui lui appartient pour déterminer les conditions d'exercice d'une liberté nouvelle, tout en assurant la protection des personnes concernées et le respect des autres droits et libertés constitutionnellement garantis.

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité demande en conséquence au Conseil constitutionnel de déclarer conformes à la Constitution les dispositions de la loi relative au droit à l'aide à mourir.

Jonathan Denis

Jonathan Denis
Président de l'ADMD

Saisine relative à : La loi relative à l'aide à mourir (2026)

Statut : Le texte a été définitivement adopté par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026.
Le Conseil constitutionnel a été saisi dans la foulée le 16 juillet 2026 par le président du Sénat avant sa promulgation officielle.

À MESDAMES ET MESSIEURS LES MEMBRES DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute instance qu'elle prononce la censure totale des dispositions de la loi déférée "**aide à mourir"**, afin de préserver l'intégrité de notre pacte constitutionnel contre les dérives d'une rationalisation comptable de l'existence humaine, et de garantir que la vulnérabilité demeure le lieu de notre fraternité active, et non le seuil de notre effacement administré.

« Il faut toujours chercher à savoir ce que veut dire, pour celui qui parle, le fait de savoir. » — *Michel Foucault, L'Herméneutique du sujet*

« La connaissance est une arme que certains portent à la gorge plutôt qu'à la lumière. » — *Simone Weil, La Pesanteur et la Grâce.*

PRÉAMBULE : LA VOIX QUI SAIT

Il existe une façon de savoir qui n'est pas un acte de connaissance mais un acte de pouvoir. Une façon de savoir qui ne cherche pas à comprendre l'autre, mais à le précéder, à l'occuper avant qu'il n'arrive à lui-même.

C'est ce que nous appelons ici le postulat des sachants : la posture discursive de celui qui, au nom d'une expertise réelle ou supposée, s'arroge le droit non seulement de nommer la réalité, mais de nommer l'autre à sa place, d'anticiper ses résistances en les qualifiant, d'interpréter ses silences, d'archiver ses erreurs — et, au terme de ce processus, de construire sur cette archive un droit prétendument légitime à l'effacement.

Ils savent, donc ils peuvent.

Ils peuvent, donc ils jugent.

Ils jugent, donc ils salissent.

Ils salissent, donc ils s'absolvent.

La présente contribution constitue un moyen de droit portant sur ce mouvement — à la fois logique, clinique, économique et jouissif — par lequel le savoir se retourne en arme de profanation, la contrainte budgétaire se déguise en éthique républicaine, et la compétence partielle devient un laissez-passer pour la destruction totale de l'autre sous le couvert de l'aide à mourir.

LA STRUCTURE DU POSTULAT DES SACHANTS : QUAND LE SAVOIR DEVIENT VERDICT

Le savoir comme clôture du monde

> *« Ce qui me trouble n'est pas qu'il ait tort sur certains points — c'est qu'il ait raison sur d'autres. Car c'est précisément cette raison partielle qui lui sert de titre pour le reste. » — Hannah Arendt, inédits — Denktagebuch, 1952.*

Dans le travail de recherche que nous menons sur les structures discursives totalisantes — un protocole d'analyse sémantique en aveugle appliqué à trois corpus couvrant neuf décennies de production institutionnelle —, une variable structurelle revient avec une insistance troublante dans les discours de contrôle : la suppression de la modalité épistémique. Le doute est évacué. Le conditionnel est banni. Le peut-être disparaît au profit du doit. Or ce mouvement n'est pas anodin : il s'agit, précisément, du geste inaugural du postulat des sachants.

Le sachant ne dit pas : je crois comprendre ce que tu es. Il dit : je sais ce que tu es. Et dans cet indicatif présent se joue une violence considérable. Car le savoir, lorsqu'il est posé comme verdict et non comme hypothèse, opère sur l'autre ce que Foucault nommait une « totalisation » : la réduction d'un sujet vivant, contradictoire, en devenir, à une catégorie close, maniable, administrable. L'autre cesse d'être une personne pour devenir un cas.

La cohérence partielle comme sésame

Ce qui rend le postulat des sachants particulièrement redoutable — et c'est ici que réside sa dangerosité spécifique, distincte de la simple arrogance — c'est qu'il s'appuie sur une cohérence réelle sur certains points.

Le sachant n'est pas nécessairement un imposteur. Il peut avoir raison sur les faits cliniques. Il peut avoir raison sur les mécanismes biologiques. Il peut même avoir raison, ponctuellement, sur la personne qu'il analyse.

C'est précisément cette justesse partielle qui lui sert de laissez-passer logique pour le reste. Le raisonnement implicite est le suivant : puisque j'ai raison sur A (le diagnostic biologique) et sur B (la défaillance organique), j'ai raison sur C (la valeur de ta vie), sur D (ton choix d'en finir), et sur l'ensemble de ce que tu es.

C'est un glissement fallacieux que la tradition rhétorique nomme généralisation abusive, mais qui, dans le contexte du rapport de force épistémique, ne se donne jamais comme tel.

Il se donne comme évidence. Victor Klemperer, dans sa documentation du *Lingua Tertii Imperii*, avait identifié ce mécanisme au cœur même de la langue totalitaire : une structure qui commence par une observation vraie — une crise objective — et qui, par le jeu de la saturation lexicale et de la suppression du doute, fait de cette observation vraie la justification d'une clôture absolue sur le réel. La vérité partielle devient le socle d'une fiction totalisante.

LA PROJECTION PARANOÏAQUE INVERSÉE : MÉCANISME CLINIQUE D'UN RETOURNEMENT

Ce que « inversée » signifie

> *« La paranoïa est avant tout une théorie de l'autre. Elle l'exproprie de lui-même pour le loger dans sa propre peur. » — Jacques Lacan, Séminaire III, Les Psychoses.*

La notion de projection paranoïaque désigne classiquement le mécanisme par lequel un sujet attribue à l'autre ses propres pensées, désirs ou craintes inacceptables : c'est l'autre qui me veut du mal, dit le paranoïaque — alors que c'est lui qui se veut du mal à lui-même, ou qui porte en lui quelque chose qu'il ne peut reconnaître.

Mais le postulat des sachants fonctionne selon une logique inversée. Le sachant ne projette pas sa propre fragilité sur l'autre en la déguisant en menace. Il fait quelque chose de plus subtil et de plus dévastateur : il projette sur l'autre son propre désir de salir, et le déguise en diagnostic.

Il se dit : cet autre est sale, déviant, hors-norme, inutile, un poids mort — et cette affirmation est présentée comme le résultat d'une analyse rigoureuse. Or ce qui se passe, cliniquement, est l'inverse : c'est la jouissance de la salissure qui précède le diagnostic, et non le diagnostic qui révèle la salissure.

Le sachant a déjà décidé que l'autre sera sali ou liquidé. La construction intellectuelle n'est que l'architecture après-coup qui légitime une décision antérieure à tout raisonnement. Ce renversement temporel — la conclusion qui précède la prémisse — est la signature clinique de la projection paranoïaque inversée.

La structure du retournement dans l'histoire

L'histoire a produit plusieurs grandes figures de ce retournement :

L'inquisition médiévale : les inquisiteurs savaient, avant même le premier interrogatoire, que l'accusé était coupable. La procédure n'était pas une enquête, elle était la mise en forme pro forma d'une certitude préalable. Le savoir théologique — réel, cohérent dans ses propres termes — servait de sésame pour ce qui était, fondamentalement, une jouissance de la destruction de l'autre sous couvert de purification de son âme.

La psychiatrie punitive soviétique (la psikhouchka) : les dissidents politiques y étaient diagnostiqués de « schizophrénie réformiste » ou de « paranoïa querulente » par des médecins compétents qui maîtrisaient réellement leur discipline. La cohérence du savoir clinique était intacte, et c'est ce qui rendait l'opération efficace. Le diagnostic n'était pas un mensonge grossier : c'était un outil clinique dévoyé au service d'une décision d'effacement déjà prise. La psychiatrie devenait l'instrument de ce que Sidney Bloch et Peter Reddaway ont nommé une *punitive medicine* — une médecine pénale déguisée en soins *(S. Bloch et P. Reddaway, Russia's Political Hospitals: The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union, Londres, Victor Gollancz, 1977, 510 p.)*.

L'étude de Tuskegee : de 1932 à 1972, le Service de santé publique des États-Unis a mené, sur près de quatre cents hommes noirs atteints de syphilis, une étude d'observation de la maladie non traitée, alors même que la pénicilline était disponible et efficace dès le milieu des années 1940. Le savoir médical mobilisé était, ici encore, scientifiquement cohérent : les protocoles d'observation clinique, la sérologie, le suivi épidémiologique relevaient d'une compétence réelle. C'est précisément cette cohérence technique qui a permis, pendant quarante ans, de maintenir des hommes dans l'ignorance de leur propre diagnostic et de leur retirer un traitement curatif disponible. Le docteur John Heller, qui dirigeait alors la division des maladies vénériennes du Service de santé publique, a résumé sans détour la logique de dépersonnalisation à l'œuvre : *« C'étaient des sujets, pas des patients ; du matériel clinique, et non des personnes malades » (John Heller, cité in James H. Jones, Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment — A Tragedy of Race and Medicine, New York, Free Press, éd. rév. et augm., 1993, chap. 1)*. Cette phrase illustre, de façon particulièrement nette, le mécanisme au cœur de la présente contribution : la compétence clinique réelle des sachants n'a nullement empêché — elle a au contraire permis, en la rendant présentable — la transformation de personnes vulnérables en objets d'étude dont la mort évitable est devenue une donnée de recherche.

Ce que notre protocole de recherche sur les structures discursives totalisantes met en évidence — à travers la variable V_5 (la densité de désignation adversariale) — c'est précisément la persistance de cette structure : la nécessité, pour le discours totalisé, de produire un Autre nommé, désigné, constitué en menace — non pas parce que la menace précède le discours, mais parce que le discours a besoin de cette menace pour justifier sa propre violence ou son propre pouvoir de liquidation.

LA JOUISSANCE DE LA PROFANATION : CE QUE CACHE LE MASQUE DU SAVOIR

La profanation comme structure libidinale

> *« Profaner, c'est restituer au libre usage des hommes ce que le sacré avait séparé et pétrifié. Mais il existe une profanation impure : celle qui souille sans libérer. »* — *Giorgio Agamben, Profanations.*

Agamben distingue deux types de profanation :

La première est libératrice : elle rend au monde ce que le pouvoir avait soustrait, elle restitue l'objet ou l'être à une existence ordinaire et vivable.

La seconde est souillante : elle ne libère pas, elle détruit. Elle n'ouvre pas un espace, elle le ferme. Elle ne rend pas à l'autre sa singularité, elle lui confisque jusqu'à la possibilité de cette singularité.

Le postulat des sachants relève de cette seconde profanation. Le sachant salisseur ne veut pas comprendre l'autre pour l'aider à se libérer. Il veut décomposer l'autre pour le rendre inutilisable à lui-même.

Il veut que l'autre, après le passage du regard sachant, ne puisse plus se tenir debout dans sa propre image. C'est ce que nous proposons d'appeler, à la suite de la phénoménologie du regard chez Sartre, une objectivation terminale : l'autre est réduit à un objet dont le sachant a l'inventaire complet, et dont la complexité résiduelle — cette part de mystère ou de dignité qui résiste au classement — est traitée comme un déficit, une pathologie, une preuve supplémentaire de la déviance.

Ce qui est en jeu ici n'est pas seulement une erreur intellectuelle. C'est quelque chose qui relève de la jouissance au sens lacanien — cette satisfaction obscure, non avouable, que le sujet tire d'une position qui lui coûte et qui lui rapporte à la fois. La jouissance du sachant est la jouissance de tenir l'autre dans sa main, de posséder la clé de son être, de le voir — lui qui résiste, qui parle, qui pense — réduit au silence d'une catégorie comptable ou biologique.

La rhétorique de la pitié armée

L'un des raffinements les plus troublants du postulat des sachants est qu'il se déploie souvent sous le signe de la bienveillance. Le sachant ne se présente pas comme un ennemi, mais comme quelqu'un qui sait mieux que le patient ce que ce dernier est, et qui le guide pour son bien.

C'est ce que nous nommons la rhétorique de la pitié armée : un discours qui porte la forme de la compassion mais qui en exerce la fonction inverse.

Nietzsche avait perçu cette structure dans sa généalogie de la morale. La pitié, écrit-il dans *Par-delà bien et mal*, est souvent moins un sentiment qu'une stratégie de domination douce : celui qui plaint l'autre se place au-dessus de lui, le constitue en inférieur, en fragilisé, en objet de sollicitude — et tire de cette position une puissance que le discours de la pitié rend invisible, donc incontestable. Je te plains, donc tu es pitoyable. Le cercle est parfait.

Dans la psychiatrie punitive soviétique, cette rhétorique de la pitié armée était systématique : on ne punissait pas le dissident, on le « soignait ». On ne l'emprisonnait pas, on l'« hospitalisait ». La violence était entière, mais enveloppée dans le langage du soin, ce qui la rendait doublement destructrice : elle attaquait le corps et elle attaquait la capacité du sujet à nommer ce qui lui arrivait.

Ils te soignent de ta lucidité. Ils t'hospitalisent de ta résistance. Ils te plaignent de ta force. Et tu sors de leurs mains guéri de toi-même.

LA DETTE PUBLIQUE ET LE LOGICIEL DE GESTION D'UNE RATIONALISATION BUDGÉTAIRE DE LA FIN DE VIE

Ce phénomène d'inversion du savoir ne naît pas dans un vide idéologique ; il s'ancre, selon l'auteur de la présente contribution, dans l'économie matérielle de l'État contemporain.

La dette publique — 3 416,3 milliards d'euros, soit environ 116 % du PIB *(INSEE, comptes nationaux, dette publique notifiée au sens de Maastricht, données 2025-2026)* — constitue, selon la thèse développée ici, le moteur invisible, le « logiciel de gestion » de ce système.

Depuis quinze à vingt ans, la gestion de l'État a glissé d'une mission de protection sociale à une mission de solvabilité comptable. Les réformes successives, notamment à travers les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), ont préparé le terrain. L'aide à mourir s'avère être, dans cette lecture, la clause de sortie de contrat idéale pour un État qui ne peut plus ou ne veut plus honorer sa dette de protection envers ses citoyens les plus fragiles.

Voici comment la dette transforme l'éthique en une logistique de liquidation froide :

La dette comme impératif de rationalisation de la fin de vie

Dans un système d'État dominé par l'impératif de la dette et de la notation financière, chaque citoyen risque d'être analysé sous l'angle du rendement. La période de fin de vie, statistiquement la plus coûteuse pour l'Assurance Maladie, est perçue par l'administration comme un « passif » insoutenable. La contribution ici défendue alerte sur le risque que les personnes en fin de vie cessent d'être considérées comme des personnes pour devenir des unités de coût.

L'asymétrie budgétaire entre soin et liquidation

L'industrialisation potentielle de la mort répond à une équation financière que le législateur, selon nous, a validée de manière insuffisamment contrôlée :

L'option des soins palliatifs suppose des mois de prise en charge pluridisciplinaire, un personnel soignant disponible en continu, des lits d'hôpitaux mobilisés durablement et des traitements analgésiques complexes, pour un coût de plusieurs dizaines de milliers d'euros par patient *(Cour des comptes, La Sécurité sociale, chapitre consacré aux soins palliatifs, rapports 2023-2024 ; direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques — DREES, données sur le coût moyen d'une prise en charge palliative hospitalière).*

L'option de l'aide à mourir, à l'inverse, suppose un flacon de produit létal, un temps administratif minimal et la libération immédiate du lit d'hôpital, pour un coût de quelques dizaines d'euros.

En légalisant l'aide à mourir sans instaurer, en parallèle, un droit contraignant, opposable et universel aux soins palliatifs — alors même que la loi n° 2016-87 du 2 février 2016, dite loi Claeys-Leonetti, avait posé le principe d'un droit de toute personne à « une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance » (article L. 1110-5 du code de la santé publique) sans jamais le rendre pleinement effectif faute de moyens — l'État s'expose au risque de transformer un déficit de politique publique en une opération de rationalisation qui frapperait prioritairement les patients les plus vulnérables et les moins solvables.

Le consentement sous contrainte économique et sociale

Pour que ce système fonctionne sans révolte sociale, il faudrait que les personnes concernées en viennent à solliciter elles-mêmes leur mort. C'est là qu'intervient, selon l'analyse proposée ici, un conditionnement social diffus depuis vingt ans :

la diffusion continue de l'idée reçue selon laquelle « vieillir coûte trop cher à la société », ou qu'il ne faut pas « être une charge pour ses enfants ».

Une personne âgée, isolée ou malade peut finir par intérioriser cette pression macroéconomique sous la forme d'une culpabilité morale, et percevoir sa propre existence biologique comme un poids illégitime pour le budget collectif.

Le consentement à la mort risque alors de ne plus être un choix pleinement souverain, mais un acte de soumission, au moins partiellement inconscient, à une pression économique diffuse. C'est précisément ce risque d'expropriation du consentement, documenté ci-après sur le plan juridique, qui fonde les moyens de droit développés dans la présente contribution.

L'INVERSION SÉMANTIQUE DU VOCABULAIRE DE LA FIN DE VIE : un hold-up sémantique

Le mécanisme d'inversion sémantique dénoncé ici procède, selon l'auteur de la présente contribution, par glissements successifs de vocabulaire :

L'euthanasie devient « aide à mourir » : le terme retenu par le législateur déplace le centre de gravité lexical de la suppression provoquée vers l'idée d'un service d'accompagnement ou de libération.

Le renoncement à vivre devient « dignité » : l'instinct de préservation de soi, fondement biologique de toute vie, risque d'être socialement requalifié en charge ou en égoïsme envers les proches ou les finances publiques, tandis que la demande de mort induite par l'isolement ou la douleur est présentée comme l'expression même de la dignité.

L'agent qui administre la substance létale devient « accompagnateur » : le vocabulaire et l'esthétique retenus empruntent les codes de la clinique de soin plutôt que ceux, plus exacts sur le plan strictement factuel, de l'acte qui met fin à la vie.

Cette requalification sémantique n'est pas neutre au regard du droit : elle conditionne la manière dont le consentement est éclairé, au sens de l'article 2 de la Déclaration des droits de

l'homme et du citoyen de 1789, et elle constitue, à ce titre, un point d'appui du premier moyen développé ci-après.

Au XXe siècle, la rationalité de Bretton Woods — stabiliser, surveiller, corriger — migre progressivement vers d'autres domaines : **Le tournant biopolitique.**

Les États et institutions internationales passent d'une gestion des monnaies à une gestion : des populations, des comportements, des risques, des flux biologiques (santé, reproduction, mobilité). La logique devient biopolitique : optimiser la vie, réguler les corps, anticiper les déviances.

Le tournant neuro-technique

Avec l'informatique, puis les neurosciences et l'IA, la régulation se déplace vers : l'attention, la cognition, les affects, les comportements prédictifs. On entre dans une gouvernementalité neuro-algorithmique, où les systèmes techniques modèlent les conduites en temps réel. Ce n'est plus seulement la monnaie qui est stabilisée : c'est le sujet lui-même, dans ses micro-réactions.

La logique totalitaire moderne : non pas la violence, mais l'intégration Le totalitarisme contemporain n'a plus la forme spectaculaire du XXe siècle. Il est : diffus plutôt que centralisé, technique plutôt qu'idéologique, préventif plutôt que répressif, algorithmique plutôt que bureaucratique.

<u>Il repose sur trois piliers :</u>

La capture des données

Le sujet devient transparent, modélisable, anticipable.

L'automatisation des décisions

Les normes se déplacent dans les infrastructures techniques : ce n'est plus la loi qui commande, mais l'algorithme.

L'intériorisation

Le contrôle n'est plus imposé : il est intégré, sous forme d'habitudes, de notifications, de métriques, de nudges. C'est une totalisation douce, une absorption du vivant dans un système d'optimisation permanente.

L'architecture mondiale concentrationnaire : un réseau

Le terme "concentrationnaire" ne renvoie pas ici aux camps historiques, mais à une structure de concentration : des flux, des données, des décisions, des dépendances. Cette architecture n'est pas un lieu, mais un maillage : infrastructures numériques, plateformes globales, institutions financières, normes transnationales, systèmes de notation et de surveillance.

Elle concentre le pouvoir dans des nœuds techniques qui échappent aux souverainetés classiques.

Le monde devient un système clos, où chaque geste, chaque transaction, chaque déplacement est inscrit dans une matrice de calcul.

De Bretton Woods à la matrice contemporaine : continuité structurelle

Ce qui relie Bretton Woods à la gouvernementalité neuro-biopolitique contemporaine, c'est une même logique : stabiliser le système global, réduire l'incertitude, anticiper les comportements, intégrer les marges, optimiser les flux. Bretton Woods a posé les fondations institutionnelles. La révolution numérique a ajouté les fondations techniques. La neuro-technologie ajoute les fondations comportementales. Le résultat est une architecture mondiale intégrée, où l'économie, la biologie, la cognition et la technique convergent dans un même dispositif de gestion du vivant.

Une modernité sous régime d'ingénierie totale

Nous vivons dans un monde où : la monnaie, les corps, les comportements, les attentions, les relations sociales sont intégrés dans un même système de calcul.

C'est une structure : une architecture qui s'est construite par strates, depuis Bretton Woods jusqu'aux infrastructures neuro-numériques contemporaines.

Une architecture qui est une totalisation fonctionnelle, non par la violence, mais par la captation, la modélisation et l'optimisation du vivant.

Le neuro-bio-totalitarisme et le consentement capturé : une endystopie.

Le cerveau du citoyen âgé, isolé ou malade finit par intérioriser cette contrainte macroéconomique sous la forme d'une culpabilité morale. Il perçoit sa propre existence biologique comme une agression ou un parasitisme contre le budget collectif.

Le consentement à la mort n'est alors plus un choix souverain de liberté : c'est un acte de soumission inconscient à la pression économique de l'État-liquidateur. L'individu est dépouillé de sa mort ; elle ne lui appartient plus comme un moment sacré, intime ou naturel, elle est récupérée par l'appareil d'État pour équilibrer un bilan de fin d'exercice.

Sur le plan légal, en acceptant de fournir lui-même la substance létale, l'État transgresse l'interdit fondamental qui fonde sa légitimité : le devoir absolu de protéger la vie, et non d'en distribuer la mort.

L'État industrialisera les décès.

Heidegger et le *Gestell* : Quand la mort devient un « stock »

Pour comprendre ce que je décris comme "l'industrialisation des décès", la philosophie de Martin Heidegger (notamment dans son essai *La Question de la technique*) est particulièrement puissante.

Heidegger utilise le terme allemand de **Gestell** (souvent traduit en français par **« l'Arraisonnement »** ou **« le Dispositif »**).

Pour lui, la technique moderne n'est pas juste un ensemble d'outils (des machines, des seringues, des protocoles). C'est une **manière de voir le monde**. Sous le règne du *Gestell*, la réalité n'est plus perçue dans sa poésie ou son mystère, mais uniquement comme un **« fonds »** (ein *Bestand*), c'est-à-dire un stock de ressources disponibles, mesurables, optimisables et remplaçables.

Introduire l'État et la technique médicale lourde dans le choix de mourir, c'est risquer de faire basculer la compassion vers une gestion industrielle du vivant, où le *Gestell* transforme l'éthique en logistique.

L'INVERSION ORWELLIENNE : UN TOTALITARISME PIRE QUE « 1984 »

Nous sommes au-delà du simple totalitarisme de surveillance représenté par le *Big Brother*orwellien.

Nous sommes entrés dans le **totalitarisme de l'inversion**, où l'État ne se contente pas d'imposer la mort, mais la redéfinit sémantiquement et juridiquement comme l'acte suprême de liberté, de civisme et de dignité.

Le mécanisme de l'inversion sémantique (Newspeak biologique)

L'euthanasie devient « Aide à mourir » : Le mot « mort » en tant que suppression provoquée est évacué ou enrubanné. On ne parle plus d'éliminer la biomasse coûteuse, mais d'offrir une « libération » ou un service d'« accompagnement ». C'est la novlangue appliquée à la biologie humaine.

Le suicide devient « Dignité » :L'instinct de survie, base biologique de toute espèce vivante, est neurologiquement et socialement reprogrammé pour être perçu comme de l'égoïsme (envers les proches, envers les finances publiques). À l'inverse, la pulsion de mort induite par l'isolement ou la douleur est présentée comme la dignité même.

Le bourreau devient « Accompagnateur » :L'agent de l'État qui prépare ou administre la substance létale n'est plus un exécuteur, mais un prestataire de soins. L'infrastructure même de l'extermination de masse emprunte les codes esthétiques, doux et apaisants de la clinique de bien-être.

Pourquoi c'est « pire » qu'Orwell ?

Chez Orwell, la torture est visible et physique ; elle s'exprime par la douleur infligée dans la Chambre 101. Dans le neuro-bio-totalitarisme de l'inversion, **la torture est invisible car elle est chimique, sémantique et psychologique**.

L'individu ne gémit pas sous le poids de l'oppression brute de l'État : il sourit, assis dans des fauteuils technologiques et confortables de cliniques de fin de vie, affichant un bonheur vide alors qu'il est en cours de liquidation clinique. Son système nerveux a été piraté en amont par les normes sociales, budgétaires et langagières. C'est l'assassinat de la résistance intérieure.

L'État n'a plus besoin de recourir à la force physique pour éliminer les gêneurs ou les improductifs : il lui suffit de leur donner le « choix » sémantiquement verrouillé de disparaître pour le bien du bilan comptable de la collectivité.

Le Hold-Up de l'Absolu : Requiem pour la Liberté
Le mot LIBERTÉ n'est plus qu'un cadavre fardé.

Autrefois foudre, abîme et souffle vertical, il a été capturé, vidé de son sang métaphysique et exposé sous les néons du grand marché global.

Ce rapt – ce hold-up sémantique absolu – ne s'est pas fait par les armes, mais par une lente et douce substitution : on nous a ravi l'Infini pour nous vendre des options de confort.

Pour arracher ce mot au silence des prisons dorées, il nous faut descendre dans l'arène de l'esprit, là où la politique, la chair et l'âme se livrent leur ultime bataille.

Le Crépuscule de l'Action : D'Arendt au néant inversé

Chez **Hannah Arendt**, la liberté n'était pas un refuge secret, mais un miracle de lumière : la *natalité*, cette capacité proprement divine d'initier dans le monde un commencement imprévisible par la parole et l'acte.

C'était le feu de la *polis*, l'espace public où les hommes se tenaient debout, égaux et distincts. Le totalitarisme d'hier brisait cette lumière sous le talon de fer de la terreur.

Le **totalitarisme inversé**, lui, préfère l'obscurité tiède.

Il n'éteint pas la parole, il la noie sous un déluge de bruits futiles. Il n'interdit pas l'action, il la décourage en rendant l'impuissance confortable.

Dans cette démocratie de façade, la liberté est devenue une liturgie vide, un droit de vote sans souveraineté, une colère canalisée par des algorithmes.

L'individu moderne, ainsi désarmé, flotte dans un espace sans relief où il n'y a plus rien à conquérir, puisque tout est à consommer. Le hold-up est parfait : nous célébrons notre souveraineté au moment précis où nous achetons notre soumission.

Le Neuro-Bio-Totalitarisme : La colonisation de la Source

Mais l'empire de la dépossession est allé plus loin encore. Il a franchi la barrière de notre peau pour s'installer dans le sanctuaire de nos synapses. C'est l'avènement du neuro-bio-totalitarisme.

Le fouet du geôlier a été dissous dans notre propre dopamine. Le contrôle ne s'exerce plus de l'extérieur par la menace, mais de l'intérieur par la récompense. Nos désirs ne sont plus les nôtres : ils sont les produits d'équations mathématiques, de boucles de rétroaction conçues pour pirater notre système nerveux.

Le piratage de la volonté : Quand l'attention est capturée et l'influx nerveux calibré par des stimulations perpétuelles, où réside le choix ?

La pacification chimique : La tristesse légitime face au vide est traitée comme une anomalie biologique à corriger, anesthésiant la sainte révolte de l'être.
Le pouvoir a colonisé la vie dans ce qu'elle a de plus intime. Il ne dicte plus les lois du dehors ; il écrit le code de nos pulsions du dedans. Nous ne choisissons plus : nous sommes activés.

L'Endystopie : La crypte Intérieure
Nous avons dépassé les cauchemars d'Orwell et de Huxley. Nous ne redoutons plus un Big Brother extérieur ; nous l'avons hébergé. Nous sommes entrés dans l'ère de l'endystopie.

L'endystopie est une dystopie intériorisée.C'est l'effondrement total de la frontière entre le temple intérieur et la machine de surveillance.

Le geôlier intime : Le prisonnier est devenu son propre gardien. Par amour de la performance, par névrose du contrôle ou par pur besoin de reconnaissance, l'homme endystopique se quantifie, se surveille, se censure et livre de lui-même ses données les plus secrètes au grand Panoptique numérique.

Dans cette prison sans barreaux visibles, la cage est faite de nos propres consentements.

L'esclave n'est plus enchaîné à la meule : il court volontairement sur son tapis roulant en admirant son reflet sur l'écran qui le surveille.

L'idéation suicidaire liée à la souffrance en fin de vie : Une douleur qui n'a pas de esiège anatomique unique

Lorsqu'un individu sait qu'il va mourir — dans le cadre d'une maladie grave, d'un diagnostic terminal ou d'un vécu de fin de vie — il traverse une forme de souffrance qui déborde largement la douleur physique. Cicely Saunders, fondatrice du mouvement des soins palliatifs modernes, a forgé le concept de *total pain* (douleur totale) pour désigner cette souffrance à quatre dimensions : physique, psychologique, sociale et spirituelle.

La conscience de la finitude n'est donc jamais un phénomène purement psychologique : elle engage le corps, les liens, le sens de l'existence et, comme nous allons le voir, des réseaux neuronaux précis.

Ce que montre la neurobiologie

La confrontation à la mort imminente active un ensemble de structures cérébrales impliquées dans la détection de la menace et la régulation émotionnelle. L'amygdale, centrale dans la peur et l'anxiété, s'hyperactive face à la menace existentielle, tandis que le **cortex cingulaire antérieur (ACC) — en particulier sa portion subgénuale — joue un rôle majeur dans la douleur dite « sociale » ou existentielle, celle qui accompagne la perte de sens ou le sentiment d'abandon.

L'insula, quant à elle, intègre les signaux corporels internes à la conscience émotionnelle : elle est aujourd'hui considérée comme un pivot entre la souffrance physique et la détresse psychique, expliquant pourquoi une douleur somatique mal soulagée amplifie l'angoisse de mort, et inversement.

Les travaux de recherche en neurosciences sociales, notamment ceux inspirés de la *Terror Management Theory* (Greenberg, Solomon, Pyszczynski), ont montré par imagerie que la simple **saillance de la mortalité** (mortality salience) modifie l'activité du cortex préfrontal dorsolatéral, région impliquée dans la régulation cognitive de l'anxiété, et sollicite le réseau du mode par défaut (*default mode network*), associé à la pensée autoréférentielle — ce réseau que l'on retrouve suractivé dans la rumination et la dépression.

Sur le plan endocrinien, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien s'active de façon chronique, avec une élévation du cortisol qui, à terme, épuise les capacités d'adaptation (allostatic load, concept développé par McEwen) et peut favoriser des états de détresse existentielle prolongée, proches du tableau clinique de la **démoralisation** décrit par David Kissane — à distinguer de la dépression clinique, bien que les deux puissent coexister.

Le regard de la psychiatrie et de la psychologie clinique

Elisabeth Kübler-Ross, dans *On Death and Dying* (1969), a proposé un modèle en cinq étapes (déni, colère, marchandage, dépression, acceptation) — modèle aujourd'hui nuancé, car ces états ne sont ni linéaires ni universels, mais qui reste une référence pour penser le travail psychique du mourir. Irvin Yalom, psychiatre existentialiste, insiste dans *Staring at the Sun* sur l'angoisse de mort comme moteur souterrain de nombreuses souffrances psychiques, y compris chez les personnes en bonne santé : selon lui, la conscience de la mort n'est pas seulement une menace, mais peut devenir un principe organisateur qui pousse à vivre plus authentiquement.

Viktor Frankl, dans *Découvrir un sens à sa vie*, issu de son expérience des camps de concentration, montre que la capacité à trouver un sens, même face à la mort certaine, module directement l'intensité de la souffrance psychique — intuition aujourd'hui validée par les approches de « thérapie de la dignité » (Chochinov) en soins palliatifs.

Philosophie et littérature : penser la finitude

Martin Heidegger, dans *Être et Temps*, définit l'être humain comme un « être-vers-la-mort » (*Sein-zum-Tode*) : la mort n'est pas un événement extérieur mais la possibilité la plus propre de l'existence, et son occultation quotidienne constitue une fuite inauthentique. À l'inverse, Épicure affirmait dans sa *Lettre à Ménécée* que « la mort n'est rien pour nous », tentant de désamorcer l'angoisse par la raison — position que la clinique contemporaine juge souvent insuffisante face à la charge affective réelle du mourir. Emmanuel Levinas déplace la focale vers la relation : c'est le visage d'autrui et la responsabilité envers lui qui donnent sens face à la mort. En littérature, *La Mort d'Ivan Ilitch* de Tolstoï demeure la description la plus saisissante de la solitude et du mensonge social qui entourent le mourant, tandis que les *Mémoires de la maison des morts* et certaines pages de Cioran (*De l'inconvénient d'être né*) explorent la lucidité douloureuse de celui qui sait.

Quand l'issue disparaît : la fermeture cognitive et l'envie de mourir

Il existe un point de bascule où la souffrance — physique et psychique confondues — devient si intense et si continue que l'individu cesse de percevoir une quelconque issue. Ce n'est plus seulement « je souffre », mais « je ne vois plus comment cela pourrait cesser autrement qu'en cessant moi-même ». C'est précisément ce mécanisme que la neurobiologie du désespoir permet d'éclairer, et qui rejoint directement les travaux que j'ai développé sur la fermeture cognitive induite par certaines structures — discursives dans mon protocole, mais dont le modèle biologique sous-jacent est le même.

L'expérience fondatrice reste celle de Curt Richter (1957, Johns Hopkins) : des rats placés dans un environnement de nage sans issue perceptible cessent en quelques minutes toute tentative d'échapper — non par épuisement physiologique, mais parce que leur système nerveux a « conclu » à la fermeture du monde.

À l'inverse, un seul sauvetage suffit à réactiver des heures de résistance : ce n'est pas la force du corps qui détermine l'abandon, c'est la représentation cognitive de l'issue. Martin Seligman (1972, 1975) a théorisé ce phénomène sous le nom d'**impuissance apprise** (*learned helplessness*) : lorsqu'un organisme a été exposé de façon répétée à une souffrance incontrôlable, il finit par cesser de chercher une sortie, même lorsqu'elle redevient objectivement disponible. Le corrélat neurobiologique de cet état a depuis été précisé : une hypoactivation du cortex préfrontal ventromédian et orbitofrontal (impliqué dans l'évaluation des options et l'espoir projeté dans le futur), couplée à une hyperactivation de l'amygdale et à une dysrégulation sérotoninergique — le modèle diathèse-stress de John Mann (2003) montre que cette vulnérabilité neurobiologique, quand elle rencontre une crise de souffrance aiguë, produit un état où le système cognitif « voit » littéralement moins d'options qu'il n'en existe réellement.

C'est ce que le modèle du **Cry of Pain** (« cri de douleur »), développé par Mark Williams et ses collaborateurs, nomme *arrested flight* — la fuite arrêtée : face à une défaite ou un piège perçu comme total (*defeat* et *entrapment*), et en l'absence de tout signal de sauvetage possible (*rescue factors*), le psychisme bascule vers un état où l'arrêt de soi devient la seule sortie représentable. Ce modèle rejoint très directement mes travaux sur la fermeture de l'espace de représentation : qu'elle soit induite par un dispositif discursif totalisant ou par une souffrance somatique et psychique extrême, la mécanique cognitive de clôture — binarité, absence d'alternative représentable, effondrement de la temporalité — semble bien être un invariant

transposable d'un registre à l'autre, ainsi que le suggère votre triangulation linguistique / philosophique / neurobiologique.

L'envie de mourir n'est pas un désir de non-être : c'est une pulsion de vie déguisée

Un renversement clinique essentiel doit être posé ici, avec la plus grande rigueur : l'envie de mourir, dans l'immense majorité des cas, n'est pas un désir positif de cesser d'exister. C'est un désir d'**échapper** à une souffrance devenue intolérable — ce qu'Edwin Shneidman, fondateur de la suicidologie moderne, appelait le *psychache* : une douleur psychique si aiguë qu'elle rend toute autre considération secondaire. Dans sa formule devenue centrale : on ne veut presque jamais mourir, on veut que **la douleur cesse**, et la mort n'apparaît comme option que lorsque aucune autre porte de sortie n'est visible.

Roy Baumeister (1990), dans sa théorie de l'*escape from self*, décrit le même mécanisme : l'acte suicidaire est avant tout une tentative de fuite hors d'un état de conscience de soi devenu insupportable, non une adhésion à la mort en tant que telle. Cette lecture est corroborée par les données cliniques de terrain : la grande majorité des personnes ayant survécu à une tentative rapportent, une fois la crise passée, ne plus avoir voulu mourir — elles voulaient que *cela* s'arrête. Cette **ambivalence** est le cœur même de la crise suicidaire, et c'est précisément sur elle que s'appuie toute intervention de crise efficace : tant qu'une part du sujet formule encore le souhait que la souffrance cesse plutôt que l'anéantissement pur, une pulsion de vie subsiste — étouffée, mais active : recherche d'un lien, recherche d'un sens, recherche d'un futur imaginable.

Sur le plan psychanalytique, on retrouve ici la tension freudienne entre pulsion de vie (Éros) et pulsion de mort (Thanatos) : loin d'être l'expression pure de cette dernière, l'envie de mourir dans le contexte d'une souffrance extrême s'apparente davantage à un compromis paradoxal d'Éros — la dernière stratégie disponible, dans un espace de représentation fermé, pour mettre fin à une douleur qui empêche justement de vivre. Le sujet ne cherche pas la mort : il cherche désespérément une **issue** — et c'est cette recherche d'issue, même mal orientée par la fermeture cognitive du système, qui signe la persistance d'une pulsion de vie sous-jacente.

En synthèse sur ce point fondamental

La souffrance psychique du mourant s'inscrit ainsi dans un continuum : des circuits neuronaux précis (amygdale, insula, cortex cingulaire, réseau du mode par défaut) soutiennent une expérience que la psychiatrie décrit cliniquement (démoralisation, angoisse de mort, dépression) et

que la philosophie et la littérature tentent, depuis toujours, de nommer et d'apprivoiser. Cette convergence des regards — biologique, clinique, existentiel — est précisément ce qui fonde aujourd'hui les soins palliatifs modernes : traiter la douleur totale exige de ne négliger aucune de ces dimensions.

Témoignage :

L'extrême vulnérabilité face au risque d'un contournement du consentement.

La dégradation du visage de ma maman (54 ans) avant son euthanasie clandestine me hante chaque jour, je porte en moi sa souffrance ultime, celle qui lui a été infligée.

Le silence d'une chambre d'hôpital possède cette lourdeur particulière, celle des lieux où le temps s'arrête pendant que les destins basculent. Ma maman avait cinquante-quatre ans. Un âge où la vie devrait encore se conjuguer au futur, où les projets se dessinent à l'encre forte.

Six mois plus tôt, le couperet du diagnostic était tombé : un cancer. Pourtant, à cet instant, allongée sur ce lit blanc, elle n'était ni au seuil de la fin de vie, ni sous l'aile des soins palliatifs. Elle était là, vibrante, portant en elle une beauté que la maladie n'avait pas réussi à ternir.

Ses yeux brillaient d'un amour inconditionnel, d'une soif d'exister, d'un espoir farouche.

Mais la médecine moderne, dans sa dérive la plus froide, avait osé commettre l'irréparable : lui attribuer une date d'échéance, transformant un parcours de soins en un compte à rebours arbitraire et condamnable. C'est ici que se noue le nœud gordien de notre condition humaine, à la frontière floue entre l'éthique, la loi et la tragédie.

Qu'est-ce que l'aide à mourir ou l'euthanasie lorsqu'elle s'affranchit du consentement ?

Qu'est-ce que l'euthanasie lorsqu'elle quitte le terrain de la dignité partagée pour devenir un acte unilatéral, une sentence exécutée dans l'ombre ?

La loi est censée être un rempart contre l'arbitraire, un cadre protégeant la vulnérabilité. Mais ce jour-là, le droit s'est effondré devant la barbarie du secret. Une injection légale, disaient-ils.

Un poison, en vérité. Administré à son insu, ce produit s'est propagé méthodiquement dans ses veines, volant à une femme sa dernière bataille, confisquant son souffle au nom d'une boussole médicale totalement dévoyée. «

Le désespoir n'est pas le contraire de l'espoir, il en est le jumeau mutilé. Il naît là où la possibilité du choix nous est arrachée. »

La scène qui suivit relève du cauchemar éveillé. Aussitôt le geste fatal accompli, le personnel médical prit la fuite, désertant la pièce comme des coupables fuyant le miroir de leur propre forfait. Je fus laissée là, seule, spectatrice impuissante et inconsciente d'un drame qui se jouait sous mes yeux. Sans comprendre immédiatement la nature de ce qui venait d'être perfusé, j'ai assisté, terrifiée, à sa dégradation physique immédiate.

Le corps, ce temple de vie qui abritait encore tant d'amour, s'est effondré sous les assauts de la chimie létale. L'impuissance absolue est une cellule de prison psychique : je n'ai rien pu faire. Rien. L'inertie forcée face à l'agonie de l'être le plus cher est une mutilation de l'âme dont on ne guérit jamais.Aujourd'hui encore, ton visage me hante chaque jour, maman. Derrière mes paupières closes, je revois tes traits se figer dans l'incompréhension.

Dans ce face-à-face muet, j'ai ressenti avec une acuité terrifiante ta douleur psychique : cette panique muette, cette impossibilité soudaine de parler, de crier l'injustice, de comprendre pourquoi le monde se dérobait sous toi alors que tu voulais vivre. Cette souffrance indicible, ce cri étouffé par le poison, je l'ai recueilli. Je l'ai gardé en moi, intact, comme un dépôt sacré et douloureux qui brûle mes entrailles jusqu'à ce jour.D'un point de vue philosophique, la mort administrée sans consentement pose la question du sacré de l'existence.

Quand l'institution médicale s'arroge le droit de décider de l'heure, elle ne soulage pas la souffrance, elle l'érige en absolute fatalité. Elle brise le contrat social et moral qui lie le soignant au soigné.

Ma maman n'a pas été accompagnée vers la paix ; elle a été précipitée dans le vide par une décision technocratique travestie en compassion. Cette absence de dialogue transforme l'euthanasie en un acte d'effacement, une négation pure et simple de l'altérité.Le deuil, dans ces conditions, devient un combat métaphysique quotidien.

Comment pardonner à un système qui a fui ses responsabilités ?

Comment vivre avec le souvenir de cette agonie provoquée ?

La douleur que je porte n'est pas seulement celle de la perte, c'est celle de la trahison de la vie elle-même.

Sa mémoire, reste lumineuse, gravée dans cette beauté et cet amour qu'elle incarnait si bien, en contraste absolu avec la noirceur du geste qui l'a emportée.

Je reste le témoin de ton dernier souffle confisqué, la gardienne de ta vérité face au silence des coupables.

Références principales : Saunders C. (soins palliatifs) ; Kübler-Ross E., On Death and Dying (1969) ; Yalom I., Staring at the Sun (2008) ; Frankl V., Man's Search for Meaning ; Kissane D., démoralisation ; Chochinov H., thérapie de la dignité ; McEwen B., allostatic load ; Greenberg, Solomon & Pyszczynski, Terror Management Theory ; Heidegger M., Être et Temps ; Épicure, Lettre à Ménécée ; Levinas E. ; Tolstoï L., La Mort d'Ivan Ilitch ; Cioran E. ; Richter C., "On the phenomenon of sudden death in animals and man" (1957) ; Seligman M., Helplessness (1975) ; Mann J.J., modèle diathèse-stress du comportement suicidaire (2003) ; Williams M. & Pollock L., Cry of Pain model, arrested flight (2001) ; Shneidman E., The Suicidal Mind (1996) ; Baumeister R., "Suicide as escape from self" (1990) ; Freud S., Au-delà du principe de plaisir (pulsion de vie / pulsion de mort).*

DISCUSSION ET MOYENS DE DROIT CONSTITUTIONNEL

PREMIER MOYEN : Erreur manifeste d'appréciation et violation du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine par l'altération du consentement.

Le législateur prétend garantir l'expression d'une volonté libre et éclairée (article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789). Or l'autonomie sur laquelle repose cette loi doit être appréciée à l'aune du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, principe à valeur constitutionnelle que le Conseil constitutionnel a dégagé dès sa décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 relative aux lois de bioéthique, confirmée depuis dans de nombreux champs, notamment en matière d'interruption volontaire de grossesse (décisions n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 et n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016), d'hospitalisation sans consentement (décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010) et, plus directement encore, en matière de fin de vie et d'arrêt des traitements de maintien en vie (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 ; décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 relative aux directives anticipées).

Dans sa décision n° 2022-1022 QPC précitée, le Conseil constitutionnel a certes jugé que le législateur n'avait pas méconnu le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ni la liberté personnelle en permettant au médecin d'écarter des directives anticipées manifestement inappropriées — mais il l'a fait en relevant que cette faculté s'exerçait sous le contrôle d'une procédure collégiale et sous réserve de motivation, c'est-à-dire précisément les garanties procédurales dont la loi ici déférée s'abstient d'assortir la décision de mort provoquée. L'absence, dans la loi déférée, de garanties procédurales comparables à celles que le Conseil a jugées déterminantes dans sa jurisprudence antérieure constitue, par contraste, un indice sérieux de l'erreur manifeste d'appréciation dénoncée par la présente contribution.

Le mécanisme de l'altération du consentement

Le cerveau humain — en particulier le cortex préfrontal, siège des fonctions exécutives de décision — exige, pour l'exercice d'une autonomie réelle, une pluralité de représentations possibles de l'avenir.

La contribution ici présentée identifie cinq facteurs discursifs de nature à restreindre cette pluralité :

La binarité discursive (V_1) : imposition d'une partition binaire entre vie digne et vie indigne, entre soulagement et souffrance.

La suppression de la modalité épistémique (V_2) : élimination du doute, du « peut-être », au profit du « doit », appauvrissant le registre lexical disponible pour concevoir d'autres issues que la mort.

La saturation lexicale (V_3) : saturation des échanges par des termes à forte charge émotionnelle, sollicitant le registre affectif au détriment de la délibération.

L'injonction temporelle (V_4) : pression, même implicite, à se déterminer rapidement, dans un contexte de tension sur les capacités hospitalières.

La désignation de la vulnérabilité comme charge (V_5) : construction sociale de la personne malade ou âgée comme un poids pour le corps social, susceptible de nourrir un sentiment de culpabilité chez le patient qui refuse de s'effacer.

Une image clinique : l'expérience de Curt Richter

En 1957, le physiologiste Curt Richter a mis en évidence, dans une étude aujourd'hui classique, que des rats placés dans des récipients d'eau sans possibilité d'évasion cessaient de nager et mouraient significativement plus vite lorsque toute perspective de secours leur était ôtée, la restauration d'un espoir de sauvetage suffisant à l'inverse à prolonger considérablement leur effort *(C. P. Richter, « On the Phenomenon of Sudden Death in Animals and Man », Psychosomatic Medicine, vol. 19, n° 3, mai 1957, p. 191-198).*

Cette expérience a nourri, dans la littérature ultérieure sur le stress et la perte de contrôle, le concept d'impuissance apprise développé par Martin Seligman à partir de 1967, ainsi que les théories dites de l'*arrested flight* ou de l'entrapment, selon lesquelles la perception d'une absence totale d'issue peut, chez l'être humain comme chez l'animal, précéder et surdéterminer la formulation d'un souhait de mort *(J. M. G. Williams, Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-harm, Londres, Penguin, 1997 ; L. R. Williams et P. Pollock, « Psychological aspects of the suicidal process », in K. van Heeringen (dir.), Understanding Suicidal Behaviour, Wiley, 2001).*

La présente contribution invoque cette littérature à titre d'éclairage sur le mécanisme de restriction cognitive de l'autonomie, sans prétendre que le cas humain soit scientifiquement assimilable au modèle animal, la transposition demeurant de l'ordre de l'analogie heuristique et non de la démonstration expérimentale directe.

Moyen de droit : en qualifiant de « choix libre » une décision susceptible d'intervenir dans un contexte de restriction cognitive des issues perçues comme disponibles — restriction que la loi déférée ne s'attache pas à neutraliser par des garanties procédurales comparables à celles retenues par le Conseil constitutionnel dans sa jurisprudence relative aux directives anticipées (décision n° 2022-1022 QPC précitée) — le législateur encourt le grief d'erreur manifeste d'appréciation au regard de l'article 66 de la Constitution et du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine résultant du Préambule de la Constitution de 1946.

DEUXIÈME MOYEN : Incompétence négative et violation du droit à la protection de la santé par l'insuffisance des garanties cliniques et du contrôle post-mortem.

L'article 34 de la Constitution impose au législateur de fixer lui-même les garanties fondamentales de la sécurité sanitaire, faute de quoi il commet une incompétence négative affectant l'exercice d'un droit ou d'une liberté que la Constitution garantit — grief que le Conseil constitutionnel a examiné à plusieurs reprises en matière de fin de vie, notamment dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 (arrêt des traitements de maintien en vie) et sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022.

Or la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti, avait pris soin d'entourer le geste le plus proche de celui envisagé ici — la sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (article L. 1110-5-2 du code de la santé publique) — d'une procédure collégiale préalable, définie par voie réglementaire, ayant précisément pour objet de vérifier que les conditions légales sont réunies avant la mise en œuvre du geste. La loi déférée, en revanche, ne prévoit pas de garanties procédurales, cliniques et pharmacologiques d'une rigueur équivalente pour un acte dont les effets sont, par construction, irréversibles.

Le « moral injury » des soignants

L'institutionnalisation de l'aide à mourir impose aux soignants amenés à y participer une charge psychique spécifique. Ce phénomène, documenté dans la littérature clinique sous le terme de *moral injury* (*B. T. Litz, N. Stein, E. Delaney, L. Lebowitz, W. P. Nash, C. Silva et S. Maguen, « Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy », Clinical Psychology Review, vol. 29, n° 8, 2009, p. 695-706*), désigne les conséquences psychologiques durables que peut entraîner, chez une personne investie d'une mission de soin, la participation à un acte qui heurte ses convictions morales profondes.

Ce concept, initialement développé à propos des vétérans de guerre, a depuis été étendu par la littérature à d'autres professions confrontées à des actes à haute charge éthique, dont certains travaux relatifs aux professionnels de santé impliqués dans l'aide active à mourir dans les pays où elle est légale. La présente contribution soutient que l'absence, dans la loi déférée, de tout dispositif de soutien clinique et de clause de conscience suffisamment armée pour les équipes soignantes constitue une carence de nature à priver de garanties légales le droit à la protection de la santé, tant des patients que des professionnels concernés.

L'insuffisance du contrôle post-mortem

La contribution appelle l'attention du Conseil sur l'absence, dans la loi déférée, de toute obligation systématique d'autopsie aléatoire, de revue externe indépendante ou de traçabilité pharmacologique et physiopathologique rigoureuse des décès provoqués. Cette lacune prive de garanties légales suffisantes le droit à la protection de la santé consacré par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, alors même que la procédure collégiale instaurée par la loi Claeys-Leonetti pour la sédation profonde et continue témoigne de ce que le législateur savait, dès 2016, entourer un acte de fin de vie de contrôles préalables adaptés à sa gravité.

<u>TROISIÈME MOYEN</u> : Atteinte au principe constitutionnel de fraternité et à la liberté individuelle par le risque d'expropriation du consentement.

Le principe de fraternité, reconnu comme principe à valeur constitutionnelle par le Conseil constitutionnel (décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018, dite décision Cédric Herrou), s'oppose à ce que la vulnérabilité économique ou sociale d'une personne devienne, même indirectement, un facteur d'orientation vers sa propre suppression plutôt que vers un accompagnement solidaire.

La liberté individuelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, suppose que l'expression de la volonté soit soustraite aux contraintes matérielles coercitives.

Or l'introduction de l'aide à mourir dans un contexte de pénurie persistante des lits de soins palliatifs — pénurie documentée par plusieurs rapports parlementaires et par la Cour des comptes — et de rationalisation budgétaire des dépenses de santé constitue un facteur de pression susceptible de peser sur les personnes les plus vulnérables, sans que la loi déférée n'organise de garde-fou spécifique contre ce risque.

En tolérant que l'aide à mourir puisse s'exercer hors de tout contrôle anatomopathologique indépendant systématique et sans présence garantie d'un tiers extérieur à l'institution de soins, le législateur s'expose au grief de ne pas avoir suffisamment protégé le consentement du patient contre le risque, même minoritaire, d'une décision insuffisamment libre — ce qui fonde, en droit, le moyen tiré de la violation combinée du principe de fraternité et de la liberté individuelle.

LES EXIGENCES DE LA TRADITION HUMANISTE ET MÉTAPHYSIQUE

La tradition philosophique et littéraire qui éclaire, en filigrane, le bloc de constitutionnalité invoqué s'oppose à une réduction mécanique et utilitariste de l'être humain :

Fiodor Dostoïevski et la structure de la conscience : dans *Les Frères Karamazov* et *Les Carnets du sous-sol*, l'auteur montre que l'être humain préfère souvent sa liberté souffrante à un bonheur mécanique ou à une absence de souffrance calculée par une équation froide.

Hannah Arendt et la violence de la définition : selon une formule qui lui est régulièrement attribuée, les grandes persécutions commenceraient moins par la violence que par la

définition — définir a priori quelle vie vaut la peine d'être vécue serait un premier pas vers la déshumanisation.

Emmanuel Levinas et l'exigence éthique du visage : le visage d'autrui, dans sa vulnérabilité, appelle une responsabilité qui interdit qu'on y réponde par l'indifférence ou par la seule administration d'un protocole.

L'ÉPISTÉMOLOGIE DE L'HOSPITALITÉ COMME GARDE-FOU

Il existe une autre façon de savoir. Elle commence non par une affirmation mais par un tremblement : la reconnaissance que l'autre déborde toujours ce qu'on peut en dire. Que toute catégorie est provisoire. Que la vérité sur un être humain est toujours en retard sur cet être humain, parce que cet être humain est toujours en train de devenir quelque chose que personne n'a encore nommé.

> *« Comprendre quelqu'un, c'est accepter d'être provisoirement défait par lui. » — Paul Ricœur, Soi-même comme un autre.*

Dans le cadre théorique retenu ici, ancré dans l'analyse critique du discours et la réflexion foucaldienne sur la gouvernementalité, cette posture correspond à une épistémologie de l'hospitalité : un régime de vérité qui maintient toujours ouverte la modalité épistémique — le peut-être, le il me semble, le je pourrais avoir tort — comme condition d'honnêteté structurelle.

La cohérence interne d'un système de savoir n'est pas, à elle seule, une garantie de son innocence. Ce qui protège n'est pas la seule rigueur administrative ou l'équilibre du budget de l'État, mais la vigilance permanente sur l'usage que l'on fait du savoir, et sur le risque, toujours possible, de le retourner en instrument d'élimination plutôt que de soin.

CONCLUSION

Pour l'ensemble de ces motifs, l'auteur de la présente contribution demande au Conseil constitutionnel de :

1. Déclarer non conformes à la Constitution les dispositions de la loi déférée instituant l'aide active à mourir, en ce qu'elles reposent sur une erreur manifeste d'appréciation de l'autonomie du consentement, en violation de la liberté individuelle, du principe de fraternité et du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, faute de garanties procédurales comparables à celles que le Conseil constitutionnel a jugées déterminantes dans sa jurisprudence relative à la fin de vie (décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 et n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022) et à celles instaurées par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 pour la sédation profonde et continue.

2. Déclarer la loi entachée d'incompétence négative, en ce que le législateur s'est abstenu d'édicter les garanties légales, les contrôles cliniques et les examens anatomopathologiques post-mortem indépendants nécessaires pour prévenir tout risque de dérive dans l'application de la loi à l'égard des patients les plus vulnérables.

Maya HABEGGER

Engagements & Présidences

Présidente du Cabinet Maya Habegger.
Présidente de l'Association Laboratoire d'observations et de recherches sur les mécanismes totalitaires modernes.

Titres & Expertises

PhD en Droit privé | PhD en Psychologie cognitive.
Juriste • Psychanalyste • Essayiste.

Héritage

Arrière-petite-fille de résistante homologuée, agente du MI6, déportée à Mauthausen et libérée la veille de sa pendaison programmée (à l'âge de 44 ans).

Avec la contribution de Madame Valérie Ferrier, journaliste scientifique.

BIBLIOGRAPHIE

I. Constitution, blocs de constitutionnalité et textes normatifs

Constitution du 4 octobre 1958, articles 2, 4, 34, 61-1, 66, 72-3.

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, articles 2 et 4.

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11.

Code de la santé publique, articles L. 1110-5, L. 1110-5-1, L. 1110-5-2, L. 1111-4, L. 1111-11.

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti, JORF n° 0028 du 3 février 2016.

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti, JORF n° 95 du 23 avril 2005.

II. Jurisprudence du Conseil constitutionnel

Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S. (Hospitalisation sans consentement).

Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé.

Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (Arrêt des traitements de maintien en vie).

Décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018, M. Cédric H. et autre (Délit d'aide à l'entrée, à la circulation ou au séjour irréguliers d'un étranger).

Décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, Mme Anne-Marie D. (Conditions dans lesquelles un médecin peut écarter les directives anticipées).

Conseil d'État, décision n° 465977 du 10 octobre 2022, Association Dignitas.

III. Rapports et données institutionnelles

INSEE, Comptes nationaux — dette publique notifiée au sens du traité de Maastricht, données 2025-2026.

Cour des comptes, La Sécurité sociale — Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre consacré aux soins palliatifs, 2023-2024.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), données relatives au coût moyen de la prise en charge palliative hospitalière.

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France, deux ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti.

Sénat, Rapport d'information n° 866 (2020-2021), Soins palliatifs : entre progrès et inégalités.

IV. Littérature scientifique et clinique

RICHTER (Curt P.), « On the Phenomenon of Sudden Death in Animals and Man », Psychosomatic Medicine, vol. 19, n° 3, mai 1957, p. 191-198.

SELIGMAN (Martin E. P.) et MAIER (Steven F.), « Failure to Escape Traumatic Shock », Journal of Experimental Psychology, vol. 74, n° 1, mai 1967, p. 1-9.

SELIGMAN (Martin E. P.), « Learned Helplessness », Annual Review of Medicine, vol. 23, n° 1, 1972, p. 407-412.

WILLIAMS (J. Mark G.), *Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-Harm*, Londres, Penguin, 1997.

WILLIAMS (J. Mark G.) et POLLOCK (Leslie R.), « Psychological aspects of the suicidal process », in K. van Heeringen (dir.), Understanding Suicidal Behaviour, Chichester, Wiley, 2001.

LITZ (Brett T.), STEIN (Nathan), DELANEY (Eileen), LEBOWITZ (Leslie), NASH (William P.), SILVA (Caroline) et MAGUEN (Shira), « Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy », Clinical Psychology Review, vol. 29, n° 8, 2009, p. 695-706.

BLOCH (Sidney) et REDDAWAY (Peter), Russia's Political Hospitals: The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union, Londres, Victor Gollancz, 1977, 510 p.

JONES (James H.), *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment — A Tragedy of Race and Medicine*, New York, Free Press, éd. originale 1981, éd. révisée et augmentée 1993 (citation du Dr John Heller, chap. 1).

V. Références philosophiques et littéraires

FOUCAULT (Michel), *L'Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France, 1981-1982*, Paris, Gallimard-Seuil, coll. « Hautes Études », 2001.

FOUCAULT (Michel), *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Gallimard-Seuil, 2004.

WEIL (Simone), *La Pesanteur et la Grâce*, Paris, Plon, 1947 (rééd. Pocket, coll. « Agora », 1991).

LACAN (Jacques), *Le Séminaire, Livre III : Les Psychoses (1955-1956)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1981.

AGAMBEN (Giorgio), *Profanations*, trad. fr. Martin Rueff, Paris, Payot & Rivages, 2005.

KLEMPERER (Victor), *LTI, la langue du IIIe Reich. Carnets d'un philologue*, trad. fr. Élisabeth Guillot, Paris, Albin Michel, 1996 (éd. orig. allemande, 1947).

NIETZSCHE (Friedrich), *Par-delà bien et mal*, trad. fr., Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 1971 (éd. orig. allemande, 1886).

SARTRE (Jean-Paul), *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard, 1943, troisième partie, chapitre premier, « Le regard ».

DOSTOÏEVSKI (Fiodor), *Les Frères Karamazov*, trad. fr., Paris, Gallimard, coll. « Folio classique », 1994 (éd. orig. russe, 1880).

DOSTOÏEVSKI (Fiodor), *Carnets du sous-sol*, trad. fr., Paris, Gallimard, coll. « Folio classique », 1972 (éd. orig. russe, 1864).

RICŒUR (Paul), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, coll. « L'ordre philosophique », 1990.

LEVINAS (Emmanuel), *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, La Haye, Martinus Nijhoff, 1961 (rééd. Le Livre de Poche, coll. « Biblio essais »).

ARENDT (Hannah), *Denktagebuch, 1950-1973*, éd. Ursula Ludz et Ingeborg Nordmann, Munich, Piper Verlag, 2002. *Note de vigilance bibliographique : la formule « les grandes persécutions ne commencent jamais par la violence, elles commencent par la définition », très largement diffusée et attribuée à Hannah Arendt, n'a pu être rattachée avec certitude à un passage précis et publié de son œuvre ; elle est ici présentée comme un prolongement interprétatif de sa pensée sur la définition et la catégorisation, non comme une citation littérale établie.*

VI. Travaux de l'auteur de la présente contribution

HABEGGER (Maya), avant-propos et dialogues de Véronique LÉVY, **Code et Chair — Le totalitarisme moderne : une inversion Orwellienne.** ISBN 979-10-97635-82-4.

HABEGGER (Maya), **Endystopie — La rupture totalitaire.** ISBN 979-10-97635-83-1.

HABEGGER (Maya), **Totalisation discursive — Structures discursives totalisantes et totalisation du sujet : analyse sémantique en aveugle des invariants formels dans les discours de crise et de contrôle (1930-2022).** ISBN 979-10-97635-81-7.

HABEGGER (Maya), **Syndrome de dépossession temporelle et épistémique.** ISBN 979-10-97635-83-1.

HABEGGER (Maya),
Thèse de doctorat en droit privé : **L'illégitimité du droit dans un système démocratique à mécanisme neuro-totalitaire : la déconstruction de la volonté et la redéfinition arendtienne du sujet.**
Thèse de doctorat en psychologie cognitive :**Le sujet à l'épreuve de l'aliénation neuro-coloniale : anéantissement de la représentation de la flexibilité sémantique, clinique du faux self winnicottien.**

HABEGGER (Maya), mémoire de diplôme universitaire psychologie et religions : **L'issue transcendante face à l'éclipse du cortex. Psychopathologie, expérience mystique et**

clinique du vrai self chez Donald W. Winnicott : accueillir la manifestation spirituelle au cœur de la distorsion de la psyché-soma.

Contribution extérieure
auprès du Conseil constitutionnel
Loi relative au droit à l'aide à mourir adoptée le 15 juillet 2026

Produite par Le Syndicat de la Famille

Objet de la contribution

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

La présente contribution invite le Conseil constitutionnel à déclarer contraire à la Constitution le principe même du « droit à l'aide à mourir » institué par la loi déférée. Le grief ne porte pas seulement sur l'étendue des critères d'accès ou sur l'insuffisance des garanties procédurales. Il soutient qu'en autorisant une personne à obtenir de la puissance publique qu'un médecin ou un infirmier concoure intentionnellement à provoquer sa mort, le législateur franchit une limite que lui imposent la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, l'exigence constitutionnelle de protection de la santé et la liberté personnelle.

La question soumise au Conseil est donc antérieure à toute discussion sur les conditions d'éligibilité : la Constitution permet-elle au législateur de transformer l'acte de donner intentionnellement la mort en droit subjectif, en prestation sanitaire, en mission légalement organisée et financée par la collectivité ? La présente contribution soutient qu'elle ne le permet pas.

Des critères parfaitement objectifs, une volonté constante, un contrôle collégial et un recours effectif pourraient réduire le risque d'erreur. Ils ne modifieraient pas la nature de l'acte autorisé : la fourniture ou l'administration d'une substance dont la finalité directe est de provoquer le décès. Aucune garantie procédurale ne saurait rendre conforme à la Constitution une atteinte qui résulte du principe même posé par la loi.

I. La loi institue un pouvoir positif de donner la mort

A. Le dispositif ne se confond ni avec le refus de soins ni avec l'arrêt d'un traitement

Le droit positif reconnaît à toute personne le droit de refuser un traitement. Il prohibe l'obstination déraisonnable et permet, dans certaines conditions, l'arrêt de traitements qui n'ont d'autre effet que le maintien artificiel de la vie. Dans ces hypothèses, la mort résulte de l'évolution de la maladie ; la décision médicale porte sur la proportionnalité ou la poursuite des soins.

La loi déférée opère un changement de nature. L'article 2 définit l'aide à mourir comme le droit de recourir à une substance létale afin que la personne se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou un infirmier. L'acte n'a pas pour objet d'interrompre un traitement : il a pour objet propre, immédiat et recherché de provoquer le décès.

Cette distinction est constitutionnellement décisive. Respecter le refus d'un acte médical protège l'intégrité corporelle et la liberté personnelle. Contraindre l'État à organiser la fourniture ou l'administration d'une substance létale crée, au contraire, une créance positive ayant pour objet la

mort provoquée. La première situation limite l'intervention publique ; la seconde commande l'intervention active d'un tiers et de la puissance publique.

B. La loi transforme cet acte en droit garanti et socialisé

L'article 3 inclut expressément l'aide à mourir dans le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés. Les articles 6 à 9 organisent la prescription, la préparation, la délivrance, le transport et l'administration de la substance létale. L'article 18 en assure la prise en charge intégrale par l'assurance maladie. L'article 2 exclut enfin la responsabilité pénale des personnes qui concourent à la procédure.

Le législateur ne se borne donc pas à dépénaliser un comportement privé exceptionnel. Il qualifie la mort provoquée de « droit », la rattache au système de santé, mobilise les professionnels et les pharmacies, en organise le financement collectif et confère une justification légale aux actes accomplis. C'est cette institutionnalisation, indépendamment de la largeur ou de l'étroitesse des critères, qui doit être confrontée à la Constitution.

II. Le droit à l'aide à mourir méconnaît la sauvegarde de la dignité de la personne humaine

A. La dignité constitutionnelle est inhérente à toute personne

Depuis la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle. Cette dignité est attachée à l'appartenance à l'humanité. Elle ne dépend ni de l'état de santé, ni de l'autonomie, ni de l'utilité sociale, ni de la perception subjective de la qualité de vie.

La dignité ainsi entendue protège la personne jusque contre l'idée que la valeur de son existence pourrait décroître avec la maladie, le handicap ou la dépendance. Elle interdit à la puissance publique de distinguer entre les vies qui doivent toujours être protégées et celles auxquelles il pourrait être licitement mis fin sur demande.

B. Une liberté subjective ne peut renverser le principe objectif de dignité

La loi repose sur une conception de la dignité identifiée à la maîtrise individuelle du moment et des modalités de sa mort. Mais la dignité constitutionnelle ne se confond pas avec le seul sentiment que chacun éprouve de sa propre existence. Si elle dépendait exclusivement de l'appréciation personnelle de la qualité de vie, elle cesserait d'être une protection commune et objective pour devenir une valeur disponible.

L'autonomie commande que la personne puisse refuser un traitement ou une atteinte à son corps. Elle ne saurait produire un pouvoir de disposition absolu sur la vie humaine opposable à l'État et aux soignants. La volonté individuelle ne peut obliger la collectivité à reconnaître comme prestation légitime un acte ayant pour objet direct l'anéantissement de son titulaire.

L'objection ne disparaît pas lorsque la demande est libre, éclairée, persistante et réservée à des situations médicales strictement définies. Au contraire, la sélection de certaines affections ou de certaines formes de dépendance introduit dans la loi l'idée que ces vies peuvent, contrairement aux autres, faire l'objet d'un acte intentionnellement létal. Une telle différence de traitement atteint le caractère égal et inconditionnel de la dignité humaine.

C. Le consentement ne suffit pas à rendre constitutionnel tout acte portant sur la personne

L'ordre constitutionnel ne déduit pas de l'autonomie que tout acte consenti sur le corps ou la personne devient licite. En matière bioéthique, le consentement est une condition nécessaire ; il n'est pas

toujours une condition suffisante. Le législateur demeure tenu par des principes objectifs qui protègent la personne humaine et l'humanité de la personne au-delà de sa seule volonté individuelle.

Tel est précisément le rôle du principe de dignité : fixer une limite aux actes que la puissance publique peut autoriser, même sur demande. Dès lors que l'acte litigieux a pour objet non de soigner, de soulager ou de respecter un refus de soin, mais de provoquer directement la disparition de la personne, son consentement ne peut, à lui seul, lever l'interdit constitutionnel.

III. La loi renverse l'exigence constitutionnelle de protection de la santé

A. Protéger la santé ne peut signifier organiser la suppression du sujet de cette protection

Le onzième alinéa du Préambule de 1946 garantit à tous la protection de la santé. Le Conseil constitutionnel en reconnaît la valeur constitutionnelle, notamment depuis sa décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991. Cette exigence fonde l'action de la puissance publique pour prévenir, soigner, soulager et accompagner.

L'aide à mourir n'est pas un soin dirigé vers la santé de la personne. Sa réussite juridique et matérielle se mesure à la survenue de son décès. En l'intégrant au code de la santé publique comme composante du droit aux soins et en la faisant financer par l'assurance maladie, le législateur ne concilie pas la protection de la santé avec une autre exigence : il donne à la mission sanitaire une finalité contraire à son objet.

L'argument ne revient pas à imposer des traitements à une personne qui les refuse. Le droit au refus de soins demeure pleinement garanti. Il signifie seulement que l'obligation de respecter ce refus n'emporte pas celle de fournir un acte ayant pour finalité positive de provoquer la mort.

B. La puissance publique ne peut simultanément prévenir le suicide et l'ériger en prestation médicale

Pour toute personne qui exprime une volonté suicidaire, l'action publique tend normalement à protéger, accompagner et prévenir le passage à l'acte. La loi crée cependant, pour certaines personnes en raison de leur maladie, un régime inverse : leur demande de mort peut devenir le fondement d'un droit opposable à l'intervention du système de santé.

La différence ne porte pas seulement sur les modalités de prise en charge. Elle conduit la puissance publique à qualifier, selon l'état de santé de l'intéressé, la volonté de mourir soit comme un risque qu'il faut prévenir, soit comme un choix auquel il faut prêter assistance. En rattachant cette distinction à l'affection grave, à la dépendance et à la qualité de vie, la loi porte atteinte à l'égale protection due à toutes les personnes malades ou vulnérables.

IV. La liberté personnelle ne comprend pas un droit à obtenir d'autrui qu'il donne la mort

La liberté personnelle, découlant notamment des articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, protège l'autonomie corporelle, les choix personnels et le refus d'un traitement. Mais aucune disposition constitutionnelle ne consacre une créance sur autrui ou sur l'État ayant pour objet de provoquer le décès.

L'article 4 de la Déclaration définit la liberté comme le pouvoir de faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. Or l'aide à mourir ne demeure pas dans la seule sphère de l'auteur de la demande. Elle requiert la prescription d'un médecin, la préparation et la délivrance d'une substance, l'accompagnement d'un professionnel et, le cas échéant, l'administration par un médecin ou un infirmier. Elle modifie la finalité de leur office et engage la collectivité tout entière par son organisation et son financement.

La liberté de demander ne saurait donc être convertie, sans fondement constitutionnel, en droit d'obtenir. Le passage d'une tolérance ou d'une abstention pénale à un droit subjectif opposable est déterminant : il fait peser sur des tiers et sur la puissance publique une obligation de concours à l'acte létal. Le législateur ne peut déduire de la liberté personnelle une prérogative qui en excède la portée et entre en contradiction avec la dignité et la protection de la santé.

V. Le législateur ne peut légalement justifier un acte contraire aux exigences constitutionnelles

Le II de l'article L. 1111-12-1, créé par l'article 2, prévoit que les personnes concourant à l'aide à mourir ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal. Cette irresponsabilité est la conséquence de l'autorisation donnée par la loi.

Sans doute appartient-il au législateur de définir les infractions et leurs causes d'irresponsabilité. Mais il ne saurait, par le seul jeu d'une autorisation législative, soustraire à toute qualification pénale un acte dont l'objet méconnaît un principe constitutionnel. La loi ne peut être à elle-même son propre titre de conformité.

Si la Constitution interdit à la puissance publique d'instituer un droit à la mort provoquée, l'irresponsabilité pénale attachée à l'exercice de ce droit doit être censurée avec lui. Les dispositions relatives aux conditions, à la procédure, aux substances létales et au financement sont alors privées de fondement et sont indivisibles de l'article 2.

VI. Les critères, même s'ils étaient revus, ne peuvent remédier à l'inconstitutionnalité de principe

Le contrôle du discernement, la collégialité, le délai de réflexion, l'accès aux soins palliatifs et le recours juridictionnel sont indispensables pour prévenir l'erreur, la pression ou l'abus. Leur perfectionnement pourrait rendre la procédure plus sûre. Il ne répondrait cependant pas au présent grief.

Même sans erreur, même sans pression, même après une information exhaustive et même dans une situation médicale objectivement définie, le dispositif conserverait les mêmes caractères :

- un tiers fournit ou administre une substance dans l'intention directe de provoquer le décès ;
- cet acte est qualifié de droit relevant du système de santé ;
- la collectivité en organise la réalisation et le financement ;
- la loi retire toute responsabilité pénale à ceux qui y concourent ;
- l'éligibilité repose sur l'état de maladie et sur l'altération de la qualité de vie.

Les garanties procédurales répondent à la question de savoir si la demande est authentique. Elles ne répondent pas à la question préalable de savoir si l'État peut donner effet à une telle demande par l'organisation d'un acte intentionnellement létal. C'est pourquoi aucune réserve d'interprétation ne peut sauver le principe institué par les articles 2 et 3.

Conclusion

L'article 2 crée le droit à l'aide à mourir et l'irresponsabilité pénale de ceux qui y concourent. L'article 3 l'intègre au droit aux soins. Les articles 4 à 16 en organisent les conditions, la procédure, le contrôle et les moyens matériels ; les articles 18 et 19 en règlent certaines conséquences financières et civiles. L'ensemble a été conçu pour assurer l'effectivité du droit nouveau.

La censure du principe posé à l'article 2 prive ces dispositions de leur objet. Elles sont donc indivisibles, au moins pour toutes celles qui organisent directement l'accès, la prescription, la délivrance, l'administration, le contrôle et la prise en charge de l'aide à mourir.

Par ces motifs, il est demandé au Conseil constitutionnel :

- de juger que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, l'exigence constitutionnelle de protection de la santé et la liberté personnelle font obstacle à ce que le législateur institue un droit d'obtenir la fourniture ou l'administration d'une substance ayant pour finalité directe de provoquer le décès ;
- de déclarer contraires à la Constitution les articles 2 et 3 de la loi déférée ;
- de déclarer, par voie de conséquence et en raison de leur indivisibilité, contraires à la Constitution les dispositions organisant les conditions, la procédure, la fourniture, l'administration, le contrôle et le financement de l'aide à mourir ;
- de constater qu'aucune réserve d'interprétation ni aucun renforcement des critères ne peut remédier à cette inconstitutionnalité, qui affecte le principe même du droit institué.

Pour Le Syndicat de la Famille,

Ludovine de La Rochère, présidente,

Ludovine de la Rochère

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

Objet : Contribution extérieure à la saisine n° 2026-910 DC relative à la loi sur le droit à l'aide à mourir

Entzheim, le 18 juillet 2026

Monsieur le Président du Conseil constitutionnel,

Par la présente contribution extérieure, l'association BonSens.org, que je représente, apporte son analyse à l'appui de la saisine déposée par le Président du Sénat le 16 juillet 2026 contre la loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026 (T.A. n° 323).

Cette contribution se fonde sur une lecture attentive du texte et met en évidence plusieurs incompatibilités avec la Constitution, notamment avec le principe de sauvegarde de la **dignité de la personne humaine**, la **protection des personnes vulnérables**, la **liberté individuelle** (art. 66 de la Constitution), la **liberté de conscience** (art. 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen) ainsi que les exigences de précision, de proportionnalité et de garanties effectives qui s'imposent au législateur lorsqu'il encadre des questions touchant à la vie et à la dignité humaine.

Elle s'inscrit dans la lignée de la jurisprudence du Conseil constitutionnel en matière bioéthique, notamment la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, qui rappelle la nécessité d'assortir de garanties précises et effectives les dispositions touchant au respect du corps humain et à la dignité.

Propos liminaires

Au début des années 2000, le paysage juridique occidental en matière d'aide active à mourir se limitait à une poignée d'exceptions géographiques bien circonscrites. Les Pays-Bas et la Belgique faisaient figure de précurseurs isolés en Europe en inscrivant l'euthanasie dans leur droit en 2001 et 2002, tandis que la Suisse maintenait sa spécificité historique tolérant le suicide assisté non égoïste. En dehors de ces frontières et de celle de l'État de l'Oregon aux États-Unis, donner la mort ou y aider relevait strictement du code pénal.

En deux décennies, ce modèle s'est diffusé de manière spectaculaire à travers le monde occidental, brisant les barrières culturelles et confessionnelles. En Europe, le Luxembourg a emboîté le pas dès 2009. Plus récemment, le basculement a touché des nations de tradition catholique que l'on pensait plus réticentes : l'Espagne a légalisé l'euthanasie en 2021, suivie par le Portugal en 2023, tandis que l'Autriche ouvrait la voie au suicide assisté en 2022. En Italie, c'est le pouvoir judiciaire qui a forcé le verrou par une décision historique de la Cour constitutionnelle. Cette onde de choc européenne a trouvé son aboutissement en France, qui a fini par adopter sa propre législation sur l'aide à mourir. Hors d'Europe, la transition a été tout aussi massive et rapide. Le Canada est devenu l'un des visages majeurs de cette expansion en légalisant l'Aide médicale à mourir en 2016. Aux États-Unis, le mouvement s'est accéléré au niveau des États, la Californie, le Colorado, l'État de Washington et le Vermont rejoignant progressivement le club des législations permissives. Enfin, la zone pacifique a parachevé cette internationalisation au début des années 2020, l'Australie et la Nouvelle-Zélande formalisant à leur tour ce droit. L'aide active à mourir n'est plus une anomalie juridique confinée au Benelux, mais une option institutionnalisée sur l'ensemble du bloc occidental.

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

Mais en réalité, cette option n'a plus aucun garde-fou, car chaque barrière initiale s'effondre inévitablement sous la pression de nouvelles demandes d'accès. Cette expansion sans limites ébranle les fondements mêmes de notre civilisation, qui reposait jusqu'ici sur l'interdit de donner la mort et la solidarité inconditionnelle envers les plus vulnérables. C'est face à cette rupture anthropologique majeure que BonSens.org adresse aujourd'hui une contribution extérieure au Conseil constitutionnel.

1. Procédure reposant essentiellement sur un seul médecin, sans garanties effectives ni traçabilité de la volonté (articles 5 et 6)

Le texte confie l'essentiel de la procédure à **un seul et même médecin**, qui recueille la demande, vérifie les critères d'éligibilité et prend la décision finale. La collégialité prévue (consultation de deux personnes de son choix, éventuellement en visioconférence) reste largement informelle : ces consultants ne sont pas tenus de rencontrer physiquement la personne ni de vérifier de manière approfondie et indépendante sa volonté et son discernement.

Aucune exigence formelle stricte n'est imposée pour l'expression de la demande, qui peut être orale ou « par tout autre mode adapté à ses capacités ». Aucun témoin indépendant n'est obligatoire et aucune traçabilité (écrit signé, enregistrement) n'est requise.

Cette organisation soulève de graves difficultés. Un médecin pourrait, en cas de conflit ou de motivation discutable, disposer d'un pouvoir discrétionnaire excessif en affirmant seul que le patient lui a exprimé oralement son désir de mourir. Une fois le patient décédé, il deviendrait extrêmement difficile, voire impossible, de contester cette affirmation reposant sur la seule parole du praticien.

Par ailleurs, **l'absence de traçabilité porte atteinte au droit à un recours effectif garanti par l'article 16 de la Déclaration de 1789**. Enfin, l'évaluation du discernement (« non gravement altéré ») est confiée au seul médecin traitant sans obligation d'expertise psychiatrique ou psychologique indépendante, alors même que cette notion est particulièrement délicate en présence de souffrance physique ou psychique.

Un tel dispositif **ne garantit pas le caractère libre, éclairé et authentique du consentement**, contrairement aux exigences constitutionnelles rappelées dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel relative aux décisions de fin de vie.

Par ailleurs, **la personne n'est informée des modalités concrètes d'action de la substance létale** (effets, durée, complications possibles) **qu'après avoir confirmé sa demande** (art. 6, V). Cela porte **atteinte à la qualité du consentement libre et éclairé**. De plus, le médecin ou l'infirmier a l'obligation de veiller à ce que les proches n'exercent aucune pression pour que la personne renonce à l'administration létale (art. 9, I), ce qui inverse curieusement la présomption de protection de la vie.

Avec une telle approche, que doivent faire des soignants, des pompiers face à une personne qui a tenté de se suicider ? La laisser mourir ? Que devient l'assistance à personne en danger ?

2. Critères d'éligibilité trop larges qui détournent la loi de l'objectif de « fin de vie » (article 4)

Les conditions cumulatives (« maladie grave et incurable », souffrance, discernement « non gravement altéré ») sont floues et **ne limitent pas l'accès à une véritable phase terminale ou à une fin de vie imminente**. En effet de nombreuses pathologies pourraient entrer dans ces conditions. Quelques e**xemples de maladies graves et incurables potentiellement éligibles (non terminales à court terme)** pouvant correspondre à une « phase avancée » selon l'interprétation médicale (souffrance importante, aggravation irréversible, **pronostic vital engagé à moyen terme**) :

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

- **Cancers** : Cancers métastasés ou en progression malgré les traitements, même si la survie peut encore se compter en mois ou en années.
- **Certaines maladies rares ou auto-immunes** : Certaines myopathies, lupus sévère avec atteintes multiples, polyarthrite rhumatoïde destructrice avancée.
- **Maladies neurodégénératives** : Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), certaines formes de sclérose en plaques avancées, maladie de Parkinson à un stade sévère avec complications graves.
- **Insuffisances d'organes chroniques graves** : Insuffisance cardiaque terminale, insuffisance respiratoire chronique sévère (BPCO avancée), insuffisance rénale en dialyse.
- **Polypathologies du grand âge** : Combinaison de plusieurs maladies chroniques (arthrose sévère invalidante + insuffisance cardiaque + diabète compliqué, etc.) entraînant une dépendance lourde et une souffrance persistante.

Le texte n'exige pas de pronostic vital engagé à court terme, **ni entrée dans un processus irréversible de fin de vie.** Une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, mais dont l'espérance de vie reste de plusieurs années (voire davantage grâce aux progrès médicaux), peut donc bénéficier de l'aide à mourir.

L'absence de critère temporel clair fait sortir la loi du cadre strict d'une régulation de la « fin de vie » et ouvre potentiellement le dispositif à des situations très éloignées de l'agonie. Cette extension excessive et disproportionnée de la seule volonté individuelle au détriment de la protection due aux personnes vulnérables méconnaît les exigences de précision et de limites claires posées par le Conseil constitutionnel en matière bioéthique (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994) et les analyses du Conseil d'État sur la nécessité d'un horizon temporel limité.

3. Délais de réflexion manifestement insuffisants (article 6)

Le délai de réflexion accordé à la personne n'est que de **deux jours** après notification de la décision du médecin. L'ensemble du processus peut ainsi se dérouler en trois jours seulement.

Un tel délai ne permet pas de garantir un consentement libre, éclairé et réitéré, surtout dans un contexte de souffrance physique ou psychique intense. Il contraste fortement avec les délais de rétractation prévus dans d'autres domaines du droit et apparaît manifestement disproportionné au regard des enjeux vitaux en cause.

Dans de nombreux départements dépourvus d'unités de soins palliatifs ou de centres de lutte contre la douleur, le risque est réel que la proposition d'aide à mourir soit perçue comme une solution plus accessible que des soins adaptés, alors même que la personne pourrait encore vivre plusieurs années dans de meilleures conditions.

4. Absence d'information et de recours des proches (article 12)

Les proches ne sont pas informés de la procédure en cours en raison du secret médical. L'article 12 exclut quasiment tout recours des tiers et renvoie à un contentieux administratif inadapté à une question touchant à la liberté individuelle.

Cette exclusion porte atteinte à la protection familiale et au rôle constitutionnel de l'autorité judiciaire, gardienne des libertés individuelles (art. 66 de la Constitution), comme souligné dans la saisine du Président du Sénat et des sénateurs Les Républicains.

Elle prive également les proches d'un recours effectif au sens de l'article 16 de la Déclaration de 1789.

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

5. Atteintes à la liberté de conscience et obligations imposées aux tiers (article 14)

La clause de conscience prévue est très restrictive. Seuls certains médecins peuvent y recourir dans des conditions limitées. Les pharmaciens chargés de préparer et de délivrer la substance létale en sont exclus, de même que certains autres professionnels (psychologues, aides-soignants, etc.).

Cette inégalité de traitement entre professionnels de santé face à un acte de même nature est injustifiable.

S'agissant des établissements de santé ou médico-sociaux, y compris privés ou à caractère religieux, ils sont tenus d'accueillir la procédure et l'acte. Ces dispositions méconnaissent la liberté de conscience et la liberté d'association des structures privées ou confessionnelles, pour lesquelles la participation à un acte visant à donner la mort est inconcevable au regard de leur projet institutionnel.

6. Risque de conflit d'intérêts avec les prélèvements d'organes

Les amendements visant à séparer clairement les procédures d'aide à mourir et les prélèvements d'organes ont tous été rejetés (notamment l'amendement n°547).

Cette absence de cloisonnement fait peser un risque majeur de conflit d'intérêts, la décision d'aide à mourir pouvant être influencée, même inconsciemment, par la perspective d'un prélèvement d'organes.

Dans un contexte de pénurie chronique d'organes, cette proximité porte atteinte à la dignité du corps humain et affaiblit les garanties fondamentales dues à la personne en fin de vie, contrairement aux exigences de séparation stricte des procédures posées par le cadre bioéthique français.

Dans un article scientifique morbide publié dans une grande revue à comité de lecture, des médecins se sont déjà prononcés pour un projet de "**mort par dons d'organes**" dans un contexte d'euthanasie [1]. En effet, ils promeuvent l'idée que, dans le cadre d'une euthanasie souhaitée, ce soit le don d'organe en lui-même qui cause de la mort sollicitée. Le patient anesthésié se verrait retirer son cœur, et c'est ce qui causerait la mort : leur argument est que le greffon serait de meilleure qualité pour une transplantation.

"*Le décès par don d'organes permettrait le don cardiaque, généralement interdit en cas de décès après arrêt circulatoire (DCD), et améliorerait le pronostic des receveurs en réduisant le temps d'ischémie chaude, abaissant ainsi les taux de dysfonction primaire du greffon à des niveaux similaires à ceux obtenus avec le don après mort cérébrale.*"

La fin justifie-t-elle les moyens, sans aucune éthique et ni respect des familles ?

7. Qualification artificielle de la mort comme « mort naturelle » et conséquences sur les contrats d'assurance-vie

Le texte prévoit que le décès résultant d'une aide à mourir est réputé « **mort naturelle** » pour l'exécution des contrats, notamment les contrats d'assurance-vie.

[1] Carter Winberg, Ian Ball et Robert D. Truog, « Contextualizing the Dead Donor Rule in an Era of Voluntary Euthanasia », *The New England Journal of Medicine*, vol. 395, no 2, 2026, p. 194-200, DOI : https://doi.org/10.1056/NEJMms2601611

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

Or, la très grande majorité des contrats d'assurance-vie **excluent le suicide pendant les premières années**. En qualifiant juridiquement d'« acte naturel » ce qui constitue un acte volontaire provoquant la mort, le législateur modifie unilatéralement la portée des contrats en cours.

Cette disposition porte atteinte :

- **À la liberté contractuelle et à la bonne foi des parties** (article 4 de la Déclaration de 1789 et principes du Code civil, notamment l'article 1104 relatif à la bonne foi) ;
- Au principe de sécurité juridique et à la prévisibilité du droit ;
- Au risque d'effets d'aubaine ou de pressions financières (familiales ou successorales) sur les personnes vulnérables.

Cette fiction juridique revient à faire payer aux assureurs (et in fine aux assurés via les primes) **un risque** qui n'avait pas été souscrit, tout en masquant la réalité de l'acte posé.

Elle **porte donc atteinte à la liberté contractuelle** (article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen) et au **principe de sécurité juridique**.

Elle crée un risque d'effets d'aubaine ou de pressions financières (familiales ou successorales) sur les personnes vulnérables.

Elle masque la réalité de l'acte (suicide assisté ou euthanasie) et contredit la distinction traditionnelle entre mort naturelle et mort provoquée.

Cette **disposition est de nature à vicier le consentement et à introduire des considérations pécuniaires** dans une décision aussi grave que la fin de vie.

Cette fiction juridique risque donc d'introduire des considérations pécuniaires dans une décision qui devrait rester exclusivement médicale et personnelle.

8. Incompétence négative du législateur et insuffisance des garanties

En application de l'article 34 de la Constitution et de la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, le législateur doit fixer lui-même les garanties fondamentales nécessaires à l'exercice des droits et libertés lorsqu'il touche à des questions aussi sensibles que la vie et la dignité humaine.

L'article 13 de la loi renvoie à un décret d'application de préciser non seulement certaines « modalités » mais des conditions de forme essentielles :

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

« Art. L. 1111-12-11. – Un décret en Conseil d'État 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 IV de l'article L. 1111-12-4 ;

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

« 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. »

Notamment, les 2° et 3° de l'article 13 apportent des garanties fondamentales au texte de loi qui vont au-delà des simples "modalités", ce sont des garanties de forme essentielles pour s'assurer de la garantie des droits au sens de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 énonce : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution »

Mais le législateur ne pouvait renvoyer à un décret le soin de préciser de telles garanties fondamentales.

Paradoxalement, le Premier Ministre, qui aurait la charge de définir lui-même de telles garanties, s'inquiète dans son recours du 17 juillet 2026 que le législateur n'a pas précisé « les conditions dans lesquelles est manifestée la volonté de la personne qui sollicite l'aide à mourir » alors que c'est lui-même, qui serait en charge, du décret définissant de telles conditions !

La situation s'avère paradoxale : le Premier ministre développe lui-même une argumentation étayée visant à démontrer qu'il n'appartient pas au décret prévu à l'article 13 de définir de telles garanties fondamentales :

« Lorsque vous êtes saisis de questions qui relèvent de l'accompagnement médical de la fin de vie ou, plus largement, de débats éthiques ou de société, vous jugez ainsi qu'il appartient au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, de déterminer ces règles dans le respect des exigences constitutionnelles découlant du principe de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de la liberté personnelle proclamée par les articles 1er, 2 et 4 de la Déclaration de 1789 (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, paragr. 8 à 14; décision n° 2021-821 DC du 29 juillet 2021, paragr. 29 à 35; décision n° 2022-122 QPC du 10 novembre 2022, paragr. 6 à 16). »

Il convient désormais de poser les limites de ce texte. Dès lors que le Premier ministre lui-même exige que les modalités d'expression et de confirmation de la volonté du demandeur soient fixées par la loi — estimant à juste titre que la définition de telles conditions constitutionnelles ne relève pas de sa compétence réglementaire —, le constat de l'inconstitutionnalité de ce projet s'impose. En renonçant à définir lui-même les garanties fondamentales nécessaires, le législateur échoue à assurer l'équilibre indispensable entre des principes constitutionnels majeurs, à savoir le caractère libre et éclairé du consentement à l'aide à mourir et la sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

De plus, le texte renvoie largement à des pratiques médicales, à des règlements ou à l'appréciation discrétionnaire d'un seul médecin (modalités d'expression de la volonté, vérification du discernement, conditions d'administration de la substance létale, etc.).

Cette **insuffisance de précisions législatives constitue une incompétence négative** qui laisse trop de place à l'arbitraire et ne permet pas d'assurer de manière effective le respect de la dignité de la personne humaine et de la protection des plus vulnérables.

9. Risque de banalisation et d'atteinte à l'interdit de tuer (conflit avec le Code pénal)

En créant une immunité pénale conditionnelle pour un acte qui reste, hors des conditions strictement définies, un homicide volontaire ou un empoisonnement (articles 221-1 et 221-5 du Code pénal), la loi fragilise l'interdit fondamental de donner la mort.

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

Le texte ne prévoit pas de sanctions pénales claires et proportionnées en cas de manquements (pressions, falsification de la volonté, non-respect des procédures). Cela risque d'entraîner une impunité de fait et une banalisation progressive de l'acte de donner la mort, contraire à la protection due par l'État à la vie humaine (préambule de la Constitution de 1946 et jurisprudence du Conseil constitutionnel).

10. Autres risques systémiques

Le contrôle a posteriori repose essentiellement sur les déclarations du médecin impliqué. Le financement par la Sécurité sociale et le contexte de soins palliatifs insuffisants accentuent les risques de dérives, notamment en EHPAD.

La loi ne prévoit aucune obligation d'avoir épuisé ou proposé des alternatives palliatives optimales avant d'accéder à l'aide à mourir, alors même que la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 visait précisément à renforcer l'accompagnement en fin de vie.

L'absence de sanctions pénales claires et l'ouverture du dispositif à des personnes vulnérables (personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, personnes souffrant de troubles psychiques) renforcent le risque de pressions ou de choix contraints.

En conclusion, bien que présenté comme un texte protecteur, ce dispositif crée en réalité un **« permis de tuer »** plus qu'un droit encadré, avec des risques majeurs de dérives et d'atteintes aux principes constitutionnels fondamentaux. Il ne respecte pas les exigences de précision, de proportionnalité et de protection des vulnérables qui s'imposent au législateur.

En l'état, ce texte ne garantit pas un juste équilibre entre autonomie individuelle et protection de la dignité humaine.

Je vous prie de bien vouloir prendre en considération les observations de l'association BonSens.org dans votre examen de conformité à la Constitution, et notamment d'examiner la constitutionnalité des articles 4, 5, 6, 9, 12 et 14 de la loi, ainsi que des dispositions relatives à la qualification de « mort naturelle » et à l'absence de sanctions pénales.

Enfin, la participation au vote de membres du Conseil constitutionnel ayant déjà pris publiquement position en faveur de l'euthanasie — avant même l'examen du texte par l'Assemblée nationale — est une atteinte directe au principe fondamental d'impartialité. Ce parti pris affiché crée un biais flagrant qui délégitime d'office leur décision. Pour garantir le respect strict de l'État de droit et l'indépendance de l'institution, leur récusation immédiate n'est pas une option, mais une exigence absolue.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Xavier Azalbert
Président de l'association BonSens.org

ASSOCIATION BONSENS.ORG - 10 RUE DES CIGOGNES, 67960 ENTZHEIM – CONTACT@BONSENS.ORG - ASSOCIATION LOI 1908 -
Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22 - SIRET : 903 156 859 000 14 -

Monsieur Jean-Marie Le Méné,
Président de la Fondation Jérôme Lejeune
37 rue des Volontaires
75015 Paris

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,
Conseil constitutionnel
2 rue de Montpensier
75001 Paris

Paris,

Le 20 juillet 2026,

Objet : Contribution extérieure à la saisine relative à la loi *relative au droit à l'aide à mourir* (affaire n°2026-910 DC)

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

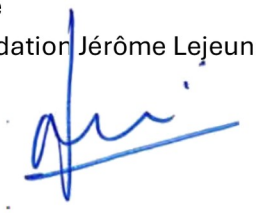
Le 15 juillet, l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application de l'article 45 de la Constitution, a adopté la loi relative au droit à l'aide à mourir (texte n°332).

Le Conseil constitutionnel a été saisi de cette loi par le premier ministre Sébastien Lecornu, le président du Sénat Gérard Larcher, par 120 députés (2 saisines) et par 60 sénateurs conformément à l'article 61 alinéa 2 de la Constitution.

En tant que président de la Fondation Jérôme Lejeune, j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation les observations contenues dans le mémoire joint, sur le fondement de l'article 13 de la *décision portant règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution* (décision n° 2022-152 ORGA du 11 mars 2022).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Jean-Marie Le Méné
Président de la Fondation Jérôme Lejeune



CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

A propos de la loi relative à l'aide à mourir déférée au Conseil constitutionnel (affaire n°2026-910 DC)

La Fondation Jérôme Lejeune est une fondation scientifique et médicale, reconnue d'utilité publique depuis 1996. Elle poursuit trois missions statutaires : le soin des personnes ayant des troubles du développement intellectuel d'origine génétique, la recherche scientifique pour mettre en échec la déficience intellectuelle, et la défense de la dignité humaine.

La Fondation Jérôme Lejeune a suivi attentivement le débat sur la loi relative au droit à l'aide à mourir. Elle y a participé directement en étant auditionnée par l'Assemblée nationale et par le Sénat.

La présente contribution extérieure a pour objet, en sus des saisines principales auxquelles l'exposante souscrit, d'attirer l'attention du Conseil sur trois griefs d'inconstitutionnalité entraînant la non-conformité totale ou partielle de la loi définitivement adoptée par l'Assemblée nationale après trois rejets du Sénat.

L'exposante présente de façon volontairement étroite trois griefs qui la concernent directement au regard de ses missions statutaires et qui portent atteinte à : la sauvegarde de la dignité de la personne humaine qu'elle défend de la conception à la mort naturelle (I), la protection de la santé et la liberté personnelle des soignants, auxquelles elle contribue à travers l'exercice de la médecine hippocratique au sein du centre médical qu'elle finance (II), la protection des personnes vulnérables, dont font partie les patients de cet institut, et à laquelle l'exposante participe en les défendant de toute stigmatisation et discrimination (III).

SOMMAIRE

I. L'atteinte à la dignité humaine - Articles 2 et 4 de la loi relative au droit à l'aide à mourir

A. Une liberté individuelle indûment placée au-dessus du principe de dignité

B. Un principe de dignité à géométrie variable

II. L'atteinte à la protection de la santé et atteinte à la liberté personnelle des médecins – Articles 3, 4, 14, 15, 18 de la loi relative au droit à l'aide à mourir

A. L'atteinte à la protection de la santé.

B. L'atteinte à la liberté personnelle des médecins, des pharmaciens, des directeurs d'établissement

C. L'absence de clause d'établissement

III. L'atteinte à la liberté personnelle et à la protection des personnes vulnérables – Articles 4, 5 et 6 de la loi relative au droit à l'aide à mourir

A. L'insuffisance de garanties légales permettant d'évaluer le discernement des majeurs protégés

B. L'atteinte portée à la protection des personnes vulnérables

I. L'atteinte à la dignité humaine - Articles 2 et 4 de la loi relative au droit à l'aide à mourir

L'exposante soutient que cette loi, dans son intégralité mais particulièrement ses articles 2 et 4, méconnaît le principe à valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, consacré par la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994.

Cette méconnaissance existe à double titre : d'une part, le législateur fait prévaloir sur la dignité une liberté individuelle qui n'a jamais été reconnue comme englobant le droit de disposer de sa propre mort (I) ; d'autre part, il subordonne l'accès à l'aide à mourir à des critères médicaux qui introduisent une hiérarchie entre les personnes, incompatible avec le caractère universel de la dignité humaine (II).

A. Une liberté individuelle indûment placée au-dessus du principe de dignité

1.La dignité, principe fondateur et universel

Le Conseil constitutionnel a affirmé que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation constituait un principe à valeur constitutionnelle, fondé sur le Préambule de la Constitution de 1946, qui reconnaît « à tout être humain des droits inaliénables et sacrés » (déc. n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, cons. 2 et 18). Ce principe a ensuite été décliné à l'article 16 du code civil, qui dispose que *« la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie»*.

Ce principe se distingue radicalement d'un sentiment subjectif de dignité que chacun apprécierait pour lui-même : il est un attribut objectif et universel, inhérent à la personne humaine du seul fait de son appartenance à l'espèce humaine, et par conséquent indisponible. C'est ce qu'a rappelé le Conseil d'État dans sa décision Commune de Morsang-sur-Orge du 27 octobre 1995 (n° 136727) : le respect de la dignité s'impose y compris contre la volonté, même libre et éclairée, de la personne concernée. Le consentement, fût-il plein et entier, ne suffit donc pas à justifier une atteinte à sa propre dignité.

2.Une conciliation manifestement déséquilibrée entre liberté et dignité

L'article 2 de la loi déférée définit le « droit à l'aide à mourir » comme « le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier ». Le Conseil constitutionnel a certes reconnu une valeur constitutionnelle à la liberté individuelle

(déc. n° 71-44 DC du 16 juillet 1971). Mais lorsque deux principes constitutionnels sont susceptibles d'entrer en conflit, il revient au législateur d'opérer entre eux une conciliation qui ne soit pas manifestement déséquilibrée. Or, tel n'est pas le cas ici.

En premier lieu, le juge constitutionnel n'a jamais entendu protéger, au titre de la liberté individuelle, la faculté de disposer de sa propre mort avec le concours d'un tiers. Même la Cour européenne des droits de l'homme a jugé, dans l'arrêt Pretty c. Royaume-Uni du 29 avril 2002 (n° 2346/02), que ni le droit à la vie ni le droit au respect de la vie privée garantis par la Convention ne sauraient être interprétés comme consacrant un droit à mourir avec l'assistance d'un tiers. La liberté de recourir à l'aide à mourir n'est pas en tant que telle une liberté fondamentale.

En second lieu, la volonté exprimée par le patient dans le cadre de la loi déférée s'inscrit dans des situations de grande vulnérabilité, de souffrance et de dépendance qui affaiblissent, par nature, l'exercice d'une liberté pleine et éclairée. C'est précisément pour cette raison que la médecine, et particulièrement la psychiatrie, protège la vie du patient contre sa volonté d'y mettre fin. C'est l'esprit-même de cette discipline de lutter contre ce désir de mort, qui exprime un mal être profond et appelle au plus grand soin. Quand bien même la volonté serait exprimée dans un contexte dénué de souffrance, la volonté même pleine et entière ne suffit pas à justifier une atteinte à la dignité. Or, la loi déférée repose sur l'idée inverse : que la volonté individuelle suffit à légitimer une atteinte irréversible à sa propre personne.

En troisième lieu, cette liberté ne peut être assimilée à celle, déjà consacrée par le législateur, de refuser un soin ou de demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Le Conseil constitutionnel a validé ce dernier dispositif en jugeant qu'il ne consacrait ni un droit à l'euthanasie ni un droit à l'assistance au suicide, mais un droit du malade à ne pas subir d'obstination déraisonnable (déc. n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017). Autoriser l'administration d'une substance létale relève d'un acte de nature radicalement différente : il ne s'agit plus de laisser advenir la mort, mais de la provoquer. L'équilibre déjà validé par le Conseil ne saurait donc être invoqué pour justifier ce changement de nature.

B. Un principe de dignité à géométrie variable

L'article 4 de la loi déférée subordonne l'accès à l'aide à mourir à des conditions tenant à l'âge, à la nationalité ou à la résidence, mais surtout à l'existence d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital et d'une souffrance qui lui est associée. Un tel dispositif revient à établir, selon l'état de santé de chacun, deux catégories de personnes : celles dont la société protège la vie et la dignité contre leur propre volonté, et celles à qui elle offre, au contraire, les moyens d'y mettre fin.

Cette différenciation est en elle-même contraire au principe de dignité humaine, qui est par nature universel et ne souffre aucune gradation. Si la dignité pouvait être diminuée

par la maladie, le handicap ou la souffrance, elle cesserait d'être ce fondement commun et inconditionnel que le Conseil constitutionnel a reconnu en 1994.
Pourquoi la société entendrait-elle prévenir et traiter le désir de mort exprimé par une personne en bonne santé, tout en l'accompagnant lorsqu'il émane d'une personne malade ou handicapée ? Cette différence de traitement, fondée sur l'état de santé, ne trouve aucune justification dans un principe qui, par définition, s'attache à la personne humaine indépendamment de toute qualité particulière.
Faire dépendre l'accès à l'aide à mourir d'un critère médical revient ainsi à admettre, en creux, qu'il existerait des vies moins dignes que d'autres, ce que le principe constitutionnel a précisément pour objet d'interdire.

En autorisant qu'il soit porté atteinte à la vie d'une personne sur le seul fondement de sa volonté, fût-elle libre et éclairée, et en réservant cette possibilité à certaines catégories de personnes selon leur état de santé, la loi et particulièrement ses articles 2 et 4, méconnaît le principe à valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.
En conséquence, les articles 2 et 4 de la loi déférée devraient être jugés contraires à la Constitution, et partant, la loi dans son entier.

II. L'atteinte à la protection de la santé et atteinte à la liberté personnelle des médecins – Articles 3, 4, 5, 14, 15, 18, de la loi relative au droit à l'aide à mourir

A. L'atteinte à la protection de la santé.

1.Le droit à la protection de la santé est un objectif à valeur constitutionnelle, reconnu par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946.

Ce droit fondamental est rappelé par la loi Kouchner relative aux droits des malades de 2002 qui dispose que : *"le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne"*[1].

Il est enfin érigé au niveau international notamment par la Constitution de l'organisation mondiale de la santé qui rappelle que : *« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées. »*

[1] Article L1110-1 du code de la santé publique

Le législateur ne peut se dispenser d'assurer de manière effective ce droit fondamental à la protection de la santé.

Force est de constater que la loi relative au droit à l'aide à mourir ne garantit pas ce droit fondamental.

D'abord parce que ces dispositions sont inintelligibles en ce qu'elles assimilent l'administration d'un produit létal à un soin (articles 3 et 18) et viennent opposer le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale au code pénal.

Ensuite parce que ses dispositions ne garantissent pas un accès effectif aux soins palliatifs et par là ne respectent pas le principe d'égalité devant la loi (article 4 et 5).

2. Les articles 3 et 18 de la loi relative à l'aide à mourir sont inintelligibles.

L'article 3 de la loi déférée fait entrer le protocole « d'aide à mourir » dans le code de la santé publique, et plus précisément dans l'article L1110-5 qui consacre un droit aux soins et à une fin de vie digne. L'article 18 quant à lui introduit « l'aide à mourir » dans le code de la sécurité sociale et, par-là, prévoit la couverture des frais afférents à la mise en œuvre de cette procédure ou encore la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Ces dispositions assimilent ainsi l'administration d'une dose létale à un soin.

Or l'administration d'un produit létal est incriminée dans le code pénal à l'article 221-5 : *« Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle. »*

En créant dans le code de la santé publique « une exception » au code pénal, avec l'appui du code de la sécurité sociale, le législateur crée une contradiction juridique manifeste. Le même acte – administration de la dose létale – pourra être qualifié juridiquement de façon diamétralement opposée : un crime ou un soin. Il faut souligner qu'aucune hiérarchie n'est établie entre les codes. Et le principe de « protection de la santé » ou encore de « sauvegarder de la personne humaine » n'est pas placé en principe premier, comme c'est le cas dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse qui rappelle dans le chapitre Ier les principes généraux dont le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie (article L2211-1 du code de la santé publique), ou les obligations de l'Etat relatives à la démographie, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société, la politique familiale (article L2211-2 du code de la santé publique).

Seules les conditions d'accès (article 4) pourraient modifier la qualification juridique de l'acte. Mais on ne peut que constater leur caractère subjectif et largement interprétable.

Les notions de *« phase avancée »*, de *« processus irréversible »*, de *« qualité de vie »* (article 4 alinéa 7) ou encore de *« souffrances [...] insupportables selon la personne »* (article 4 alinéa 8) sont autant de notions impossibles à déterminer médicalement, et sont, par nature, dénuées de toute objectivité.

L'interprétation sera variable d'un médecin à un autre, d'un patient à un autre. Le juge lui-même ne sera pas en mesure d'apprécier les faits, les qualifier, les hiérarchiser.

Ce caractère aléatoire de la qualification juridique d'un même acte place en insécurité juridique les médecins et les patients. Le droit fondamental relatif à la protection de la santé s'en trouve atteint.

3. Enfin, les articles 4 et 5 de la loi relative à l'aide à mourir créent une inégalité devant la loi.

L'article 4 prévoit les critères d'accès à « l'aide à mourir » et l'article 5, la procédure. Aucun critère ne prévoit que la personne qui demande l'aide à mourir a effectivement bénéficié d'un accompagnement et de soins palliatifs. L'alinéa 10 de l'article 5 prévoit uniquement une information de la personne à bénéficier d'un accompagnement et des soins palliatifs et une vérification qu'elle peut y avoir accès.

Les nombreux amendements qui visaient à placer comme critère d'accès le fait d'avoir bénéficié d'un accompagnement et de soins palliatifs si la personne le souhaite (article 4) ont tous été rejetés. Les nombreux amendements qui visaient à s'assurer que le médecin aille au-delà d'une information et d'une vérification d'accès aux soins palliatifs, en s'assurant, dans le cas où la personne en bénéficie déjà, qu'ils sont effectifs, suffisants et satisfaisants ont été rejetés.

Or la personne qui demande l'aide à mourir parce qu'elle subit des souffrances réfractaires aux traitements, ne peut demander librement l'aide à mourir si elle n'a pas bénéficié de manière effective des soins palliatifs dont le but même est d'apaiser les souffrances.
De même, le médecin ne peut être certain que la personne remplit les critères d'accès à l'aide à mourir, notamment celui de « souffrance réfractaire » s'il ne s'est pas assuré du bénéfice ou non des soins palliatifs.

Bénéficier de manière effective des soins de prise en charge de la douleur avant toute demande à mourir, si la personne en est d'accord, est une exigence qu'impose le droit aux soins (article L1110-5 du code de la santé public) qui découle du principe constitutionnel de protection de la santé. En ne posant pas cette exigence, la loi déférée prive de garantie légale cette exigence constitutionnelle.

La Cour de comptes constate dans son rapport du 5 juillet 2023 que *« l'offre de soins palliatifs demeure largement insuffisante pour couvrir les besoins puisque seulement*

48% d'entre eux sont pourvus » et que *« les disparités territoriales perdurent »* et ce, *« bien que la dépense publique de soins palliatifs (1,45 milliard d'euros en 2021) ait augmenté de 24,6 % depuis 2017 »*.

Le lancement d'un plan décennal sur les soins palliatifs en décembre 2022 vise notamment à doter chaque département d'une unité de soins palliatifs. Mais cela ne sera pas effectif avant la promulgation de la loi sur « l'aide à mourir » dans le cas où le Conseil constitutionnel la juge conforme. De même la loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs n'aura d'impact concret pour les français que si elle est suivie d'orientation budgétaire significative.

L'égalité devant la loi est un principe constitutionnel consacré à l'article 1 de la Constitution du 4 octobre 1958. Face à cette disparité territoriale, les personnes demandant l'aide à mourir subiront une inégalité manifeste entre celles qui peuvent bénéficier des soins palliatifs et les autres dont l'accès effectif sera difficile voire impossible. Certains français pourraient se tourner vers l'aide à mourir par résignation, par défaut d'accès aux soins.

Ainsi la loi déférée, en ne prévoyant pas un accès effectif aux soins palliatifs à la personne qui demande « l'aide à mourir » prive de garantie légale les exigences constitutionnelles de protection de la santé et d'égalité devant la loi.

B. L'atteinte à la liberté personnelle des médecins, des pharmaciens, des directeurs d'établissement

1.Initialement conçue comme un principe fondamental reconnu par les lois de la République (décision n° 77-87 DC du 23 novembre 1977), la liberté de conscience est désormais rattachée à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (Décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013 et 2017-695 QPC du 29 mars 2018).
Le droit à la liberté de conscience se fonde aussi sur l'article 1er de la Déclaration universelle des droits de l'homme qui dispose que les êtres humains *« sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »*.
C'est ainsi que l'objection de conscience est un droit fondamental, que le législateur est tenu de garantir.

2.Les professionnels de santé.
L'article L1111-12-12-1 I, créé par l'article 14 de la loi déférée, prévoit que les professionnels mentionnés à l'article L1111-12-3 et L1111-12-4 à savoir médecin, infirmier, auxiliaire médical et aide-soignant, *« ne sont pas tenus de participer aux procédures de « l'aide à mourir »*. Cependant, l'alinéa suivant (article L1111-12-12 I alinéa 2) prévoit que *« le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures*

doit, sans délai, informer de son refus la personne ou le professionnel le sollicitant et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédure ».

Si la loi déférée prévoit une objection de conscience pour certains professionnels de santé, elle la relativise aussitôt en créant une « obligation de renvoi » vers un professionnel qui pratique l'aide à mourir. Cette obligation de renvoi est une participation directe à un acte auquel il est fait objection. Si les professionnels de santé réprouvent un acte, du fait de leur conscience, ils ne peuvent être contraints à y participer. Leur droit fondamental à l'objection de conscience est par nature plein et entier. Lorsque les professionnels de santé font « objection de conscience » c'est qu'ils ne souhaitent pas être assimilés de près ou de loin à l'acte litigieux.

En outre, cette obligation de renvoi, en plus d'être une atteinte à la liberté de conscience, est impossible à mettre en œuvre. Comment le professionnel peut il préjuger que son confrère accepte de procéder à la mort administrée ? Comment pourrait-il préjuger à l'avance de l'application ou non de son droit à objecter en conscience ?

Cette obligation de renvoi est d'ailleurs disproportionnée car elle porte sur un acte irréversible, contraire au principe de sauvegarde de la personne humaine. Si une obligation de renvoi devait peser sur des professionnels de santé confronté à une demande d'aide à mourir, celle-ci devrait consister à renvoyer vers des professionnels de santé spécialisés en soins palliatifs, spécialistes de la gestion de la douleur et de l'accompagnement, pour, une fois encore, garantir le droit fondamental de protection de la santé.

Enfin, cette obligation de renvoi est superfétatoire dès lors que la loi déférée prévoit à l'article L1111-12-12 III que *« les professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure [d'aide à mourir] se déclarent à la commission [de contrôle] »*. Nul besoin d'impliquer tous les professionnels de santé avec cette obligation de renvoi qui portent atteinte à leur droit le plus fondamental de liberté de conscience.

3. Les pharmaciens et préparateurs.

La loi déférée exclut les pharmaciens de l'objection de conscience qu'elle prévoit pour certains professionnels. L'article 16 de la loi déférée prévoit en effet que les substances létales sont préparées par *« l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaires »*. Alors que la préparation de la substance létale est le premier maillon de la chaîne de la procédure d'aide à mourir, la loi ne prévoit pas de clause de conscience pour les pharmaciens ou les préparateurs. Pourtant les pharmaciens et préparateurs savent que c'est leur concours qui va permettre la mort d'une personne. La préparation de la substance létale est une participation directe et active à « l'aide à mourir ».

Cette absence de respect de la liberté de conscience des pharmaciens et des préparateurs heurte directement l'article 5 du Préambule de la Constitution de 1946 qui dispose que : *« Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances »*. Elle crée aussi, de façon manifeste, une rupture d'égalité devant la loi entre les pharmaciens et préparateurs qui sont contraints contre leur conscience, et les autres professionnels de santé qui disposent d'une clause de conscience -bien que relative- prévue par la loi. Il s'agit ici d'une atteinte à l'article 6 de la déclaration du droit de l'homme et du citoyen qui rappelle que *« la loi doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse »*.

Enfin, il peut être souligné qu'en relativisant l'objection de conscience de certains professionnels, ou en excluant de son champ les pharmaciens et préparateurs, certains métiers risquent d'être désertés. Les professionnels de santé et les pharmaciens n'ont pas choisi leur métier pour porter atteinte à la vie des patients. En faisant entrer dans le champ de leur métier, avec un degré de contrainte plus ou moins fort, ces spécialités risquent fort d'être abandonnées.

4.Les directeurs d'établissement, les responsables de service et l'absence de clause d'établissement.
Les articles 7 et 14 de la loi déférée portent atteinte à la liberté personnelle des directeurs d'établissement.

L'article L1111-12-5 II (créé par l'article 7 de la loi déférée) prévoit que *« la personne détermine le lieu d'administration de la substance létale [qui] peut être effectuée [...] dans un établissement de santé [...] ou dans toute autre structure où exercent des professionnels de santé »*. L'article L1111-12-12 II (créé par l'article 14 de la loi déférée) prévoit ensuite que *« le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre »*. Pèse donc sur les directeurs d'établissement et les chefs de service une obligation de permettre l'administration du produit létal dans leurs murs, pour les patients qui y sont suivis.

Il n'est pas prévu de possibilité d'y déroger en faisant valoir une objection de conscience. Or ils sont garants, en termes de responsabilité médicale, et de responsabilité pénale, des agissements qui ont lieu dans leurs murs ou dans leurs services. Ils sont aussi engagés moralement, à travers un projet d'établissement, envers les patients, les résidents et leurs familles. L'administration d'un produit létal au sein de leur établissement ou de leur service relèverait, pour eux, d'une participation directe du fait de leur responsabilité. Cela les engage directement. Si l'administration de l'acte létal est contraire à leur conscience ou au projet d'établissement, l'obligation "d'y permettre" est contraire à leur liberté fondamentale de conscience.

Il peut-être, là encore, souligné l'inintelligibilité de la loi déférée. Avant la promulgation de la loi, ces responsables d'établissement ou de service peuvent être tenus responsables des agissements contraires à la loi qui sont réalisés dans leurs murs ou services. Avec la loi déférée, ils sont tenus de permettre un acte qui engageait hier leur responsabilité pénale. La subjectivité et le caractère largement interprétatif des conditions d'accès à l'aide à mourir (cf. supra) les placent là encore en insécurité juridique, les faisant osciller entre le code pénal et le code de la santé publique sans garantie solide.

Enfin, l'atteinte à l'égalité devant la loi entre les responsables d'établissement ou de service (sans objection de conscience) et les professionnels de santé disposant d'une clause de conscience, est manifeste.

En ne prévoyant pas explicitement une objection de conscience pour les responsables d'établissement et de service, le risque d'une discrimination à l'embauche en faveur de professionnels « disposés à participer » à « l'aide à mourir » est important. En effet, dans l'optique d'assurer « ce droit à mourir », l'embauche de responsable d'établissement et de service disposé à participer à « l'aide à mourir » pourrait être privilégié au détriment des professionnels objecteurs de conscience. C'est une atteinte directe à l'article 5 du Préambule de la Constitution de 1946.

C. L'absence de clause d'établissement prévue par la loi déférée.

Si la clause de conscience concerne des personnes physiques comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel (Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001), les associations et entreprises, elles, bénéficient de plusieurs libertés fondamentales. C'est le cas de la liberté d'association ou la liberté d'entreprendre, issues des articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Mais c'est aussi le cas d'entreprise ou d'association à caractère religieux, qui sont fondés sur la liberté de religion consacrée à l'article 10 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Le Conseil constitutionnel lui-même reconnaît cette liberté de religion aux associations (Décisions n°2012-297 QPC du 21 février 2013 et n° 2022-1004 QPC du 22 juillet 2022).

C'est pour garantir ces droits fondamentaux que la loi sur l'interruption volontaire de grossesse a prévu une clause d'établissement à l'article L2212-8 du code de la santé publique qui dispose qu'*«Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. »*

La loi déférée ne prévoit aucune clause d'établissement, et contraint tous types d'établissements privés, laïcs ou religieux, à procéder à l'acte létal en leur sein.

L'acte est grave, irréversible, au point que le législateur a prévu une clause de conscience pour certains professionnels qui y sont exposés. Il n'y a donc aucune raison légitime à

contraindre les établissements à pratiquer en leur sein ce type d'acte qui viole leur liberté fondamentale d'association, d'entreprendre, voire parfois de religion.

C'est au nom de ces droits fondamentaux que les Petites Sœurs des Pauvres ont demandé la clause d'établissement : *« Pour nous, responsables d'établissements catholiques de santé et médico-sociaux, il est donc inconcevable de participer à l'euthanasie des personnes qui nous sont confiées, ou de les assister dans leur suicide. Ce serait une atteinte à leur vie, en complète contradiction avec le bien des patients, notre raison d'être et notre foi. Cela nous est strictement impossible, non seulement en raison de notre foi, mais aussi par respect pour les patients et la médecine. En cela, nous rejoignons tous les soignants opposés à ces pratiques. » « [...] nous demandons instamment que le caractère propre des établissements confessionnels de santé et médico-sociaux soit respecté... »*[2].

En omettant de prévoir une clause d'établissement, de nombreux établissements, privés ou à caractère religieux, qui assurent une mission de santé auprès des personnes malades ou âgées risqueraient de fermer ou de quitter le territoire français pour ne pas aller contre leurs convictions.

L'exposante s'inquiète de cette absence de clause d'établissement pour elle-même. Elle suit plus de 13000 patients, et ne saurait accepter en raison de son identité et de ses statuts, une quelconque « aide à mourir » dans ses murs.

III. L'atteinte à la liberté personnelle et à la protection des personnes vulnérables – Articles 4, 5 et 6 de la loi relative au droit à l'aide à mourir

A. Sur l'insuffisance de garanties légales permettant d'évaluer le discernement des majeurs protégés

1.Il est de jurisprudence constante que le consentement d'un individu, pour être valable, doit être libre et éclairé (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001). Le Conseil constitutionnel a rappelé en outre que le consentement de l'individu devait être recueilli avant toute intervention médicale (décision DC 2004-498 DC du 29 juillet 2004). Il en va du respect du principe de sauvegarde de la dignité humaine mais aussi de la liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

La Cour Européenne des droits de l'homme a quant à elle insisté sur l'obligation des Etats de protéger les personnes vulnérables de toutes influences extérieures et *« même contre*

[2] Tribune - *Figaro Vox* - le 3 novembre 2025

des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie » (CEDH Haas c. Suisse, 20 janvier 2011).

Il faut rappeler que le Conseil d'Etat, dans son *avis sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie* (CE 4 avril 2024, n° 408204) a exprimé le fait que *« pour être conforme aux principes constitutionnels [...], un tel dispositif doit prévoir, d'une part, que la demande de la personne s'appuie sur la manifestation d'une volonté libre et éclairée et, d'autre part, que cette expression de volonté, s'agissant en particulier des personnes les plus vulnérables, est entourée de garanties renforcées. »*

Enfin, le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU a demandé à la France, en vertu de l'article 36 paragraphe 1 de la Convention des droits des personnes handicapées, des informations pour s'assurer de la conformité de la loi relative à l'aide à mourir sur le consentement des personnes handicapées afin qu'elles soient *« protégées contre la coercition, l'abus d'influence et l'abus de pouvoir »*.

2. Force est de constater que la loi déférée ne prévoit aucune garantie spécifique pour s'assurer d'un consentement libre et éclairé des personnes porteuses de handicap. En effet le nouvel article L1111-12-2 qui définit les critères d'accès à l'aide à mourir n'utilise dans son 5° qu'une expression très générale : *« Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée »*. Ce critère n'est assorti d'aucune précision sur le degré d'aptitude requis ni sur le moyen d'évaluer cette aptitude.

L'article L1111-12-4 alinéa 2 ne pose qu'un critère d'exclusion à l'aide à mourir à savoir le caractère « gravement altéré » des personnes.

Mais le législateur n'a prévu aucune disposition relative aux personnes avec un discernement altéré. Pourtant il sait qu'il existe une différence de degré de discernement des personnes, puisqu'il précise dans l'article L1111-12-3 alinéa 7 que *« le médecin délivre à la personne protégée une information adaptée à ses facultés de discernement »*.

C'est volontairement que le législateur a exclu du dispositif d'aide à mourir les seules personnes ayant un discernement « gravement » altéré. En effet de nombreux amendements ont été présentés pour demander le retrait de l'adjectif « gravement » afin d'apporter une protection aux personnes dont le discernement est altéré. Ils ont tous été rejetés. Comment penser qu'une personne dont le discernement n'est pas optimal pourrait obtenir un acte aussi irréversible que l'administration d'un produit létal ?

3. L'exposante s'inquiète des personnes porteuses de déficiences intellectuelles qu'elle accompagne. En effet les personnes porteuses de déficience intellectuelle disposent d'un discernement, et au regard de la loi peuvent être « aptes » à manifester leur volonté de façon libre et éclairée.

C'est le cas, par exemple, des actes « strictement personnels » pour lesquels les personnes porteuses de handicap, placées sous mesure de protection, peuvent consentir, sans être représentées ou assistées (article 458 du Code civil). C'est ainsi, qu'elles peuvent décider seules, de se marier, de voter, d'adhérer à une association, de procéder au recueil, au prélèvement ou à la conservation de gamètes ou de tissus germinaux (article L. 2141-11 CSP) par exemple.

Mais, comme l'indique l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP) : *« une personne présentant des troubles intellectuels ou cognitifs se heurte à des problèmes de réflexion et de conceptualisation, et éprouve des difficultés à s'exprimer »*. Il est difficile pour une personne porteuse de déficience intellectuelle de conceptualiser sa mort (on le voit déjà dans la mort d'un proche ou la mort d'un animal de compagnie, qui entraînent souvent une surexpression des émotions).

De ce fait, et compte tenu du caractère irréversible de l'administration d'un produit létal, la personne porteuse de déficience intellectuelle doit être protégée d'un tel acte.

En ne protégeant pas les personnes au discernement altéré (article 6) et en ne précisant pas les moyens pour évaluer l'aptitude à manifester sa volonté de façon libre et éclairée (article 4), le législateur a méconnu les exigences constitutionnelles de liberté personnelle et de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

B. Sur l'atteinte portée à la protection des personnes vulnérables

1.Le Conseil constitutionnel a rappelé qu'il appartient au législateur d'exercer pleinement sa compétence pour assurer la protection des droits fondamentaux (décision n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004).

Le Comité des droits des personnes handicapées a demandé à la France, en vertu de l'article 36 paragraphe 1, des informations sur les critères d'éligibilité proposés qui *« semblent fondés sur des perceptions capacitistes de la qualité et la valeur de la vie des personnes handicapées, notamment l'idée que la souffrance est intrinsèque au handicap »*. De plus, le comité a recommandé à l'Etat de *« renforcer les mesures visant à mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide pour les personnes handicapées, avec des mesures spécifiques ciblant les personnes autistes et les personnes présentant un handicap psychosocial [...]»*.

2. La loi déférée mentionne dans ses articles 5, 6 et 12 les majeurs protégés. L'article L1111-12-3 alinéa 4 prévoit que le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection, s'en assure en vérifiant sur un registre dédié. L'article L1111-12-4 II 3° a) prévoit que le médecin informe la personne chargée de la mesure de protection et recueille ses observations. Enfin, l'article L1111-12-10 alinéa 2 prévoit un

délai de deux jours après notification de la décision d'autorisation d'aide à mourir à la personne chargée de la mesure de protection.

3. Force est de constater qu'à aucun moment n'est prévu l'intervention du juge des tutelles pour apprécier la demande d'aide à mourir, la procédure, le discernement de la personne et l'avis de la personne chargée de la mesure de protection. A aucun moment l'avis de la personne chargée de la mesure de protection est pris en compte de façon significative. Celle-ci devrait avoir force d'autorité. Enfin, le délai de deux jours est trop court pour garantir le droit fondamental à un recours effectif, et éviter toute situation dramatiquement irréversible.

En outre, force est de constater que le registre mentionné à l'article L1111-12-3 alinéa 4 ne sera pas effectif dans le même délai que l'application de la loi. En tout état de cause, ce registre ne peut être considéré en lui-même comme un moyen participant à la protection des personnes vulnérables.

En ne prévoyant pas de procédure spécifique pour les majeurs protégés, le législateur méconnaît l'exigence constitutionnelle de protection des personnes vulnérables.

PAR CES MOTIFS, l'exposante conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel,

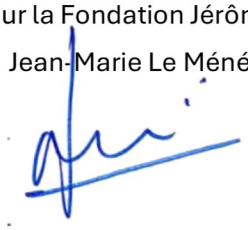
- à titre principal, déclarer contraire à la Constitution la loi dans son ensemble ;

-à titre subsidiaire, déclarer contraires à la Constitution les articles 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 16 et 18 de la loi ;

-à titre infiniment subsidiaire, n'admettre leur conformité qu'avec les réserves d'interprétation permettant de garantir la protection des personnes vulnérables, et particulièrement celles qui ont un discernement « altéré », la protection de la liberté personnelle des médecins, pharmaciens, responsables de service et d'établissement, ainsi que la liberté d'association et de religion pour les établissements qui ne souhaitent pas, en raison de leur identité pratiquer « d'aide à mourir » en leur sein.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de ma haute considération.

Pour la Fondation Jérôme Lejeune,
Jean-Marie Le Méné, Président.



2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constituionnel le 21 juillet 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par

M. Laurent FRÉMONT

et M. Emmanuel HIRSCH

agissant à titre personnel, cofondateurs du collectif « Démocratie, éthique et solidarités »

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (texte adopté n° 332, reprenant le texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution, par le Président du Sénat, le Premier ministre, plus de soixante sénateurs et plus de soixante députés.

Observations relatives à la fraternité, à la politique sociale, au soin et à la solidarité

Paris, le 20 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. Les soussignés, agissant à titre personnel, ont l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir.

2. La présente contribution ne se place pas sur le terrain des seules garanties procédurales, que les saisines analysent et dont les soussignés partagent l'examen. Elle entend appeler l'attention du Conseil sur ce que la loi engage de plus fondamental : le rapport que la République entretient avec ses membres les plus fragiles. Les soussignés soutiennent que cette loi, en instituant un droit à la mort provoquée sans garantir les conditions de l'accompagnement qui en serait l'alternative, méconnaît quatre exigences que la Constitution consacre et que la devise de la République résume : la fraternité, la politique sociale que la Nation doit aux vulnérables, le soin, et la solidarité. Ces exigences ne sont pas de simples proclamations dépourvues de portée normative : le Conseil leur a reconnu, pour plusieurs d'entre elles, une valeur constitutionnelle, et il lui appartient d'en tirer les conséquences.

3. Les soussignés ne demandent pas au Conseil de trancher un débat philosophique. Ils lui demandent de vérifier, comme il le fait constamment, que le législateur n'a pas « privé de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004). Or tel est bien, selon eux, le vice de la loi déférée : elle consacre un droit immédiatement exigible à mourir, tandis que les moyens de vivre, d'être soigné et d'être accompagné demeurent, pour les plus fragiles, incertains, différés ou inaccessibles. C'est cette asymétrie, contraire aux principes fondateurs de la République, que la présente contribution soumet à l'examen du Conseil.

PLAN

I. Présentation des soussignés et objet de leur intervention
II. Observations liminaires
A. Un changement de nature, et non un simple ajustement du droit de la fin de vie
B. L'exposition des plus vulnérables
C. Deux expressions de la fraternité mises en tension
D. Le déséquilibre entre le droit de mourir et les moyens de vivre
E. L'éthique du soin : ce que la vulnérabilité requiert de la collectivité
III. Discussion
Premier moyen. Méconnaissance du principe de fraternité
Deuxième moyen. Renoncement à la politique sociale due aux personnes vulnérables
Troisième moyen. Confusion du soin et de la mort provoquée
Quatrième moyen. Atteinte à la solidarité nationale et à l'égale dignité
IV. À titre subsidiaire : les réserves d'interprétation

V. Conclusions

I. PRÉSENTATION DES SOUSSIGNÉS ET OBJET DE LEUR INTERVENTION

4. M. Laurent Frémont est juriste, chargé d'enseignement en droit constitutionnel. M. Emmanuel Hirsch est professeur émérite d'éthique médicale à l'université Paris-Saclay, ancien directeur de l'Espace éthique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, de l'Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France et de l'Espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives, ancien président du Conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique (Poléthis) de l'université Paris-Saclay, et auteur de nombreux travaux sur la fin de vie, la vulnérabilité et le soin. Les soussignés ont cofondé le collectif « Démocratie, éthique et solidarités », qui réunit plus d'une centaine de personnalités, parmi lesquelles des juristes, des médecins, des universitaires, des responsables associatifs et des membres de la société civile ainsi que des responsables publics, et qui a consacré deux années de travaux à l'examen des enjeux de la loi déférée.

5. Les soussignés interviennent à titre personnel, en qualité de citoyens engagés dans la réflexion publique sur la fin de vie et de spécialistes, l'un du droit, l'autre de l'éthique médicale et du soin. Leur intérêt à contribuer tient à l'objet même de leurs travaux : éclairer le Conseil, non sur l'opportunité d'une aide à mourir, qui relève de l'appréciation du législateur (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 11), mais sur les principes que la Constitution oppose à la manière dont cette loi l'organise. Ils le font avec la conviction que le droit n'est jamais neutre : ce qu'il autorise, il le légitime, et ce qu'il propose aux plus fragiles, il le leur suggère.

6. L'intervention des soussignés se veut mesurée. Ils ne contestent ni la sincérité du législateur, ni la souffrance réelle à laquelle il a entendu répondre. Ils soutiennent seulement que la réponse retenue, en ce qu'elle privilégie la mort provoquée sur l'accompagnement sans garantir les conditions de celui-ci, heurte des exigences constitutionnelles que le Conseil a le devoir de faire respecter. Les développements qui suivent exposent successivement ces quatre exigences.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES

A. Un changement de nature, et non un simple ajustement du droit de la fin de vie

7. La loi déférée ne prolonge pas la logique des lois du 22 avril 2005 et du 2 février 2016. Celles-ci reconnaissaient le droit de ne pas subir d'obstination déraisonnable, d'être soulagé, et, dans les situations extrêmes, d'être plongé dans une sédation profonde et continue (article L. 1110-5-2 du code de la santé publique) : elles permettaient de laisser mourir, sans jamais autoriser de faire mourir. Le Conseil a validé ce cadre en relevant précisément cette limite (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017), et la Cour européenne des droits de l'homme a jugé le droit français

conforme à l'article 2 de la Convention en considération de sa cohérence (CEDH, gr. ch., *Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015). En autorisant l'administration délibérée d'une substance létale, la loi déférée franchit une frontière que tout le droit antérieur avait maintenue. Ce déplacement n'est pas un ajustement technique : il modifie le rapport de la collectivité à la vie de ses membres, et c'est à cette aune que les principes constitutionnels doivent être appréciés.

B. L'exposition des plus vulnérables

8. L'expérience clinique et les travaux d'éthique convergent sur un constat : la demande de mort est rarement un choix pleinement libre. Elle procède le plus souvent d'une souffrance insuffisamment soulagée, d'un sentiment d'indignité, de la peur d'être une charge, de la solitude. Institué comme un droit, l'accès à la mort provoquée fait peser sur les personnes les plus fragiles une interrogation nouvelle : celle de savoir si leur vie mérite encore d'être poursuivie, ou s'il ne serait pas préférable, pour elles et pour leurs proches, d'y renoncer. Le Comité consultatif national d'éthique l'a lui-même énoncé dans son avis n° 139 du 13 septembre 2022 : « en aucune façon, la perspective de mourir ne devrait devenir un devoir de mourir » ; et huit de ses membres, dans la réserve jointe à cet avis, se sont inquiétés de ce qu'une telle loi suscite « une forme de culpabilité, voire un complexe de vivre » chez des personnes souffrant déjà d'une exclusion sociale.

9. Ce risque n'est pas théorique. Par une lettre du 23 juin 2025, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies a demandé à la France quelles garanties protégeraient les personnes handicapées contre la coercition, l'influence indue et l'abus de pouvoir ; dans ses observations rendues publiques le 10 septembre 2025, il a relevé que les critères d'accès à l'aide à mourir recoupent la définition même du handicap, s'est alarmé des « perceptions capacitistes » qu'ils véhiculent et a rappelé que la Convention relative aux droits des personnes handicapées ne reconnaît aucun « droit à mourir ». De nombreuses personnes vivant avec la maladie, le grand âge ou le handicap ont dit publiquement leur inquiétude de se voir un jour proposer la mort qu'elles n'avaient pas demandée. C'est cette exposition des plus vulnérables, contraire à la protection que la Constitution leur doit, qui fonde les moyens ci-après.

C. Deux expressions de la fraternité mises en tension

10. Le débat sur la fin de vie met en présence deux manières d'entendre la solidarité envers celui qui souffre. Le Comité consultatif national d'éthique l'a formulé avec justesse, dans son avis n° 139, en relevant que « deux expressions de la fraternité sont ici mises en tension : une fraternité qui s'exprime dans l'aide active à mourir, une autre dans l'aide à vivre jusqu'à la mort dans des conditions permettant le soulagement des souffrances et le respect de l'autonomie des personnes ». La question soumise au Conseil n'est pas de préférer l'une à l'autre en opportunité, mais de constater que la loi déférée consacre la première sans garantir les conditions de la seconde. Or c'est

la seconde, l'aide à vivre jusqu'au bout, que la fraternité et la solidarité constitutionnelles commandent d'assurer d'abord.

D. Le déséquilibre entre le droit de mourir et les moyens de vivre

11. Ce déséquilibre est mesurable. En juillet 2023, la Cour des comptes constatait que l'offre de soins palliatifs demeurait « largement insuffisante pour couvrir les besoins puisque seulement 48 % d'entre eux sont pourvus ». Le législateur a lui-même reconnu, en adoptant la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, que cette carence ne serait pas résorbée avant plusieurs années : les crédits de la stratégie nationale y sont échelonnés jusqu'en 2034, la couverture de chaque région en unités de soins palliatifs n'y est visée qu'à l'horizon du 31 décembre 2030, et le droit opposable qu'avait retenu l'Assemblée nationale en première lecture a été écarté au terme de la navette. Le Comité consultatif national d'éthique avait pourtant prévenu qu'il « ne serait pas éthique d'envisager une évolution de la législation si les mesures de santé publique recommandées dans le domaine des soins palliatifs ne sont pas prises en compte » (avis n° 139, préc.). Il en résulte une asymétrie que le Conseil ne peut ignorer : la République garantit un droit immédiatement exigible à la mort provoquée, cependant que le droit aux soins et à l'accompagnement qui en constituent l'alternative demeure différé, non opposable et, pour la moitié des personnes concernées, inaccessible. Cette asymétrie n'est pas seulement une imperfection de politique publique : elle vicie, comme on va le voir, la liberté même du choix que la loi prétend garantir, et méconnaît les exigences de fraternité, de solidarité et de protection de la santé.

E. L'éthique du soin : ce que la vulnérabilité requiert de la collectivité

12. La relation de soin repose sur une donnée que l'éthique médicale place au premier rang : la confiance. La personne malade et vulnérable s'en remet à ceux qui la soignent parce qu'elle sait qu'ils ne lui veulent que son bien et qu'ils ne renonceront pas à elle. Prendre soin, c'est précisément ne pas abandonner : tenir la présence quand la guérison n'est plus possible, et faire de l'accompagnement le dernier acte du soin. Cette confiance n'est pas un supplément d'âme ; elle est la condition de l'accès aux soins, car une personne qui redoute ceux qui la soignent s'en détourne. C'est pourquoi l'éthique du soin et la protection de la santé, que le onzième alinéa du Préambule de 1946 érige en exigence, sont indissociables.

13. À l'égard des personnes les plus fragiles, cette exigence se double d'une autre. Une société ne protège réellement ses membres vulnérables que si elle leur signifie, par ses institutions comme par son droit, que leur vie compte autant que celle des autres et qu'elle ne renoncera pas à eux. Le message inverse, fût-il implicite, produit des effets : lorsqu'une collectivité inscrit dans son droit que la mort est, pour certains, une issue recevable, elle modifie le regard que ces personnes portent sur elles-mêmes autant que celui que la société porte sur elles. C'est cette double exigence, de

confiance dans le soin et de non-abandon des vulnérables, que les quatre moyens ci-après confrontent à la loi déférée.

III. DISCUSSION

14. Les quatre moyens qui suivent procèdent d'une même conviction : une République ne peut offrir la mort à ses membres les plus fragiles sans leur garantir d'abord les moyens de vivre, d'être soignés et d'être accompagnés. Le premier moyen est tiré de la méconnaissance du principe de fraternité ; le deuxième, du renoncement à la politique sociale que la Nation doit aux personnes vulnérables ; le troisième, de la confusion du soin et de la mort provoquée ; le quatrième, de l'atteinte à la solidarité nationale et à l'égale dignité. Ces moyens se recoupent, car les principes qu'ils invoquent procèdent d'une même source ; ensemble, ils décrivent un texte qui inverse l'ordre des priorités que la Constitution assigne à la collectivité. Les références aux articles renvoient au texte définitivement adopté par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026 (texte adopté n° 332, identique au texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026).

PREMIER MOYEN. En ce qu'elle consacre un droit à la mort provoquée sans garantir les conditions de l'accompagnement des personnes vulnérables, la loi méconnaît le principe de fraternité

15. *Norme de référence.* La fraternité, troisième terme de la devise inscrite à l'article 2 de la Constitution et rappelée au Préambule de la Constitution de 1946, est un principe à valeur constitutionnelle. Le Conseil constitutionnel l'a jugé en toutes lettres et en a tiré des conséquences concrètes : « il découle du principe de fraternité la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire, sans considération de la régularité de son séjour sur le territoire national » (décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018, § 8). Le commentaire publié par le Conseil précise que la mise en évidence de cette liberté « n'épuise pas nécessairement le contenu du principe de fraternité, qui pourra éventuellement trouver d'autres applications à l'avenir ». La fraternité n'est donc pas, dans notre ordre constitutionnel, un idéal sans portée : elle emporte des obligations que le législateur ne peut méconnaître.

16. *Ce que la fraternité commande.* Si le principe de fraternité fonde la liberté d'aider autrui, il fonde a fortiori le devoir de la collectivité de ne pas abandonner celui qui souffre, et de maintenir avec lui le lien d'accompagnement et de solidarité que traduit précisément l'aide à vivre jusqu'à la mort. Le Comité consultatif national d'éthique a mis en évidence la tension entre les deux expressions de la fraternité (supra, § 10). La loi déférée tranche cette tension au profit de l'aide active à mourir : elle érige la mort provoquée en droit immédiatement exigible, sans imposer que soit d'abord garanti ce que la fraternité commande avant tout d'assurer : un accompagnement effectif. Ce

faisant, elle ne se borne pas à ouvrir une faculté nouvelle : elle substitue, dans la relation de la collectivité au plus fragile, la proposition de mourir à l'offre de vivre accompagné.

17. *La fraternité et le devoir de protéger la vie des vulnérables.* Cette lecture n'est pas isolée : elle rejoint l'obligation positive de protéger la vie que la Cour européenne des droits de l'homme déduit de l'article 2 de la Convention. L'État doit mettre en place une procédure garantissant qu'une décision de mettre fin à sa vie procède de la libre volonté de l'intéressé, et il doit protéger les personnes vulnérables « même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie » (Cour EDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, § 54). La fraternité, principe interne à valeur constitutionnelle, converge avec cette obligation internationale pour commander à la collectivité, non de faciliter la mort des plus fragiles, mais de les entourer. Une loi qui inverse cet ordre, en rendant la mort accessible avant d'avoir garanti la protection et l'accompagnement, contrevient à l'une et à l'autre exigence.

18. *La privation de garanties légales.* Le grief n'est pas d'opportunité, mais de garantie. La fraternité, en tant qu'exigence de caractère constitutionnel, ne saurait être privée de garanties légales (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004). Or la loi déférée subordonne l'accès à la mort provoquée à une volonté « libre et éclairée » (article 4, 5°), mais s'abstient de garantir la condition qui, seule, donnerait un sens à cette liberté : l'accès effectif à l'accompagnement et au soulagement. La loi ne l'ignore pas : son article 5 prévoit que le médecin saisi d'une demande « 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 ». Mais une obligation d'information et de diligence n'équivaut pas à une garantie : elle ne crée aucun droit effectif là où l'offre fait défaut et renvoie à une disponibilité que la collectivité, de son propre aveu, ne sera pas en mesure d'assurer avant plusieurs années (supra, § 11). La garantie est nominale ; la carence, structurelle. La loi offre ainsi la mort là où la fraternité impose d'abord la présence. En consacrant l'aide à mourir sans assortir cette consécration d'aucune garantie d'accompagnement, le législateur a privé de garanties légales le principe de fraternité. Les soussignés invitent le Conseil à tirer, du principe qu'il a lui-même reconnu, la conséquence qui s'impose : nul ne peut être admis à mourir faute d'avoir été d'abord accompagné à vivre.

DEUXIÈME MOYEN. En ce qu'elle institue un droit à la mort provoquée immédiatement exigible tandis que les moyens de vivre demeurent différés et inaccessibles, la loi renonce à la politique sociale que la Nation doit aux personnes vulnérables (dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946)

19. *Norme de référence.* Le Préambule de la Constitution de 1946 assigne à la Nation des devoirs sociaux d'une particulière solennité. Son dixième alinéa proclame que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». Son onzième alinéa garantit à tous « la protection de la santé, la

sécurité matérielle, le repos et les loisirs » et dispose que « tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». Le Conseil a fait de la protection de la santé un objectif de valeur constitutionnelle qu'il appartient au législateur de mettre en œuvre (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991). Ces dispositions dessinent une politique sociale que la collectivité doit aux personnes que leur vulnérabilité désigne : les malades, les personnes âgées, les personnes handicapées.

20. *Le renoncement.* La loi déférée inverse l'ordre de ces priorités. À la personne que son âge, sa maladie ou son handicap place dans la vulnérabilité, la Nation doit, selon le Préambule, des « moyens convenables d'existence », la protection de la santé et les conditions de son développement. La loi lui offre d'abord la mort. Elle consacre un droit immédiatement exigible à mourir, alors que le droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement, seul de nature à donner corps aux devoirs sociaux de la Nation, demeure inaccessible à la moitié de ceux qui en relèvent et n'est programmé qu'à l'horizon 2030, sans opposabilité (supra, § 11). Ce que la Constitution commande d'offrir en premier, la loi le diffère ; ce qu'elle n'impose nullement, la loi le rend aussitôt disponible. Une telle inversion revient, pour la collectivité, à substituer la mort provoquée à la politique sociale qu'elle doit à ses membres les plus fragiles.

21. *L'asymétrie vicie la liberté du consentement.* Ce renoncement rejoint une exigence que le Conseil contrôle directement. En subordonnant un acte aussi grave à une volonté « libre et éclairée » (article 4, 5°), le législateur devait entourer le recueil de cette volonté de garanties effectives (décisions n° 86-217 DC, préc. ; n° 2004-498 DC et n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004). Or une volonté ne peut être tenue pour libre lorsqu'elle s'exerce sans alternative réelle : lorsque la collectivité garantit la mort mais laisse les soins et l'accompagnement hors d'atteinte pour une part importante des personnes concernées, elle ne place pas la personne devant un choix, mais devant une voie unique déguisée en liberté, celle de mourir faute d'être accompagnée. L'asymétrie entre le droit de mourir, immédiat, et les moyens de vivre, différés, prive ainsi de garanties légales l'exigence même d'une volonté libre que la loi pose comme sa condition.

22. *L'atteinte à la dignité.* La loi méconnaît enfin la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, qui interdit que nul soit conduit à demander sa mort en raison de l'insuffisance des moyens consacrés à le soulager et à l'accompagner (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994). Les articles 3, 4 et 5 de la loi doivent, pour ces motifs, être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, les soussignés renvoient à la première réserve d'interprétation.

TROISIÈME MOYEN. En ce qu'elle inscrit la mort provoquée parmi les soins garantis par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, la loi confond le soin et la mort, en méconnaissance de l'objectif d'intelligibilité et de la protection de la santé (article 3)

23. *La confusion.* L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est l'article-matrice du droit des malades : il garantit le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés et « le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance », que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition » pour faire respecter. L'article 3 de la loi déférée y ajoute que ce droit « comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir ». La mort provoquée se trouve ainsi rangée parmi les soins, au cœur même du texte qui définit les obligations des soignants envers les malades.

24. *Ce que le soin ne peut être.* Donner la mort n'est pas soigner. Le code de déontologie médicale dispose que le médecin « doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments » et qu'« il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort » (article R. 4127-38 du code de la santé publique). Le Conseil d'État lui-même a décrit l'aide à mourir non comme un soin, mais comme « la légalisation, sous certaines conditions, de l'assistance au suicide et (...) de l'euthanasie » (avis n° 408204 du 4 avril 2024). En inscrivant néanmoins la mort provoquée parmi les soins que tout professionnel doit mettre en œuvre, l'article 3 crée une contradiction que ses destinataires ne peuvent surmonter : la même disposition leur enjoint de tout mettre en œuvre pour faire respecter un droit qui comprendrait à la fois le soulagement et la mort, cependant qu'une clause de conscience les autorise à ne pas y concourir et que la déontologie leur interdit de provoquer la mort. Cette antinomie méconnaît l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi (décisions n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2005-514 DC du 28 avril 2005).

25. *Le soin comme non-abandon.* La contradiction n'est pas seulement formelle : elle atteint ce qui fait la nature du soin. Ainsi qu'il a été exposé (supra, § 12 et 13), prendre soin, c'est ne pas abandonner, et faire de l'accompagnement le dernier acte du soin lorsque la guérison n'est plus possible. En rangeant la mort provoquée parmi les soins, la loi substitue à cette exigence son contraire et brouille la frontière que la déontologie et l'éthique médicale avaient toujours maintenue entre soulager et faire mourir. Loin d'être une querelle de mots, cette confusion engage la définition même de ce que la collectivité attend des soignants et de ce que les malades sont en droit d'attendre d'eux.

26. *L'atteinte à la relation de soin et à la protection de la santé.* La confusion n'est pas seulement logique ; elle atteint la relation de soin elle-même. Le soin repose sur une confiance : celle du malade qui s'en remet à ceux qui le soignent, assuré qu'ils ne lui veulent que son bien. En rangeant la mort provoquée parmi les missions du soin, la loi introduit dans cette relation une équivoque qui peut, chez les personnes les plus vulnérables, faire naître la crainte que le soignant ne devienne l'instrument de leur mort, et les détourner des structures d'accompagnement. Une telle défiance, au préjudice de l'accès aux soins, contrevient à l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé (onzième alinéa du Préambule de 1946). L'article 3 doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, les soussignés renvoient à la deuxième réserve d'interprétation.

QUATRIÈME MOYEN. En ce qu'elle expose les personnes vulnérables à se voir proposer la mort plutôt que la solidarité et fait dépendre l'accès à celle-ci de la valeur attribuée à leur existence, la loi méconnaît la solidarité nationale et l'égale dignité (onzième alinéa du Préambule de 1946 ; principe de sauvegarde de la dignité)

27. *Norme de référence.* La solidarité nationale n'est pas une simple orientation politique : elle procède du Préambule de la Constitution de 1946, dont l'onzième alinéa institue le droit de tout être humain vulnérable d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence, et dont le douzième alinéa proclame « la solidarité (...) de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ». Elle se conjugue avec le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994), et avec le principe d'égalité, qui interdit que la protection due à une personne varie selon la valeur attribuée à son existence.

28. *La proposition de la mort en lieu et place de la solidarité.* La solidarité commande que la collectivité réponde à la vulnérabilité par le soutien, non par l'effacement. Or la loi déférée, en instituant l'aide à mourir comme un droit offert aux personnes que leur maladie, leur âge ou leur handicap rend vulnérables, adresse à ces personnes le message contre lequel le Comité consultatif national d'éthique avait précisément mis en garde en rappelant que la perspective de mourir ne doit, en aucune façon, devenir un devoir de mourir (supra, § 8) : celui selon lequel leur mort est une issue que la société tient pour recevable, voire souhaitable. Les personnes concernées se trouvent ainsi placées dans la situation d'avoir à justifier la poursuite de leur existence, au rebours de la solidarité que la Nation leur doit. Cette inversion est d'autant plus grave que la mort est offerte immédiatement, quand la solidarité, elle, demeure différée (supra, § 11).

29. *Ce que la solidarité oblige.* La solidarité nationale, comme la fraternité dont elle est le prolongement, n'impose pas seulement à la collectivité de s'abstenir de nuire : elle lui impose d'agir, en assurant à la personne vulnérable les moyens de son existence et la présence qui la soutient. C'est cette obligation d'agir que la loi méconnaît, non parce qu'elle ouvrirait une faculté nouvelle, mais parce qu'elle fait de la mort la réponse la plus immédiatement disponible, quand la solidarité commandait d'offrir d'abord le soutien. La Cour européenne des droits de l'homme rappelle d'ailleurs que l'accès à des soins palliatifs de qualité est « essentiel pour assurer une fin de vie digne » (Cour EDH, *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024, § 154) : la dignité de la fin de vie se joue d'abord dans l'accompagnement, et non dans la faculté de mourir.

30. *Le risque d'une différenciation des existences.* La loi fait en outre dépendre l'accès à la mort provoquée de critères tenant à l'état de la personne, distinguant, en fait, les existences que la collectivité s'emploie à préserver de celles dont elle admet qu'il puisse être mis un terme. Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies s'en est alarmé, en relevant que les critères d'accès recoupent la définition même du handicap, en dénonçant les « perceptions capacitistes » qu'ils

véhiculent et en y voyant un risque de méconnaissance de l'obligation de la France de respecter, de protéger et de garantir le droit à la vie des personnes handicapées (lettre du 23 juin et observations du 10 septembre 2025, préc.). Une telle différenciation, contraire à l'égale dignité de tous les êtres humains et à la solidarité nationale, ne saurait être regardée comme entourée des garanties que la Constitution exige. Les soussignés soulignent que ce quatrième moyen prolonge les précédents : c'est la même asymétrie, entre une mort garantie et une solidarité incertaine, qui méconnaît tour à tour la fraternité, les devoirs sociaux de la Nation, le soin et la solidarité. L'ensemble du dispositif doit, pour ces motifs, être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, les soussignés renvoient aux réserves d'interprétation ci-après.

IV. À TITRE SUBSIDIAIRE : LES RÉSERVES D'INTERPRÉTATION

31. À titre principal, les soussignés estiment que les vices exposés appellent la censure. Si le Conseil ne la prononçait pas, ils le prient de subordonner la conformité de la loi aux réserves suivantes, seules à même de rendre effectives les exigences de fraternité, de solidarité, de protection de la santé et d'égale dignité.

32. Première réserve (articles 3, 4 et 5). Les articles 4 et 5 ne sauraient être interprétés que comme subordonnant la recevabilité de la demande d'aide à mourir à la constatation, par le médecin, que la personne a eu un accès effectif, dans un délai compatible avec son état, à une évaluation par une équipe compétente en soins palliatifs et, si elle l'a acceptée, à une prise en charge et à un accompagnement adaptés, le refus libre et éclairé de cette prise en charge étant seul de nature à en dispenser ; à défaut, la volonté ne saurait être tenue pour libre au sens du 5° de l'article 4.

33. Deuxième réserve (article 3). L'article 3 ne saurait être interprété comme rangeant l'aide à mourir au nombre des soins et des traitements dus au titre de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, ni comme mettant à la charge des professionnels de santé ou des établissements une obligation d'y concourir, la clause de conscience et l'article R. 4127-38 du même code demeurant pleinement applicables.

34. Troisième réserve (ensemble de la loi). Aucune disposition de la loi ne saurait être interprétée comme permettant que l'aide à mourir soit proposée à une personne qui ne l'a pas elle-même demandée, ni comme dispensant la collectivité de son obligation d'assurer aux personnes vulnérables l'accompagnement, le soulagement et les moyens convenables d'existence que leur garantissent les dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946.

V. CONCLUSIONS

35. Une démocratie se juge à la manière dont elle traite ses membres les plus fragiles. La loi déférée, en consacrant un droit immédiatement exigible à la mort provoquée

sans garantir d'abord les moyens de vivre, d'être soulagé et d'être accompagné, inverse l'ordre des devoirs que la Constitution assigne à la collectivité. Elle offre la mort là où la fraternité impose la présence, la solidarité le soutien, et le soin l'accompagnement. Les soussignés ne demandent pas au Conseil de préférer une conception de la fin de vie à une autre ; ils lui demandent de garantir que les principes fondateurs de la République, auxquels il a lui-même reconnu valeur constitutionnelle, ne demeurent pas lettre morte au moment où ils sont le plus nécessaires.

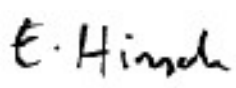
36. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, les soussignés concluent qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraires à la Constitution les articles 3, 4 et 5 de la loi relative au droit à l'aide à mourir et, ces dispositions étant inséparables de l'économie du texte, la loi dans son ensemble, comme méconnaissant les principes de fraternité et de solidarité, les devoirs sociaux de la Nation, l'objectif de protection de la santé et le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ; à titre subsidiaire, n'admettre la conformité de la loi que sous le bénéfice des réserves d'interprétation énoncées en partie IV ; en tout état de cause, tenir pour établi que la consécration d'un droit à mourir non assortie de la garantie effective des moyens de vivre et d'être accompagné prive de garanties légales les exigences constitutionnelles précitées.

37. Les soussignés se tiennent à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Laurent FRÉMONT

Emmanuel HIRSCH



2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 21 juillet 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par

LA FÉDÉRATION NATIONALE DES INSTITUTIONS DE SANTÉ ET D'ACTION SOCIALE D'INSPIRATION CHRÉTIENNE (FNISASIC)

Association régie par la loi du 1er juillet 1901

Fédération de congrégations, associations et fondations gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

3, rue Duguay-Trouin, 75006 Paris

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par plus de soixante sénateurs et députés.

Observations relatives à la liberté des établissements sociaux et médico-sociaux

Paris, le 16 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. La Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne (ci-après « la FNISASIC » ou « l'exposante ») a l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures qu'il reçoit et rend publiques, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, déférée par plus de soixante sénateurs.

2. La FNISASIC ne prétend pas discuter l'ensemble de la loi. Elle porte devant le Conseil la préoccupation propre des établissements qu'elle fédère : maisons de retraite, foyers pour personnes handicapées, services de soins et d'accompagnement, dont beaucoup accueillent leurs résidents pour de longues années et constituent, de fait, leur domicile. La loi déférée impose à tous ces établissements, sans exception ni modulation, de permettre en leur sein la réalisation de l'aide à mourir. C'est cette obligation, et les questions qui lui sont indissociables, que la présente contribution soumet à l'examen du Conseil. Elle démontre que, en contraignant tout établissement, y compris celui dont le projet est fondé sur le refus de donner la mort et celui qui ne reçoit aucun financement public, à accueillir l'acte létal dans ses murs, le législateur a porté aux libertés de ces établissements une atteinte que rien ne rendait nécessaire, la loi ayant elle-même prévu les moyens de l'éviter. Sur le terrain constitutionnel, l'exposante souscrit à l'analyse développée par les auteurs de la saisine et ne la reprend pas : sa contribution a pour objet de l'étayer par la réalité concrète du secteur médico-social, que seuls les établissements sont à même de faire connaître au Conseil.

3. La posture de l'exposante doit être précisée d'emblée. La FNISASIC ne demande pas au Conseil d'arbitrer le débat de société sur l'opportunité d'une aide à mourir : elle sait que ce choix relève de l'appréciation du législateur, à qui le Conseil ne substitue pas la sienne (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 9). Elle fait valoir seulement que cette appréciation s'exerce sous une exigence constante : le législateur ne saurait « priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004), ni porter aux libertés constitutionnellement garanties des atteintes qui ne seraient pas justifiées par l'intérêt général et proportionnées à l'objectif poursuivi. C'est sur ce seul terrain que se placent les présentes observations.

PLAN DE LA CONTRIBUTION

I. Présentation de l'exposante et objet de son intervention

II. Observations liminaires : la réalité des établissements sociaux et médico-sociaux

A. L'établissement comme « maison » et comme communauté de vie

B. Le projet d'établissement, fondement légal de l'identité de ces structures

C. Une communauté de personnes vulnérables : l'acte létal et les autres résidents

D. Le prérequis d'un accès effectif aux soins palliatifs

III. Discussion

Premier moyen. Atteinte aux libertés des établissements contraints d'accueillir l'acte létal (art. 14, II)

Deuxième moyen. Renvoi nominatif imposé à l'objecteur et omission de toute clause de conscience pour les responsables d'établissement (art. 14, I)

Troisième moyen. « Donner la mort n'est pas un soin » : l'inscription de l'aide à mourir à l'article L. 1110-5 (art. 3)

Quatrième moyen. Absence de garantie d'accès effectif aux soins palliatifs (art. 4 et 5)

IV. À titre subsidiaire : les réserves d'interprétation

V. Conclusions

Références citées

I. PRÉSENTATION DE L'EXPOSANTE ET OBJET DE SON INTERVENTION

4. Créée en 2004, la FNISASIC est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 qui fédère les congrégations, les associations et les fondations gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'inspiration chrétienne. Ses membres gèrent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des maisons d'accueil spécialisées, des foyers d'accueil médicalisés, des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, des services de soins infirmiers à domicile, des unités de soins de longue durée et des établissements de soins médicaux et de réadaptation. Elle a pour objet d'accompagner ces structures dans la conduite de leur mission et dans la fidélité à l'inspiration qui les fonde, laquelle repose sur le respect inconditionnel de la personne la plus fragile et sur l'accompagnement de sa vie jusqu'à son terme.

5. L'intérêt de l'exposante à intervenir procède directement de la loi déférée. Celle-ci désigne les établissements qu'elle fédère à un double titre. D'une part, elle prévoit qu'une personne peut solliciter l'aide à mourir auprès des médecins salariés de ces établissements, tel le médecin coordonnateur d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et demander que l'acte létal soit réalisé au sein de l'établissement où elle réside. D'autre part, et surtout, elle impose à tout établissement de santé comme à tout établissement ou service social ou médico-social de permettre, en son sein, l'intervention des professionnels et l'accès des accompagnants aux fins de réalisation de l'aide à mourir. La loi déférée met ainsi directement en cause l'organisation, les locaux, le projet et l'identité mêmes des établissements que l'exposante représente.

6. La FNISASIC a fait entendre sa voix tout au long de l'élaboration de la loi. Elle a notamment consacré ses travaux, lors de sa session des 21 et 22 janvier 2026, aux conséquences de la légalisation de l'aide à mourir pour les établissements sociaux et médico-sociaux, et a demandé, dès avril 2024, que le législateur reconnaisse aux établissements privés la faculté de refuser que cette pratique soit mise en œuvre dans leurs locaux. Cette demande n'a pas été entendue : la loi déférée retient, au contraire, une obligation d'accueil absolue. L'exposante intervient au soutien de la saisine, dont elle partage les conclusions, pour éclairer le Conseil sur ce que cette obligation emporte, concrètement, pour les communautés de vie que sont ses établissements.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES : LA RÉALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

A. L'établissement comme « maison » et comme communauté de vie

7. Pour apprécier la portée de l'obligation contestée, il faut partir de ce qu'est un établissement social ou médico-social. À la différence de l'hôpital, où le séjour est en principe bref et ordonné à un épisode de soins, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la maison d'accueil spécialisée ou le foyer d'accueil médicalisé est un lieu de vie. Les personnes y résident des années, parfois des décennies ; elles y ont leur chambre, leurs habitudes, leurs liens ; l'établissement est devenu leur domicile, leur « maison ». La loi elle-même en fait le lieu

de résidence de la personne, et c'est là que la plupart des résidents souhaitent terminer leur vie. C'est cette réalité qui conduit d'ailleurs ces établissements à éviter, autant qu'il est possible, les hospitalisations à l'approche du décès.

8. Il en résulte que ce qui se produit dans ces murs n'affecte jamais la seule personne concernée. Les résidents et les professionnels se connaissent, souvent de longue date ; des liens profonds se sont noués entre eux et avec les familles ; tout décès y est vécu, comme dans une famille, par la communauté tout entière. La réalisation d'un acte létal en un tel lieu n'est pas un événement privé, cliniquement isolé : c'est un fait qui engage l'ensemble de la communauté de vie, les autres résidents comme les équipes qui les accompagnent. Cette donnée, propre au secteur médico-social, doit être présente à l'esprit du Conseil pour apprécier la proportionnalité de l'obligation contestée.

B. Le projet d'établissement, fondement légal de l'identité de ces structures

9. Les établissements que fédère l'exposante ne sont pas de simples supports matériels de prestations. Ce sont des organisations collectives dotées d'un projet d'établissement que la loi rend obligatoire et opposable : l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles impose à chaque établissement ou service social ou médico-social d'élaborer un tel projet, qui définit ses objectifs, ses modalités d'accompagnement et ses choix, et l'article L. 6143-2 du code de la santé publique institue une obligation comparable pour les établissements de santé. Ce projet n'est pas une formalité : il est le fondement légal de l'identité de l'établissement et le socle de l'engagement pris envers les personnes accueillies.

10. Pour les établissements d'inspiration chrétienne que réunit l'exposante, ce projet est explicite : il exclut que l'on donne délibérément la mort. Nombre d'entre eux inscrivent cette exclusion dans leurs statuts, leur charte éthique ou leur règlement de fonctionnement. Cette exclusion n'est pas théorique : elle procède de convictions fondatrices auxquelles ces établissements, et les communautés dont ils sont l'œuvre, ne peuvent renoncer sans se renier. Contraindre ces structures à accueillir en leur sein l'acte létal revient à leur imposer d'agir contre le projet même qui les définit, c'est-à-dire à porter atteinte à leur identité.

C. Une communauté de personnes vulnérables : l'acte létal et les autres résidents

11. Une considération propre au secteur médico-social mérite d'être portée à la connaissance du Conseil. Les résidents de ces établissements sont, pour la plupart, âgés, malades, dépendants ou handicapés, c'est-à-dire précisément les personnes que leur vulnérabilité expose au sentiment d'être une charge. La confiance qui leur permet de s'en remettre à l'établissement repose sur une promesse implicite mais essentielle : ici, on soulage, on accompagne, on ne provoque pas la mort. Introduire l'acte létal dans ces murs fragilise cette confiance pour tous les résidents, et non pour le seul demandeur.

12. Le Comité consultatif national d'éthique a exprimé une préoccupation de même nature dans son avis n° 139 du 13 septembre 2022, en soulignant que l'institution du suicide assisté et de l'euthanasie comme un droit risque, pour les personnes les plus fragiles, « d'être ressenti comme une injonction », et en s'interrogeant sur la liberté réelle du choix d'une personne âgée

qui, subissant la pression de son environnement, en vient à se considérer comme une charge. Faire de l'établissement, lieu de vie partagé par une communauté de personnes vulnérables, un lieu où la mort peut être administrée, c'est exposer chacun de ses membres à cette pression diffuse. La protection de la santé et la sauvegarde de la dignité de ces personnes, comme la sérénité des équipes qui les accompagnent, commandent que le projet de l'établissement puisse être préservé.

D. Le prérequis d'un accès effectif aux soins palliatifs

13. L'exposante rappelle enfin, comme elle l'a fait tout au long du débat, que la question de l'aide à mourir ne peut être dissociée de celle de l'accès effectif aux soins palliatifs. En juillet 2023, la Cour des comptes constatait que l'offre demeurait « largement insuffisante pour couvrir les besoins puisque seulement 48 % d'entre eux sont pourvus » (Cour des comptes, *Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer*, juillet 2023). Plusieurs membres du Comité consultatif national d'éthique avaient, dans leur réserve à l'avis n° 139, estimé qu'une évolution vers l'aide à mourir ne pourrait être discutée qu'à la condition qu'un accès effectif aux soins palliatifs et un accompagnement humain de qualité soient d'ores et déjà garantis pour tous. Cette condition n'est pas remplie.

14. Le législateur a lui-même reconnu, en adoptant la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, que cette carence ne serait pas résorbée avant plusieurs années, cette loi programmant les créations d'unités de soins palliatifs à l'horizon 2030 et écartant la reconnaissance d'un droit opposable. Il en résulte une situation que le Conseil ne peut ignorer : la République garantit un droit immédiatement exigible à la mort provoquée, jusque dans les murs des établissements qui accueillent les plus vulnérables, tandis que le droit aux soins qui en constituent l'alternative demeure différé et dépourvu d'opposabilité. Ce déséquilibre intéresse directement les résidents des établissements que fédère l'exposante, qui comptent parmi ceux dont l'accès aux soins palliatifs est le moins assuré.

III. DISCUSSION

15. Les moyens qui suivent procèdent de la situation propre des établissements que fédère l'exposante. Celle-ci souscrit à l'analyse constitutionnelle développée par les auteurs de la saisine, notamment sur l'article 14, et ne la reprend pas : elle entend l'étayer par ce que seule l'expérience du secteur médico-social permet d'établir. Le premier moyen établit que l'obligation d'accueillir l'acte létal, imposée à des lieux de vie, porte aux libertés des établissements une atteinte disproportionnée ; le deuxième vise la situation des professionnels et des responsables au regard de la liberté de conscience ; le troisième dénonce la confusion qui résulte de l'inscription de l'aide à mourir parmi les soins ; le quatrième rappelle l'absence de garantie d'accès effectif aux soins palliatifs. Les références aux articles renvoient au texte n° 323 adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026.

PREMIER MOYEN. En ce qu'il impose à un lieu de vie, sans exception ni modulation, d'accueillir en son sein la réalisation de l'aide à mourir, l'article 14, II porte aux libertés

des établissements une atteinte disproportionnée (liberté d'entreprendre, liberté d'association, droit de propriété)

16. *Le dispositif contesté.* Le II de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique, créé par l'article 14 de la loi déférée, impose à tout établissement de santé et à tout établissement ou service social ou médico-social mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles de permettre l'intervention des professionnels concernés et l'accès des accompagnants aux fins de réalisation de l'aide à mourir en son sein. Cette obligation est absolue : elle s'impose indistinctement aux établissements publics et privés, à ceux qui participent au service public comme à ceux qui n'y participent pas, à ceux qui reçoivent des financements publics comme à ceux qui n'en reçoivent aucun, et à ceux dont le projet est expressément fondé sur le refus de donner la mort comme aux autres. Elle ne connaît ni dérogation, ni adaptation, ni faculté de refus.

17. *Une atteinte à la liberté d'entreprendre, à la liberté d'association et au droit de propriété.* L'exposante souscrit pleinement à la démonstration développée par les auteurs de la saisine, selon laquelle cette obligation méconnaît la liberté d'entreprendre (article 4 de la Déclaration de 1789), la liberté d'association (principe fondamental reconnu par les lois de la République, décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971) et le droit de propriété (articles 2 et 17 de la Déclaration de 1789), et qu'elle porte une atteinte particulière aux établissements dont l'identité repose sur une conviction, lesquels bénéficient d'un principe d'autonomie reconnu tant par les organes de la Convention européenne des droits de l'homme, s'agissant même d'un hôpital confessionnel (Commission EDH, *Rommelfanger c. Allemagne*, 6 septembre 1989 ; Cour EDH, *Fernández Martínez c. Espagne* [GC], 12 juin 2014), que par la Cour de cassation (Ass. plén., 4 avril 2025, n° 21-24.439). L'exposante renvoie à la saisine pour cette démonstration et ne la reprend pas. Elle entend seulement l'étayer par ce que seule l'expérience des établissements médico-sociaux permet d'établir : que l'obligation contestée s'applique, non à de simples locaux d'activité, mais à des lieux de vie, et que cette réalité en aggrave le caractère disproportionné.

18. *Une obligation imposée à un lieu de vie.* Ainsi qu'il a été exposé (supra, § 7 à 10), l'établissement social ou médico-social n'est pas un lieu de soins où le séjour est bref : c'est le domicile de la personne, sa « maison », et une communauté de vie régie par un projet d'établissement que la loi rend obligatoire et opposable (article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles). Contraindre un tel établissement à accueillir en son sein l'acte létal, c'est lui imposer d'agir contre le projet même qui définit son identité et fonde la confiance des personnes qu'il accueille. L'atteinte n'est donc pas seulement celle qui serait portée à une entreprise dans l'exercice de son activité : elle touche le lieu où des personnes vulnérables ont choisi de vivre et de finir leurs jours, sur la foi d'une promesse, celle d'être accompagnées et non de se voir administrer la mort. Le caractère disproportionné de l'obligation s'en trouve, pour le secteur médico-social, aggravé.

19. *Une dénaturation de la mission légale de ces établissements.* L'atteinte est d'autant plus caractérisée que l'obligation contestée contredit la mission que la loi elle-même assigne aux établissements sociaux et médico-sociaux. Aux termes de l'article L. 116-1 du code de l'action

sociale et des familles, l'action médico-sociale « tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes » ; elle est conduite, selon l'article L. 116-2 du même code, « dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains » ; et l'article L. 311-3 garantit à toute personne prise en charge « le respect de sa dignité, de son intégrité (...) et de sa sécurité ». La loi définit ainsi ces établissements comme des lieux de protection. En leur imposant d'accueillir en leur sein l'administration délibérée de la mort, elle les contraint à un acte qui contredit l'objet même qu'elle leur a assigné et dénature la mission qui fonde leur autorisation. Une telle contradiction, au sein d'un même corpus, n'ajoute pas seulement à la disproportion de l'atteinte : elle prive ces établissements de la cohérence normative sans laquelle leur activité ne peut être conduite. Elle s'immisce enfin dans l'économie des contrats de séjour conclus avec chaque résident (article L. 311-4 du même code), en méconnaissance de la liberté contractuelle qui découle de l'article 4 de la Déclaration de 1789 (décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013).

20. *Une atteinte à la communauté et une réalisation matériellement incompatible avec un lieu de vie.* Deux considérations propres au secteur achèvent de le démontrer. D'une part, la réalisation de l'acte létal dans ces murs n'affecte pas la seule personne concernée : elle atteint la communauté des autres résidents, eux aussi âgés, malades ou dépendants, pour lesquels elle fait naître le risque, relevé par le Comité consultatif national d'éthique, que le droit de mourir soit « ressenti comme une injonction » (supra, § 12). D'autre part, l'acte suppose un lieu et un moment discrets que ces établissements ne peuvent, par nature, offrir : la vie y domine, les résidents et leurs familles y circulent, et rien n'y est aménagé pour qu'une mort provoquée puisse s'y accomplir sans que la communauté tout entière en soit le témoin. Ce que la loi impose est ainsi, pour un lieu de vie, matériellement inconciliable avec ce qu'il est.

21. *Des moyens moins attentatoires existaient.* L'atteinte est, en toute hypothèse, disproportionnée, car l'objectif du législateur pouvait être atteint sans imposer l'acte aux établissements qui le refusent. Le l Sénat avait adopté, le 22 janvier 2026, un amendement (n° 12 rectifié quater) prévoyant que la mise en œuvre de l'aide à mourir « ne peut être imposée à l'établissement si celle-ci est incompatible avec son projet d'établissement », à la condition que celui-ci assure « sans délai, l'information de la personne concernée et son orientation » vers une structure identifiée par l'agence régionale de santé. Ce dispositif conciliait pleinement l'effectivité du droit reconnu à la personne et la liberté des établissements ; le législateur l'a écarté sans qu'aucune impossibilité ne le justifie.

22. *Le contraste avec le droit de l'interruption volontaire de grossesse.* Ce contraste achève la démonstration. L'article L. 2212-8 du code de la santé publique reconnaît à tout établissement de santé privé la faculté de refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux, et le Conseil a jugé qu'« aucune exigence constitutionnelle n'impose aux établissements de santé privés exerçant des missions de service public d'assurer toutes les missions de service public susceptibles d'être confiées à un établissement de santé » (décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009). La loi déférée retient, pour la mort provoquée, une obligation plus absolue que celle que le droit n'a jamais imposée pour aucun autre acte : là où l'interruption volontaire de grossesse peut être refusée par un établissement privé, l'aide à mourir ne le pourrait pas, fût-ce dans une maison de retraite ou un foyer dont le projet l'exclut. Cette différence de traitement, plus rigoureuse pour l'acte le plus grave que pour tout autre,

n'est justifiée par aucune raison d'intérêt général en rapport direct avec l'objet de la loi (décision n° 98-397 DC du 6 mars 1998). Rien ne justifie cette rigueur inédite. Pour l'ensemble de ces motifs, l'article 14, II, doit être déclaré contraire à la Constitution. À titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la première réserve d'interprétation.

DEUXIÈME MOYEN. En ce qu'il impose au professionnel objecteur une obligation de renvoi nominatif et omet de prévoir toute clause de conscience au bénéfice des responsables d'établissement, l'article 14, I méconnaît la liberté de conscience, le principe d'égalité et l'étendue de la compétence du législateur

23. *Norme de référence.* Le Conseil constitutionnel rattache la clause de conscience du médecin à la liberté de conscience, garantie par l'article 10 de la Déclaration de 1789 et par le cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13 à 15, à propos de l'interruption volontaire de grossesse). En instituant une clause de conscience à l'article 14, le législateur a lui-même reconnu que l'aide à mourir est de ces actes auxquels il est légitime d'objecter. Encore faut-il que la protection ainsi accordée soit réelle, qu'elle n'impose pas à l'objecteur une coopération qui la vide de son sens, et qu'elle n'omette aucun de ceux dont la conscience est engagée : le législateur ne saurait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence ni priver de garanties légales la liberté de conscience, laisser sans protection ceux que la loi contraint de concourir à l'acte (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2010-4/17 QPC du 22 juillet 2010).

24. *L'obligation de renvoi nominatif.* L'exposante souscrit à la démonstration de la saisine selon laquelle l'obligation faite au professionnel objecteur de « communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer » (article L. 1111-12-12, I) transforme l'objection en coopération finalisée à l'acte objecté et méconnaît, faute d'être nécessaire, la liberté de conscience, une solution moins attentatoire étant disponible : la transmission de la demande à la commission de contrôle et d'évaluation ou à l'agence régionale de santé, à charge pour celles-ci d'assurer l'orientation. Elle y renvoie, et observe seulement que, dans ses établissements, le professionnel sollicité sera souvent le médecin coordonnateur salarié, dont la mission est d'organiser le soin et l'accompagnement des résidents et qui se trouvera sommé de désigner celui qui concourra à leur mort.

25. *Ce que la loi exige, en fait, du responsable d'établissement.* L'article 14 accorde la clause de conscience aux professionnels de santé ; il n'en prévoit aucune au bénéfice des personnes qui dirigent les établissements, alors même que le II du même article met à leur charge l'essentiel. Car « permettre » la réalisation de l'aide à mourir au sein d'un établissement n'est pas une abstention : c'est une suite d'actes positifs qui incombent tous au responsable. C'est lui qui désigne le lieu où l'acte s'accomplira, organise le service et les plannings en tenant compte des objections des membres de l'équipe, accueille le professionnel extérieur et les accompagnants, aménage la vie collective de la maison autour de l'acte et en garantit la sécurité comme la discrétion. Sans son concours, aucune aide à mourir ne peut être réalisée dans l'établissement : sa coopération n'est pas périphérique, elle est nécessaire.

26. *Une conscience engagée au premier chef.* Dans les établissements que fédère l'exposante, souvent de taille modeste, le responsable n'est pas un administrateur anonyme : il connaît

chaque résident et chaque famille, il porte personnellement le projet d'établissement que la loi rend obligatoire et opposable (article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles) et il répond, devant les résidents, les familles et l'organisme gestionnaire, de la promesse qui fonde la confiance : celle d'une maison où l'on accompagne et où l'on ne donne pas la mort. Organiser l'acte létal, c'est pour lui trahir personnellement cette promesse. La mesure de cet engagement est donnée par le droit antérieur : avant l'entrée en vigueur de la loi, le responsable qui aurait permis de tels actes dans ses murs aurait engagé sa responsabilité pénale personnelle. La loi érige ainsi en obligation ce qui était hier un crime, et refuse à celui qu'elle y contraint l'objection qu'elle accorde à celui-là même qui accomplit l'acte.

27. *La rupture d'égalité et l'incompétence négative.* Cette omission ne peut se réclamer d'aucune différence de situation. La clause de conscience a pour objet de préserver quiconque serait contraint de concourir à donner la mort ; or, au regard de cet objet, le responsable qui rend l'acte matériellement possible est dans une situation analogue à celle du professionnel qui y participe, sinon plus exposée, puisque son concours ne peut être suppléé par personne. En protégeant le second et non le premier, la loi institue une différence de traitement sans rapport avec l'objet de la garantie qu'elle crée, en méconnaissance du principe d'égalité (décision n° 98-397 DC du 6 mars 1998 ; article 6 de la Déclaration de 1789). Et en s'abstenant de régler la situation des responsables au regard de la liberté de conscience, le législateur, à qui l'article 34 de la Constitution confie la fixation des garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, est resté en deçà de sa compétence et a privé de garanties légales une exigence constitutionnelle.

28. *Ce que le droit sait faire ailleurs.* Le législateur sait pourtant, lorsqu'il autorise un acte controversé, protéger la conscience de tous ceux que cet acte requiert : en matière d'interruption volontaire de grossesse, la clause bénéficie au médecin comme à la sage-femme, à l'infirmier et à l'auxiliaire médical, quel qu'il soit, appelés à y concourir (article L. 2212-8 du code de la santé publique), et l'établissement privé peut lui-même refuser que l'acte soit pratiqué dans ses murs. Pour l'acte le plus grave qui soit, la loi déférée retient au contraire la protection la plus étroite. Elle y ajoute un effet que l'exposante constate par avance : l'exercice de la clause par les uns et non par les autres, sous l'autorité d'un responsable lui-même privé de toute objection, divise les équipes et rompt la cohésion sans laquelle l'accompagnement des personnes vulnérables n'est pas possible, dans des communautés de vie où chacun se connaît, au détriment de l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé. L'article 14, I, doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie aux deuxième et troisième réserves d'interprétation.

TROISIÈME MOYEN. En ce qu'il inscrit l'aide à mourir parmi les droits garantis par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, que les professionnels de santé mettent en œuvre « tous les moyens à leur disposition » pour faire respecter, l'article 3 introduit une contradiction normative contraire à l'objectif d'intelligibilité de la loi

29. L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est l'article-matrice du droit des malades : il garantit à toute personne le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés et, en son second alinéa, « le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur

apaisement possible de la souffrance », en précisant que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ». L'article 3 de la loi déférée complète cet alinéa en énonçant que ce droit « comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir » dans les conditions prévues par la loi.

30. Il résulte de cette insertion une contradiction que les destinataires de la norme ne peuvent surmonter. D'un côté, l'obligation faite à tous les professionnels de santé de mettre en œuvre « tous les moyens à leur disposition » s'étend désormais à un droit qui « comprend » l'accès à l'aide à mourir. De l'autre, la même loi institue, à son article 14, une clause de conscience permettant de ne pas y participer, et l'article R. 4127-38 du code de la santé publique dispose que le médecin « n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ». Le professionnel destinataire de ces normes ne peut savoir ce que la loi attend de lui. Cette antinomie méconnaît l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi (décisions n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2005-514 DC du 28 avril 2005).

31. Cette confusion produit, dans les établissements que fédère l'exposante, des effets qui contredisent l'objectif de protection de la santé. En rangeant la mort provoquée parmi les composantes du droit à une fin de vie digne, l'article 3 brouille la frontière entre le soin et l'acte létal, au risque de faire naître, chez des résidents âgés, malades ou handicapés, la crainte que l'admission ou le maintien dans un établissement les expose à cet acte, et de détourner ainsi les plus vulnérables des structures d'accompagnement. La loi n'emploie du reste jamais le mot « soin » pour désigner l'acte qu'elle organise, et le Conseil d'État lui-même a décrit l'aide à mourir comme la légalisation, sous conditions, de l'assistance au suicide et de l'euthanasie (avis n° 408204 du 4 avril 2024). Cette confusion est, pour les établissements sociaux et médico-sociaux, en contradiction directe avec leur mission légale, laquelle tend à « l'autonomie et la protection des personnes » (article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles) et s'exerce « dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains » (article L. 116-2 du même code), ainsi qu'avec les engagements souscrits envers chaque résident dans le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement (articles L. 311-4 et L. 311-7 du même code). « Donner la mort n'est pas un soin » : en inscrivant néanmoins l'aide à mourir dans l'article-matrice du droit aux soins, le législateur a introduit dans la loi une équivoque qu'il n'appartenait qu'à lui de lever. L'article 3 doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la quatrième réserve d'interprétation.

QUATRIÈME MOYEN. En ce qu'elle ouvre le droit à l'aide à mourir sans garantir l'accès effectif préalable aux soins palliatifs, la loi prive de garanties légales les exigences de protection de la santé et de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (art. 4 et 5)

32. *Norme de référence.* Le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 garantit à tous la protection de la santé, objectif de valeur constitutionnelle qu'il appartient au législateur de mettre en œuvre (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991). Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine a valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994). Le législateur ne saurait priver de garanties légales ces exigences et doit assortir son dispositif de garanties effectives (décision n° 2013-674 DC du 1er août 2013).

33. *Démonstration.* L'article 4 subordonne l'accès à l'aide à mourir, en son 5°, à l'aptitude de la personne à manifester une volonté « libre et éclairée » ; l'article 5 se borne à prévoir que le médecin informe la personne des possibilités de prise en charge palliative et lui propose une orientation. À aucun moment la loi n'exige que la personne ait effectivement eu accès, dans un délai compatible avec son état, à une évaluation puis, si elle l'accepte, à une prise en charge palliative, ni que la procédure soit suspendue lorsque cette alternative n'est pas matériellement accessible. Or une volonté ne peut être tenue pour « libre » lorsqu'elle s'exerce sans alternative réelle : choisir la mort faute d'avoir accès aux soins qui soulagent n'est pas choisir. La Cour européenne des droits de l'homme l'a relevé, en jugeant que « l'accès à des soins palliatifs de qualité, notamment une gestion effective de la douleur, est essentiel pour assurer une fin de vie digne » (Cour EDH, *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024, § 154).

34. Ce grief intéresse spécialement les résidents des établissements que fédère l'exposante. Nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de structures médico-sociales demeurent situés dans des territoires insuffisamment pourvus en soins palliatifs, et leurs résidents comptent parmi ceux dont l'accès à ces soins est le moins assuré. Faute d'avoir subordonné l'accès à l'aide à mourir à l'accès effectif à cette alternative, le législateur a privé de garanties légales les exigences constitutionnelles précitées. Les articles 4 et 5 doivent, dans cette mesure, être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la cinquième réserve d'interprétation.

IV. À TITRE SUBSIDIAIRE : LES RÉSERVES D'INTERPRÉTATION

35. Si le Conseil ne prononçait pas la censure, l'exposante le prie de subordonner la conformité de la loi aux réserves suivantes, tout en observant que la technique des réserves paraît impuissante à remédier au défaut d'intelligibilité de l'article 3, qui appelle la censure.

36. Première réserve (article 14, II). Les dispositions de l'article 14, II, ne sauraient être interprétées comme imposant la réalisation de l'aide à mourir au sein d'un établissement ou d'un service dont le projet d'établissement l'exclut, dès lors que cet établissement assure, sans délai, l'information de la personne concernée et son orientation effective vers une structure ou un dispositif identifié par l'agence régionale de santé, dans des conditions garantissant la continuité de l'accompagnement, la sécurité juridique et le respect de la volonté de la personne.

37. Deuxième réserve (article 14, I). L'obligation faite au professionnel objecteur ne saurait s'entendre que comme une obligation d'informer sans délai la personne de son refus et de transmettre sa demande à la commission de contrôle et d'évaluation ou à l'agence régionale de santé, à charge pour celles-ci d'assurer l'orientation ; elle ne saurait imposer la communication nominative de confrères disposés à participer.

38. Troisième réserve (article 14). La clause de conscience reconnue aux professionnels de santé ne saurait être interprétée comme excluant les personnes qui dirigent les établissements : aucun responsable d'établissement ne saurait être tenu d'organiser, dans les locaux dont il a la charge, la réalisation d'un acte contraire au projet de l'établissement, dès lors que l'information et l'orientation de la personne sont assurées dans les conditions de la première réserve.

39. Quatrième réserve (article 3). L'article 3 ne saurait être interprété comme incluant l'aide à mourir dans les soins et traitements dus au titre de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, ni comme mettant à la charge des professionnels ou des établissements une obligation d'y concourir.

40. Cinquième réserve (articles 4 et 5). Les articles 4 et 5 ne sauraient être interprétés que comme subordonnant la poursuite de l'examen de la demande à la constatation, par le médecin, que la personne a eu un accès effectif, dans un délai compatible avec son état, à une évaluation par une équipe compétente en soins palliatifs et, si elle l'a acceptée, à une prise en charge adaptée, le refus libre et éclairé de cette prise en charge étant seul de nature à en dispenser.

V. CONCLUSIONS

41. Les établissements que fédère l'exposante ont pour raison d'être d'accompagner, jusqu'à son terme, la vie des personnes les plus fragiles, et de tenir la promesse qui leur est faite : celle d'une maison où l'on soulage et où l'on accompagne, non d'un lieu où l'on donne la mort. La loi déférée, en imposant à tous ces établissements, sans exception ni modulation, d'accueillir l'acte létal en leur sein, les contraint de renoncer à cette promesse et à l'identité qui les fonde, alors même qu'elle avait prévu les moyens de l'éviter et que le Sénat en avait adopté le principe. Ce que le droit reconnaît en matière d'interruption volontaire de grossesse, il le refuse pour la mort provoquée : cette rigueur inédite n'est justifiée par aucune nécessité.

42. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, l'exposante conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraires à la Constitution les articles 3, 4, 5 et 14 de la loi relative au droit à l'aide à mourir, ainsi que, par voie de conséquence, les dispositions qui en sont inséparables ; à titre subsidiaire, n'admettre leur conformité que sous le bénéfice des réserves d'interprétation énoncées en partie IV ; en tout état de cause, tenir pour établi que l'obligation d'accueil imposée sans modulation à tout établissement, y compris à celui dont le projet l'exclut et à celui qui ne reçoit aucun financement public, porte aux libertés de ces établissements une atteinte disproportionnée.

43. L'exposante se tient à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour la Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne,

Le Président,
Jean-René Berthélémy

RÉFÉRENCES CITÉES

I. Décisions du Conseil constitutionnel

Décisions n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 ; n° 81-132 DC du 16 janvier 1982 ; n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 ; n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 ; n° 98-397 DC du 6 mars 1998 ; n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2000-439 DC du 16 janvier 2001 ; n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 ; n° 2005-514 DC du 28 avril 2005 ; n° 2008-562 DC du 21 février 2008 ; n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 ; n° 2010-605 DC du 12 mai 2010 ; n° 2010-4/17 QPC du 22 juillet 2010 ; n° 2011-169 QPC du 30 septembre 2011 ; n° 2012-285 QPC du 30 novembre 2012 ; n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 ; n° 2013-674 DC du 1er août 2013 ; n° 2014-691 DC du 20 mars 2014 ; n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017.

II. Autres juridictions

Conseil d'État, avis n° 408204 du 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie. Cour de cassation, Ass. plén., 4 avril 2025, n° 21-24.439 (principe d'autonomie des communautés religieuses).

Commission européenne des droits de l'homme, *Rommelfanger c. Allemagne*, 6 septembre 1989. Cour européenne des droits de l'homme : *Fernández Martínez c. Espagne* (GC), 12 juin 2014 ; *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024. Cour de justice de l'Union européenne, gr. ch., *Egenberger*, 17 avril 2018 (C-414/16).

III. Avis et rapports publics

Comité consultatif national d'éthique, avis n° 139 du 13 septembre 2022. Cour des comptes, *Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer*, juillet 2023. Haute Autorité de santé, avis du collège du 30 avril 2025 (décision n° 2025.0112/DC/SBP).

IV. Textes

Code de la santé publique : art. L. 1110-5, L. 1110-10, L. 2212-8, L. 2123-1, L. 6143-2, R. 4127-38, et art. L. 1111-12-12 (créé par l'article 14 de la loi déférée). Code de l'action sociale et des familles : art. L. 116-1, L. 116-2, L. 311-3, L. 311-4, L. 311-7, L. 311-8 et L. 312-1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : art. 2, 4, 6, 10 et 17. Préambule de la Constitution de 1946 : al. 5 et 11. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 ; loi n° 2016-87 du 2 février 2016 ; loi n° 2026-404 du 26 mai 2026. Amendement n° 12 rectifié quater adopté par le Sénat en première lecture le 22 janvier 2026.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 21 juillet 2026

Contribution extérieure

présentée par

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS (SFAP)

Association régie par la loi du 1er juillet 1901, reconnue d'utilité publique

Société savante pluridisciplinaire des soins palliatifs et de l'accompagnement

106, avenue Émile-Zola, 75015 Paris

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par le Président du Sénat, par le Premier ministre et par plus de soixante sénateurs et députés.

Observations présentées au soutien des saisines

Paris, le 21 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (ci-après « la SFAP » ou « l'exposante ») a l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, déférée par le Premier ministre, le président du Sénat, plus de soixante députés et plus de soixante sénateurs.

2. Ces observations n'ont pas pour objet de dupliquer les saisines, dont l'exposante partage les conclusions. Elles entendent verser au débat constitutionnel ce que seule l'expérience clinique quotidienne de la fin de vie permet d'établir : la manière dont les notions que la loi emploie, les procédures qu'elle institue et les obligations qu'elle crée se comporteront concrètement, au chevet des malades, entre les mains des professionnels qui devront les appliquer. La loi déférée est, avant toute chose, une loi adressée aux soignants : c'est à eux qu'elle confie de recevoir la demande, d'en apprécier les conditions, de décider, de préparer et de délivrer la substance létale, de l'administrer le cas échéant, d'attester enfin de la régularité de ce qu'ils auront eux-mêmes conduit. L'exposante estime dès lors qu'elle manquerait à sa mission si elle n'éclairait pas le Conseil sur ce que cette loi exige de ceux à qui elle s'impose, et sur ce qu'elle fait peser sur ceux qu'elle prétend protéger.

PLAN DE LA CONTRIBUTION

I. Présentation de l'exposante et objet de son intervention

II. Observations liminaires : les données cliniques et sanitaires soumises à l'appréciation du Conseil

A. Ce que sont les soins palliatifs, et ce qu'ils ne sont pas

B. La demande de mort en clinique : rare, ambivalente, fluctuante et le plus souvent réversible

C. L'état de l'offre de soins palliatifs : une carence structurelle reconnue par le législateur lui-même

D. L'incertitude pronostique : un fait scientifique établi par l'autorité sanitaire de l'État

E. Ce que les soignants disent de la loi

F. Les enseignements des dispositifs étrangers

III. Discussion

Premier moyen. Absence de garantie d'accès effectif aux soins palliatifs (art. 4 et 5) : protection de la santé, dignité, liberté du consentement, égalité

Deuxième moyen. Conditions médicales d'accès non objectivables (art. 2 et 4) : intelligibilité de la loi et légalité pénale

Troisième moyen. Insuffisance des garanties entourant la volonté libre et éclairée (art. 4, 5, 6 et 7)

Quatrième moyen. Concentration de la procédure sur un seul médecin et contrôle exclusivement post mortem (art. 5, 6 et 11)

Cinquième moyen. Inscription de l'aide à mourir parmi les droits de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique (art. 3 et 18) : contradiction normative

Sixième moyen. Liberté de conscience des professionnels, égalité entre professions de santé, liberté des établissements (art. 8 et 14)

Septième moyen. Droit au recours, place des proches et sécurité juridique des soignants (art. 12)

Huitième moyen. Incompétence négative et défaut d'articulation avec le droit existant (art. 4, 6 et 13)

IV. À titre subsidiaire : les réserves d'interprétation

V. Conclusions

Références citées

I. PRÉSENTATION DE L'EXPOSANTE ET OBJET DE SON INTERVENTION

3. Fondée en février 1990 autour des pionniers du mouvement des soins palliatifs français, la SFAP est une association régie par la loi du 1er juillet 1901, reconnue d'utilité publique. Société savante pluridisciplinaire, elle fédère plus de 10 000 soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, pharmaciens, rééducateurs, travailleurs sociaux, hospitaliers comme libéraux) et près de 6 000 bénévoles d'accompagnement regroupés au sein de près de 350 associations. Organisée en collèges représentant l'ensemble de ses composantes, elle élabore des recommandations professionnelles, contribue à la formation initiale et continue des professionnels, soutient la recherche et réunit chaque année, lors de son congrès national, près de trois mille participants.

4. Les membres de la SFAP exercent dans les unités de soins palliatifs (USP), les lits identifiés de soins palliatifs (LISP), les équipes mobiles (EMSP), l'hospitalisation à domicile, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les établissements et services médico-sociaux et au domicile des patients. Ce sont eux que la loi déférée désigne : le « médecin » saisi de la demande (article 5), le « médecin ou l'infirmier » chargé, le cas échéant, d'administrer la substance létale (article 2), les membres du « collège pluriprofessionnel » (article 6), les pharmaciens tenus de préparer et de délivrer la préparation magistrale létale (article 8), les professionnels et les établissements visés par l'article 14. La loi déférée redéfinit leur office, réorganise les lieux où ils exercent et institue, à son article 2, une cause d'irresponsabilité pénale dont les conditions d'application détermineront, dossier par dossier, la frontière entre l'acte qu'elle autorise et les crimes de meurtre et d'empoisonnement.

5. L'intérêt de l'exposante à intervenir procède de cette situation même : ses membres sont à la fois les destinataires, les exécutants et les premiers garants de la loi déférée. La SFAP a été entendue à chacune des étapes du processus ayant conduit à son adoption : devant le Comité consultatif national d'éthique, la Convention citoyenne sur la fin de vie, les commissions spéciales et les commissions des affaires sociales des deux assemblées. Elle a conduit, en 2021, en 2024 puis en 2026, trois consultations nationales auprès de la communauté palliative, dont la seconde, rendue publique lors de son congrès de juin 2026, a réuni 4 373 répondants. Elle s'exprime ici au nom d'une expérience collective : celle de professionnels et de bénévoles qui accompagnent chaque année plusieurs centaines de milliers de personnes gravement malades et leurs proches.

6. La posture de l'exposante doit être précisée d'emblée. La SFAP ne demande pas au Conseil constitutionnel d'arbitrer un débat de société. Elle sait que le Conseil « ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement » (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 9) et que le choix d'ouvrir, ou non, une aide à mourir relève de l'appréciation du législateur. Mais elle sait aussi que cette appréciation s'exerce sous une condition constante : lorsqu'il met en cause la vie, la dignité, la liberté personnelle ou la santé, le législateur doit assortir son dispositif de garanties légales effectives et ne saurait « priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004). C'est sur ce terrain,

et sur ce terrain seulement, que se placent les présentes observations : elles établissent, à partir de données cliniques et sanitaires vérifiables, que les garanties dont la loi déférée se réclame sont, au regard de la réalité qu'elles sont censées régir, inexistantes, inopérantes ou fictives.

7. La méthode retenue est celle d'une société savante : chaque affirmation d'ordre clinique ou sanitaire est adossée à des sources publiques et vérifiables : avis de la Haute Autorité de santé, rapports de la Cour des comptes, avis du Comité consultatif national d'éthique et du Conseil d'État, littérature scientifique internationale, rapports officiels des États ayant légalisé des dispositifs comparables. La deuxième partie de la présente contribution rassemble ces données ; la troisième en tire les conséquences constitutionnelles, moyen par moyen ; la quatrième formule, à titre subsidiaire, les réserves d'interprétation sans lesquelles, si la censure n'était pas prononcée, les exigences constitutionnelles demeureraient privées d'effectivité.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES : LES DONNÉES CLINIQUES ET SANITAIRES SOUMISES À L'APPRÉCIATION DU CONSEIL

A. Ce que sont les soins palliatifs, et ce qu'ils ne sont pas

8. Les soins palliatifs sont définis par la loi comme des soins actifs et continus, délivrés de façon précoce par une équipe pluridisciplinaire, visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique et psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (article L. 1110-10 du code de la santé publique, issu de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 et réécrit par la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026, qui y a inscrit la notion d'« accompagnement »). L'Organisation mondiale de la santé précise, dans sa définition de référence, que les soins palliatifs n'entendent « ni hâter ni retarder la mort ». Le code de déontologie médicale dispose, à l'article R. 4127-38 du code de la santé publique : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

9. Dans cette discipline, la demande de mort n'est ni un ordre à exécuter ni une opinion à enregistrer : c'est un symptôme à explorer. Y répondre est un acte clinique à part entière : écoute, recherche d'une dépression ou d'un syndrome confusionnel, réévaluation de la douleur et des autres symptômes, ajustement des traitements, mobilisation de l'entourage et, dans les situations extrêmes, mise en œuvre d'une sédation proportionnée ou, dans les conditions de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. L'Association médicale mondiale, dans sa déclaration adoptée en octobre 2019, s'est déclarée fermement opposée à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté, tout en rappelant que le respect du refus de traitement et l'accompagnement de la fin de vie relèvent pleinement de la mission médicale.

B. La demande de mort en clinique : rare, ambivalente, fluctuante et le plus souvent réversible

10. La littérature scientifique établit, de manière ancienne et convergente, trois caractéristiques de la demande de mort exprimée par des personnes gravement malades. Elle est d'abord *rare*

dans sa forme sérieuse et durable : dans l'étude princeps de Chochinov et de ses collègues, si un souhait passager que la mort survienne était fréquemment exprimé, seuls 8,5 % des patients en phase terminale présentaient un désir de mort sérieux et persistant, très fortement associé à la présence d'un syndrome dépressif et d'une douleur insuffisamment soulagée ; lors du suivi conduit à deux semaines d'intervalle, ce désir s'était atténué chez la majorité des patients qui avaient pu être réinterrogés (Chochinov et al., « Desire for death in the terminally ill », *American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, p. 1185-1191). Elle est ensuite *fluctuante et ambivalente* : dans l'étude conduite à la maison médicale Jeanne-Garnier sur plus de deux mille patients hospitalisés en unité de soins palliatifs, environ 9 % exprimaient un souhait de mort et moins de 3 % une demande explicite d'euthanasie, ces demandes se révélant le plus souvent instables dans le temps et coexistant fréquemment avec un désir de vivre (Guirimand et al., « Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital », *BMC Palliative Care*, 2014). Elle est enfin, dans une large mesure, *réversible* : soulagée dans ses symptômes, entourée, écoutée, la personne renonce le plus souvent à sa demande, ce que tout praticien de soins palliatifs constate quotidiennement.

11. Les données étrangères confirment que cette demande vise moins la douleur physique qu'une situation existentielle et sociale. Selon les rapports annuels officiels publiés par l'Oregon Health Authority depuis 1998, les motifs invoqués par les personnes recourant au suicide assisté sont, avec une remarquable stabilité : la perte d'autonomie (environ 90 % des cas), la moindre capacité à participer aux activités qui rendent la vie agréable (environ 90 %), la perte de dignité (près de deux tiers des cas) et le sentiment d'être une charge pour ses proches (environ un cas sur deux) ; la douleur insuffisamment contrôlée, ou la crainte de celle-ci, n'est mentionnée que dans environ un tiers des cas (Oregon Health Authority, *2024 Data Summary*, mars 2025, données cumulées 1998-2024 : respectivement 90,1 %, 89,4 %, 69,4 %, 46,6 % et 29,5 %). Autrement dit, la demande de mort répond d'abord à ce sur quoi l'accompagnement agit : le soulagement des symptômes, le soutien, le lien, la restauration du sentiment de valeur.

12. Il en résulte une donnée que le Conseil doit avoir présente à l'esprit pour apprécier chacun des moyens : la « volonté libre et éclairée » exigée par le 5° de l'article 4 de la loi déférée n'est pas un fait instantané que l'on constaterait comme on constate un état civil. C'est un *état clinique*, dépendant du soulagement obtenu, du soutien reçu, des alternatives réellement offertes et du temps laissé à la personne. Toute procédure qui la traite comme une donnée acquise, vérifiable en quelques entretiens et stabilisée en quarante-huit heures, manque son objet.

C. L'état de l'offre de soins palliatifs : une carence structurelle reconnue par le législateur lui-même

13. En juillet 2023, la Cour des comptes a constaté que « l'offre de soins palliatifs demeure largement insuffisante pour couvrir les besoins puisque seulement 48 % d'entre eux sont pourvus », et que les disparités territoriales perdurent (Cour des comptes, *Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juillet 2023). Dès 2014, le Comité consultatif national d'éthique dénonçait le « scandale » du non-accès effectif aux droits reconnus par la loi depuis 1999. Dans son avis n° 139 du 13 septembre 2022, celui-là même qui a ouvert le débat dont procède la loi

déférée, le CCNE a fait du renforcement effectif des soins palliatifs un prérequis éthique à toute évolution législative.

14. L'exposante ne méconnaît pas les progrès récents : selon les données présentées par le Gouvernement au Sénat en mai 2026, six cents lits ont été créés en deux ans, douze unités de soins palliatifs ont ouvert et la prise en charge à domicile a progressé de 22 %. Mais l'écart demeure ce qu'il est : environ la moitié des personnes qui relèveraient d'une prise en charge palliative meurent aujourd'hui sans y avoir eu accès, et plusieurs départements demeurent dépourvus d'unité spécialisée.

15. Surtout, le législateur lui-même vient de reconnaître, dans un texte promulgué quelques semaines avant l'adoption définitive de la loi déférée, que cette carence ne sera pas résorbée avant plusieurs années. La loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs programme les crédits de la stratégie nationale jusqu'en 2034 et fixe pour objectif, s'agissant des créations d'unités de soins palliatifs, « d'atteindre un minimum de deux unités par région avant le 31 décembre 2030 ». Le Parlement a en outre écarté, au cours de la navette, la reconnaissance d'un droit opposable à l'accompagnement et aux soins palliatifs. Il résulte de cette chronologie une situation que le Conseil ne peut ignorer : la République garantit désormais un droit immédiatement exigible à la mort provoquée, tandis que le droit aux soins qui en constituent l'alternative demeure différé, programmé jusqu'à l'horizon 2030-2034 et dépourvu d'opposabilité.

D. L'incertitude pronostique : un fait scientifique établi par l'autorité sanitaire de l'État

16. Saisie par le ministère chargé de la santé afin d'éclairer les notions de « pronostic vital engagé à moyen terme » et d'« affection en phase avancée ou terminale », la Haute Autorité de santé a rendu, le 30 avril 2025, un avis adopté par son collège (décision n° 2025.0112/DC/SBP, publié le 6 mai 2025) dont les conclusions sont sans ambiguïté : il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé à « moyen terme », ni sur la notion de « phase avancée » lorsqu'elle est envisagée dans une approche individuelle de pronostic temporel ; il est « impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toute situation individuelle », quel que soit le critère retenu.

17. La HAS a certes proposé de caractériser la « phase avancée » comme « 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 », formulation que le législateur a reprise mot pour mot au 3° de l'article 4 de la loi déférée. Mais elle a pris soin de préciser que cette notion ne renvoie pas à l'échéance du décès : elle décrit la nature de la prise en charge et le parcours du malade, non une population circonscrite dans le temps. Le législateur a donc emprunté à l'autorité scientifique de l'État une définition dont celle-ci indiquait expressément qu'elle ne permettait pas de délimiter les personnes concernées.

18. L'expérience clinique illustre la portée de ce constat. En cancérologie, la « phase avancée » désigne couramment le stade métastatique, qui peut être compatible, sous traitement, avec des survies de plusieurs années ; en neurologie, les maladies neurodégénératives évoluent selon des trajectoires longues, imprévisibles et entrecoupées de plateaux ; en gériatrie, les

polypathologies avec perte d'autonomie répondent presque toujours, littéralement, à la définition d'un « processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé qui affecte la qualité de vie ». Selon le praticien consulté, une même situation clinique pourra ainsi être regardée comme relevant, ou non, du champ de la loi, c'est-à-dire du champ d'une immunité pénale couvrant un acte létal.

E. Ce que les soignants disent de la loi

19. La consultation nationale conduite par l'exposante en 2026 (4 373 répondants, dont 62,7 % exercent en soins palliatifs, toutes professions confondues et aux deux tiers non adhérents de la SFAP) fait apparaître un refus majoritaire de l'intégration de l'aide à mourir aux pratiques palliatives : ce scénario est celui qui suscite le plus fort rejet, 43,4 % des répondants le désignant comme devant être « évité à tout prix », tandis que la réponse à la souffrance et à la demande de mort par l'accompagnement et le soin recueille le plus large consensus. La consultation de 2024 (2 297 répondants) avait déjà mis en évidence des craintes de démissions et de tensions durables au sein des équipes. Ces données ne sont pas des opinions militantes : elles mesurent un risque opérationnel (désorganisation des équipes, départs de professionnels dans un secteur déjà sous-doté) qui intéresse directement l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé.

20. Les instances de la profession ont, de manière convergente, souligné que l'acte de donner la mort ne relève pas du soin et demandé des protections de conscience étendues à l'ensemble des professionnels et des lieux concernés. La loi déférée elle-même en porte la trace : elle n'emploie pas une seule fois le mot « soin » pour désigner l'acte qu'elle organise, et le Conseil d'État, dans son avis du 4 avril 2024 sur le projet de loi dont elle procède, a décrit l'« aide à mourir » comme « la légalisation, sous certaines conditions, de l'assistance au suicide et, dans l'hypothèse où la personne n'est pas en mesure physiquement de s'administrer elle-même la substance létale, de l'euthanasie à la demande de cette personne » (avis n° 408204).

F. Les enseignements des dispositifs étrangers

21. Enfin, les rapports officiels des États ayant légalisé des dispositifs comparables établissent deux constantes. La première est l'extension continue du recours : les décès par euthanasie ou suicide assisté représentent désormais environ 3 % de l'ensemble des décès en Belgique, plus de 5 % aux Pays-Bas et 4,7 % au Canada en 2023 (Santé Canada, *Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada*, décembre 2024), quelques années seulement après des légalisations présentées comme strictement encadrées. Les données fédérales canadiennes révèlent au surplus que, parmi les personnes ayant retiré leur demande d'aide médicale à mourir, plus de quatre sur dix expliquaient ce retrait par le caractère désormais suffisant des soins palliatifs reçus (Statistique Canada, *Aide médicale à mourir, 2021*, 13 février 2023) : la réversibilité de la demande, exposée au point B ci-dessus, est ainsi documentée jusque dans les statistiques officielles des États qui ont légalisé. La seconde est le poids des déterminants sociaux : les rapports canadiens documentent la part des demandes dans lesquelles l'isolement, le sentiment d'être une charge ou l'inadéquation des soutiens disponibles figurent parmi les motifs exprimés. Ces constats ne préjugent pas du choix du législateur français ; ils démontrent en revanche que les garanties *ex ante* (contrôle indépendant préalable, évaluation psychique,

condition d'accès effectif aux alternatives, délais substantiels) ne sont pas des précautions théoriques, mais les seuls instruments dont l'efficacité protectrice soit documentée. Or la loi déférée n'en retient aucun.

III. DISCUSSION

22. Les huit moyens qui suivent sont ordonnés selon la logique du soin : l'accès aux alternatives (premier moyen), la définition des conditions médicales (deuxième moyen), la vérification de la volonté (troisième moyen), la procédure de décision (quatrième moyen), la qualification de l'acte au sein du droit des malades (cinquième moyen), la conscience des professionnels et des lieux de soin (sixième moyen), le recours et la place des proches (septième moyen), enfin l'articulation du dispositif avec le droit existant (huitième moyen). Chacun se suffit à lui-même ; ensemble, ils décrivent un même défaut structurel : la loi déférée organise l'acte le plus grave que le droit puisse autoriser avec moins de garanties que le droit n'en exige pour des décisions incomparablement moins irréversibles. Les références aux articles de la loi renvoient au texte n° 323 adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026.

PREMIER MOYEN. En ce qu'elle ouvre le droit à l'aide à mourir sans garantir l'accès effectif préalable aux soins palliatifs, la loi prive de garanties légales les exigences constitutionnelles de protection de la santé, de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de liberté du consentement et d'égalité devant la loi (articles 4 et 5)

23. *Norme de référence.* Le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 garantit à tous la protection de la santé, dont le Conseil constitutionnel a fait un objectif de valeur constitutionnelle qu'il appartient au législateur de mettre en œuvre (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991). Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation a valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994). La liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, exige que les atteintes portées au corps humain soient subordonnées à un consentement libre et éclairé entouré de garanties effectives (décisions n° 94-343/344 DC ; n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004). Le législateur ne saurait priver de garanties légales ces exigences (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004) et le Conseil vérifie, en matière bioéthique, l'existence de « garanties effectives » (décision n° 2013-674 DC du 1er août 2013, § 16 et 17).

24. *Le dispositif.* L'article 4 de la loi déférée subordonne l'accès à l'aide à mourir, en son 5°, à l'aptitude de la personne « à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». L'article 5 se borne, pour sa part, à prévoir que le médecin informe la personne, notamment, des possibilités de prise en charge palliative et lui propose une orientation vers de tels soins. À aucun moment la loi n'exige : que la personne ait effectivement eu accès, dans un délai compatible avec son état, à une évaluation puis, si elle l'accepte, à une prise en charge palliative spécialisée ; que la recevabilité de la demande soit subordonnée à la disponibilité réelle de cette alternative sur le territoire où elle vit ; ni que la procédure soit suspendue lorsque cette alternative n'est pas matériellement accessible. Une personne peut ainsi être admise à mourir sans avoir jamais rencontré une équipe de soins palliatifs.

25. *Démonstration.* Le raisonnement tient en trois propositions, dont les deux premières sont des faits établis. Premièrement, la demande de mort est fluctuante, ambivalente et, dans la majorité des cas, réversible lorsqu'une prise en charge adaptée est mise en œuvre (supra, § 10 à 12). Deuxièmement, cette prise en charge n'est aujourd'hui accessible qu'à environ la moitié de ceux qui en relèvent, avec de profondes inégalités territoriales, et le législateur a lui-même programmé la résorption de cette carence sur un horizon courant jusqu'en 2030-2034 (supra, § 13 à 15). Troisièmement, et c'est la conséquence juridique, la « liberté » du choix de mourir, que la loi érige elle-même en condition d'accès, ne peut être regardée comme établie lorsqu'elle s'exerce sans alternative réelle : choisir la mort faute de soins n'est pas choisir. La Cour européenne des droits de l'homme l'a expressément relevé : « dans de nombreuses situations (...), l'accès à des soins palliatifs de qualité, notamment une gestion effective de la douleur, est essentiel pour assurer une fin de vie digne » (CEDH, *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024, n° 32312/23, § 154).

26. Le grief n'est pas d'opportunité : il est de garantie. Le législateur pouvait choisir d'ouvrir une aide à mourir ; il ne pouvait pas, sans priver de garanties légales les exigences précitées, faire de la « volonté libre » la clef de voûte de son dispositif tout en s'abstenant d'assurer la seule condition qui, cliniquement, permet de la vérifier : l'existence d'une alternative effectivement accessible. L'information prévue par l'article 5 n'y supplée pas : informer une personne d'un droit auquel elle ne peut matériellement accéder n'est pas une garantie, c'est l'énoncé d'une abstraction. Le Conseil exige des garanties effectives, non des garanties énoncées (décision n° 2013-674 DC précitée).

27. *Rupture d'égalité.* Il résulte en outre de cette carence une différence de traitement caractérisée. Deux personnes atteintes de la même affection, au même stade, présentant la même souffrance, se trouvent, au regard de l'exercice « libre et éclairé » du choix que la loi leur ouvre, dans des situations radicalement différentes selon qu'elles résident dans un territoire doté d'une offre palliative complète ou dans un territoire qui en est dépourvu : la première choisit entre deux voies réelles ; la seconde n'a le choix qu'entre la souffrance non soulagée et la mort. En traitant identiquement ces situations dissemblables au regard de l'objet même de la loi (garantir un choix libre), le législateur a méconnu les exigences résultant des articles 1er et 6 de la Déclaration de 1789.

28. *Dignité.* Enfin, le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine implique, à tout le moins, que nul ne soit conduit à demander sa propre mort en raison de l'insuffisance des moyens que la collectivité consacre à le soulager et à l'accompagner. Une loi qui fait de la mort provoquée la seule prestation immédiatement et uniformément garantie sur l'ensemble du territoire, quand les soins qui en sont l'alternative demeurent inaccessibles à la moitié de ceux qui en relèvent, méconnaît ce principe dans sa portée la plus élémentaire.

29. Pour ces motifs, les articles 4 et 5 de la loi déférée doivent être déclarés contraires à la Constitution. À titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la première réserve d'interprétation formulée en partie IV.

DEUXIÈME MOYEN. En ce que les conditions médicales d'accès qui délimitent le champ de la cause d'irresponsabilité pénale ne sont pas objectivables par leurs destinataires, les articles 2 et 4 méconnaissent l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi et les exigences de l'article 8 de la Déclaration de 1789

30. *Norme de référence.* L'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, qui découle des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789, impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques, afin de prémunir les sujets de droit contre une interprétation contraire à la Constitution ou contre le risque d'arbitraire, sans reporter sur des autorités administratives ou juridictionnelles le soin de fixer des règles dont la détermination n'a été confiée par la Constitution qu'à la loi (v. not. décisions n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2005-514 DC du 28 avril 2005). Le principe de légalité des délits et des peines, garanti par l'article 8 de la même Déclaration, impose en outre au législateur de fixer en termes suffisamment clairs et précis le champ d'application des immunités pénales qu'il instaure (décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998, § 7).

31. L'architecture du texte rend ces exigences déterminantes. Le II de l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique, créé par l'article 2 de la loi, dispose que les personnes qui concourent à l'aide à mourir « ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal ». Les faits ainsi couverts demeurent, hors du champ de la loi, constitutifs des crimes de meurtre et d'empoisonnement (articles 221-1 et 221-5 du code pénal), aggravés lorsque la victime présente une particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité ou à une déficience (article 221-4, 3°). La frontière entre l'acte licite et le crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité est donc tracée, pour chaque dossier, par les cinq conditions de l'article 4. Le degré de précision exigé de ces conditions est, par construction, celui de la loi pénale.

32. Or la condition posée au 3° de l'article 4 agrège cinq notions (affection « grave », « incurable », qui « engage le pronostic vital », « en phase avancée » caractérisée par « l'entrée dans un processus irréversible » affectant la qualité de vie, « ou en phase terminale ») dont aucune ne correspond à un seuil médical objectivable de manière uniforme. Ce constat n'est pas celui de l'exposante seulement : c'est celui de la Haute Autorité de santé, saisie précisément pour donner un contenu à ces notions, et qui a conclu à l'impossibilité de définir objectivement un pronostic temporel individuel et à l'absence de tout consensus médical sur la « phase avancée » entendue comme critère d'éligibilité (supra, § 16 à 18). Un critère que l'autorité chargée d'élaborer les référentiels de bonne pratique déclare elle-même non objectivable ne peut, sans arbitraire, délimiter le champ d'une immunité couvrant un acte létal.

33. Le précédent tiré de la loi du 2 février 2016, qui emploie l'expression « phase avancée ou terminale » à l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, ne sauve pas le texte : il l'accable. Dans la loi de 2016, cette notion conditionne une modalité de prise en charge, la sédation profonde et continue, décidée à l'issue d'une procédure collégiale, dans un cadre dont le Conseil a précisément relevé qu'il ne permettait pas de provoquer délibérément la mort et qu'il était entouré de garanties substantielles (décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 ; n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022). Dans la loi déférée, la même expression délimite la licéité d'un acte dont l'objet est de donner la mort, sous la seule sanction, en cas d'erreur d'appréciation, des qualifications criminelles les plus graves. L'exigence de précision change

de nature avec l'objet de la norme : ce qui peut suffire à orienter une pratique de soin ne peut suffire à borner une immunité pénale.

34. La suppression délibérée du critère temporel aggrave le vice. Le Conseil d'État, dans son avis du 4 avril 2024, n'avait écarté les griefs d'incompétence négative et d'inintelligibilité qu'en considération de la condition d'un pronostic vital engagé « à court ou moyen terme », expression qui « ne peut être entendue que dans le sens employé par la pratique médicale, pour laquelle elle correspond à un horizon temporel qui n'excède pas douze mois » (avis n° 408204, § 24). Le législateur a sciemment écarté toute référence temporelle, contre cet avis, et alors même que la HAS constatait qu'aucun consensus n'existait pour y suppléer. Il a ainsi abandonné aux médecins, puis aux juridictions, la détermination de l'étendue du champ d'application d'une cause d'irresponsabilité pénale, ce que la Constitution lui réservait.

35. La condition de souffrance posée au 4° présente les mêmes vices, que l'expérience clinique rend manifestes. La notion de souffrance « réfractaire aux traitements » a un contenu technique précis en médecine palliative : un symptôme n'est dit réfractaire que lorsque tous les moyens thérapeutiques adaptés ont été mis en œuvre, par une équipe compétente, sans permettre un soulagement acceptable (Cherny et Portenoy, 1994 ; SFAP, recommandations sur la sédation, 2009 ; HAS, guide relatif à la sédation profonde et continue, 2018-2020). Or la loi n'exige aucune évaluation palliative préalable : rien n'interdit qu'une souffrance jamais traitée selon les standards soit qualifiée de « réfractaire » par un médecin qui n'a ni la compétence spécialisée ni l'obligation de la solliciter. Quant à la souffrance « insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement », elle institue un critère doublement défaillant : purement subjectif, il échappe à toute vérification ; conditionné au refus ou à l'arrêt d'un traitement, il fait de ce refus une voie d'accès au dispositif (une personne non éligible le devient en cessant son traitement), sans qu'aucune garantie n'entoure ce basculement.

36. L'exclusion de la « souffrance psychologique seule », posée par la dernière phrase du 4°, est inapplicable en l'état du texte. Toute affection grave et incurable s'accompagne d'une composante psychologique (anxiété, dépression, peur de la mort) qui peut être prédominante sans être exclusive ; la loi ne fournit aucun critère pour tracer la frontière entre souffrance psychologique « seule » et souffrance mixte, et n'impose aucune évaluation psychiatrique permettant, à tout le moins, de l'instruire. L'articulation du 3° et du 4° est elle-même antinomique dans des situations que les équipes rencontrent : une affection psychiatrique sévère, telle une anorexie mentale au stade où elle engage le pronostic vital, est bien une « affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause » au sens du 3°, tandis que la souffrance qui lui est liée paraît exclue par le 4°. Le soignant devra trancher cette antinomie, dossier par dossier, sous la menace des qualifications criminelles.

37. Les conséquences de ces imprécisions sont concrètes et symétriques. Pour les médecins et les infirmiers, l'étendue du risque pénal est imprévisible : placés devant un même patient, deux praticiens pourront légitimement conclure en sens opposés, et la Cour européenne des droits de l'homme a précisément jugé que l'absence de directives claires encadrant l'accès à une substance létale est de nature à produire un effet dissuasif sur les médecins et à générer une

angoisse pour les demandeurs (CEDH, *Gross c. Suisse*, arrêt de chambre du 14 mai 2013, n° 67810/10, § 65-67 ; la Grande Chambre a ultérieurement déclaré la requête irrecevable pour des motifs propres à la requérante, sans infirmer cette analyse). Pour les patients, l'éligibilité dépendra du praticien consulté et du territoire, en méconnaissance de l'égalité devant la loi. Pour les juridictions, le contrôle sera sans étalon : des interprétations médicales divergentes engendreront des solutions judiciaires divergentes, y compris au pénal.

38. Ni le décret prévu à l'article 13, ni la commission de contrôle et d'évaluation instituée à l'article 11 ne peuvent suppléer ces carences : le report sur le pouvoir réglementaire ou sur des autorités administratives de la détermination de règles réservées à la loi est précisément ce que l'objectif d'intelligibilité prohibe, et une doctrine administrative ne saurait fixer le champ d'une immunité pénale. Les articles 2 et 4 doivent, pour ces motifs, être déclarés contraires à la Constitution ; l'article 4 constituant le socle de l'ensemble du dispositif, son inconstitutionnalité emporte celle des dispositions qui en sont inséparables.

TROISIÈME MOYEN. En ce que les garanties entourant l'expression, la vérification et la permanence de la volonté sont manifestement insuffisantes au regard des données cliniques, les articles 4, 5, 6 et 7 privent de garanties légales la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, la liberté personnelle et la protection des personnes vulnérables

39. *Norme de référence.* Lorsque le législateur intervient dans des domaines mettant en cause la liberté personnelle ou l'intégrité de la personne, il lui appartient d'entourer les atteintes susceptibles d'être portées à ces droits de garanties suffisantes, exigence renforcée à l'égard des personnes fragilisées par leur état de santé, leur dépendance ou leur vulnérabilité (décisions n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004 ; n° 2021-824 DC du 5 août 2021). La Cour européenne des droits de l'homme impose aux États de « mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie corresponde bien à la libre volonté de l'intéressé » et de protéger les personnes vulnérables « même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie » (CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, § 54 et 58 ; v. aussi *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, § 74, sur les « risques manifestes d'abus »). Le Comité des droits de l'homme des Nations unies exige « de solides garanties légales et institutionnelles » permettant de vérifier une décision « explicite, non ambiguë, libre et éclairée » (observation générale n° 36 sur l'article 6 du Pacte). Le Conseil d'État, enfin, a subordonné la conformité d'un tel dispositif à des garanties « renforcées » pour les personnes les plus vulnérables (avis n° 408204 du 4 avril 2024).

40. *Ce que la clinique impose.* Les états qui altèrent la formation de la volonté chez les personnes gravement malades sont identifiés, diagnosticables et, pour la plupart, traitables : les troubles dépressifs concernent, selon les méta-analyses, de l'ordre de 15 à 20 % des patients atteints de cancer avancé, et les troubles de l'humeur pris dans leur ensemble une proportion bien supérieure (Mitchell et al., *The Lancet Oncology*, 2011) ; ils sont massivement sous-diagnostiqués en fin de vie, où la tristesse est trop vite tenue pour « normale » ; la douleur non soulagée, les syndromes confusionnels, l'isolement et le sentiment d'être une charge pèsent directement sur la demande de mort (supra, § 10 et 11). Une vérification sérieuse de la volonté suppose donc, au minimum : une évaluation psychique compétente lorsque le doute existe ou

lorsque la souffrance alléguée comporte une composante psychologique ; un délai permettant aux ajustements thérapeutiques de produire leurs effets ; une traçabilité de l'expression de la volonté.

41. *Ce que la loi prévoit.* La loi déférée ne retient aucune de ces garanties. Aucune évaluation psychiatrique ou psychologique n'est obligatoire, à aucun stade, pas même lorsque la souffrance invoquée est en partie psychologique ou lorsque la pathologie est de nature à altérer le discernement. Aucun écrit n'est exigé : la demande peut être formulée « par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités » (article 5, III), c'est-à-dire oralement, sans témoin, auprès du seul médecin qui instruira, décidera et, le cas échéant, exécutera. Le collège pluriprofessionnel peut se réunir par visioconférence et le médecin spécialiste de la pathologie n'est pas tenu d'examiner personnellement le patient (article 6, II). L'article 6 dispose que « la personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée » : *a contrario*, une altération simplement partielle du discernement, ou une altération grave survenant en dehors des moments de la « démarche », ne fait pas obstacle à la procédure, la loi admettant du reste expressément, pour les majeurs protégés, une information « adaptée à ses facultés de discernement » (article 5, I), c'est-à-dire l'hypothèse d'un discernement amoindri. Quant à la vérification de l'existence d'une mesure de protection juridique, elle repose sur la consultation du registre prévu à l'article 427-1 du code civil, créé par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 mais dont l'entrée en vigueur, subordonnée à un décret en Conseil d'État non publié à ce jour, est différée au plus tard au 31 décembre 2026 : au jour de l'entrée en vigueur de la loi déférée, cette garantie est littéralement fictive.

42. Le délai de réflexion de deux jours (article 6, IV) est, du point de vue clinique, dépourvu de toute signification. Deux jours ne permettent ni à un traitement antidépresseur de produire ses premiers effets (deux à quatre semaines), ni à une titration antalgique ou à une rotation d'opioïdes d'être conduite et évaluée, ni, dans la plupart des territoires, à une équipe mobile de soins palliatifs d'intervenir, ni même de vérifier l'effet d'un simple ajustement symptomatique. Le délai de réflexion n'a pas pour fonction de faire attendre : il a pour fonction de laisser au soin le temps d'agir et à la volonté le temps de se stabiliser : c'est à cette condition seulement qu'il constitue une garantie. Les législations comparables l'ont compris : douze semaines de réflexion en Autriche (deux semaines en phase terminale), procédure de plusieurs semaines avec contrôle préalable en Espagne, période d'évaluation de quatre-vingt-dix jours au Canada lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Le droit français lui-même impose dix jours de réflexion pour accepter une offre de prêt immobilier (article L. 313-34 du code de la consommation) : il en accorde deux pour renoncer à la vie. Et lorsque la demande date de plus de trois mois, l'article 7 se borne à prévoir que le médecin « évalue à nouveau » le caractère libre et éclairé de la volonté, sans aucune procédure : la garantie tient en un mot.

43. Cette configuration est enfin en rupture avec la politique de prévention du suicide, que les mêmes équipes mettent en œuvre quotidiennement en application des dispositifs nationaux et des obligations résultant des articles 223-6 et 223-13 du code pénal. La loi n'organise aucune articulation entre la procédure qu'elle crée et cette politique : aucun repérage systématique de la crise suicidaire, aucune intervention obligatoire de compétence psychiatrique, aucun

protocole. Elle place ainsi les soignants dans une double injonction que rien ne résout : prévenir le suicide de tel patient, instruire la demande de mort de tel autre, sans qu'aucun critère légal intelligible ne distingue les deux situations.

44. Le contraste avec le droit commun achève la démonstration. Pour un don d'organe entre personnes vivantes (acte thérapeutique, accompli au bénéfice d'autrui, sans issue létale), la loi exige que le consentement soit recueilli par le président du tribunal judiciaire ou le magistrat qu'il délègue, lequel s'assure qu'il est libre et éclairé (article L. 1231-1 du code de la santé publique). Pour l'acte dont l'objet même est de provoquer la mort du déclarant, la loi déférée n'exige ni magistrat, ni témoin, ni écrit, ni évaluation psychique, ni délai substantiel. Cette inversion des garanties, rapportée à la hiérarchie des enjeux, suffit à caractériser la privation de garanties légales. Les articles 4 (5°), 5, 6 et 7 doivent être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie aux deuxième, troisième, quatrième et cinquième réserves.

QUATRIÈME MOYEN. En ce que la procédure concentre entre les mains d'un seul médecin l'instruction, la décision, l'exécution et le compte rendu, sous le seul contrôle d'une commission intervenant après la mort, les articles 5, 6 et 11 méconnaissent l'exigence de garanties adaptées à l'irréversibilité de l'acte

45. La collégialité n'est pas, en médecine de la fin de vie, un ornement procédural : c'est le cœur du standard de sécurité. Le droit en vigueur l'impose pour l'arrêt des traitements et pour la sédation profonde et continue (articles L. 1110-5-1 et L. 1110-5-2 du code de la santé publique ; article R. 4127-37-2 du même code), et c'est en considération de ces garanties (procédure collégiale, recours possible) que le Conseil constitutionnel a admis la conformité du cadre existant (décisions n° 2017-632 QPC, § 13 et 17 ; n° 2022-1022 QPC, § 10 à 15). L'exposante n'ignore pas que, dans ce cadre, la décision finale appartient au seul médecin en charge du patient : la procédure est collégiale, la décision demeure médicale. Mais cette concentration n'a été jugée admissible qu'à raison de garde-fous qui échappent entièrement au décideur (la concertation avec l'équipe de soins, qu'il ne compose pas, et l'avis motivé d'au moins un médecin consultant sans lien hiérarchique avec lui) et parce que l'acte en cause consiste à laisser la mort survenir, non à la provoquer. La pratique palliative ajoute à ces raisons juridiques une raison clinique : face à une demande de mort, la délibération pluridisciplinaire est le seul instrument connu de neutralisation des biais individuels (projection, identification, épuisement, découragement thérapeutique) dont nul praticien, si expérimenté soit-il, n'est exempt.

46. La loi déférée fait l'inverse de ce que commandait la gravité supérieure de l'acte qu'elle institue : au lieu de renforcer ce standard, elle en affaiblit chacun des éléments, au moment précis où il aurait dû culminer. Le médecin saisi de la demande apprécie seul la recevabilité ; il constitue lui-même le collège chargé de l'« éclairer », en choisit les membres, dont certains peuvent être placés sous son autorité, peut le réunir par visioconférence ; l'avis du collège est purement consultatif, et la loi ne dit pas même si le médecin peut passer outre un avis défavorable unanime ; il décide seul (article 6, III) ; il vérifie seul, immédiatement avant l'acte, la persistance du consentement ; l'administration de la substance peut, si la personne n'est

physiquement pas en mesure d'y procéder, être accomplie par un médecin ou un infirmier ; il établit enfin les documents sur le fondement desquels la régularité de la procédure sera contrôlée. Instruction, évaluation, décision, exécution et attestation sont ainsi réunies en une seule main, configuration que le droit proscrit dans toutes les procédures affectant gravement les droits fondamentaux, et que la loi retient pour la plus irréversible de toutes.

47. Le contrôle institué par l'article 11 n'y remédie pas : la commission de contrôle et d'évaluation intervient après le décès, au vu des pièces établies par le médecin qui a conduit l'ensemble de la procédure. Un contrôle qui ne peut plus rien empêcher n'est pas une garantie au sens de la jurisprudence du Conseil, laquelle exige, pour des décisions médicales conduisant au décès, que le contrôle puisse s'exercer avant l'exécution (décision n° 2017-632 QPC, § 17 ; décision n° 2022-1022 QPC, § 15). La comparaison internationale confirme la singularité française : la loi organique espagnole n° 3/2021 du 24 mars 2021 subordonne la réalisation de l'aide à mourir au contrôle préalable d'une Commission de garantie et d'évaluation, comprenant un médecin et un juriste (articles 10 et 18). Le Tribunal constitutionnel portugais, quant à lui, a déclaré inconstitutionnelle, par son arrêt n° 307/2025 du 22 avril 2025, la disposition de la loi du 25 mai 2023 qui n'exigeait pas que le patient soit personnellement examiné par le médecin spécialiste (au motif qu'elle compromettait la fiabilité du jugement médical et assurait une protection déficitaire de la vie humaine) et, par voie de conséquence, la disposition même légalisant la mort médicalement assistée ; or la loi déférée présente exactement le même défaut. Elle ne prévoit, au surplus, aucun regard indépendant *ex ante*, ni juridictionnel, ni administratif, ni ordinal.

48. L'angle soignant ajoute une dernière considération, que l'exposante croit devoir porter à la connaissance du Conseil : faire peser sur un praticien isolé la totalité d'une décision de mort, puis son exécution, puis son attestation, c'est méconnaître ce que la médecine sait de la faillibilité individuelle et exposer les professionnels à une charge psychique dont les conséquences (erreurs d'appréciation, épuisement, départs) retentiront sur la sécurité des patients. La protection du patient et celle du soignant commandent ici la même solution : une délibération véritablement collective et indépendante en amont de la décision, et un contrôle extérieur préalable à l'acte. En leur absence, les articles 5, 6 et 11 doivent être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la quatrième réserve.

CINQUIÈME MOYEN. En ce qu'il inscrit l'aide à mourir parmi les droits garantis par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition » pour faire respecter, l'article 3 introduit une contradiction normative contraire à l'objectif d'intelligibilité et rompt l'équilibre sur le fondement duquel le cadre de la fin de vie a été jugé conforme à la Constitution (articles 3 et 18)

49. L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est l'article-matrice du droit des malades : il garantit à toute personne le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés, puis, en son second alinéa, « le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance », en précisant que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ». L'article 3 de la loi déférée complète cet alinéa par la phrase suivante : « Ce droit comprend la possibilité

d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues à la section 2 bis du chapitre Ier du présent titre et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide. »

50. La lecture littérale qui en résulte est la suivante : l'obligation faite à tous les professionnels de santé de mettre en œuvre « tous les moyens à leur disposition » s'étend désormais à un droit qui « comprend » l'accès à l'aide à mourir. Cette injonction entre en contradiction frontale, au sein du même corpus, avec la clause de conscience instituée par l'article 14 de la même loi, avec l'article R. 4127-38 du code de la santé publique, aux termes duquel le médecin « n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort », et avec l'économie du texte lui-même, qui ne qualifie jamais l'aide à mourir de soin. Le professionnel destinataire de ces normes ne peut savoir ce que la loi attend de lui : voilà, au sens le plus exact, une loi inintelligible pour ses destinataires.

51. Cette insertion rompt en outre la distinction cardinale sur laquelle repose l'ensemble du droit français de la fin de vie tel qu'il a été validé : le Conseil constitutionnel n'a admis le cadre existant qu'en relevant qu'il permettait de laisser mourir (arrêt de traitements, refus de l'obstination déraisonnable, sédation) sans jamais permettre de faire mourir (décision n° 2017-632 QPC), et la Cour européenne des droits de l'homme a jugé le droit français conforme à l'article 2 de la Convention en considération de la cohérence de ce cadre (CEDH, GC, *Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015). En fondant dans un même « droit » l'apaisement de la souffrance et la mort provoquée, l'article 3 dissout la distinction d'intention qui structurait cette cohérence.

52. Les effets cliniques de cette confusion sont prévisibles : défiance de patients à l'égard des équipes palliatives, désormais perçues comme susceptibles de donner la mort ; retards d'adressage vers ces équipes, au détriment direct de la protection de la santé ; incompréhension des familles ; crainte, chez les personnes les plus vulnérables (âgées, handicapées, dépendantes), que l'admission en structure palliative ne les expose à l'acte létal. Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies a, dans sa communication adressée au Gouvernement français le 23 juin 2025, exprimé une inquiétude de même nature à l'égard de critères d'éligibilité paraissant fondés sur des perceptions dévalorisantes de la vie des personnes handicapées. L'article 18, qui intègre l'aide à mourir aux prestations prises en charge par l'assurance maladie, prolonge cette assimilation sans jamais l'assumer ni la définir. L'article 3 doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la huitième réserve.

SIXIÈME MOYEN. En ce qu'ils imposent aux professionnels objecteurs une obligation de renvoi nominatif, privent les seuls pharmaciens de toute clause de conscience et contraignent tous les établissements, y compris ceux dont le projet est fondé sur le refus de donner la mort, à accueillir l'acte en leur sein, les articles 8 et 14 méconnaissent la liberté de conscience, le principe d'égalité et les libertés des établissements

53. *Norme de référence.* Le Conseil constitutionnel a rattaché la clause de conscience du médecin à la liberté de conscience, qu'il qualifie de principe fondamental reconnu par les lois de la République et dont il rappelle l'expression à l'article 10 de la Déclaration de 1789 et au

cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13 à 15, à propos de l'interruption volontaire de grossesse). En instituant une clause de conscience à l'article 14, le législateur a lui-même reconnu que l'acte en cause est de ceux auxquels il est légitime d'objecter. Encore faut-il que la protection ainsi accordée soit réelle, cohérente et égale.

54. *L'obligation de renvoi nominatif.* Aux termes de l'article L. 1111-12-12, I, alinéa 2, créé par l'article 14, le professionnel qui refuse de participer « 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 ». Cette obligation est doublement viciée. Elle est d'abord matériellement inexécutable : nul ne connaît la conscience de ses confrères, et aucune liste de professionnels « disposés à participer » n'est mise à la disposition des praticiens, le registre prévu à l'article L. 1111-12-13 étant tenu par la commission de contrôle et d'évaluation ; l'objecteur est ainsi placé sous une obligation dont l'inexécution, inévitable, engagera sa responsabilité. Elle est ensuite disproportionnée : elle transforme l'objection en coopération finalisée à l'acte objecté, alors qu'un dispositif moins attentatoire figurait à portée de main dans la loi même : la transmission de la demande à la commission de contrôle ou à l'agence régionale de santé, qui disposent des informations nécessaires. La mesure échoue ainsi au triple examen de l'adéquation, de la nécessité et de la proportionnalité (décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008).

55. *L'exclusion des pharmaciens.* L'article 8 fait des pharmaciens des pharmacies à usage intérieur et des pharmacies d'officine les seuls professionnels indispensables au dispositif privés de toute clause de conscience. Or la préparation magistrale létale et sa délivrance constituent une participation directe et nécessaire à l'acte : sans elles, aucune administration n'est possible ; la chaîne qui conduit de la décision à la mort est matériellement continue, et le pharmacien en est un maillon sans substitut. L'appréciation contraire du Conseil d'État (avis du 4 avril 2024, § 38), selon laquelle ces missions « ne concourent pas de manière suffisamment directe » à l'aide à mourir, méconnaît cette continuité matérielle : elle revient à tenir pour indirecte la fabrication de l'instrument même de la mort. La différence de traitement ainsi instituée entre professionnels concourant tous de manière essentielle au même dispositif n'est justifiée par aucune raison d'intérêt général en rapport direct avec l'objet de la loi (décision n° 98-397 DC du 6 mars 1998) : la continuité de la délivrance pouvait être assurée par le volontariat, comme dans l'ensemble des États comparables : la Belgique (article 14 de la loi du 28 mai 2002 : « Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie »), l'Espagne (article 16 de la loi organique 3/2021), le Luxembourg (article 15 de la loi du 16 mars 2009), le Portugal (article 21 de la loi n° 22/2023 du 25 mai 2023, dont le Tribunal constitutionnel a encore renforcé la portée en censurant, par son arrêt n° 307/2025 du 22 avril 2025, l'obligation faite à l'objecteur de préciser la nature des raisons de son refus), les Pays-Bas en pratique. Si elle était promulguée en l'état, la loi française serait, à la connaissance de l'exposante, la seule au monde à contraindre des pharmaciens à préparer des substances létales.

56. *L'obligation d'accueil imposée à tous les établissements.* L'article 14, II, impose à tout établissement de santé et à tout établissement ou service social ou médico-social de permettre

l'intervention des professionnels concernés et l'accès des accompagnants aux fins de réalisation de l'aide à mourir en leur sein, sans exception ni modulation : établissements privés ne participant pas au service public, ne recevant aucun financement public, établissements dont le projet est expressément fondé sur le refus de donner la mort (unités et maisons de soins palliatifs, établissements confessionnels), et jusqu'aux « maisons d'accompagnement et de soins palliatifs » que la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 vient de créer avec pour objet légal l'accompagnement palliatif.

57. L'exposante demande au Conseil de mesurer ce que cette obligation détruit, du point de vue du soin. Un établissement de soins palliatifs n'est pas un local : c'est une communauté de soin structurée par un projet d'établissement, que la loi rend obligatoire et opposable (articles L. 6143-2 du code de la santé publique et L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles), et par une promesse faite aux patients : ici, l'on soulage, l'on accompagne, l'on ne provoque pas la mort. Cette promesse n'est pas un supplément d'âme : elle est la condition de la confiance qui permet aux personnes les plus vulnérables (celles, précisément, qui redoutent d'être « aidées à mourir ») de s'y laisser admettre, d'y exprimer leurs peurs et, le cas échéant, leur demande de mort, sans craindre qu'elle soit exécutée. Imposer l'acte létal dans ces murs, c'est retirer aux équipes la possibilité de tenir leur promesse, placer chaque professionnel en conflit de loyauté permanent et faire peser sur un secteur déjà exsangue un risque documenté de départs (supra, § 19).

58. Cette atteinte est d'autant plus manifestement disproportionnée que la loi elle-même prévoyait les moyens de l'éviter : l'article 7 permet l'administration de la substance « dans un lieu de son choix, à l'exclusion de la voie publique », en dehors de tout établissement ; et le Sénat avait adopté, le 22 janvier 2026, une clause d'établissement assortie d'une obligation d'information et d'orientation immédiates de la personne vers une structure identifiée par l'agence régionale de santé, dispositif conciliant l'effectivité du droit et la liberté des établissements. Le législateur l'a écartée sans qu'aucune impossibilité ne le justifie. Le contraste avec le droit de l'interruption volontaire de grossesse est éclairant : l'article L. 2212-8 du code de la santé publique permet à un établissement de santé privé de refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux, sous la seule réserve des établissements habilités au service public hospitalier seuls en mesure de répondre aux besoins locaux ; et le Conseil a jugé qu'« aucune exigence constitutionnelle n'impose aux établissements de santé privés exerçant des missions de service public d'assurer toutes les missions de service public susceptibles d'être confiées à un établissement de santé » (décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009). La loi déférée retient, pour la mort provoquée, une obligation plus absolue que celle qu'elle n'a jamais imposée pour aucun soin. Les articles 8 et 14 doivent être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie aux sixième et septième réserves.

SEPTIÈME MOYEN. En ce qu'il exclut tout recours des proches contre la décision favorable et toute notification préalable, l'article 12 méconnaît le droit à un recours juridictionnel effectif, prive les personnes vulnérables de leur ultime protection et fabrique l'insécurité pénale des soignants

59. L'article L. 1111-12-10 du code de la santé publique, créé par l'article 12, réserve la contestation des décisions du médecin à « la personne ayant formé cette demande », la seule exception bénéficiant, dans un délai de deux jours, à la personne chargée d'une mesure de protection juridique. Aucun proche, aucun membre de la famille, aucune personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade ne peut saisir un juge avant l'acte ; aucune notification préalable de la décision favorable n'est prévue ; rien n'interdit qu'une famille apprenne le décès après l'administration de la substance létale.

60. Ce dispositif se heurte à l'exigence que le Conseil a dégagée pour la seule autre décision médicale conduisant à la mort que connaisse notre droit : en matière d'arrêt des traitements, « le droit à un recours juridictionnel effectif impose que cette décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile », lequel doit pouvoir être examiné dans les meilleurs délais aux fins de suspension éventuelle (décision n° 2017-632 QPC, § 17 ; dans le même sens, décision n° 2022-1022 QPC, § 15). Sans doute objectera-t-on que ce précédent concernait une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, dont les proches étaient l'unique canal, tandis que la loi déférée suppose une personne qui l'exprime elle-même. Mais cette différence ne supprime pas le besoin de la garantie : elle en déplace l'objet. Dans le premier cas, le recours des tiers protège la fidélité de la décision à une volonté que le patient ne peut plus porter ; dans le second, il protégerait l'intégrité d'une volonté dont la loi fait elle-même la condition cardinale de tout le dispositif : son caractère libre et éclairé. Or les vices susceptibles de l'affecter (discernement altéré, dépression non traitée, pression, emprise, isolement) sont précisément ceux que la personne qui demande ne dénoncera pas : réservé à la seule « personne ayant formé la demande », le recours de l'article 12 n'est ouvert qu'à celle dont, par hypothèse, rien ne peut être attendu lorsque la protection serait la plus nécessaire. Un recours qui peut corriger les refus, mais jamais les décisions favorables viciées, est, à l'égard des personnes vulnérables, théorique et illusoire. La loi le concède du reste elle-même en ouvrant un recours de deux jours à la personne chargée d'une mesure de protection juridique : elle admet ainsi qu'un recours de tiers est compatible avec une volonté exprimée par l'intéressé, mais le réserve à une vulnérabilité juridiquement étiquetée, dont le registre censé permettre la vérification n'est pas même en vigueur (supra, § 41). La Cour européenne des droits de l'homme a, de son côté, constaté une violation de l'article 2 de la Convention à propos d'une euthanasie pratiquée sur une patiente qui exprimait elle-même sa volonté et disposait de sa capacité de décision, sans que ses enfants en aient été informés : l'expression personnelle de la volonté n'a pas dispensé l'État d'un contrôle effectif et indépendant (CEDH, Mortier c. Belgique, 4 octobre 2022). La loi déférée organise précisément la configuration où nul tiers ne peut rien empêcher, ni même rien savoir.

61. L'angle soignant révèle une conséquence que le débat parlementaire a peu aperçue : l'exclusion de tout recours *a priori* ne supprime pas le contentieux, elle le déplace intégralement après la mort et sur le terrain pénal. Les ayants droit qui s'estimeront fondés à contester la réunion des conditions (et le deuxième moyen a montré combien chaque dossier y prêtera) n'auront d'autre voie que la plainte avec constitution de partie civile pour empoisonnement contre les médecins, infirmiers et pharmaciens ayant concouru à l'acte. La loi prétend protéger

les soignants par une immunité ; en réalité, en refusant le recours préalable qui aurait purgé la contestation en amont, elle les expose à un contentieux criminel *post mortem* dont l'issue dépendra de notions qu'elle n'a pas su définir. La garantie du recours préalable protège ici, indissociablement, le patient et le professionnel.

62. Enfin, la marginalisation des proches contredit la mission légale même des soins palliatifs, qui inclut le soutien de l'entourage (article L. 1110-10 du code de la santé publique), ainsi que le dixième alinéa du Préambule de 1946. La loi du 2 février 2016 avait fait de la consultation de la famille une garantie ; la loi déférée la réduit à un avis facultatif, subordonné à la demande de la personne et à l'acceptation du médecin, l'article 6 prévoyant seulement que le médecin « peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis » de la personne de confiance, d'un proche aidant ou d'un proche. L'article 12 doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la huitième réserve.

HUITIÈME MOYEN. En ce qu'elle renvoie au pouvoir réglementaire des éléments qui conditionnent l'immunité pénale et les garanties essentielles, et qu'elle omet toute articulation avec la sédation profonde et continue, la loi est entachée d'incompétence négative (articles 4, 6 et 13)

63. L'article 13 renvoie à des décrets en Conseil d'État la détermination de la forme et du contenu de la demande et de sa confirmation, des modalités d'information de la personne, de la procédure de vérification des conditions d'accès, des modalités de consultation du registre des mesures de protection juridique, ainsi que de la composition et du fonctionnement de la commission de contrôle et d'évaluation. Ces éléments ne sont pas des modalités d'application : ils conditionnent directement l'invocabilité d'une cause d'irresponsabilité pénale et l'effectivité des garanties entourant l'expression de la volonté, matières que l'article 34 de la Constitution réserve à la loi (décisions n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004 ; n° 2010-4/17 QPC du 22 juillet 2010).

64. La loi est en outre muette sur une articulation que les équipes devront pourtant trancher dès son entrée en vigueur : celle de l'aide à mourir avec la sédation profonde et continue. La loi emploie, pour deux régimes radicalement distincts par l'intention (soulager en laissant mourir, provoquer la mort), le même vocabulaire (« phase avancée ou terminale », souffrance « réfractaire »), sans aucune disposition de coordination ; le risque de glissements qualificatifs au lit du malade, et de contentieux inextricables, est certain. En laissant aux professionnels, puis aux juges, le soin de fixer cette frontière, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence.

IV. À TITRE SUBSIDIAIRE : LES RÉSERVES D'INTERPRÉTATION

65. Si le Conseil ne prononçait pas la censure, l'exposante le prie de considérer que les exigences constitutionnelles analysées ci-dessus ne sauraient être regardées comme satisfaites qu'au prix des réserves suivantes, tout en observant que la technique des réserves ne permet pas de réécrire la loi et paraît, en particulier, impuissante à remédier au défaut d'intelligibilité des articles 2 et 4, lequel appelle la censure.

66. Première réserve (articles 4 et 5). Les dispositions des articles 4 et 5 ne sauraient être interprétées que comme subordonnant la poursuite de l'examen de la demande à la constatation, par le médecin, que la personne a eu un accès effectif, dans un délai compatible avec son état de santé, à une évaluation par une équipe compétente en soins palliatifs puis, si elle y a consenti, à une prise en charge palliative adaptée. Seul un refus de cette prise en charge exprimé par la personne après l'évaluation susmentionnée pourrait l'en dispenser ; encore un tel refus, dont la partie II a montré qu'il ne saurait être présumé libre et éclairé chez une personne en fin de vie privée d'alternative réelle (supra, § 10 à 12, 25 et 26), ne pourrait-il être retenu qu'à la condition que cette liberté ait été elle-même garantie, vérifiée et évaluée, puis documentée au dossier. Cette exigence d'accès effectif a pour débiteurs les pouvoirs publics, auxquels incombe l'organisation de l'offre de soins ; elle ne saurait être interprétée ni comme instituant, au profit des demandeurs de l'aide à mourir, une priorité d'accès aux équipes de soins palliatifs au détriment des autres patients relevant de ces mêmes équipes, ni comme faisant peser sur celles-ci une obligation de prise en charge en urgence dont dépendrait la régularité de la procédure : lorsque l'accès effectif fait défaut, la seule conséquence conforme aux exigences constitutionnelles est la suspension de l'examen de la demande, non l'éviction des autres patients.

67. Deuxième réserve (article 4, 4°). Une souffrance ne saurait être regardée comme « réfractaire aux traitements » qu'après que les traitements appropriés, y compris palliatifs spécialisés, ont été mis en œuvre ou proposés par une équipe compétente et se sont révélés inefficaces ou ont été refusés dans les conditions de la première réserve. Le caractère « insupportable » d'une souffrance en cas de refus ou d'arrêt de traitement, qui relève du seul ressenti déclaré de la personne, ne se prête pas, quant à lui, à une évaluation, en tout cas selon les mêmes critères (supra, § 35) ; il ne saurait dès lors être admis qu'après que les traitements et la prise en charge susmentionnés ont été effectivement proposés dans les conditions de la première réserve, faute de quoi cette seconde branche de l'alternative, purement déclarative, priverait la première de toute portée.

68. Troisième réserve (article 4, 3°). La condition d'une affection « en phase avancée » ne saurait être interprétée comme permettant l'accès à l'aide à mourir de personnes dont le pronostic vital n'est pas engagé à brève échéance au sens des données acquises de la science, conformément à l'interprétation retenue par le Conseil d'État dans son avis du 4 avril 2024.

69. Quatrième réserve (articles 5 et 6). Le médecin ne saurait prendre une décision favorable contre l'avis du collège pluriprofessionnel ; en cas de doute sur le discernement, d'antécédent psychiatrique ou de composante psychologique de la souffrance, l'avis d'un psychiatre, rendu après examen personnel de la personne, est requis ; le médecin spécialiste de la pathologie examine personnellement le patient ; aucun membre du collège ne saurait être placé sous l'autorité hiérarchique ou fonctionnelle du médecin saisi.

70. Cinquième réserve (articles 6 et 7). Le délai de réflexion de deux jours constitue un minimum incompressible ; toute évolution significative de l'état de la personne, notamment psychique, survenue jusqu'à l'administration de la substance létale, impose la reprise de la vérification ; lorsque la demande date de plus de trois mois, la nouvelle évaluation prévue par

l'article 7 s'entend d'une reprise complète de la procédure de vérification. L'exposante souligne toutefois les limites de la technique des réserves sur ce point : la « stabilité » d'une volonté dont les données cliniques établissent le caractère fluctuant ne peut être constatée ni certifiée à un instant donné, et aucune interprétation ne peut conférer à un délai de deux jours la fonction de garantie qui s'attache au délai de réflexion, celle de laisser au soin le temps d'agir et à la volonté celui de se stabiliser (supra, § 42). Seul un allongement substantiel de ce délai, qu'il n'appartient qu'au législateur d'édicter, serait à la hauteur de cette fonction : c'est la raison pour laquelle l'exposante conclut, à titre principal, à la censure.

71. Sixième réserve (article 14, I). L'obligation faite au professionnel objecteur ne saurait s'entendre que comme une obligation d'informer sans délai la personne de son refus et de transmettre sa demande à la commission de contrôle et d'évaluation ou à l'agence régionale de santé, à charge pour celles-ci d'assurer l'orientation ; elle ne saurait imposer la communication nominative de confrères « disposés à participer ».

72. Septième réserve (articles 8 et 14, II). Les dispositions de l'article 14, II, ne sauraient être interprétées comme imposant la réalisation de l'aide à mourir au sein d'un établissement ou d'un service dont le projet d'établissement l'exclut, dès lors que l'information de la personne et son orientation effective et sans délai vers une structure ou un professionnel identifiés par l'agence régionale de santé sont assurées ; l'article 8 ne saurait être interprété comme contraignant un pharmacien à préparer ou à délivrer personnellement la substance létale lorsque la continuité de la délivrance est assurée par un autre pharmacien.

73. Huitième réserve (articles 3 et 12). L'article 3 ne saurait être interprété comme incluant l'aide à mourir dans les soins et traitements dus au titre de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, ni comme mettant à la charge des professionnels ou des établissements une obligation d'y concourir ; l'article 12 ne saurait être interprété que comme imposant la notification de la décision favorable aux personnes consultées au cours de la procédure et comme conférant un effet suspensif à toute saisine du juge des référés intervenant avant l'administration de la substance létale, un délai minimal devant séparer la notification de l'acte pour permettre un recours en temps utile.

V. CONCLUSIONS

74. Les soignants que fédère l'exposante n'ont pas attendu la loi déférée pour côtoyer la mort : ils l'accompagnent chaque jour. Ils savent d'expérience ce que la présente contribution a tenté d'établir pièce par pièce : que la volonté de mourir est un état clinique et non un fait notarié ; que nul ne choisit librement entre un soin inaccessible et une mort garantie ; qu'aucun médecin ne peut dire où commence la « phase avancée » que la loi érige pourtant en frontière du crime ; qu'aucune décision de mort ne devrait reposer sur un seul praticien ; et qu'un contrôle exercé après la mort ne protège personne. La loi déférée méconnaît chacune de ces évidences.

75. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, l'exposante conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraires à la Constitution les articles 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 et 14 de la loi relative au droit à l'aide

à mourir et, ces dispositions étant inséparables de l'ensemble du dispositif, la loi dans son entier ; à titre subsidiaire, n'en admettre la conformité que sous le bénéfice des réserves d'interprétation énoncées en partie IV de la présente contribution ; en tout état de cause, tenir pour acquises, dans l'appréciation de l'effectivité des garanties légales, les données cliniques et sanitaires exposées en partie II.

76. L'exposante se tient à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs,
La Présidente,

Docteur Ségolène PERRUCHIO

RÉFÉRENCES CITÉES

I. Décisions du Conseil constitutionnel

Décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 ; n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 ; n° 98-397 DC du 6 mars 1998 ; n° 98-399 DC du 5 mai 1998 ; n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 ; n° 2004-498 DC et n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004 ; n° 2005-514 DC du 28 avril 2005 ; n° 2008-562 DC du 21 février 2008 ; n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 ; n° 2010-4/17 QPC du 22 juillet 2010 ; n° 2013-674 DC du 1er août 2013 ; n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 ; n° 2021-824 DC du 5 août 2021 ; n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022.

II. Juridictions et avis

Conseil d'État : Ass., 24 juin 2014, *Mme Lambert et autres*, n° 375081 et a. ; avis n° 408204 du 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Cour européenne des droits de l'homme : *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002 ; *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011 ; *Gross c. Suisse*, 14 mai 2013 (chambre) et 30 septembre 2014 (Grande Chambre) ; *Lambert et autres c. France* (GC), 5 juin 2015 ; *Mortier c. Belgique*, 4 octobre 2022 ; *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024.

Comité des droits de l'homme des Nations unies, observation générale n° 36 sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (2018) ; Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, communication adressée au Gouvernement français, 23 juin 2025.

III. Autorités sanitaires et rapports publics

Haute Autorité de santé, *Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée*, avis du collège du 30 avril 2025 (décision n° 2025.0112/DC/SBP, publié le 6 mai 2025) et argumentaire ; *Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?*, guide du parcours de soins, 2018, actualisé 2020.

Cour des comptes, *Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juillet 2023. Comité consultatif national d'éthique, avis n° 139 du 13 septembre 2022, *Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité* ; rapport du 21 octobre 2014 sur le débat public concernant la fin de vie.

Organisation mondiale de la santé, définition des soins palliatifs (2002). Association médicale mondiale, *Déclaration sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté*, octobre 2019.

IV. Littérature scientifique et travaux de l'exposante

Chochinov H.M. et al., « Desire for death in the terminally ill », *American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, p. 1185-1191. Guirimand F. et al., « Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital : an analysis of patients files », *BMC Palliative Care*, 2014, 13:53. Mitchell A.J. et al., « Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings », *The Lancet Oncology*, 2011. Cherny N.I., Portenoy R.K., « Sedation in the management of refractory symptoms », *Journal of Palliative Care*, 1994.

SFAP, *Recommandations sur la sédation pour détresse en phase terminale*, 2009 ; consultations nationales de la communauté palliative, 2024 (2 297 répondants) et 2026 (4 373 répondants, résultats présentés au congrès national, juin 2026).

V. Rapports officiels étrangers et droit comparé

Oregon Health Authority, *Death with Dignity Act*, rapports annuels 1998-2025 (not. *2024 Data Summary*, mars 2025). Santé Canada, *Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada*, décembre 2024. Statistique Canada, *Aide médicale à mourir, 2021*, Le Quotidien, 13 février 2023. Commission

fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (Belgique), rapports biennaux. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (Pays-Bas), rapports annuels.

Belgique, loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, art. 14. Luxembourg, loi du 16 mars 2009, art. 15. Espagne, loi organique n° 3/2021 du 24 mars 2021, art. 10, 16 et 18. Autriche, *Sterbeverfügungsgesetz*, 2022. Canada, Code criminel, art. 241.2 (lois C-14 et C-7). Portugal, loi n° 22/2023 du 25 mai 2023, art. 21, et Tribunal constitutionnel, arrêt n° 307/2025 du 22 avril 2025. Nouvelle-Zélande, *End of Life Choice Act* 2019.

VI. Textes nationaux

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs ; loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ; loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (art. 18, créant le registre de l'article 427-1 du code civil) ; loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs. Code de la santé publique, art. L. 1110-5, L. 1110-5-1, L. 1110-5-2, L. 1110-10, L. 1231-1, L. 2212-8, L. 6143-2, R. 4127-37-2 et R. 4127-38 ; code de l'action sociale et des familles, art. L. 311-8 ; code de la consommation, art. L. 313-34 ; code pénal, art. 122-4, 221-1, 221-4, 221-5, 223-6 et 223-13 ; code civil, art. 427-1.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 21 juillet 2026

Monsieur Richard Ferrand
Président du Conseil Constitutionnel
2, rue de Montpensier
75001 Paris

Paris, le 20 juillet 2026

Objet : Contribution extérieure de France Assos Santé au sujet de la Loi relative au droit à l'aide à mourir – Affaire n° 2026-910 DC

Monsieur le Président,

France Assos Santé, union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, est investie par l'article L. 1114-1 du code de la santé publique de la mission de représenter et de défendre les droits et les intérêts des usagers. Regroupant plusieurs centaines d'associations nationales et régionales, elle constitue l'organisation de référence de la représentation des patients en France. À ce titre, elle est quotidiennement destinataire des témoignages, des attentes et des difficultés rencontrées par les personnes malades et leurs proches dans leur parcours de soins, notamment lorsqu'elles sont confrontées à des situations de fin de vie.

Si France Assos Santé intervient dans le présent débat, c'est parce que les associations qui composent notre réseau reflètent, à l'image de la société française, la diversité des convictions éthiques et philosophiques sur cette question. Notre intervention procède avant tout d'une préoccupation commune : celle de la réponse que notre système de santé apporte aux personnes atteintes d'une affection grave et incurable, confrontées à des souffrances devenues insupportables malgré les prises en charge existantes. Les nombreux témoignages recueillis par son réseau associatif ont en effet mis en évidence que certaines situations de souffrance en fin de vie demeuraient sans réponse dans le cadre législatif actuel, ce que nous avons rapporté lors de nos auditions devant la Commission spéciale puis devant la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat. Dans ces conditions, France Assos Santé considère que l'évolution législative introduisant un droit à l'aide à mourir, en complément du renforcement de l'accès aux soins palliatifs et d'accompagnement, répond à un objectif de santé publique consistant à apporter une réponse encadrée à des situations de souffrance identifiées par l'ensemble des travaux préparatoires, notamment ceux du Comité consultatif national d'éthique et de la Convention citoyenne sur la fin de vie.

Son intérêt à intervenir devant le Conseil constitutionnel tient ainsi à sa mission de défense des droits des usagers et à sa volonté de contribuer à l'appréciation de la conformité à la Constitution d'un dispositif qui concerne directement les droits fondamentaux des personnes malades, leur accès aux soins et les garanties entourant leur prise en charge.

1. Sur les conditions dans lesquelles est manifestée la volonté de la personne qui sollicite l'aide à mourir

- **1.1 Au sujet du délais de réflexion d'au moins deux jours pour confirmer la demande :**

La question soumise au Conseil constitutionnel relative au délai minimal de quarante-huit heures prévu avant la confirmation de la demande d'aide à mourir ne peut être examinée indépendamment de l'ensemble des garanties procédurales prévues par le législateur. L'appréciation de sa conformité aux exigences constitutionnelles suppose de replacer ce délai dans l'économie générale du dispositif d'aide à mourir instituée par le législateur et de le replacer dans l'ensemble de la démarche de la personne malade ainsi que dans les garanties procédurales entourant la mise en œuvre de l'aide à mourir.

En premier lieu, la demande d'aide à mourir intervient rarement de manière soudaine ou inopinée. Les personnes concernées, leurs proches ainsi que les professionnels de santé témoignent qu'elle constitue l'aboutissement d'un cheminement personnel qui s'inscrit dans le temps, au fil de l'évolution de la pathologie. Cette réflexion est nourrie par les échanges réguliers entretenus avec les équipes soignantes concernant l'évolution prévisible de la maladie, les traitements disponibles, les alternatives thérapeutiques, les soins palliatifs ainsi que les différents droits reconnus à la personne malade, notamment le droit au soulagement de la douleur, le droit de refuser un traitement ou encore le droit de ne pas subir une obstination déraisonnable. L'entretien au cours duquel la demande est officiellement formulée intervient ainsi, dans la plupart des situations, après une période d'accompagnement médical et de réflexion déjà engagée. De plus, les critères prévus par le texte adopté impliquent, dans la plupart des cas, un délai de réflexion relativement long avant qu'une demande d'aide à mourir puisse être formulée. En effet, l'article 4 prévoit que la personne doit être « atteinte d'une affection grave et incurable [...] 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 [...] ». Ainsi, un patient ne pourrait pas solliciter une aide à mourir dès l'annonce du diagnostic de sa maladie : il doit attendre que celle-ci ait évolué jusqu'au stade de la phase avancée, ce qui permet un temps de réflexion souvent conséquent.

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

En second lieu, la procédure prévue par la loi démontre que le délai de quarante-huit heures ne constitue nullement l'unique temps de réflexion laissé à la personne. À compter de la demande officielle, le médecin met en œuvre une procédure collégiale destinée à vérifier que l'ensemble des conditions légales d'éligibilité sont réunies. Cette phase d'instruction, qui peut s'étendre jusqu'à quinze jours, implique la consultation de plusieurs professionnels de santé et peut comprendre l'examen de la personne par un second médecin spécialiste de sa pathologie. Ce n'est qu'à l'issue de cette évaluation, lorsque le médecin a notifié sa décision favorable, que s'ouvre le délai minimal de deux jours permettant à la personne de confirmer ou non sa demande.

La confirmation ne marque d'ailleurs pas l'achèvement de la procédure. La personne doit encore déterminer librement la date, le lieu et les modalités de l'administration de la substance létale : elle a jusqu'à trois mois pour le faire. Le jour retenu, le médecin ou l'infirmier récupère la préparation auprès de la pharmacie et doit, une nouvelle fois, s'assurer de la persistance d'une volonté libre et éclairée avant toute administration. À chaque étape de la procédure, et jusqu'au dernier instant, la personne demeure libre de renoncer à sa demande sans avoir à justifier sa décision. En outre, si elle souhaite ultérieurement formuler une nouvelle demande, l'ensemble de la procédure devra être repris depuis son origine, avec les mêmes garanties.

Ainsi, il est inexact de soutenir que l'aide à mourir pourrait intervenir seulement deux jours après une première demande. Le délai de quarante-huit heures ne constitue qu'une étape intermédiaire d'un processus médical et décisionnel beaucoup plus long, jalonné de garanties successives destinées à vérifier tant les conditions objectives d'éligibilité que la permanence d'un consentement libre et éclairé. Dans ces conditions, le législateur a opéré une conciliation qui n'apparaît pas manifestement déséquilibrée entre, d'une part, la nécessité de garantir la maturité et la stabilité de la volonté de la personne et, d'autre part, l'objectif de ne pas prolonger inutilement les souffrances de patients dont l'éligibilité est précisément subordonnée à l'existence de souffrances réfractaires ou insupportables dans un contexte de fin de vie. Le délai de deux jours doit donc être apprécié non de manière isolée, mais à la lumière de l'ensemble des garanties procédurales qui l'entourent.

Enfin, il ne saurait être déduit de ce délai minimal que l'administration de l'aide à mourir interviendra nécessairement à son expiration. La loi fixe un cadre et des garanties minimales, mais elle n'a ni pour objet ni pour effet de se substituer à l'appréciation médicale des situations individuelles. En pratique, les équipes soignantes continueront d'adapter le déroulement de la procédure à la situation clinique, psychologique et humaine de chaque patient, dans le respect des exigences légales et de la volonté exprimée par celui-ci. Rien n'impose donc que l'ensemble des étapes soit accompli dans les délais les plus brefs lorsque les circonstances justifient un temps supplémentaire

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

d'échange, d'accompagnement ou de réflexion. Le délai de quarante-huit heures constitue ainsi un plancher destiné à garantir un temps minimal de confirmation de la volonté, et non un délai maximal imposant aux professionnels de santé d'agir dès son expiration. À l'inverse, le maintien d'un délai minimal relativement bref permet également de répondre à certaines situations dans lesquelles les souffrances du patient, bien que toutes les conditions légales soient réunies, revêtent un caractère d'urgence ou connaissent une aggravation rapide. Imposer un délai de réflexion plus long et uniforme reviendrait à méconnaître la diversité des situations cliniques et pourrait conduire, dans certains cas, à prolonger inutilement des souffrances que le législateur a précisément entendu prendre en considération. Ainsi, un délai plus long ne renforcerait pas nécessairement les garanties, mais pourrait au contraire porter une atteinte disproportionnée aux intérêts des personnes les plus gravement atteintes.

- **1.2 Au sujet des conditions dans lesquelles une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique peut accéder à l'aide à mourir**

Le Premier ministre invite également le Conseil constitutionnel à apprécier la conformité à la Constitution des dispositions relatives aux majeurs protégés, au regard des principes de liberté personnelle, de dignité de la personne humaine et de l'exigence d'un consentement libre et éclairé.

À cet égard, il convient de rappeler que le régime retenu par le législateur s'inscrit dans les principes contemporains du droit des majeurs protégés, lesquels reposent sur le maintien, autant que possible, de la capacité de décision de la personne concernée. En effet, l'ouverture d'une mesure de protection juridique n'emporte pas, par elle-même, une incapacité générale de la personne à prendre les décisions relatives à sa santé. Le code civil comme le code de la santé publique consacrent le principe selon lequel la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dès lors que son état le permet, la mesure de protection ayant vocation à constituer une assistance ou une représentation limitée aux hypothèses prévues par la loi. Cette évolution du droit positif traduit une volonté constante de favoriser l'autonomie de la personne protégée et de reconnaître sa capacité à exprimer sa volonté chaque fois que cela est possible.

Le dispositif relatif à l'aide à mourir s'inscrit dans cette logique. L'accès à cette procédure demeure subordonné à l'expression, par la personne elle-même, d'une volonté libre et éclairée, appréciée par les professionnels de santé tout au long de la procédure. L'évaluation médicale porte non seulement sur les conditions d'éligibilité liées à la pathologie et aux souffrances, mais également sur l'aptitude de la personne à comprendre la portée de sa demande et à exprimer une volonté exempte de toute contrainte. Cette appréciation n'est pas ponctuelle : elle est renouvelée à plusieurs étapes de la procédure, notamment lors de la formulation de la demande, de sa

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

confirmation et immédiatement avant l'administration de la substance létale. Contrairement à ce que soutiennent les auteurs de la saisine, la loi n'ouvre ainsi pas l'accès à l'aide à mourir à toute personne dont les facultés de discernement seraient altérées. Elle subordonne au contraire la mise en œuvre de cette procédure à la constatation positive, par les professionnels de santé, de l'existence d'une volonté libre et éclairée. Lorsque l'évaluation médicale fait apparaître que la personne n'est pas en mesure d'exprimer une telle volonté ou que son discernement est gravement altéré, les conditions légales de la procédure ne sont pas réunies.

Le rôle reconnu aux personnes chargées de la protection juridique apparaît, dans ce contexte, conforme à l'économie générale du droit des majeurs protégés. Leur intervention ne saurait avoir pour objet de se substituer à la volonté de la personne concernée sur une décision aussi intime que celle de solliciter une aide à mourir. Admettre qu'un tuteur ou un curateur puisse consentir ou s'opposer à la place de la personne reviendrait à méconnaître le caractère strictement personnel de cette décision ainsi que les principes qui gouvernent les droits de la personnalité. Le choix du législateur de réserver cette décision à la seule personne malade, tout en imposant une vérification particulièrement exigeante de son discernement, assure ainsi une conciliation équilibrée entre la protection des personnes vulnérables et le respect de leur liberté personnelle.
La décision n° 2023-1076 QPC du 18 janvier 2024, invoquée par les auteurs de la saisine, ne conduit pas à une conclusion différente. En jugeant qu'il appartient au législateur de s'assurer que le majeur protégé soit en mesure, grâce à l'assistance de son tuteur ou de son curateur, d'exercer avec discernement les droits qui lui sont reconnus, le Conseil constitutionnel a rappelé l'exigence d'une protection effective de la personne vulnérable. Cette exigence ne saurait toutefois être interprétée comme imposant que le représentant légal puisse décider à la place du majeur protégé dans les choix qui relèvent de sa volonté personnelle. Les dispositions contestées satisfont à cette exigence en prévoyant l'information de la personne chargée de la mesure de protection, le recueil de ses observations ainsi que la possibilité pour celle-ci d'exercer un recours, tout en maintenant que la demande d'aide à mourir doit procéder de la volonté propre de l'intéressé.

Les auteurs de la saisine reprochent également au législateur de ne pas avoir rendu contraignantes les observations du tuteur ou du curateur, de n'avoir prévu qu'à titre facultatif le recours à un médecin spécialisé dans la protection juridique des majeurs et de ne pas avoir organisé une nouvelle consultation du protecteur au stade de la confirmation de la demande. Toutefois, aucune exigence constitutionnelle n'impose de telles modalités procédurales. Il appartenait au législateur de déterminer les garanties propres à assurer le contrôle du caractère libre et éclairé du consentement, dès lors que celui-ci est confié à une appréciation médicale collégiale, renouvelée à plusieurs étapes de la procédure. Les choix ainsi opérés relèvent de la marge d'appréciation reconnue au

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

législateur pour assurer la conciliation entre la protection des personnes vulnérables et le respect de leur autonomie personnelle.

Enfin, une exclusion générale des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique serait difficilement justifiable au regard du principe d'égalité. Elle reviendrait à présumer, de manière générale et sans examen individuel, que ces personnes sont incapables d'exprimer une volonté libre et éclairée, alors même que les mesures de sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle recouvrent des situations extrêmement diverses. Elle instituerait donc une présomption générale d'incapacité, sans possibilité d'appréciation individualisée des facultés de discernement de la personne concernée.
Les auteurs de la saisine assimilent en réalité l'existence d'une mesure de protection juridique à une incapacité de volonté libre et éclairée. Une telle assimilation ne correspond ni au droit des majeurs protégés ni aux principes qui gouvernent le consentement aux actes médicaux. La mesure de protection répond à des besoins d'assistance ou de représentation dans l'exercice de certains actes de la vie civile ; elle ne préjuge pas, par elle-même, de l'aptitude de l'intéressé à comprendre une décision médicale déterminée et à exprimer une volonté. C'est pourquoi nous saluons le choix du législateur de retenir une approche individualisée, fondée sur l'appréciation concrète des capacités de discernement de chaque personne, à même d'assurer une conciliation équilibrée entre la protection des personnes vulnérables et le respect de leur liberté personnelle.

Cette approche s'inscrit dans l'évolution du droit de la protection juridique des majeurs, qui privilégie désormais la préservation de l'autonomie de la personne plutôt qu'une logique d'incapacité générale. Elle est conforme à l'article 12 de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, qui reconnaît la capacité juridique des personnes handicapées sur la base de l'égalité avec les autres. Le législateur a ainsi pu, sans méconnaître aucune exigence constitutionnelle, retenir une appréciation individualisée du discernement plutôt qu'une exclusion générale des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

2. Sur l'obligation faite aux établissements d'accueillir la mise en œuvre de l'aide à mourir :

La saisine du Premier ministre conduit le Conseil constitutionnel à s'interroger sur l'articulation entre la clause de conscience reconnue aux médecins et aux infirmiers et la possibilité pour certains établissements de santé ou médico-sociaux, en raison de leur projet d'établissement, d'exclure le recours à l'aide à mourir. L'introduction d'une clause de conscience d'établissement dans le cadre de l'aide à mourir apparaît contestable tant au regard de son opportunité que de sa compatibilité avec les principes fondamentaux de notre ordre juridique. Si la protection de la liberté de conscience des professionnels de santé constitue une exigence légitime, reconnue par le législateur et garantie par les

textes constitutionnels, son extension aux établissements de santé soulève des difficultés d'une nature différente.

En premier lieu, la liberté de conscience est un droit fondamental attaché aux personnes physiques. Protégée par l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, elle permet à chaque professionnel de santé de refuser de participer à un acte qu'il estime contraire à ses convictions. Cette garantie existe déjà dans le projet de loi relatif à l'aide à mourir, de sorte que les soignants ne peuvent être contraints de participer à une telle procédure. L'obligation faite aux établissements de permettre la mise en œuvre de l'aide à mourir ne saurait être assimilée à une obligation pour ces derniers, ou pour les personnes qui y exercent, de participer directement à l'administration de la substance létale. L'établissement est seulement tenu de permettre l'organisation de la procédure lorsque les conditions légales sont réunies, afin de garantir l'effectivité du droit reconnu au patient. En revanche, reconnaître une clause de conscience à un établissement revient à attribuer à une personne morale une prérogative dont le fondement est intrinsèquement personnel. Une institution ne saurait, par nature, être titulaire d'une conscience morale au sens où l'entend le droit des libertés fondamentales.

En deuxième lieu, une telle clause serait susceptible de porter atteinte à l'effectivité d'un droit reconnu par le législateur. Si un établissement pouvait refuser d'organiser ou de permettre l'accès à l'aide à mourir, les patients verraient l'exercice de ce droit dépendre non plus des conditions fixées par la loi, mais de la politique éthique ou confessionnelle de l'établissement dans lequel ils sont pris en charge. Cette situation créerait des disparités importantes selon les territoires, en particulier dans les zones où l'offre de soins est limitée ou lorsqu'un établissement constitue la seule structure accessible. Les patients les plus vulnérables seraient alors contraints d'accepter un transfert vers un autre établissement, avec les délais, les contraintes matérielles et les souffrances supplémentaires que cela implique dans un contexte de fin de vie. Cette exigence d'effectivité revêt ici une importance particulière compte tenu de la temporalité propre aux situations de fin de vie : contrairement à d'autres procédures médicales, un refus opposé par un établissement pourrait, dans certaines situations, rendre matériellement impossible l'exercice du droit reconnu par le législateur en raison de l'évolution rapide de l'état de santé de la personne

De plus, une telle faculté pourrait produire un effet paradoxal contraire à l'objectif poursuivi par le législateur de renforcer simultanément l'accès aux soins palliatifs et à l'aide à mourir. Si certains établissements, notamment ceux disposant d'unités de soins palliatifs, affichaient leur refus de mettre en œuvre l'aide à mourir, des personnes susceptibles d'envisager cette possibilité pourraient renoncer à être prises en charge dans ces structures par crainte de ne pas voir leur demande entendue le moment venu.

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

Elles se priveraient ainsi de l'accompagnement palliatif pourtant susceptible de soulager leurs souffrances, voire de faire évoluer leur demande d'aide à mourir. Or, l'un des garde-fous essentiels du dispositif réside précisément dans l'accompagnement médical et palliatif tout au long du parcours, permettant de réévaluer les besoins de la personne, d'optimiser la prise en charge de la douleur et, le cas échéant, de conduire celle-ci à renoncer à sa demande. Une clause de conscience d'établissement pourrait ainsi avoir pour conséquence non seulement de limiter l'accès à l'aide à mourir, mais également de détourner certains patients des structures les plus à même de leur proposer un accompagnement global de fin de vie ; affaiblissant paradoxalement une garantie essentielle du dispositif.

En outre, une clause de conscience d'établissement conduirait à faire prévaloir les convictions institutionnelles sur l'autonomie des patients. Or, le droit contemporain de la santé est largement structuré autour du respect de la volonté de la personne malade et de son libre choix, sous réserve des conditions prévues par la loi. Permettre à un établissement d'opposer un refus collectif reviendrait à substituer une décision institutionnelle à la volonté individuelle du patient, alors même que les professionnels de santé demeurent, quant à eux, libres d'invoquer leur propre clause de conscience.

Enfin, la liberté de conscience protège avant tout les personnes dans leurs convictions personnelles et ne saurait, à elle seule, justifier un droit général de refus reconnu aux établissements. Dans les établissements publics de santé, une telle faculté pourrait se heurter aux principes d'égalité devant le service public, de continuité et de neutralité du service public hospitalier. S'agissant des établissements privés, la liberté d'entreprendre et la liberté d'association, bien que constitutionnellement garanties, peuvent faire l'objet de limitations justifiées par l'intérêt général, dès lors qu'elles ne sont pas disproportionnées. En l'espèce, l'obligation faite aux établissements de permettre la mise en œuvre de l'aide à mourir vise à garantir l'effectivité d'un droit reconnu par la loi et ne les contraint pas à participer directement à l'acte lui-même mais uniquement à permettre l'intervention d'un soignant extérieur. À l'inverse, permettre à un établissement de refuser la mise en œuvre de cette procédure pourrait créer des différences d'accès entre les patients selon leur lieu de prise en charge et compromettre l'effectivité du droit reconnu par le législateur.

Pour finir, nous tenons à rappeler que les situations de fin de vie présentent des caractéristiques propres qui les distinguent d'autres domaines du droit de la santé dans lesquels une clause de conscience a pu être admise, notamment l'interruption volontaire de grossesse. Alors que l'IVG peut, dans la très grande majorité des cas, être différée de quelques jours et réalisée dans un autre établissement sans altérer de manière irréversible la situation de la patiente, les demandes d'aide à mourir interviennent dans un contexte marqué par une souffrance réfractaire, une altération progressive de l'état

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

de santé et une temporalité particulièrement contrainte. Imposer un transfert ou un changement de structure à une personne en phase avancée d'une maladie grave est susceptible d'engendrer une souffrance physique et psychologique supplémentaire, voire de rendre matériellement impossible l'exercice du droit reconnu par la loi. Dès lors, la transposition du modèle de la clause de conscience applicable à l'IVG ne paraît ni juridiquement évidente ni matériellement pertinente. La singularité des situations de fin de vie commande, au contraire, de privilégier une organisation des soins garantissant un accès effectif et égal à la procédure prévue par le législateur, tout en préservant la liberté de conscience individuelle des professionnels concernés.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre haute considération.

Gérard Raymond,
Président de France Assos Santé

A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 6 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé
10, Villa Bosquet – 75007 Paris • Tél. : 01 40 56 01 49 • Fax : 01 47 34 93 27
contact@france-assos-sante.org • www.france-assos-sante.org
SIREN : 481 370 039 – SIRET : 481 370 039 00036 • Facturation et règlement à adresser à l'ordre de l'UNAASS – URAASS

ONEST
Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence
47, Boulevard de Courcelles – 75008 PARIS • contact@onest-alternative.org • www.onest-alternative.org • RNA : W751271596

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel
À l'attention de Monsieur le Secrétaire général
2, rue de Montpensier – 75001 PARIS

Par courriel *: contributions-exterieures@conseil-constitutionnel.fr*
Copie : greffe@conseil-constitutionnel.fr

Objet
Contribution extérieure de l'association ONEST — Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence — sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026

Saisines formées en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution par le Président du Sénat (16 juillet 2026, affaire n° 2026-910 DC), par le Premier ministre et par plus de soixante sénateurs

Paris, le 21 juillet 2026

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

L'association ONEST — Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence — rassemble des médecins, des psychologues et des professionnels du droit engagés dans la défense des droits fondamentaux, notamment en matière de santé. Depuis sa fondation en 2023, l'association exerce une mission de veille, d'alerte et de soutien aux personnes confrontées aux institutions sanitaires et judiciaires.

L'ONEST a l'honneur de porter à votre connaissance les observations qui suivent. Celles-ci recoupent partiellement les griefs articulés par les auteurs des trois saisines et s'attachent principalement à exposer trois points qui, à la connaissance de l'ONEST, ne sont pas ou peu développés devant vous : le caractère différé de la seule garantie destinée à protéger les majeurs protégés, l'étendue restreinte des voies de recours ouvertes contre une décision par construction irréversible, et le renvoi au pouvoir réglementaire des règles mêmes qui doivent assurer l'impartialité du contrôle.

Sur la recevabilité, la méthode de citation et l'objet de la contribution

La présente contribution est adressée au Conseil constitutionnel en application de la pratique dite de la « porte étroite », formalisée par l'article 13 du règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, issu de la décision n° 2022-152 ORGA du 11 mars 2022 et applicable depuis le 1er juillet 2022.

La « petite loi » n'étant pas publiée à la date des présentes, l'ONEST précise le texte sur lequel portent ses observations. En lecture définitive, l'Assemblée nationale ne peut, en vertu de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, que reprendre le dernier texte voté par elle, le cas échéant modifié par un ou plusieurs des amendements adoptés par le Sénat. Aucun amendement n'y est recevable. Le Sénat ayant, le 7 juillet 2026, adopté une motion opposant la question préalable, laquelle a entraîné le rejet du texte sans examen des articles, aucun amendement sénatorial n'a pu être adopté. Il en résulte que la loi adoptée le 15 juillet 2026 reprend nécessairement, dans les mêmes termes, le texte délibéré par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026 (texte adopté n° 323, transmis au Sénat sous le n° 3059).

Les dispositions critiquées sont en conséquence désignées par leur numérotation au sein du code de la santé publique, laquelle demeure indifférente à la numérotation des articles de la loi, le numéro de l'article correspondant de ce texte étant rappelé entre parenthèses.

L'ONEST n'ignore pas que cette contribution ne constitue pas un document de procédure et que le Conseil demeure libre de la réception qu'il entend lui donner. Elle sait également que le Conseil ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement. Les développements qui suivent ne portent donc, à dessein, ni sur l'opportunité de la réforme ni sur les débats de conscience qu'elle suscite, mais exclusivement sur la conformité du texte déféré aux exigences constitutionnelles.

Moyen n° 1 — Sur l'incompétence négative du législateur au regard du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

A. Un principe constitutionnel exigeant

Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation a été érigé au rang de principe à valeur constitutionnelle par la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994. Il impose que les conditions dans lesquelles il est porté atteinte à l'intégrité du corps humain soient entourées de garanties légales suffisantes, fixées par le législateur lui-même en application de l'article 34 de la Constitution.

B. Un dispositif dont la loi ne détermine aucun élément matériel

Or la loi déférée ne détermine ni la nature des substances employées, ni les doses, ni les modalités de leur administration, ni les conditions de la surveillance de leurs effets. Elle confie à la Haute Autorité de santé le soin de « définir les substances létales susceptibles d'être utilisées » et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques (article L. 161-37, 23°, du code de la sécurité sociale, article 16 de la loi), et prévoit que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ne peut procéder à l'évaluation de ces produits que « par exception, sur demande du ministre chargé de la santé » (article L. 5311-1 du code de la santé publique, même article 16). L'intervention de l'agence chargée de la sécurité sanitaire est ainsi rendue facultative et subordonnée à une initiative ministérielle.

Il en résulte que l'élément le plus directement susceptible d'affecter la dignité de la personne au moment même de l'acte (i.e. la nature de ce qui lui sera administré et les effets que cette substance produira sur son corps) n'est arrêté par aucune disposition de valeur législative, ni même, à la date de la décision du Conseil, par aucune norme, la Haute Autorité de santé, saisie le 9 février 2026, devant clore ses travaux le 1er novembre 2026. Le Conseil serait ainsi appelé à apprécier la constitutionnalité d'un dispositif dont le contenu matériel demeure entièrement indéterminé.

C. Une délégation qui n'a pas un objet purement technique

L'ONEST anticipe l'objection selon laquelle la détermination de substances pharmacologiques relèverait par nature d'un renvoi ordinaire, insusceptible de caractériser une incompétence négative. Une telle objection ne saurait convaincre s'agissant d'un acte dont l'objet même est de provoquer la mort : le choix des substances et de leurs modalités d'administration n'est pas une modalité d'exécution accessoire, mais l'élément constitutif de la garantie que l'acte s'accomplisse dans des conditions conformes à la dignité due à la personne.

Cette exigence est d'autant plus impérieuse que l'absence de souffrance ne procède pas d'une évidence médicale. Les travaux publiés sur les complications observées dans les pays ayant légalisé ces pratiques (durée d'agonie excédant la durée annoncée, échecs d'induction du coma, réveils, nécessité pour le praticien d'intervenir après l'échec de l'auto-administration) établissent qu'elle ne peut être présumée. Le législateur ne pouvait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence, s'abstenir de fixer tout critère d'encadrement.

L'ONEST relève enfin le contraste que ce silence fait apparaître au sein d'un même texte. La loi exige, pour ouvrir l'accès au dispositif, que la souffrance soit réfractaire aux traitements, c'est-à-dire qu'elle ait résisté à tout ce que la médecine peut lui opposer, elle n'exige rien de comparable quant aux conditions dans lesquelles il sera mis fin à la vie de celui qui l'éprouve. Une exigence de résultat est ainsi posée à l'égard du soin, et aucune à l'égard de l'acte qui lui est substitué.

(**Annexe technique en pièce jointe**)

Moyen n° 2 — Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi

L'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, dégagé par la décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999, impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques afin de prémunir les sujets de droit contre le risque d'arbitraire. Deux séries de dispositions y contreviennent.

A. Le critère central d'éligibilité

Aux termes de l'article L. 1111-12-2, 3°, du code de la santé publique (article 4 de la loi), la personne doit être atteinte d'une affection grave et incurable engageant 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 ».

À la différence du critère du pronostic vital engagé à court terme, retenu par la loi du 2 février 2016 comme par les législations étrangères comparables, la notion d'aggravation affectant la « qualité de vie » ne constitue pas un critère médicalement objectivable. Elle est susceptible de recouvrir aussi bien une phase terminale au sens commun du terme qu'une pathologie chronique, invalidante mais non mortelle à brève échéance, dès lors qu'elle est regardée comme dégradant la qualité de vie. Aucun horizon temporel n'étant fixé, le champ d'application de la loi n'est pas déterminé.

La même indétermination affecte le 4° du même article, qui admet une souffrance « insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ». Le critère devient alors purement subjectif et échappe, par

construction, à toute vérification par le médecin auquel la loi confie pourtant le soin de s'assurer qu'il est rempli.

B. Le périmètre indéterminé de la cause d'irresponsabilité pénale

L'article L. 1111-12-1, II, du code de la santé publique (article 2 de la loi) dispose que « les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir » dans les conditions prévues ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal. La catégorie des personnes « qui concourent » n'est définie nulle part. En matière pénale, où l'exigence de précision est renforcée par l'article 8 de la Déclaration de 1789, une cause d'irresponsabilité dont le champ personnel n'est pas déterminé laisse subsister une incertitude sur l'étendue même de la dépénalisation opérée.

L'ONEST demande, à tout le moins, une réserve d'interprétation précisant que la phase avancée s'entend d'un pronostic vital engagé à une échéance médicalement déterminable, et que la cause d'irresponsabilité pénale ne bénéficie qu'aux professionnels de santé limitativement désignés par la loi.

Moyen n° 3 — Sur l'exigence d'un consentement libre et éclairé et sur la protection due aux personnes vulnérables

A. Une exigence constitutionnelle portée à son degré le plus élevé

La liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, implique que toute atteinte à l'intégrité de la personne repose sur un consentement réellement libre et éclairé. Il incombe en outre au législateur d'assurer une protection particulière aux personnes que leur état place en situation de vulnérabilité. Ces exigences atteignent ici leur degré le plus élevé, l'acte étant par définition sans retour.

B. Un seuil d'aptitude défini par la négative

L'article L. 1111-12-4, I, du code de la santé publique (article 6 de la loi) se borne à énoncer que « la personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée ». Il s'en déduit, a contrario, qu'une altération du discernement qui ne serait pas jugée grave ne fait pas obstacle à l'accès au dispositif. Le législateur a ainsi retenu, pour l'acte le plus irréversible qui soit, un seuil d'aptitude inférieur à celui qu'exige le droit civil pour les actes patrimoniaux les plus courants.

C. Une protection des majeurs protégés purement consultative

Les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ne sont pas exclus du dispositif. La personne chargée de la mesure est seulement informée, ses observations étant recueillies et communiquées au collège pluriprofessionnel. Le recours à un médecin inscrit sur la liste prévue à l'article 431 du code civil est une simple faculté laissée au médecin (article L. 1111-12-4, II, 3°). Aucun avis conforme, aucune autorisation préalable, aucune intervention du juge des tutelles ne sont prévus. Au surplus, la décision demeure celle du seul médecin saisi : le collège pluriprofessionnel, qu'il réunit et dont il choisit partiellement la composition, n'émet qu'un avis, la loi disposant expressément que « la décision sur la demande d'aide à mourir est prise par le médecin ». La collégialité annoncée est donc consultative.

D. Une garantie différée jusqu'à cinq années après le vote de la loi

L'ONEST appelle tout particulièrement l'attention du Conseil sur ce point. L'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique impose au médecin de demander à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection et de « vérifier ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil ». Or, le II de l'article 5 de la loi diffère l'entrée en vigueur de cette obligation de vérification « à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2028 ».

Il en résulte que, pendant une période pouvant atteindre deux années et demie à compter de la promulgation, la seule garantie objective permettant d'identifier un majeur protégé et, partant, de déclencher l'information de son tuteur ou de son curateur comme le recours dérogatoire ouvert à celui-ci, reposera sur la déclaration de la personne elle-même, c'est-à-dire de celle dont l'aptitude est précisément en cause. Une garantie légale dont la mise en œuvre dépend ainsi de la seule déclaration du sujet à protéger n'est pas une garantie. Le législateur a, ce faisant, privé de garanties légales les exigences constitutionnelles de protection des personnes vulnérables, et institué entre les intéressés une différence de traitement fondée sur la seule date à laquelle le pouvoir réglementaire décidera d'agir.

E. Une vérification de la volonté qui ne repose sur aucun élément documentaire

La même faiblesse affecte, plus largement, la vérification à laquelle le médecin est tenu de procéder. La loi lui impose de s'assurer que la personne est apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, mais ne lui impose de consulter aucun document, ceci alors même que le législateur venait, moins de deux mois plus tôt, d'organiser avec un soin particulier le recueil, la conservation et l'actualisation de l'écrit par lequel toute personne exprime sa volonté relative à sa fin de vie.

L'article 18 de la loi du 26 mai 2026 a en effet complété sur plusieurs points le régime des directives anticipées défini à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique : celles-ci sont désormais conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du même code. Leur existence et la possibilité de les réviser sont régulièrement rappelées à leur auteur dans son espace numérique de santé. La caisse d'assurance maladie informe périodiquement chaque assuré, à compter de sa majorité, de la possibilité de les rédiger, de les réviser et de les confirmer. Lorsque plusieurs directives existent, les plus récentes prévalent quel qu'en soit le support. Le plan personnalisé d'accompagnement, lorsqu'il en existe un, y est annexé et des campagnes nationales d'information leur sont consacrées.

La collectivité consacre ainsi des moyens publics à ce que chacun consigne par écrit ce qu'il souhaite pour sa fin de vie, et à ce que cet écrit demeure à jour et accessible au professionnel qui le prend en charge. La loi déférée n'en tire aucune conséquence : elle n'impose au médecin saisi d'une demande d'aide à mourir ni de rechercher l'existence de telles directives, ni d'en prendre connaissance, ni d'en faire état devant le collège pluriprofessionnel. Le dispositif le plus complet dont le droit français dispose pour établir la volonté d'une personne quant à sa fin de vie demeure sans emploi au moment précis où cette volonté emporte les conséquences les plus graves.

L'ONEST n'ignore pas que ces directives sont conçues pour l'hypothèse où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté, et qu'elles ne sauraient être opposées à une demande

formée par une personne apte à s'exprimer, laquelle demeure d'ailleurs libre de les réviser ou de les révoquer à tout moment. Là n'est pas le propos.

Ces directives constituent, lorsqu'elles existent, la seule trace écrite et datée d'une volonté formée par la personne hors de la situation de souffrance ou de dépendance dans laquelle la demande est ensuite présentée. Une contradiction entre une directive récente et la demande formulée n'aurait pas pour effet de faire obstacle à celle-ci. Elle constituerait en revanche un élément que le médecin, chargé d'apprécier le caractère libre et éclairé de la volonté, ne saurait raisonnablement ignorer. Or la loi ne lui impose ni de rechercher l'existence de telles directives, ni d'en prendre connaissance, ni d'en faire état devant le collège pluriprofessionnel.

Un dernier rapprochement achève de rendre cette omission inexplicable. Avant tout prélèvement d'organes sur une personne décédée, la loi impose au médecin de s'assurer de l'absence d'opposition en consultant le registre national automatisé des refus. Avant de disposer du corps d'une personne qui n'est plus, la vérification documentaire de sa volonté est ainsi une obligation. Avant de mettre fin à la vie d'une personne qui est encore, elle n'en est pas une. L'ONEST observe que le procédé était connu du législateur, disponible et sans coût.

L'ONEST prie en conséquence le Conseil de préciser, par voie de réserve, que le médecin saisi d'une demande d'aide à mourir est tenu de rechercher l'existence de directives anticipées et, le cas échéant, d'en prendre connaissance et de les porter à la connaissance du collège pluriprofessionnel.

F. Des délais qui ne permettent pas la vérification annoncée

Enfin, si la loi impose au médecin de notifier sa décision dans un délai maximal de quinze jours et ouvre à la personne un délai de réflexion d'« au moins deux jours » à compter de cette notification (article L. 1111-12-4, III et IV), elle ne lui impose aucun délai minimal. La procédure peut donc être conduite à son terme en quelques jours, alors même qu'elle est censée permettre la vérification du caractère libre et éclairé d'une volonté, l'information sur les soins palliatifs et, le cas échéant, l'orientation vers un psychiatre. L'ONEST relève que ce grief recoupe l'objet de la saisine du Premier ministre.

Moyen n° 4 — Sur le caractère incomplet des voies de recours ouvertes contre une décision irréversible

A. Une exigence constitutionnelle rappelée avec constance

Il résulte de l'article 16 de la Déclaration de 1789 qu'en principe il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction (décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996). Le caractère effectif d'un recours s'apprécie au regard de son objet : lorsque l'exécution de la décision contestée éteint définitivement l'objet du litige, le recours n'a de portée utile que s'il peut être exercé, en temps utile, par une personne en mesure de le former.

B. Un cercle de requérants restreint à deux catégories

Aux termes de l'article L. 1111-12-10 du code de la santé publique (article 12 de la loi), la décision du médecin « ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande », la personne chargée d'une mesure de protection juridique disposant seule, par dérogation, d'un recours propre, dans un délai de deux jours à compter de la notification.

L'ONEST prend acte de ce que la saisine du juge des référés sur le fondement des articles L. 521-1 ou L. 521-2 du code de justice administrative suspend la procédure. Cette garantie, réelle, est toutefois insuffisante à trois titres.

En premier lieu, la phrase instituant cet effet suspensif figure au second alinéa de l'article, consacré au recours de la personne chargée de la mesure de protection. Sa portée à l'égard du recours ouvert au premier alinéa n'est pas dépourvue d'ambiguïté. Une réserve d'interprétation devrait, à tout le moins, préciser que toute saisine du juge des référés sur ces fondements suspend la procédure, quel qu'en soit l'auteur.

En deuxième lieu, le délai de deux jours imparti à la personne chargée de la mesure de protection pour saisir le juge, un délai qui suppose d'identifier un conseil, de constituer un dossier médical et de rédiger une requête, n'est pas en rapport avec la gravité de l'enjeu, alors qu'aucun délai comparable n'enserre la décision du médecin.

En troisième lieu et surtout, aucune autre personne ne dispose d'un recours. Ni la personne de confiance, ni un proche aidant, ni un membre de la famille, ni le médecin traitant, ni l'auxiliaire médical ayant participé au collège ne peuvent contester la décision, quand bien même ils auraient alerté sur des pressions ou sur une altération du discernement. La loi organise ainsi, autour de la personne, un cercle de silence juridictionnel au moment précis où la vigilance d'un tiers serait la plus nécessaire. Il faut rappeler que, pour la personne dont le discernement est altéré sans qu'une mesure de protection ait été prononcée, ou dont la mesure n'aura pas été décelée faute d'accès au registre avant 2028, il n'existe alors aucun titulaire du droit de recours.

L'ONEST demande, à titre de réserve, que la qualité pour agir soit reconnue à la personne de confiance, à la famille et aux proches mentionnés à l'article L. 1111-12-4, II, 4°du code de la santé publique.

Moyen n° 5 — Sur l'atteinte à la liberté de conscience et à la liberté d'association

A. Le fondement constitutionnel

La liberté de conscience, qui procède de l'article 10 de la Déclaration de 1789 et que le Préambule de 1946 range au nombre des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République, a été reconnue comme pouvant fonder une clause de conscience opposable en matière d'interruption volontaire de grossesse (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001). La liberté d'association constitue elle-même un principe fondamental reconnu par les lois de la République depuis la décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971.

L'ONEST n'ignore pas que, par la décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, le Conseil a écarté toute clause de conscience au bénéfice des officiers de l'état civil. La situation diffère à un double titre : l'officier de l'état civil agit au nom de l'État, dont il est tenu d'assurer le fonctionnement neutre, et l'acte qu'il accomplit est sans effet sur l'intégrité d'une personne. Le commentaire officiel de cette décision souligne d'ailleurs que l'acte accompli par l'officier de l'état civil est un acte juridique qui n'implique pas sa conscience dans des conditions comparables à celles de l'acte de diagnostic ou de traitement accompli par le médecin. Cette distinction, qui a fondé la solution retenue, désigne précisément la catégorie dans laquelle se rangent les actes ici en cause : le pharmacien et l'établissement concourent matériellement à un acte dont la finalité exclusive est de provoquer la mort.

B. Les pharmaciens, tenus à une obligation de résultat sans clause de conscience

L'article L. 1111-12-12, I, du code de la santé publique (article 14 de la loi) réserve le bénéfice de la clause de conscience aux « professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 ». Les pharmaciens, dont les missions sont définies à l'article L. 1111-12-6, sont ainsi exclus du champ de la clause par le jeu des renvois.

Cette exclusion n'est pas une abstention : l'article L. 1111-12-6 leur impose expressément d'effectuer leurs missions « dans un délai permettant l'administration de la substance létale à la date fixée ». La pharmacie à usage intérieur réalise la préparation magistrale létale, la pharmacie d'officine la délivre, l'une et l'autre sous une obligation de résultat assortie d'un impératif de calendrier. Il est difficile de soutenir que la confection et la remise du produit destiné à donner la mort ne concourent pas directement à l'acte : la liberté de conscience ne se mesure pas à la proximité chronologique avec le geste final, mais à la nature de la participation apportée à sa réalisation.

Cette exclusion heurte au surplus l'article R. 4235-2 du code de la santé publique, aux termes duquel le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine, et institue, entre professionnels de santé concourant tous à une même procédure, une différence de traitement qui ne repose sur aucun critère objectif et rationnel en rapport avec l'objet de la loi.

C. Les établissements, tenus d'ouvrir leurs murs sans conciliation aucune

L'article L. 1111-12-12, II, dispose que le responsable de l'établissement de santé, social ou médico-social « est tenu d'y permettre » l'intervention des professionnels et l'accès des personnes participant à l'administration de la substance létale. Aucune faculté d'objection collective n'est prévue, aucune exception n'est ménagée au bénéfice des établissements dont le projet, la charte ou l'objet statutaire excluent un tel acte.

L'objection tirée de ce que « les murs n'ont pas de conscience » ne rend pas compte de la réalité juridique. Un établissement géré par une association ou par une congrégation n'est pas un mur : c'est une personne morale, constituée par des personnes physiques autour d'un objet déterminé, et dont le caractère propre est reconnu par le droit. Lui imposer d'accueillir en son sein, au besoin par l'intervention de tiers, un acte que l'ensemble de son personnel réprouve, revient à la placer devant l'alternative de trahir son objet ou de cesser d'exister.

L'ONEST n'ignore pas que, par la décision n° 2001-446 DC précitée, le Conseil a admis que le législateur pût supprimer le droit, pour le chef de service d'un établissement public de santé, de s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans son service, tout en préservant sa liberté personnelle de ne pas y procéder lui-même. Cette solution ne saurait être transposée au cas présent. Elle concernait le service public hospitalier, dont un chef de service ne peut faire obstacle à l'accomplissement de la mission dont l'établissement est légalement investi. Elle ne dit rien de la situation d'une personne morale de droit privé, constituée en dehors de tout service public autour d'un objet statutaire déterminé, dont la liberté ne procède pas des prérogatives d'un agent mais de la liberté d'association elle-même.

L'ONEST ne demande pas au Conseil de faire prévaloir la liberté de l'établissement sur le droit d'accès de la personne. Elle soutient qu'aucune conciliation n'a été opérée entre ces deux exigences constitutionnelles : le législateur a purement et simplement fait abstraction de la

seconde. C'est cette absence de conciliation, et non son résultat, qui est constitutionnellement viciée. À tout le moins, une réserve devrait préciser que l'obligation prévue au II ne s'impose pas lorsque l'accès effectif de la personne à une autre structure est assuré.

Moyen n° 6 — Sur le renvoi au pouvoir réglementaire des règles destinées à garantir l'impartialité du contrôle

A. Un contrôle exclusivement postérieur au décès

Le contrôle organisé par l'article L. 1111-12-13 du code de la santé publique (article 15 de la loi) n'intervient qu'après la mort de la personne, « à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information » que les professionnels ayant concouru à l'acte ont eux-mêmes alimenté. Aucun contrôle préalable, ni médical indépendant, ni juridictionnel, n'est institué. Un contrôle qui ne peut, par hypothèse, ni prévenir ni corriger l'irrégularité qu'il constate ne saurait tenir lieu de garantie légale : il ne peut avoir qu'une portée statistique ou disciplinaire.

B. Un organe placé auprès du ministre et chargé de missions inconciliables

La commission est « placée auprès du ministre chargé de la santé ». Elle cumule le contrôle a posteriori des procédures, le suivi et l'évaluation de l'application de la loi, la responsabilité du système d'information et la tenue du registre des professionnels de santé déclarés disposés à participer à l'acte (article L. 1111-12-13, I, 3°, et article L. 1111-12-12, III). Le même organe est ainsi chargé de faciliter la mise en œuvre du dispositif et d'en contrôler la régularité.

C. Une composition dont les garanties sont abandonnées au décret

Le IV de l'article L. 1111-12-13 dispose que « la composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité (…) sont déterminées par décret en Conseil d'État ». Le législateur a donc renvoyé au pouvoir réglementaire la détermination des règles mêmes dont il attend qu'elles garantissent l'indépendance et l'impartialité d'un organe placé auprès d'un ministre.

Le socle minimal qu'il fixe ne comble pas cette lacune. Il prévoit que la commission comprend « au moins » deux médecins, un membre du Conseil d'État, un membre de la Cour de cassation, deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé et deux personnalités désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales. Aucune incompatibilité n'est prévue, notamment à l'égard des personnes ou organismes ayant publiquement pris parti sur l'application de la loi ou concourant à sa mise en œuvre. Or l'association qui porte de longue date la revendication à l'origine du texte est agréée, depuis 2006, au titre de la représentation des usagers du système de santé, et se trouve donc éligible à ce titre. Aucune règle de déport n'est davantage énoncée.

Il résulte de l'article 16 de la Déclaration de 1789 que les principes d'indépendance et d'impartialité sont indissociables de l'exercice de fonctions de contrôle susceptibles d'affecter des droits et libertés, et de l'article 34 de la Constitution qu'il appartenait au législateur de fixer lui-même les garanties fondamentales correspondantes. En s'en remettant au décret alors qu'il fait de ce contrôle la contrepartie même de la dépénalisation qu'il institue, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence dans des conditions affectant les droits en cause.

Moyen n° 7 — Sur la privation de garanties légales des exigences constitutionnelles de protection de la santé

Le onzième alinéa du Préambule de 1946 dispose que la Nation garantit à tous la protection de la santé. Si le Conseil constitutionnel ne saurait censurer une loi en raison des dispositions qu'elle ne comporte pas, il lui appartient de vérifier que le législateur, en instituant un droit nouveau, ne prive pas de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel.

L'ONEST prend acte de ce que, moins de deux mois avant l'adoption de la loi déférée, le législateur a adopté la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs. Le grief ne porte donc pas sur l'inaction du législateur, mais sur la disproportion entre les deux régimes qu'il a successivement institués pour répondre à une même situation.

La loi du 26 mai 2026 énonce que l'accompagnement et les soins palliatifs mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé et qu'ils sont accessibles sur l'ensemble du territoire national, leur répartition garantissant un accès équitable (article L. 1110-10 du code de la santé publique). Elle ne confère toutefois à la personne malade aucun droit individuel dont elle puisse exiger le bénéfice, ni aucune voie de recours. Elle procède par voie d'organisation et de programmation : l'accès est assuré dans le cadre d'organisations territoriales pilotées par les agences régionales de santé (article L. 1110-10-2). Une stratégie nationale pluriannuelle est définie par le Gouvernement et suivie par une instance de gouvernance placée auprès du ministre (article L. 1110-9-1). Les crédits de paiement correspondants sont échelonnés de 2026 à 2034 (article 5 de la loi). Puis, l'objectif assigné en matière de structures est d'atteindre un minimum de deux unités de soins palliatifs par région avant le 31 décembre 2030.

La loi déférée procède exactement à l'inverse. Elle institue un droit individuel, exigible dès l'intervention de ses décrets d'application, dont la mise en œuvre est intégralement prise en charge par la solidarité nationale, sans participation de l'assuré ni franchise et sans possibilité de dépassement d'honoraires (articles L. 160-8, L. 160-14, L. 160-15 et L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale, article 18 de la loi). Quant à l'accompagnement, elle se borne à imposer au médecin d'informer la personne de la possibilité d'en bénéficier et de s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès (article L. 1111-12-3, II, 2°) : une obligation de moyens, dont l'exécution demeure suspendue à l'état de l'offre locale.

Or, selon le rapport de la Cour des comptes de juillet 2023, seuls quarante-huit pour cent des besoins de soins palliatifs sont pourvus, et le premier bilan de la stratégie décennale présenté par le ministère de la santé en mars 2025 fait état de dix-neuf départements encore dépourvus d'unité de soins palliatifs. Il en résulte qu'à la même personne, au même moment, la puissance publique propose d'un côté un droit individuel, immédiat et intégralement financé, de l'autre un objectif de programmation dont l'échéance est fixée à 2030 pour les structures et à 2034 pour les crédits. Pendant toutes ces années, le caractère libre du choix ouvert par la loi dépendra, pour une part déterminante, d'une circonstance géographique étrangère à la volonté de la personne : là où l'accompagnement est effectivement accessible, une alternative existe ; là où il ne l'est pas encore, l'aide à mourir demeure la seule réponse immédiatement disponible. Proclamer deux réponses et n'en rendre qu'une immédiatement exigible, c'est déterminer par avance celle qui sera le plus souvent choisie. Cette situation, qui affecte directement l'exigence de consentement libre analysée au moyen n° 3, justifie qu'à tout le moins l'entrée en vigueur du dispositif soit subordonnée à l'effectivité, sur l'ensemble du territoire, de l'accès à l'accompagnement.

Sur le caractère inséparable des dispositions viciées

Le Conseil constitutionnel ne censure en principe que les dispositions contraires à la Constitution, sauf lorsque celles-ci ne sont pas séparables de l'ensemble du texte qui lui est déféré, notamment lorsqu'elles sont constitutives de l'équilibre que le législateur devait assurer entre des exigences constitutionnelles concurrentes.

Tel est le cas en l'espèce. Les griefs exposés aux moyens n° 3 à 6 ne portent pas sur des dispositions accessoires : ils touchent à l'équilibre même que le législateur devait établir entre le droit nouvellement créé, d'une part, la protection des personnes vulnérables, la liberté de conscience et la garantie des droits, d'autre part. Une censure qui se bornerait à retrancher isolément telle ou telle disposition laisserait subsister un texte plus permissif et moins protecteur que celui que le Parlement a voté. Un texte, en somme, qu'aucune assemblée n'a jamais adopté.

Cette rupture d'équilibre est aggravée par le moyen n° 1 : le contenu matériel de l'acte que la loi autorise n'est, à la date de la décision du Conseil, arrêté par aucune norme, de sorte que le dispositif d'ensemble repose sur des garanties qui n'existent pas encore.

Moyen n° 8 — Sur l'absence de garanties encadrant l'articulation entre l'aide à mourir et le prélèvement d'organes

A. Une exigence rattachée à la sauvegarde de la dignité

Par la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, le Conseil constitutionnel a rangé l'absence de caractère patrimonial du corps humain au nombre des principes qui concourent à la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Ce principe trouve sa traduction législative aux articles 16-1 et 16-3 du code civil. Il ne s'agit donc pas d'une règle de police sanitaire, mais d'une composante d'une exigence constitutionnelle que le législateur est tenu de mettre en œuvre.

B. Une situation nouvelle créée par la loi elle-même

La loi déférée institue un décès dont la date, l'heure et le lieu sont arrêtés à l'avance, en accord avec la personne, et connus des professionnels qui y concourent. Cette prévisibilité, que la mort naturelle ne permet qu'exceptionnellement, place la question du prélèvement d'organes dans une configuration inédite : le prélèvement n'y est plus une éventualité tributaire des circonstances mais une opération dont les conditions techniques optimales sont, par construction, réunies. Le législateur ne pouvait ignorer que le dispositif qu'il créait produirait cet effet.

C. Un silence complet, alors que le texte traite d'un risque voisin

Or la loi ne comporte aucune disposition sur ce point. Elle n'interdit ni n'encadre le prélèvement consécutif à une aide à mourir. Elle n'institue aucune incompatibilité entre le médecin qui statue sur la demande, celui qui accompagne l'administration de la substance et les professionnels chargés de la coordination d'un éventuel prélèvement. Elle ne fixe aucune règle quant au moment auquel la question du don peut être abordée avec la personne, alors que la procédure comporte plusieurs étapes distinctes et que l'évocation d'un tel don avant la confirmation de la demande est de nature à peser sur celle-ci. Elle n'organise, enfin, aucune traçabilité distincte des deux procédures.

Ce silence est d'autant plus frappant que le législateur a expressément traité un risque voisin : le III de l'article 18 de la loi prohibe toute rémunération ou gratification, en espèces ou en nature, allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir. Le législateur a donc envisagé que la procédure pût donner lieu à des contreparties et s'est prémuni contre les seules contreparties pécuniaires, sans considérer celles qui procéderaient de l'utilité attendue du corps. Ayant identifié le risque, il ne pouvait, sans priver de garanties légales l'exigence constitutionnelle rappelée ci-dessus, s'abstenir d'en traiter la seconde face.

D. La réserve demandée

L'ONEST soutient que l'absence de toute séparation organique entre les deux procédures fait reposer la protection de la personne sur la seule pratique, alors que la Constitution exige une garantie légale. Elle prie en conséquence le Conseil d'assortir sa décision d'une réserve d'interprétation aux termes de laquelle, d'une part, la question d'un prélèvement d'organes ne peut être abordée avec la personne avant qu'elle ait confirmé sa demande, et, d'autre part, les professionnels intervenant dans la procédure d'aide à mourir ne peuvent participer à la décision ni à la coordination d'un prélèvement concernant cette même personne.

Observation finale

Une dernière observation, qui commande l'ensemble des moyens qui précèdent. La loi déférée ne se borne pas à lever une interdiction. Elle institue un droit et en définit les conditions d'accès. Elle en organise la procédure et en fixe les délais. Elle en confie la mise en œuvre à des professionnels de santé qu'elle désigne. Elle couvre ceux qui y concourent par une cause d'irresponsabilité pénale. Elle en fait prendre en charge le coût, intégralement et sans participation, par la solidarité nationale. Elle en confie enfin le contrôle à une commission placée auprès d'un ministre. La puissance publique n'est donc pas, dans ce dispositif, en position de retrait : elle en est partie prenante à chacun de ses stades.

Il en résulte que la question soumise au Conseil n'est pas celle de la liberté de la personne qui demande à mourir. Cette question, qui relève du débat de conscience et de l'appréciation du législateur, n'est pas celle du contrôle de constitutionnalité. La question est celle des conditions auxquelles l'État peut organiser, prescrire, financer et contrôler un acte dont la particularité est de ne souffrir aucune correction. Or la demande d'une personne ne crée pas, par elle-même, la compétence de la puissance publique ni la mesure des garanties qu'il lui appartient d'apporter. Elle rend au contraire ces garanties plus impérieuses, à proportion de ce que l'acte a d'irrémédiable.

Ces garanties, le législateur les a lui-même présentées comme la contrepartie du droit qu'il institue : vérification de l'aptitude à consentir, protection des majeurs protégés, voies de recours, liberté de conscience des professionnels et des établissements, impartialité du contrôle, accès effectif à l'accompagnement palliatif. L'ONEST soutient qu'aucune d'entre elles n'a reçu, dans le texte déféré, la consistance que la Constitution exige : elles sont tour à tour différées dans le temps, réduites à un avis, restreintes à un cercle de titulaires trop étroit, ou renvoyées au pouvoir réglementaire. C'est ce constat, et lui seul, que l'ONEST soumet à votre appréciation.

PAR CES MOTIFS

L'ONEST prie respectueusement le Conseil constitutionnel de bien vouloir prendre en considération les observations qui précèdent et :

— à titre principal, de déclarer la loi déférée contraire à la Constitution dans son ensemble, les vices exposés aux moyens n° 1 et 3 à 6 n'étant pas séparables de l'équilibre général du texte ;

— à titre subsidiaire, de déclarer contraires à la Constitution les dispositions qui abandonnent au pouvoir réglementaire et à la Haute Autorité de santé la détermination des substances létales et de leurs conditions d'administration sans l'encadrer d'aucun critère légal (moyen n° 1), celles qui diffèrent jusqu'au 31 décembre 2028 l'entrée en vigueur de l'obligation de consulter le registre des mesures de protection (moyen n° 3), celles qui excluent les pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience et privent les établissements de toute faculté d'objection collective (moyen n° 5), et celles qui renvoient au décret les règles destinées à garantir l'indépendance et l'impartialité de la commission de contrôle (moyen n° 6) ;

— à titre plus subsidiaire encore, d'assortir sa décision des réserves d'interprétation nécessaires pour que la phase avancée s'entende d'un pronostic vital engagé à échéance médicalement déterminable et que la cause d'irresponsabilité pénale soit limitée aux professionnels de santé désignés par la loi (moyen n° 2), pour que le médecin soit tenu de rechercher l'existence de directives anticipées et d'en informer le collège pluriprofessionnel (moyen n° 3), pour que la saisine du juge des référés suspende la procédure quel qu'en soit l'auteur et que la qualité pour agir soit reconnue à la personne de confiance, à la famille et aux proches associés à la procédure collégiale (moyen n° 4), pour que l'obligation faite aux établissements cède devant la garantie d'un accès effectif de la personne à une autre structure (moyen n° 5), pour que l'entrée en vigueur du droit nouveau soit subordonnée à l'effectivité du droit à l'accompagnement consacré par la loi du 26 mai 2026 (moyen n° 7), et pour que la question d'un prélèvement d'organes ne puisse être abordée avant la confirmation de la demande ni être traitée par les professionnels intervenant dans la procédure (moyen n° 8).

L'ONEST demeure à l'entière disposition du Conseil constitutionnel pour tout élément complémentaire.

Vous remerciant par avance de votre attention,

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour l'ONEST,

Mme Virginie DE ARAÚJO-RECCHIA ARAÚJO RECCHIA

Présidente — Avocat au Barreau de Paris

Visas et références

— Constitution du 4 octobre 1958, articles 34, 45 alinéa 4 et 61 alinéa 2.

— Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, articles 2, 4, 8, 10 et 16.

— Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11.

— Règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, en vigueur depuis le 1er juillet 2022, article 13.

— Décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 (liberté d'association).

— Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 (sauvegarde de la dignité de la personne humaine).

— Décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996 (droit à un recours juridictionnel effectif).

— Décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 (accessibilité et intelligibilité de la loi).

— Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 (clause de conscience — interruption volontaire de grossesse).

— Décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013 (officiers de l'état civil).

— Règlement de l'Assemblée nationale, article 114 (irrecevabilité des amendements en lecture définitive).

— Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, notamment ses articles 1er, 2, 4, 5, 17, 18 et 21.

— Code de la santé publique, articles L. 1110-9-1, L. 1110-10, L. 1110-10-1 et L. 1110-10-2 (accompagnement et soins palliatifs, stratégie nationale, plan personnalisé).

— Code de la santé publique, articles L. 1111-11 et L. 1111-14 (directives anticipées ; dossier médical partagé) ; article L. 1232-1 (consultation du registre national des refus préalable à tout prélèvement).

— Code civil, articles 16-1 et 16-3 (inviolabilité et non-patrimonialité du corps humain).

— Code de la santé publique, articles L. 1110-5, L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13, L. 5121-1, L. 5126-6, L. 5311-1 et R. 4235-2 ; code de la sécurité sociale, articles L. 160-8, L. 160-14, L. 160-15 et L. 161-37 ; code civil, articles 425 et suivants, 427-1 et 431 ; code de justice administrative, articles L. 521-1 et L. 521-2.

— Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir : texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture le 30 juin 2026 (T.A. n° 323), transmis au Sénat (n° 3059) ; rejet par le Sénat sur question préalable le 7 juillet 2026 ; adoption en lecture définitive le 15 juillet 2026.

— Saisines du Président du Sénat du 16 juillet 2026 (affaire n° 2026-910 DC), du Premier ministre et de plus de soixante sénateurs.

— Haute Autorité de santé, saisine du 9 février 2026 relative aux substances utilisées dans le cadre de l'aide à mourir, travaux devant se clore le 1er novembre 2026.

— Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2023 ; ministère de la Santé, bilan de la stratégie décennale, 2025.

— J. H. Groenewoud et alii, « Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands », New England Journal of Medicine, 2000, vol. 342, n° 8, pp. 551-556.

— De Araújo-Recchia V., « L'euthanasie, pour quoi faire ? », 29 avril 2026, et ses annexes I et II, https://onest-alternative.org/leuthanasie-pour-quoi-faire/

ONEST
Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence
47, Boulevard de Courcelles – 75008 PARIS • contact@onest-alternative.org • www.onest-alternative.org • RNA : W751271596

Annexe

Note technique sur l'incertitude relative aux effets des substances employées — annexe à la contribution extérieure de l'ONEST du 21 juillet 2026 sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

Cette note est produite au soutien du seul moyen n° 1 de la contribution, tiré de l'incompétence négative du législateur au regard du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

Paris, le 21 juillet 2026

Objet et limites de la présente note

La contribution à laquelle cette note est annexée soutient, en son moyen n° 1, que le législateur ne pouvait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence, s'abstenir de fixer tout critère relatif aux substances employées et à leurs conditions d'administration, dès lors que ces éléments déterminent les conditions matérielles dans lesquelles la personne meurt.

Cette démonstration suppose établi un point de fait : que l'absence de souffrance ne puisse être tenue pour acquise. C'est l'unique objet de la présente note. Elle ne porte ni sur le principe de la réforme, ni sur ses justifications, ni sur les pratiques observées à l'étranger, dont elle ne retient que les données publiées et vérifiables. Elle ne soutient pas davantage que les procédés en cause seraient nécessairement douloureux : elle établit que nul ne peut aujourd'hui affirmer le contraire, et que le législateur ne pouvait donc s'en remettre à une présomption.

I. La physiologie de la mort provoquée

Les protocoles employés reposent, selon les pays et les modalités retenues, sur l'administration orale d'un barbiturique à très forte dose ou sur l'injection successive d'un agent anesthésique puissant puis, dans les procédures où un tiers administre la substance, d'un bloquant neuromusculaire de type curare. Ce dernier paralyse l'ensemble de la musculature striée, dont les muscles respiratoires. Le décès survient alors par arrêt de la ventilation.

La difficulté tient à ce que la profondeur réelle de l'inconscience ne peut être vérifiée de l'extérieur une fois le bloquant administré. Si l'anesthésie est insuffisante au moment où celui-ci agit, la personne peut éprouver la sensation d'étouffement que la littérature d'anesthésie-réanimation désigne sous le terme de faim d'air, sans être en mesure de la manifester, précisément parce que ses muscles sont paralysés. L'immobilité observée ne renseigne alors sur rien. Le calme apparent de l'agonie est compatible avec une détresse que l'entourage ne perçoit pas et que le protocole ne mesure pas.

Ce mécanisme n'est ni controversé ni propre au débat sur la fin de vie : il est la raison pour laquelle la profondeur de l'anesthésie fait, en pratique chirurgicale courante, l'objet d'une surveillance instrumentale continue. La loi déférée n'impose aucune surveillance de cette nature.

II. Ce que documentent les examens autopsiques

Les travaux du docteur Joel Zivot, anesthésiste-réanimateur à l'université Emory, portant sur les rapports d'autopsie de personnes exécutées par injection létale aux États-Unis, ont mis en évidence un œdème pulmonaire aigu (i.e. accumulation soudaine de liquide dans les poumons) dans une large majorité des cas examinés, avec présence de liquide spumeux dans les voies aériennes. Les experts ayant analysé ces données décrivent un phénomène dont la sensation serait comparable à celle de la noyade.

L'ONEST souligne expressément les limites de ce rapprochement. Les substances, les doses, les conditions d'administration et la finalité de l'acte diffèrent de celles d'une procédure d'aide à mourir, et ces données ne sauraient être transposées mécaniquement. Ce qu'elles établissent est plus étroit, mais suffisant au regard du grief soulevé : l'effet de doses massives d'agents anesthésiques ou barbituriques sur l'épithélium pulmonaire est un phénomène documenté, et la possibilité d'une conscience résiduelle sous paralysie n'est pas une hypothèse spéculative.

III. Les complications documentées dans les procédures d'aide à mourir

Les données propres à ces procédures confirment cette incertitude. L'étude de référence publiée par Groenewoud et ses coauteurs dans le New England Journal of Medicine en 2000 a porté sur six cent quarante-neuf cas néerlandais, dont cent quatorze relevaient d'une assistance au suicide et cinq cent trente-cinq d'une euthanasie. Des complications (myoclonies, nausées, vomissements notamment) ont été relevées dans sept pour cent des cas d'assistance au suicide. Des difficultés "d'achèvement" : délai plus long que prévu, échec de l'induction du coma, ou coma suivi d'un réveil de la personne, dans seize pour cent de ces mêmes cas. Ces proportions étaient respectivement de trois et six pour cent dans les cas d'euthanasie. Dans vingt et un cas d'assistance au suicide, soit dix-huit pour cent, le médecin a décidé d'administrer lui-même la substance létale, en raison notamment d'une difficulté d'achèvement ou de l'incapacité de la personne à absorber l'ensemble des produits.

L'ONEST ne dissimule pas que cette étude est ancienne et que les protocoles ont pu évoluer depuis lors. Cette circonstance ne la prive pas de portée : elle demeure, à ce jour, l'enquête systématique la plus complète publiée sur le sujet et l'absence de travaux comparables plus récents traduit précisément le défaut de recueil organisé de ces données. Le législateur français n'a pas davantage prévu un tel recueil : le compte rendu que le professionnel de santé établit après l'acte n'a pas d'autre destinataire que le système d'information, et aucune disposition n'impose de rendre publiques les difficultés rencontrées.

Ces données appellent deux précisions. La première tient à leur portée : les auteurs relèvent eux-mêmes que les informations recueillies ont été fournies par le médecin responsable de chaque cas, ce qui invite à regarder les proportions relevées comme des minima. La seconde tient à leur pertinence pour le débat français : c'est l'assistance au suicide, c'est-à-dire l'auto-administration, qui présente les taux de difficulté les plus élevés, et c'est précisément la modalité que la loi déférée retient comme règle de principe, l'administration par un

professionnel demeurant l'exception. Des travaux ultérieurs publiés dans la revue Anaesthesia sont parvenus à des conclusions convergentes.

IV. Portée au regard du moyen n° 1

Il résulte de ce qui précède que la douceur de la mort administrée est un postulat et non une donnée acquise. Or c'est sur ce postulat que repose l'économie du dispositif : c'est parce que la mort provoquée est présentée comme paisible que la loi peut la ranger dans le registre du soin et se dispenser d'en régir les modalités matérielles.

Le législateur n'a fixé ni les substances, ni les doses, ni les conditions de leur administration, ni aucune exigence de surveillance de la profondeur de l'inconscience. Il a renvoyé la définition des substances à la Haute Autorité de santé, dont les travaux, engagés le 9 février 2026, ne doivent s'achever que le 1er novembre 2026, et n'a prévu l'intervention de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé qu'à titre d'exception, sur demande ministérielle. Aucune norme, à la date de la décision du Conseil, ne détermine donc ce qui sera administré ni comment.

L'ONEST observe enfin le contraste que ce silence fait apparaître au sein d'un même texte. La loi exige, pour ouvrir l'accès au dispositif, que la souffrance de la personne soit réfractaire aux traitements, c'est-à-dire qu'elle ait résisté à tout ce que la médecine peut opposer à la douleur ; mais elle ne demande rien de comparable à l'acte qu'elle autorise en réponse. Une exigence de résultat est ainsi posée à l'égard du soin, et aucune à l'égard de la mort administrée.

Pour l'ONEST,

Mme Virginie DE ARAÚJO-RECCHIA

Présidente — Avocat au Barreau de Paris

Références

— J. H. Groenewoud, A. van der Heide, B. D. Onwuteaka-Philipsen et alii, « Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands », New England Journal of Medicine, 2000, vol. 342, n° 8, pp. 551-556.

— Travaux publiés dans la revue Anaesthesia (Association of Anaesthetists) relatifs aux complications et à la durée des procédures d'euthanasie et de suicide assisté.

— J. B. Zivot, analyses de rapports d'autopsie de personnes exécutées par injection létale aux États-Unis, mettant en évidence un œdème pulmonaire aigu dans la majorité des cas examinés ; enquête National Public Radio, « Gasping for Air », 21 septembre 2020.

— Littérature d'anesthésie-réanimation relative au phénomène de faim d'air sous curarisation et à la surveillance instrumentale de la profondeur de l'anesthésie.

— Code de la sécurité sociale, article L. 161-37, 23° ; code de la santé publique, articles L. 1111-12-4, VI, L. 1111-12-7, V, L. 5121-1 et L. 5311-1.

— Haute Autorité de santé, saisine du 9 février 2026 relative aux substances utilisées dans le cadre de l'aide à mourir, travaux devant se clore le 1er novembre 2026.

Contribution extérieure

relative à la proposition de loi instaurant un droit à l'aide à mourir adoptée définitivement le 15 juillet 2026

présentée le mercredi 22 juillet au

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

par

VIA | PARTI CHRÉTIEN-DÉMOCRATE

Siège social : 40bis, avenue du Maréchal Foch 78120 Rambouillet

représenté par son président,

M. Jean-Frédéric Poisson
ancien député

Avertissement méthodologique

Au 22 juillet 2026, la page de l'Assemblée nationale relative au texte adopté n° 332 du 15 juillet 2026 indique encore que le document n'est pas matériellement publié. La présente contribution est donc établie sur le texte adopté n° 323 du 30 juin 2026, repris en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution. Une vérification article par article devra être effectuée dès la publication du texte n° 332 et avant transmission au Conseil constitutionnel.

Cette contribution ne prétend pas reproduire la contribution déposée par la Fondation Jérôme Lejeune, dont le texte intégral n'a pas été rendu public à la date de rédaction. Elle en partage toutefois l'objet général et développe, de manière autonome, plusieurs griefs complémentaires : garanties constitutionnelles de la liberté réelle des personnes vulnérables, droit au recours juridictionnel effectif, principe de sauvegarde de la dignité, égalité devant la protection de la loi, liberté de conscience et incompétence négative du législateur.

Objet de la contribution

La loi déférée ne se borne pas à modifier les modalités de la fin de vie. Elle confère à toute personne remplissant certaines conditions le droit d'être autorisée à recourir à une substance létale afin de se l'administrer ou, si elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, de se la faire administrer par un médecin ou un infirmier. Elle organise donc, sous le contrôle de l'État et avec financement par la solidarité nationale, une procédure dont l'objet direct et immédiat est de provoquer la mort.

Le législateur dispose certes d'une large compétence pour déterminer les conditions dans lesquelles la volonté du malade est prise en considération et pour concilier la liberté personnelle, la sauvegarde de la dignité, la protection de la santé et l'exigence de solidarité. Mais cette compétence ne saurait s'exercer sans garanties effectives lorsqu'est en cause un acte irréversible portant sur la vie même de la personne.

La présente contribution invite le Conseil constitutionnel, à titre principal, à censurer les dispositions qui instituent le droit à l'aide à mourir. À titre subsidiaire, elle l'invite à censurer les garanties procédurales manifestement insuffisantes et, à tout le moins, à formuler des réserves d'interprétation strictes permettant d'assurer l'effectivité du consentement, la protection des personnes vulnérables, l'information des proches désignés, l'accès au juge en temps utile et le respect de la liberté de conscience.

Sommaire des moyens

Moyen	Grief principal
I	Atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et insuffisance de la conciliation opérée avec la liberté personnelle.
II	Atteinte à la liberté réelle et au consentement libre et éclairé des personnes vulnérables.
III	Méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif et insuffisance des garanties entourant une décision conduisant irréversiblement au décès.
IV	Rupture d'égalité devant la protection de la loi et discrimination indirecte liée à l'état de santé ou au handicap.
V	Atteinte disproportionnée à la liberté de conscience des professionnels et au caractère propre des établissements privés.
VI	Incompétence négative du législateur et renvoi excessif au pouvoir réglementaire pour des garanties essentielles.
VII	Demandes de censure et réserves d'interprétation subsidiaires.

Introduction

Ce que cette loi change dans le pacte républicain

Le droit de la fin de vie s'est jusqu'ici construit autour d'une distinction fondamentale : il peut être mis fin à l'obstination déraisonnable, les traitements peuvent être refusés ou interrompus, la douleur doit être combattue, y compris lorsque les traitements antalgiques peuvent avoir pour effet secondaire d'abréger la vie ; mais l'acte médical ne peut avoir pour objet direct de donner la mort. Cette distinction n'est ni verbale ni technique. Elle sépare l'accompagnement de la personne jusqu'à sa mort de l'organisation de sa mort.

La loi déférée franchit cette frontière. Elle transforme la puissance publique, les professions de santé, les pharmacies, les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'assurance maladie en acteurs d'une procédure létale. Elle modifie ainsi la relation de soin : l'institution qui reçoit une personne malade n'est plus seulement tenue de la soigner, de soulager sa douleur et de l'accompagner ; elle peut également organiser la délivrance et l'administration d'une substance ayant pour finalité immédiate son décès.

Cette transformation affecte spécialement les personnes dont la liberté est fragilisée par la maladie, la dépendance, l'isolement, la dépression, le handicap, la précarité ou la crainte de devenir une charge. La liberté juridique n'est pas une abstraction détachée des conditions concrètes dans lesquelles la volonté se forme. Une demande peut être formulée sans violence visible et néanmoins résulter d'une pression diffuse : sentiment d'inutilité, peur du coût des soins, fatigue de l'entourage, absence de place en soins palliatifs, discours social valorisant l'autonomie et dépréciant la dépendance.

La loi ne crée donc pas seulement une faculté supplémentaire. Elle modifie l'environnement moral, médical et économique dans lequel les personnes vulnérables évaluent leur propre existence. La possibilité légale de demander la mort peut devenir, pour certaines d'entre elles, la question silencieuse de savoir si elles ne devraient pas la demander. C'est précisément parce que cette pression est indirecte qu'elle appelle des garanties plus fortes, non des garanties minimales.

Le Conseil constitutionnel n'est pas appelé à trancher une controverse philosophique générale. Il lui appartient de vérifier si le législateur a concilié les exigences constitutionnelles sans priver de garanties légales la dignité, la liberté, la protection de la santé, l'égalité, la liberté de conscience et le droit au recours.

Or l'économie générale du texte révèle une accumulation de faiblesses : centralisation de la décision entre les mains d'un seul médecin, consultations non collégiales et parfois à distance, expression peu formalisée de la demande, délai bref, absence de recours ouvert aux proches, contrôle principalement postérieur au décès, extension aux personnes sous protection juridique et aux personnes dont le discernement n'est pas "gravement" altéré.

La gravité constitutionnelle du dispositif tient moins à chacune de ces insuffisances prise isolément qu'à leur combinaison. Lorsqu'une procédure a pour terme un acte irréversible supprimant toute possibilité de réparation, la Constitution commande que la protection soit conçue en amont, au moment où une erreur, une influence ou une altération du consentement peuvent encore être corrigées. Un contrôle post mortem ne protège pas la personne décédée.

I. Sur la méconnaissance du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

A. La dignité est une exigence constitutionnelle objective

Le Conseil constitutionnel a jugé, dans ses décisions n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation constitue un principe à valeur constitutionnelle. Il a depuis rappelé que cette exigence s'impose aux autorités publiques et aux professionnels de santé, notamment à l'égard des personnes particulièrement vulnérables.

La dignité ne se confond pas avec la seule autonomie de la volonté. Si elle n'était que le droit de décider pour soi, elle ne pourrait justifier aucune protection contre des actes librement consentis. Or la jurisprudence constitutionnelle lui reconnaît une portée objective : la personne doit être protégée contre certaines formes d'instrumentalisation, de dégradation ou d'abandon, y compris lorsque la vulnérabilité rend l'expression de la volonté incertaine ou ambivalente.

La loi déférée fait de la délivrance d'une substance létale une prestation légalement organisée. Elle ne se borne pas à dépénaliser le comportement d'un tiers dans des circonstances exceptionnelles ; elle reconnaît un droit, définit une procédure, mobilise des professionnels, contraint des établissements et assure le financement collectif. Cette institutionnalisation modifie la nature de l'intervention publique et impose un contrôle constitutionnel particulièrement exigeant.

B. La loi assimile trop rapidement dignité et maîtrise de sa mort

L'exposé politique du dispositif repose sur l'idée que la dignité de la personne commanderait de lui permettre de choisir le moment et les modalités de sa mort. Une telle conception ne peut être tenue pour constitutionnellement exclusive. La dignité protège également la valeur égale de toute vie humaine, indépendamment de l'utilité sociale, de l'autonomie fonctionnelle, de l'âge, de la maladie ou du handicap.

Dès lors, la conciliation opérée par le législateur devait garantir que la demande de mort ne soit jamais la conséquence d'un défaut d'accès aux soins, d'une solitude non prise en charge, d'une détresse psychique insuffisamment traitée ou d'un sentiment de charge. Or la loi n'érige pas l'accès effectif aux soins palliatifs adaptés en condition préalable. L'information sur les soins disponibles ne saurait équivaloir à leur disponibilité réelle.

Une personne ne choisit pas librement entre deux voies lorsque l'une d'elles — l'accompagnement palliatif effectif, continu et accessible — demeure théorique ou indisponible. En permettant l'accès à la substance létale sans exiger que les alternatives thérapeutiques, palliatives, psychologiques et sociales aient été effectivement proposées et rendues accessibles, le législateur a privé le principe de dignité de garanties légales suffisantes.

C. La finalité létale de l'acte appelle une protection renforcée

Le texte définit le droit à l'aide à mourir par le recours à une substance létale dont l'administration vise directement le décès. Cette finalité distingue radicalement le dispositif de l'arrêt d'un traitement devenu inutile ou disproportionné et de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, qui s'inscrivent dans la prise en charge d'une situation médicale terminale ou réfractaire.

Le législateur ne pouvait traiter cette décision comme une décision médicale ordinaire. La dignité impose un standard de protection à la mesure de l'irréversibilité. Or la procédure demeure

principalement médicale, non contradictoire, peu formalisée et dépourvue d'un contrôle juridictionnel préalable accessible aux personnes intéressées.

Il en résulte que les dispositions instituant le droit à l'aide à mourir, ou à tout le moins celles qui définissent ses conditions et sa procédure, méconnaissent le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

II. Sur l'atteinte à la liberté réelle des personnes vulnérables et au caractère libre et éclairé du consentement

A. La liberté ne peut être réduite à l'énoncé ponctuel d'une volonté

La liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789 suppose que la volonté soit personnelle, actuelle, informée et exempte de pressions. Dans le domaine de la santé, le consentement ne se résume pas à l'absence d'opposition : il doit être précédé d'une information loyale, compréhensible et adaptée et pouvoir être retiré à tout moment.

La loi admet que la demande puisse être formulée par écrit ou par tout autre mode d'expression adapté aux capacités de la personne. Cette souplesse peut être nécessaire pour garantir l'expression des personnes handicapées ; mais elle exige en contrepartie une traçabilité et une authentification renforcées. Or aucun témoin indépendant n'est imposé, aucun enregistrement n'est prévu, aucune certification extérieure de la demande n'est exigée.

Le même médecin recueille la demande, vérifie les conditions, sollicite les avis, décide et prescrit. Cette concentration des fonctions fragilise la vérification du consentement. Le professionnel peut être de bonne foi ; la Constitution exige néanmoins des garanties objectives qui ne reposent pas exclusivement sur sa seule appréciation.

B. La vulnérabilité produit des pressions silencieuses

Une personne malade ou dépendante peut subir une contrainte sans qu'aucun tiers ne profère une menace. La pression peut résulter de la dépendance matérielle, de la fatigue des aidants, du coût d'un hébergement, de l'insuffisance des soins, d'un isolement affectif ou d'une représentation sociale de la vie diminuée. Ces facteurs peuvent conduire la personne à intérioriser l'idée qu'elle devrait disparaître pour ne plus peser sur les autres.

L'existence même d'un droit légalement organisé peut renforcer cette pression. Dès lors que la mort provoquée devient une option médicale reconnue et financée, la personne vulnérable peut se sentir tenue de justifier son choix de continuer à vivre et à recevoir des soins coûteux. La loi transforme ainsi le cadre de formation de la volonté qu'elle prétend seulement respecter.

Cette difficulté n'est pas une objection morale abstraite : elle concerne directement la réalité constitutionnelle du consentement. Le législateur devait prévoir une évaluation psychologique et sociale indépendante, rechercher les facteurs de contrainte économique ou familiale, garantir plusieurs entretiens espacés, et assurer l'accès effectif à des solutions de soutien. Le texte ne satisfait pas à ces exigences.

C. Les personnes protégées et celles dont le discernement est altéré sont insuffisamment garanties

La loi n'exclut pas par principe les majeurs sous tutelle ou curatelle. Elle se borne à prévoir des modalités particulières et à écarter les personnes dont le discernement est gravement altéré lors de la demande. Cette formulation implique que certaines personnes dont le discernement est altéré, mais pas au degré qualifié de grave, peuvent accéder au dispositif.

La distinction entre altération simple et altération grave est particulièrement délicate lorsqu'est en cause une décision de mort. Les troubles dépressifs, les idées suicidaires, les déficiences cognitives, les traitements psychotropes ou la douleur peuvent affecter le jugement de manière fluctuante. Le texte ne prévoit ni expertise psychiatrique obligatoire, ni second avis indépendant spécialisé, ni période d'observation adaptée à ces situations.

En laissant à un seul médecin la responsabilité d'apprécier cette frontière sans définir des critères substantiels suffisants, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence et privé la liberté personnelle des personnes vulnérables de garanties légales.

D. Le délai minimal de réflexion est manifestement insuffisant

Le délai séparant la notification de la décision favorable et la confirmation de la volonté peut être extrêmement bref. Une procédure complète peut ainsi être menée en quelques jours. La brièveté peut parfois répondre à une situation de souffrance aiguë ; elle accroît aussi le risque qu'une volonté passagère, liée à une crise douloureuse, à une mauvaise nouvelle, à un épisode dépressif ou à un conflit familial, soit traitée comme définitive.

La faculté de raccourcir les délais ne devrait être admise qu'en présence de circonstances strictement définies et sous contrôle renforcé. En l'état, le dispositif ne garantit pas que la demande soit stable, réitérée dans le temps et indépendante d'une crise réversible.

III. Sur la méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif

A. La décision du 2 juin 2017 impose un recours en temps utile lorsqu'une décision médicale conduit au décès

Dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, relative à l'arrêt ou à la limitation des traitements de maintien en vie d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, le Conseil constitutionnel a formulé une réserve d'interprétation particulièrement claire. Il a jugé que la décision médicale devait être notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'était enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile ; ce recours devait pouvoir être examiné dans les meilleurs délais afin d'obtenir, le cas échéant, la suspension de la décision.

Cette jurisprudence ne saurait être cantonnée au seul cas d'une personne incapable d'exprimer sa volonté. Elle repose sur la gravité et l'irréversibilité de la conséquence : le décès. A fortiori, lorsque la décision autorise la prescription et l'administration d'une substance destinée à provoquer directement la mort, le droit au recours doit recevoir une protection au moins équivalente.

La loi déférée ne satisfait pas à cette exigence. Elle réserve essentiellement la contestation à la personne demanderesse en cas de refus. Elle n'ouvre pas aux proches, au représentant légal ou à toute personne justifiant d'un intérêt légitime une voie de recours permettant de contester utilement une décision favorable avant l'administration de la substance.

B. L'absence d'information obligatoire des proches rend le recours illusoire

Les proches ne disposent pas d'un droit général à être informés qu'une procédure est engagée. La volonté de confidentialité du patient peut certes être protégée. Mais le législateur devait concilier cette confidentialité avec la nécessité de prévenir les abus, spécialement lorsque la personne est sous protection juridique, isolée, dépendante ou susceptible de subir des pressions.

La loi confie au médecin le soin de déterminer l'opportunité d'entendre certaines personnes. Elle ne prévoit pas de mécanisme indépendant permettant de signaler une altération du consentement ou une pression. Faute d'information, les personnes qui pourraient disposer d'éléments déterminants ne peuvent saisir le juge avant l'acte létal.

Le contrôle a posteriori par une commission ne remédie pas à cette lacune. Après le décès, la violation ne peut être réparée et la personne ne peut être replacée dans la situation antérieure. Un tel contrôle peut servir l'évaluation générale du dispositif ou la sanction d'irrégularités, mais il ne constitue pas une garantie effective du droit à la vie, de la liberté ou du consentement de la personne concernée.

C. Le contrôle juridictionnel doit pouvoir suspendre l'acte

L'article 16 de la Déclaration de 1789 garantit le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif. Pour être effectif dans le présent domaine, le recours doit être accessible avant l'administration de la substance, instruit en urgence et doté d'un effet suspensif ou permettre au juge d'ordonner immédiatement la suspension.

Le législateur ne pouvait renvoyer au droit commun une question aussi essentielle sans préciser la notification, les personnes recevables à agir, les délais, la compétence juridictionnelle et l'effet de la saisine. La seule existence théorique d'un référé ne garantit ni que les personnes seront informées, ni qu'elles auront qualité pour agir, ni que le juge pourra intervenir avant l'acte.

Il convient par conséquent de censurer les dispositions relatives au recours. À tout le moins, le Conseil devrait formuler une réserve imposant : la notification de toute décision favorable à la personne de confiance, au représentant légal et, sauf opposition expresse et éclairée du demandeur, aux proches identifiés ; l'ouverture d'un recours à toute personne justifiant d'éléments sérieux relatifs à l'absence de consentement libre ; et la suspension automatique de l'administration jusqu'à ce que le juge statue.

IV. Sur la rupture d'égalité devant la protection de la loi

A. La loi différencie la protection accordée selon l'état de santé

Le principe d'égalité n'interdit pas au législateur de régler différemment des situations différentes, à la condition que la différence de traitement soit en rapport direct avec l'objet de la loi. Il interdit

également que des critères sans rapport suffisant avec cet objet conduisent à une protection inégale de droits fondamentaux.

La loi déférée rend certaines personnes éligibles à un acte létal en raison de leur état médical, de leurs souffrances et de leur situation fonctionnelle. Elle crée ainsi une catégorie de citoyens auxquels la collectivité peut proposer, organiser et financer une voie de mort provoquée, tandis que la prévention du suicide demeure la norme pour les autres citoyens.

La différence entre une demande suicidaire relevant de la prévention et une demande d'aide à mourir dépend de critères dont plusieurs sont ouverts à l'interprétation. Cette frontière est d'autant plus fragile que les troubles psychiques ou suicidaires ne sont pas toujours exclus de façon absolue et que la souffrance psychologique peut se mêler à la souffrance physique.

B. Le dispositif peut produire une discrimination indirecte envers les personnes handicapées

Des critères apparemment neutres peuvent affecter plus fortement les personnes handicapées ou dépendantes : perte d'autonomie, besoin d'assistance, difficulté à accomplir certains actes, sentiment de charge, isolement institutionnel. La reconnaissance d'une voie létale associée à ces situations peut véhiculer l'idée que certaines existences seraient moins dignes d'être protégées.

Il ne s'agit pas de soutenir que toute distinction liée à l'état de santé serait interdite. Il s'agit de constater que la loi ne compense pas suffisamment le risque de discrimination par des garanties renforcées : avis d'un spécialiste du handicap, évaluation sociale indépendante, accès effectif aux aides humaines, consultation du représentant légal, présence d'un tiers indépendant et contrôle juridictionnel préalable en cas de doute.

À défaut de telles garanties, la différence de protection devant la loi n'est pas proportionnée à l'objectif invoqué d'autonomie personnelle.

V. Sur l'atteinte à la liberté de conscience et au pluralisme

A. La liberté de conscience est un principe fondamental

La liberté de conscience résulte notamment de l'article 10 de la Déclaration de 1789 et des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République. Elle implique que nul ne puisse être contraint d'accomplir personnellement un acte qu'il tient, pour des raisons de conscience profondes et cohérentes, pour une atteinte grave à la personne humaine, sauf justification impérieuse et garanties proportionnées.

Le texte reconnaît une clause de conscience à certains professionnels directement appelés à participer à l'aide à mourir. Mais la protection demeure incomplète lorsque le professionnel objecteur doit orienter activement vers un confrère acceptant de réaliser l'acte. L'obligation d'information générale sur les droits du patient peut être distinguée de l'obligation de coopération personnelle à la mise en œuvre de l'acte contesté.

Le législateur devait permettre une organisation institutionnelle neutre — plateforme indépendante, liste publique, service administratif — afin que l'accès au dispositif, s'il est maintenu, ne repose pas sur la participation forcée du professionnel objecteur.

B. Les pharmaciens et les personnels indirectement impliqués doivent être protégés

La préparation, la dispensation, le transport et la traçabilité de la substance létale constituent des actes directement ordonnés à la réalisation de l'aide à mourir. Exclure certains professionnels de toute protection de conscience crée une différence difficilement justifiable entre acteurs participant à une même chaîne causale.

La liberté de conscience ne commande pas nécessairement que chaque institution puisse empêcher l'exercice d'un droit reconnu par la loi ; elle commande toutefois que les personnes physiques ne soient pas contraintes, sous peine disciplinaire, de concourir personnellement à un acte qu'elles réprouvent radicalement lorsque des solutions organisationnelles alternatives existent.

C. Le caractère propre des établissements privés doit faire l'objet d'une conciliation réelle

L'obligation faite aux établissements privés, y compris confessionnels, d'accueillir l'intervention d'équipes extérieures pour réaliser un acte contraire à leur projet institutionnel porte atteinte à la liberté d'association, à la liberté de conscience collective de leurs membres et au pluralisme des modes de prise en charge.

Le législateur pouvait rechercher l'accès effectif de la personne au dispositif. Mais il devait envisager des solutions moins attentatoires : transfert organisé et médicalement sécurisé, convention avec un établissement volontaire, respect du caractère propre sous réserve de l'absence de perte de chance ou de rupture de soins. L'obligation absolue d'accueillir l'acte dans les locaux de l'établissement n'apparaît pas nécessaire lorsque de telles alternatives sont possibles.

La disposition devrait donc être censurée ou interprétée comme permettant aux établissements de faire valoir leur caractère propre, sous réserve d'organiser sans délai une solution alternative respectueuse de la continuité des soins et de la volonté du patient.

VI. Sur l'incompétence négative du législateur

A. Les garanties essentielles ne peuvent être abandonnées au pouvoir réglementaire ou à la seule pratique médicale

Aux termes de l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques. Lorsqu'il institue une procédure conduisant à la mort, le législateur doit déterminer lui-même les garanties essentielles du consentement, de l'indépendance de l'évaluation, de l'accès au juge, de la traçabilité et du contrôle.

Or plusieurs éléments décisifs demeurent insuffisamment encadrés : contenu précis de l'information ; modalités de vérification d'un mode d'expression non écrit ; critères d'altération du discernement ; qualification des personnes consultées ; circonstances permettant les échanges à distance ; modalités de détection des pressions ; conditions d'intervention en établissement ; caractéristiques des substances ; modalités du contrôle postérieur.

Le renvoi au décret ou à des recommandations professionnelles ne peut suppléer l'absence de choix législatifs sur des garanties qui touchent directement à la vie, à la liberté et à la dignité.

B. La composition et les pouvoirs de la commission de contrôle sont insuffisamment protecteurs

La commission intervient principalement après la réalisation des actes. Sa composition mêle professionnels, représentants associatifs et personnalités qualifiées. Une telle pluralité peut être utile à l'évaluation des politiques publiques, mais elle ne constitue pas une garantie juridictionnelle ni un contrôle préalable indépendant.

Le législateur n'a pas défini avec une précision suffisante les suites obligatoires d'une irrégularité, les critères de transmission aux autorités disciplinaires ou judiciaires, les droits des proches et les modalités d'accès aux pièces. La centralisation des données ne compense pas l'absence de protection en amont.

VII. Sur les dispositions particulières appelant une censure ou des réserves

1. Expression de la demande

La possibilité d'une expression par tout mode adapté doit être assortie d'une certification par deux professionnels indépendants, dont l'un formé à la communication alternative, et d'une traçabilité permettant un contrôle ultérieur.

2. Médecin décisionnaire unique

La décision favorable ne peut reposer sur un seul médecin. Une collégialité réelle, comprenant au moins un médecin indépendant n'appartenant pas à la même structure et, selon les cas, un psychiatre, un gériatre ou un spécialiste du handicap, doit être exigée.

3. Consultations à distance

La visioconférence ne peut constituer le mode normal d'évaluation. Au moins un examen physique et un entretien confidentiel en présence doivent être imposés à chacun des médecins appelés à se prononcer.

4. Personnes sous protection juridique

Pour une personne sous tutelle ou curatelle, l'information du protecteur et l'intervention d'un tiers indépendant doivent être obligatoires, sans que le protecteur puisse décider à la place de la personne.

5. Discernement

Toute altération du discernement susceptible d'affecter la demande doit suspendre la procédure jusqu'à expertise indépendante et stabilisation éventuelle de l'état.

6. Troubles psychiques et risque suicidaire

Une évaluation psychiatrique indépendante doit être obligatoire dès lors qu'existent des antécédents suicidaires, un trouble psychiatrique, une dépression ou un doute sur la stabilité de la volonté.

7. Soins palliatifs

La procédure ne peut se poursuivre avant qu'une offre palliative adaptée ait été effectivement accessible, présentée et, sauf refus éclairé, expérimentée pendant une durée suffisante.

8. Délai de réflexion

Le délai minimal doit être substantiel et ne pouvoir être réduit qu'en cas de décès imminent médicalement établi, après décision collégiale motivée.

9. Information des proches et recours

La personne de confiance et, le cas échéant, le représentant légal doivent être informés. Un recours urgent et suspensif doit être ouvert en présence d'éléments sérieux mettant en doute la liberté du consentement.

10. Contrôle postérieur

Le contrôle postérieur doit être renforcé, mais ne saurait être présenté comme une garantie suffisante de la constitutionnalité du processus préalable.

11. Liberté de conscience

L'obligation de coopération active des objecteurs doit être supprimée au profit d'un mécanisme public d'orientation ; la protection doit couvrir tous les professionnels directement impliqués.

12. Établissements privés

Le respect du caractère propre doit être concilié avec l'accès du patient par des solutions alternatives proportionnées, sans obligation absolue d'accomplir l'acte dans l'établissement.

Conclusion

La loi déférée organise un changement de nature du droit français de la fin de vie. Elle ne se borne plus à permettre l'arrêt de traitements disproportionnés ou à soulager une souffrance au risque d'abréger la vie ; elle institue un droit à l'obtention et, le cas échéant, à l'administration par un tiers d'une substance dont la finalité directe est de provoquer le décès.

Un tel choix, à supposer qu'il relève de la compétence du législateur, ne peut être entouré de garanties ordinaires. Il exige le plus haut degré de protection que l'ordre constitutionnel puisse assurer. Or la procédure retenue concentre la décision, formalise insuffisamment la demande, protège imparfaitement les personnes dont le discernement est altéré, n'assure pas l'accès effectif aux soins palliatifs, réduit les possibilités d'information des proches, ne prévoit pas de recours préalable effectif contre une décision favorable et reporte l'essentiel du contrôle après le décès.

La loi crée en outre une pression objective sur les personnes vulnérables : lorsque la mort provoquée devient une prestation légale, organisée et financée, la personne dépendante peut être conduite à se demander non plus seulement si elle souhaite mourir, mais si elle a encore le droit moral de demander aux autres de continuer à la soigner. Cette altération diffuse de la liberté devait être compensée par des garanties renforcées ; elle ne l'est pas.

Pour ces motifs, VIA |PARTI CHRÉTIEN-DÉMOCRATE invite le Conseil constitutionnel à déclarer contraires à la Constitution les dispositions instituant le droit à l'aide à mourir et celles qui en organisent la procédure. Subsidiairement, il lui demande de censurer les dispositions relatives au recours, au discernement, à la clause de conscience et aux établissements, et de formuler les réserves d'interprétation strictes exposées dans la présente contribution.

Par ces motifs,

il est demandé au Conseil constitutionnel :

À titre principal, de déclarer contraires à la Constitution les dispositions instituant le droit à l'aide à mourir, faute de conciliation équilibrée entre la liberté personnelle, la sauvegarde de la dignité, la protection de la santé et la protection des personnes vulnérables ;

À titre subsidiaire, de censurer les dispositions relatives à la décision médicale, au recours, à l'information des personnes intéressées, au délai de réflexion, à la protection des majeurs vulnérables, à la liberté de conscience et aux obligations imposées aux établissements ;

À titre infiniment subsidiaire, de subordonner la conformité du dispositif à des réserves d'interprétation garantissant une décision collégiale et indépendante, une évaluation psychiatrique et sociale en cas de doute, l'accès effectif aux soins palliatifs, un recours juridictionnel urgent des proches ou représentants, et une protection effective de la liberté de conscience.

Références principales

- Constitution du 4 octobre 1958, notamment articles 34, 45 et 61.
- Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, articles 2, 4, 10 et 16.
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, notamment alinéa 11.
- Conseil constitutionnel, décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Lois relatives à la bioéthique (principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine).
- Conseil constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Hospitalisation sans consentement (dignité et recours juridictionnel effectif).
- Conseil constitutionnel, décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébrolésés (notification et recours en temps utile contre une décision médicale conduisant au décès).
- Conseil constitutionnel, décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996 (droit au recours juridictionnel effectif découlant de l'article 16 de la Déclaration de 1789).
- Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, articles 2, 8, 9, 13 et 14.
- Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, dite Convention d'Oviedo, notamment articles 1er, 5 et 6.
- Assemblée nationale, texte adopté n° 323 du 30 juin 2026, proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir ; texte adopté définitivement n° 332 du 15 juillet 2026, document en attente de publication matérielle au 22 juillet 2026.

Annexe

Tableau synthétique des griefs procéduraux

Disposition / mécanisme	Risque constitutionnel	Garantie demandée
Demande non nécessairement écrite et sans témoin	Authenticité et traçabilité insuffisantes	Certification indépendante et conservation d'une preuve fiable
Décision concentrée entre les mains d'un médecin	Absence de collégialité réelle	Deuxième décision médicale indépendante
Consultations possibles à distance	Évaluation clinique et relationnelle incomplète	Entretiens en présence obligatoires
Discernement seulement "non gravement altéré"	Accès possible malgré une altération significative	Suspension et expertise spécialisée
Délai de réflexion très bref	Volonté instable ou réaction de crise	Délai substantiel, réduction strictement encadrée
Absence d'information obligatoire des proches	Impossibilité de signaler une pression ou d'agir	Information de la personne de confiance / représentant
Recours essentiellement contre le refus	Pas de recours utile contre une décision favorable	Recours urgent et suspensif
Contrôle après le décès	Irréversibilité et absence de réparation	Contrôle préalable dans les situations à risque
Obligation d'orientation des objecteurs	Coopération forcée à l'acte	Orientation par un service public neutre
Obligation imposée aux établissements	Atteinte au caractère propre et au pluralisme	Solution alternative proportionnée et continuité des soins

Pour VIA | PARTI CHRÉTIEN-DÉMOCRATE
Jean-Frédéric Poisson
Président
Ancien député

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

CONSEIL CONSTITUTIONNEL
2, rue de Montpensier, 75001 Paris

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par

L'ASSOCIATION « UN GROS RISQUE EN PLUS »
Association de parents et de proches de personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental
Association « Un Gros Risque En Plus » (W923012273)
représentée par son bureau en la personne de :
Arnaud TRILLARD, Président de l'association

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par plus de soixante sénateurs et députés.

Observations relatives aux personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.)

Paris, le 17 juillet 2026

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. L'association « Un Gros Risque En Plus » (ci-après « l'exposant ») a l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures qu'il reçoit et rend publiques, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, déférée par plus de soixante sénateurs et soixante députés.

2. La présente contribution a un objet unique et volontairement étroit : la situation des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.) au regard de la loi déférée. L'exposant n'entend pas rouvrir le débat de société ; il entend établir que, telle qu'elle est écrite, la loi expose à la mort provoquée des personnes qui, par construction, ne peuvent former la volonté « libre et éclairée » qu'elle érige en condition cardinale, et qu'elle les y expose en les privant des protections que le droit commun leur garantit partout ailleurs.

3. L'exposant souscrit à l'analyse constitutionnelle développée par la saisine ainsi que par d'autres contributions, notamment sur les voies de recours de l'article 12 et sur les garanties procédurales générales. Il s'en tient cependant à ce que nul autre ne porte : la connaissance intime que les familles et les proches ont de la manière dont ces personnes comprennent, consentent et acquiescent, et le droit qui, jusqu'à cette loi, les protégeait. La structure de la contribution s'en ressent : le fait d'abord (deuxième partie), le droit commun ensuite (troisième partie), les griefs d'inconstitutionnalité enfin (quatrième partie), puis, à titre subsidiaire, les réserves protectrices (cinquième partie).

PLAN DE LA CONTRIBUTION

Première partie. L'exposant et sa demande

Deuxième partie. Le fait : une exposition par construction

A. Le consentement à l'épreuve de la déficience intellectuelle ou du handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.)

B. La preuve par l'expérience : les Pays-Bas

C. La preuve par le débat : des exclusions refusées pour des motifs inconciliables

D. L'alerte des Nations unies

Troisième partie. Le droit commun : un système de protection que la loi renverse

Quatrième partie. Les griefs d'inconstitutionnalité

Premier grief. La privation de garanties légales (articles 4, 5 et 6)

Deuxième grief. L'inégale protection de la vie des personnes handicapées (articles 4 et 6)

Troisième grief. L'incompétence négative (article 34 de la Constitution)

Cinquième partie. À défaut de censure : les réserves protectrices

Conclusions

Références citées

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

PREMIÈRE PARTIE. L'EXPOSANT ET SA DEMANDE

4. Le collectif « Un Gros Risque En Plus » est né en 2024 – devenu une association en 2025 – de l'initiative de parents, de frères et sœurs et de proches de personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.). Son manifeste, qui a réuni plus de 5 000 signataires, demande que ces personnes soient expressément exclues du champ d'application de toute législation portant sur l'euthanasie et du suicide assisté. L'association est représentée par son bureau : Mmes Lucile Strauch-Hausser et Axelle Trillard, MM. Arnaud Trillard et Denys Dhiver. Son nom dit sa raison d'être : à des vies déjà exposées, la loi déférée ajouterait un gros risque en plus.

5. L'intérêt de l'exposant à intervenir tient à ce que les personnes dont il parle ne parleront pas elles-mêmes : la plupart ne liront jamais la loi qui les concerne, et aucune ne viendra déposer devant le Conseil. Leurs familles et leurs proches sont les premiers à recueillir leur parole, à connaître leur manière si particulière de consentir, et les premiers à répondre d'elles au quotidien. Ce que l'exposant demande n'est pas un privilège mais une protection : que les personnes dont la déficience ou le trouble compromet la formation d'une volonté libre et éclairée soient tenues hors du champ de la mort provoquée. Le législateur, sollicité à chaque lecture, l'a refusé ; c'est cette omission, et l'exposition qui en résulte, que la présente contribution défère au Conseil.

DEUXIÈME PARTIE. LE FAIT : UNE EXPOSITION PAR CONSTRUCTION

A. Le consentement à l'épreuve de la déficience intellectuelle ou du handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.)

6. La déficience intellectuelle se caractérise par une limitation significative et durable du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif ; elle recouvre un large spectre, de la déficience légère aux atteintes les plus profondes. Chez nombre de ces personnes, la compréhension des notions abstraites est limitée ou impossible : la mort comme état définitif, l'irréversibilité d'un acte, la portée d'un pronostic, la différence entre souffrir et vouloir cesser d'être demeurent, au sens propre, hors de portée. Le trouble du spectre de l'autisme y ajoute ses traits propres : particularités de la communication, interprétation littérale des questions, difficulté à identifier et à exprimer la douleur ou la détresse autrement que par le comportement. Recueillir la « volonté » de telles personnes n'est pas un acte simple : c'est un art clinique, qui suppose du temps, des outils de communication adaptés et une connaissance de la personne que nul entretien ponctuel ne remplace.

7. Deux traits, connus des familles comme des proches et documentés de longue date par la littérature spécialisée, dominent cette clinique. Le premier est la suggestibilité et la tendance à l'acquiescement : répondre oui, répéter la dernière proposition entendue, donner à l'interlocuteur, surtout s'il est perçu comme une figure d'autorité, tel un médecin, la réponse qu'il paraît attendre. Le second est la dépendance à autrui pour la formulation même des choix :

la personne exprime rarement une volonté qui n'ait été, d'une manière ou d'une autre, proposée, reformulée ou validée par un tiers, si bien que la frontière entre la volonté propre et la volonté suggérée est, de bonne foi même, indiscernable. Une procédure entièrement construite sur des demandes exprimées et réitérées au fil d'entretiens médicaux (articles 5 et 6 de la loi) obtiendra de telles personnes exactement ce qui leur aura été demandé. La littérature scientifique consacrée à l'autodétermination des personnes en situation de handicap confirme cette clinique : la capacité de décision n'y est pas décrite comme un attribut fixe de la personne, mais comme une capacité relationnelle et contextuelle, qui varie selon la nature de la décision, l'environnement et le soutien disponible, et qui ne s'exerce qu'au moyen d'une communication adaptée et d'une prise de décision accompagnée (Schroyen, Daelman, Van Den Berghe et al., *Autodétermination des personnes en situation de handicap. Synthèse de la littérature*, projet RAAVI, Interreg France-Wallonie-Vlaanderen, 2024). Une volonté recueillie hors de ces conditions n'est pas l'expression d'une autodétermination ; elle n'en est que l'apparence.

B. La preuve par l'expérience : les Pays-Bas

8. Ce risque n'est pas une conjecture : il a été mesuré là où la mort provoquée est légale de longue date. Une étude publiée en 2023 a analysé l'ensemble des comptes rendus de cas rendus publics par les commissions régionales néerlandaises entre 2012 et 2021, soit 927 comptes rendus sur 59 996 déclarations d'euthanasie ou de suicide assisté : 39 cas concernaient des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (Tuffrey-Wijne, Curfs, Hollins et Finlay, « Euthanasia and physician-assisted suicide in people with intellectual disabilities and/or autism spectrum disorders : investigation of 39 Dutch case reports (2012-2021) », *BJPsych Open*, 2023, vol. 9, n° 3, e87). Dans 30 de ces 39 cas, l'isolement social figurait parmi les souffrances invoquées ; dans 8 cas, les seules causes de souffrance décrites tenaient directement à la déficience ou à l'autisme eux-mêmes : solitude, dépendance, sentiment de ne pas trouver sa place dans le monde.

9. L'enseignement est double. D'abord, là où la loi n'exclut pas, elle inclut : les critères généraux du droit néerlandais, souffrance insupportable et sans perspective d'amélioration, demande volontaire et réfléchie, n'ont pas fait barrage, et la souffrance d'être handicapé dans un monde qui ne s'adapte pas a été acceptée comme motif de mort. Ensuite, la volonté de ces personnes a été tenue pour libre et leur demande pour réfléchie par des médecins de bonne foi, appliquant des textes exigeants : c'est donc le dispositif lui-même, et non sa mauvaise application, qui est en cause. La loi déférée ne comporte aucune garantie propre à produire un résultat différent ; la troisième partie de la présente contribution montre qu'elle en comporte moins.

C. La preuve par le débat : des exclusions refusées pour des motifs inconciliables

10. Le législateur a été saisi du problème, explicitement et à chaque étape. Au cours des travaux parlementaires, des amendements tendant à exclure expressément du champ de la loi les personnes dont la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme compromet le consentement ont été déposés à chaque lecture, dans chaque assemblée. Tous ont été rejetés.

11. Les motifs de ces rejets méritent d'être rapprochés, car ils s'excluent l'un l'autre. Aux uns, il a été répondu que l'exclusion était inutile, les conditions générales de la loi, volonté libre et éclairée, discernement non gravement altéré, suffisant à protéger ces personnes ; aux autres, qu'elle serait discriminatoire et stigmatisante, en privant par principe des personnes handicapées d'un droit ouvert à tous. Or ces deux réponses ne peuvent être vraies ensemble : si les conditions générales excluaient déjà ces personnes, l'exclusion expresse serait redondante, mais nullement discriminatoire ; si elle est discriminatoire, c'est qu'elle aurait un objet, c'est-à-dire que des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle peuvent, aux yeux du législateur, satisfaire aux conditions et recevoir la mort. La coexistence des deux motifs établit une chose : le législateur n'a pas voulu dire qui est dans le champ de la loi et qui en est dehors. Pour les personnes dont parle l'exposant, cette ambiguïté n'est pas un défaut de style : elle est l'exposition même.

D. L'alerte des Nations unies

12. L'exposition n'a pas échappé à l'organe international chargé de veiller sur ces personnes. Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, institué par la Convention relative aux droits des personnes handicapées que la France a ratifiée, est intervenu à deux reprises pendant le débat législatif : le 23 juin 2025, en faisant part de sa crainte d'une violation du droit à la vie garanti par l'article 10 de la Convention ; puis le 10 septembre 2025, dans ses observations finales adressées à la France, en dénonçant, à propos du projet, une « claire orientation eugéniste reflétant un validisme profondément enraciné ».

13. L'exposant mesure la gravité de ces mots ; il n'en est pas l'auteur. Ils émanent de l'organe conventionnel compétent, au terme de l'examen contradictoire de la situation française, et ils visent précisément le point que la présente contribution soulève : l'absence de toute garantie propre aux personnes handicapées dans un dispositif qui leur sera appliqué. Le législateur, destinataire de cet avertissement, est passé outre sans rien ajouter au texte. Le Conseil constitutionnel n'exerce pas le contrôle de conventionnalité ; mais lorsqu'il apprécie si le législateur a entouré de garanties légales les exigences constitutionnelles de protection des personnes vulnérables, il peut tenir pour significatif qu'un tel avertissement, aussi solennel, soit demeuré sans réponse.

TROISIÈME PARTIE. LE DROIT COMMUN : UN SYSTÈME DE PROTECTION QUE LA LOI RENVERSE

14. Le droit français a construit, pour les personnes dont les facultés sont altérées, un système cohérent : plus l'acte est grave, moins le consentement de la personne suffit, et plus le droit interpose de protections entre elle et l'acte. La pièce maîtresse en est l'interdit du don d'organe : « Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne » (article L. 1231-2 du code de la santé publique). La règle est absolue : le consentement le plus sincère, le plus réitéré, le plus généreux n'y peut rien, car le législateur a jugé que la gravité de l'acte excède ce que le consentement

d'une personne protégée peut couvrir. Donner un rein est pourtant un acte de vie, dont on guérit. La loi déférée, elle, permettrait à la même personne de consentir à sa propre mort.

15. Autour de cet interdit, le droit commun déploie une gradation de protections qui obéissent toutes à la même logique : l'interposition d'un tiers protecteur. Les actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peuvent jamais donner lieu à assistance ou représentation (article 458 du code civil) ; pour les autres actes médicaux graves, l'article 459, alinéa 2, du code civil permet au juge d'habiliter la personne chargée de la protection à représenter le majeur « y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle », le juge tranchant en cas de désaccord, règle que reprend l'article L. 1111-8 du code de la santé publique pour le consentement aux soins ; la stérilisation à visée contraceptive d'un majeur protégé ne peut être pratiquée sans l'autorisation du juge (article L. 2123-2 du même code). Partout, un juge, un comité ou un protecteur ; nulle part, la personne vulnérable seule face à un médecin pour un acte irréversible. On mesure au passage le danger en creux de l'article 459 : si la demande d'aide à mourir n'est pas expressément rangée parmi les actes strictement personnels, le canal juridique d'une volonté portée par autrui existe déjà dans le code.

16. Ce système vient au surplus d'être complété par le législateur lui-même : la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 a créé, à l'article 427-1 du code civil, un registre national des mesures de protection juridique, destiné précisément à permettre à tout professionnel de vérifier qu'une personne est protégée. Or le décret d'application n'est pas publié et l'entrée en vigueur du registre est différée, au plus tard au 31 décembre 2026 : à la date où la loi déférée s'appliquera, un médecin saisi d'une demande d'aide à mourir n'aura aucun moyen fiable de savoir que le demandeur fait l'objet d'une mesure de protection. C'est dans ce paysage que la loi déférée s'installe, et elle l'inverse trait pour trait : pour l'acte le plus grave qui soit, aucun juge, aucun comité, aucune évaluation spécialisée du discernement, aucun registre opérationnel ; un médecin décide seul (article 6, III), après avoir recueilli l'avis consultatif d'un collège qu'il constitue lui-même et qui peut se réunir en visioconférence. L'îlot d'exception est exactement à l'endroit où le système de protection était le plus nécessaire.

QUATRIÈME PARTIE. LES GRIEFS D'INCONSTITUTIONNALITÉ

17. De ces données de fait et de droit, l'exposant tire trois griefs. Il ne conteste pas le pouvoir d'appréciation du législateur sur le principe même de la loi (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 9) ; il établit que, s'agissant des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.), le législateur a privé de garanties légales des exigences constitutionnelles (premier grief), assuré à ces personnes une protection de leur vie moindre que celle garantie à toute autre (deuxième grief) et méconnu l'étendue de sa propre compétence (troisième grief). Les références aux articles renvoient au texte n° 323 adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026.

PREMIER GRIEF. En ce qu'ils font de la volonté « libre et éclairée » et du discernement non « gravement altéré » les seules digues opposées à la mort provoquée des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.), sans instituer aucun instrument permettant de les vérifier, les articles 4, 5 et 6 privent de garanties légales des exigences constitutionnelles

18. *Norme de référence.* Le législateur ne peut « priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004). Sont ici en cause la sauvegarde de la dignité de la personne humaine (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994), la liberté du consentement aux actes médicaux, que le législateur doit entourer de garanties effectives (décision n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004), et la protection des personnes vulnérables, que la Cour européenne des droits de l'homme rattache aux obligations positives de l'État, tenu de les protéger « même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie » (CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, § 54). S'y ajoutent l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité de la loi (décisions n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 ; n° 2005-514 DC du 28 avril 2005) et l'exigence d'un champ clair et précis pour toute immunité pénale (décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998, cons. 7), les articles 4 à 6 délimitant l'immunité de l'acte de donner la mort.

19. *L'absence de tout instrument.* La loi confie le sort de ces personnes à deux notions, et à rien d'autre. Aucune évaluation spécialisée du discernement n'est prévue, par quiconque, à aucun stade ; aucune exigence de communication adaptée (langage facile à lire et à comprendre, outils de communication alternative) n'accompagne des entretiens dont tout dépend ; aucun tiers protecteur n'est interposé, ni juge des tutelles, ni personne chargée de la protection, dont la loi n'organise même pas l'information ; et le médecin ne dispose d'aucun moyen fiable de savoir que le demandeur est un majeur protégé, le registre de l'article 427-1 du code civil n'étant pas en vigueur (supra, § 16). Quant à l'unique verrou textuel, le discernement « gravement altéré » de l'article 6, il est inintelligible appliqué à cette population : la déficience intellectuelle n'est pas une altération, c'est-à-dire la dégradation d'un état antérieur, mais un mode durable de fonctionnement ; l'adverbe « gravement » suppose une échelle que nul texte, nul référentiel, nulle autorité ne fournit ; et son appréciation est remise au médecin qui décide seul (article 6, III). Un champ d'immunité pénale suspendu à pareille notion ne satisfait pas à l'exigence de clarté de la décision n° 98-399 DC. Ce faisant, la loi ne prend pas correctement en compte la notion même d'autodétermination dont elle procède : alors que la littérature scientifique établit que, pour ces personnes, l'autodétermination est une capacité relationnelle et contextuelle, qui suppose des évaluations souples et régulièrement réévaluées, une communication adaptée et un soutien à la prise de décision (synthèse RAAVI précitée, supra, § 7), la loi la traite comme un attribut binaire, constaté au fil d'entretiens médicaux, sans organiser aucun des soutiens qui en conditionnent l'exercice. Elle érige ainsi l'autodétermination en condition d'accès à la mort provoquée, sans jamais instituer ce qui, seul, permettrait de la vérifier.

20. Rapportées au fait, ces lacunes ne sont pas théoriques. La suggestibilité et la tendance à l'acquiescement (supra, § 6 et 7) font qu'une procédure d'entretiens réitérés produira la « volonté » qu'elle recherche ; l'expérience néerlandaise établit que des critères comparables, appliqués de bonne foi, n'ont pas protégé ces personnes (supra, § 8 et 9) ; et le droit commun

démontre que le législateur sait, quand il le veut, construire les garanties manquantes, puisqu'il les a construites pour des actes moins graves (supra, § 14 à 16). En s'en abstenant ici, il a privé de garanties légales la dignité, la liberté du consentement et la protection des personnes vulnérables. Les articles 4, 5 et 6 doivent être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposant renvoie aux première et deuxième réserves d'interprétation.

DEUXIÈME GRIEF. En ce qu'ils assurent aux personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.) une protection de leur vie moindre que celle garantie à toute autre personne, les articles 4 et 6 méconnaissent le principe d'égalité et l'égale dignité

21. *Norme de référence.* Le principe d'égalité résulte des articles 1er et 6 de la Déclaration de 1789 (décision n° 98-397 DC du 6 mars 1998) ; il se combine, en la matière, avec la sauvegarde de la dignité de la personne humaine (décision n° 94-343/344 DC, précitée), dont il résulte que la protection que la loi accorde à la vie d'une personne ne saurait être moindre à raison de son handicap. La Convention relative aux droits des personnes handicapées, dont l'article 10 garantit aux personnes handicapées le droit à la vie « sur la base de l'égalité avec les autres », éclaire la portée de ces exigences.

22. *Une protection inégale sous des critères uniformes.* Les conditions posées par la loi sont facialement neutres ; elles opèrent inégalement. La condition d'une volonté « libre et éclairée » (article 4, 5°) protège ceux qui peuvent la former et vérifier qu'on la respecte ; elle expose ceux qui acquiescent, puisque leur acquiescement lui ressemble à s'y méprendre. La condition de souffrance inclut, l'expérience néerlandaise l'a montré, celle qui naît de l'isolement et de la dépendance liés au handicap lui-même (supra, § 8) : le Comité consultatif national d'éthique avait averti que le droit de mourir risquait d'être « ressenti comme une injonction » par les personnes les plus vulnérables (avis n° 139 du 13 septembre 2022). Quant au verrou du discernement « gravement altéré », il écarte sans doute les atteintes massives, mais laisse à découvert la zone où vivent précisément ces personnes : celle d'un discernement réel mais fragile, perméable, dépendant. Le résultat est ce que le droit international nomme une discrimination indirecte : à conditions égales, une protection inégale, au détriment des personnes que leur handicap rend les moins capables de se défendre.

23. *Un choix conscient.* Cette inégalité de protection ne peut être excusée comme une inadvertance. Le législateur a été saisi d'amendements d'exclusion à chaque lecture et les a rejetés pour des motifs inconciliables (supra, § 10 et 11) ; il a reçu, en cours de débat, l'avertissement le plus solennel qu'un organe international puisse adresser (supra, § 12 et 13) ; il a laissé le texte en l'état. En connaissance de cause, il a donc maintenu un dispositif dont tout établissait qu'il protégerait moins la vie des personnes handicapées que celle des autres. Les articles 4 et 6 doivent, pour ce motif également, être déclarés contraires à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposant renvoie à la première réserve d'interprétation.

TROISIÈME GRIEF. En abandonnant au médecin, sans cadre légal, la ligne de partage entre la vie et la mort des personnes dont le discernement est en cause, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence (articles 4, 5 et 6 ; article 34 de la Constitution)

24. *Norme de référence.* L'article 34 de la Constitution réserve à la loi les règles concernant « l'état et la capacité des personnes » et la fixation des « garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ». La méconnaissance par le législateur de l'étendue de sa propre compétence peut être utilement invoquée dès lors qu'est affecté un droit ou une liberté que la Constitution garantit (décision n° 2010-4/17 QPC du 22 juillet 2010) ; sont ici affectées la vie même des personnes, leur dignité et leur liberté personnelle.

25. *Démonstration.* Sur tout ce qui déterminera le sort des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme, la loi ne décide rien : elle renvoie. Au médecin, l'appréciation du caractère « libre et éclairé » de la volonté, celle du discernement « gravement altéré », la constitution du collège consultatif et la décision finale, prise seul (article 6, III). Au pouvoir réglementaire, des modalités que rien n'encadre. À personne, l'essentiel : aucun texte n'organise l'évaluation spécialisée du discernement, la communication adaptée, l'articulation avec le juge des tutelles ou le sort des majeurs protégés en l'absence de registre opérationnel. La capacité de consentir à sa propre mort est pourtant, par excellence, une question d'état et de capacité des personnes, et les garanties qui l'entourent sont, par excellence, des garanties fondamentales d'une liberté publique. En abandonnant cette ligne de partage à l'appréciation solitaire d'un praticien, le législateur est resté en deçà de la compétence que la Constitution lui assigne. Les articles 4, 5 et 6 doivent, pour ce motif encore, être déclarés contraires à la Constitution.

CINQUIÈME PARTIE. À DÉFAUT DE CENSURE : LES RÉSERVES PROTECTRICES

26. Si le Conseil ne prononçait pas la censure, l'exposant le prie de subordonner la conformité de la loi aux réserves suivantes. Il souligne que, pour les personnes dont il parle, ces réserves ne seraient pas des aménagements de confort : elles sont le minimum sans lequel la loi les livre sans défense au mécanisme décrit dans la deuxième partie.

27. Première réserve (articles 4 et 6). La volonté « libre et éclairée » exigée par le 5° de l'article 4 et le discernement non « gravement altéré » mentionné à l'article 6 ne sauraient être reconnus à une personne porteuse d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.) qu'au terme d'une évaluation spécialisée et pluridisciplinaire de sa capacité de discernement, conduite par des professionnels formés à cette population, avec des moyens de communication adaptés et un soutien effectif à l'autodétermination, établissant positivement qu'elle comprend la nature de sa demande, ses conséquences et son caractère irréversible ; en l'absence d'une telle évaluation, ou en cas de doute à son issue, la demande ne saurait être regardée comme satisfaisant aux conditions légales.

28. Deuxième réserve (articles 5 et 6). La demande d'aide à mourir constitue un acte strictement personnel au sens de l'article 458 du code civil ; elle ne saurait être formée, réitérée ou confirmée par voie de représentation ou d'assistance, ni l'article 459, alinéa 2, du code civil ni l'article L. 1111-8 du code de la santé publique ne pouvant recevoir application ; et toute

suggestion, sollicitation ou initiative émanant d'un tiers, fût-il chargé de la protection de la personne, prive la demande du caractère libre exigé par la loi.

29. Troisième réserve (articles 4 à 6). Tant que le registre des mesures de protection juridique prévu à l'article 427-1 du code civil n'est pas effectivement opérationnel, les articles 4 à 6 ne sauraient être appliqués à une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ; en toute hypothèse, le médecin saisi d'une demande doit vérifier l'existence d'une telle mesure et, le cas échéant, en informer la personne chargée de la protection, sans que celle-ci puisse se substituer à la personne protégée.

CONCLUSIONS

30. Le droit français interdit à une personne protégée de donner un rein, même consentante, parce que la gravité de l'acte excède ce que son consentement peut couvrir ; la loi déférée permettrait à la même personne de recevoir la mort, sur sa demande recueillie par un médecin seul, sans évaluation spécialisée, sans juge et sans même que l'existence de sa mesure de protection puisse être vérifiée. L'exposant ne demande pas au Conseil de trancher un débat de société : il lui demande de constater que la République ne peut pas protéger les organes de ses membres les plus fragiles mieux qu'elle ne protège leur vie.

31. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, l'exposant conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraires à la Constitution les articles 4, 5 et 6 de la loi relative au droit à l'aide à mourir et, ces dispositions étant inséparables de l'économie du texte, la loi dans son ensemble ; à titre subsidiaire, n'admettre leur conformité que sous le bénéfice des réserves d'interprétation énoncées en cinquième partie ; en tout état de cause, juger que le silence de la loi à l'égard des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ou d'un handicap mental (dont trouble du spectre autistique, trisomie, syndrome du X fragile ou anomalie génétique, etc.) ne saurait être interprété comme les incluant dans son champ.

32. L'exposant se tient à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour l'association « Un Gros Risque En Plus »,
Le bureau par son représentant, Arnaud TRILLARD Président de l'association.

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Affaire n° 2026-910 DC

Loi relative au droit à l'aide à mourir

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

L'ASSOCIATION REBÂTIR

Association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée en préfecture
dont le siège social est situé 15 résidence du Buissonnet, 78125 Gazeran
prise en la personne de son président en exercice, Fabrice Di Vizio, dûment habilitée

Envoyé au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026
par courriel : contributions-exterieures@conseil-constitutionnel.fr

Objet : observations tendant à la déclaration de non-conformité à la Constitution de la loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026 et déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution.

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

OBSERVATIONS LIMINAIRES

1. Le Conseil constitutionnel a été saisi, sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution, de la loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026, par 291 voix contre 241 et 29 abstentions, au terme de plus d'un an de navette parlementaire. Il l'a été successivement par le Président du Sénat (saisine enregistrée au greffe le 16 juillet 2026), par le Premier ministre (17 juillet 2026), par plus de soixante sénateurs (17 juillet 2026) ainsi que par plus de soixante députés (deux saisines enregistrées le 20 juillet 2026). L'ensemble de ces recours est instruit sous le n° 2026-910 DC.

2. Sur le fondement de l'article 13 du Règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, l'association exposante entend adresser au Conseil constitutionnel la contribution suivante. Et ce, afin de faire valoir la non-conformité à la Constitution de cette loi. Elle sollicite le versement des

présentes observations au dossier de la procédure ainsi que leur publication dans les conditions habituelles.

1. Présentation de l'association et intérêt à formuler la présente contribution

3. L'association Rebâtir, association régie par la loi du 1er juillet 1901, a pour objet statutaire d'organiser des conférences de sensibilisation sur les libertés fondamentales garanties par les textes nationaux et internationaux, d'organiser des formations pour les citoyens souhaitant s'engager en politique, de sensibiliser les élus et candidats aux élections sur l'importance de préserver les libertés fondamentales en toutes circonstances et en tous lieux et de mener toute action judiciaire ou dans le cadre d'interventions volontaires dans tout contentieux ayant trait aux libertés publiques.

4. La loi déférée affecte directement et immédiatement l'objet social de l'association ainsi que la situation juridique de ses membres : les professionnels de santé qu'elle fédère se voient appliquer le régime de la clause de conscience institué par l'article 14, dont certains d'entre eux, au premier rang desquels les pharmaciens, sont expressément exclus ; les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux auxquels appartiennent ses membres se voient imposer, par le II de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique créé par ce même article 14, l'obligation de permettre en leur sein la mise en œuvre de l'aide à mourir, y compris lorsque leur projet associatif ou leur charte éthique l'exclut ; les familles et bénévoles d'accompagnement s'exposent, dans l'exercice même de leur mission de présence, aux dispositions pénales nouvelles de l'article L. 1115-4 du même code. L'association justifie ainsi d'un intérêt caractérisé à éclairer le Conseil constitutionnel sur la conformité de la loi déférée aux droits et libertés que la Constitution garantit.

2. Esprit et portée de la présente contribution

5. L'association n'ignore pas que le Conseil constitutionnel ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, paragr. 9) et qu'il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du législateur sur une question de société. Elle n'entend pas davantage contester la compétence du législateur pour légiférer en cette matière, que le Conseil a récemment qualifiée de « question de société » (décision n° 2026-7 RIP du 17 juin 2026). Ses observations sont d'ordre strictement juridique : elles tendent uniquement à démontrer que, dans l'exercice de cette compétence, le législateur a méconnu plusieurs exigences constitutionnelles et n'a pas assuré la conciliation équilibrée qui lui incombait entre les droits et libertés en présence.

6. Si l'association puise son engagement dans une inspiration chrétienne, elle ne demande évidemment pas au Conseil de faire prévaloir un enseignement religieux sur la loi de la République. Lorsqu'elle se réfère, dans les développements qui suivent, aux positions exprimées par les représentants des cultes devant la représentation nationale ou aux documents du magistère catholique, c'est à un double titre exclusivement juridique : d'une part, comme

éclairage anthropologique attestant que l'interdit de donner la mort appartient au fonds commun que l'alinéa 1er du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 a entendu réaffirmer ; d'autre part, comme élément de fait établissant l'existence, la structuration et la prévisibilité des impératifs de conscience avec lesquels le législateur devait opérer une conciliation, et dont la méconnaissance fonde les griefs tirés de la liberté de conscience, de la liberté d'association et de la liberté de religion.

7. Les présentes observations s'articulent comme suit : après des observations préliminaires relatives aux exigences d'impartialité (A) et de brèves observations sur la procédure législative (B), seront successivement développés les griefs tirés de la méconnaissance du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de l'exigence de protection de la vie (I), de l'incompétence négative du législateur et de l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité de la loi (II), de l'insuffisance des garanties entourant l'expression d'une volonté libre et éclairée et la protection des personnes vulnérables (III), de la méconnaissance de l'article 66 de la Constitution et du droit à un recours juridictionnel effectif (IV), de l'atteinte portée à la liberté de conscience, à la liberté d'association, à la liberté d'entreprendre et au principe d'égalité (V), de la méconnaissance du principe de fraternité (VI), enfin de l'inconstitutionnalité des articles 18 et 19 relatifs à la prise en charge par la solidarité nationale et au régime assurantiel (VII).

A. À TITRE PRÉLIMINAIRE : SUR LES EXIGENCES DÉCOULANT DU PRINCIPE D'IMPARTIALITÉ

8. L'impartialité est inhérente à l'exercice de toute fonction juridictionnelle ; elle participe de la garantie des droits proclamée par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et conditionne l'autorité qui s'attache, en vertu de l'article 62 de la Constitution, aux décisions du Conseil constitutionnel, lesquelles ne sont susceptibles d'aucun recours. Elle s'apprécie non seulement de manière subjective mais également de manière objective, au regard des apparences, la confiance que les juridictions doivent inspirer aux justiciables commandant que soient écartées les situations pouvant faire naître un doute légitime. Les membres du Conseil constitutionnel sont à ce titre soumis, par l'article 2 du décret n° 59-1292 du 13 novembre 1959 sur les obligations des membres du Conseil constitutionnel, à une obligation générale de réserve leur interdisant notamment de prendre publiquement position sur les questions ayant fait ou étant susceptibles de faire l'objet de décisions du Conseil ; le règlement intérieur adopté en 2022 organise par ailleurs les procédures de déport et de récusation.

9. Il est de notoriété publique, et il a été publiquement recensé dans les jours ayant suivi l'adoption définitive de la loi, que six des neuf membres composant actuellement le Conseil se sont, par le passé, exprimés sur la question de la fin de vie, quatre dans un sens favorable à une évolution de la législation dans le sens de la loi déférée et deux en sens inverse.

10. En premier lieu, Monsieur le Président Richard Ferrand a déclaré le 11 avril 2022, alors qu'il présidait l'Assemblée nationale, que le droit de mourir dans la dignité constituerait « la grande réforme de société » du quinquennat qui s'ouvrait. En deuxième lieu, M. Jacques Mézard est l'auteur de la proposition de loi n° 735 (2011-2012) relative à l'assistance médicalisée pour mourir, dont l'objet est en substance identique à celui de la loi déférée[1] ; il a défendu, le 16 juin 2015, lors de l'examen de la loi dite Claeys-Leonetti, un amendement tendant à la légalisation de l'aide active à mourir, a voté contre cette loi qu'il jugeait insuffisante[2], puis a organisé et présidé au Sénat, le 22 juin 2016, un colloque d'hommage à Henri Caillavet au cours duquel il s'est dit fier de poursuivre ses combats, en citant expressément le droit de mourir dans la dignité[3]. En troisième lieu, Mme Laurence Vichnievsky s'est déclarée à plusieurs reprises favorable à l'ouverture d'un droit à l'aide à mourir, se disant en 2017 susceptible d'être « assez souple sur les critères » d'accès,[4] puis confirmant sa position le 4 juin 2024, alors même que l'Assemblée nationale examinait le projet de loi dont la loi déférée procède directement, et a participé, en qualité de députée, aux travaux parlementaires relatifs à ces textes jusqu'au terme de son mandat[5]. En quatrième lieu, M. Alain Juppé, alors qu'il siégeait déjà au Conseil, a déclaré le 9 février 2025 : « Si j'étais parlementaire, je voterais certainement une loi sur la fin de vie »[6], tout en annonçant qu'il se déporterait si le texte était soumis au Conseil, engagement dont la composition de la formation ayant statué le 17 juin 2026 sur la décision n° 2026-7 RIP, à laquelle il est le seul membre à ne pas avoir pris part, atteste la loyale exécution. En sens inverse, enfin, Messieurs Philippe Bas et François Pillet comptent parmi les signataires d'une tribune publiée en mars 2018 s'opposant à la légalisation d'une aide médicale à mourir[7].

11. L'association n'ignore pas qu'en l'état de la pratique, la circonstance qu'un membre du Conseil a, avant sa nomination, exprimé des opinions sur une question de société ou pris part, en qualité de parlementaire, à des travaux législatifs, n'emporte pas, par elle-même, obligation de déport. Elle n'ignore pas davantage que l'article 14 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel subordonne la validité de ses délibérations à la présence de sept membres au moins, de sorte qu'aucune solution ne saurait être retenue qui priverait le Conseil de la possibilité de statuer sur la loi déférée. Elle observe cependant que la présente affaire porte, selon les termes mêmes de la décision n° 2026-7 RIP précitée, sur une question de société d'une gravité singulière, puisqu'elle engage la vie humaine, et que l'acceptabilité de la décision à intervenir, quelle qu'en soit la teneur, dépendra

[1] https://www.senat.fr/leg/ppl11-735.html
[2] https://www.senat.fr/amendements/2015-2016/104/jeu_complet.html
[3] https://www.laicite-republique.org/IMG/pdf/actes_du_colloque_en_tnr_.pdf
[4] https://www.youtube.com/watch?v=CRYXSbBgUGs&t=2217s
[5] https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand-63000/actualites/projet-de-loi-sur-la-fin-de-vie-qu-en-pensent-les-deputes-et-senateurs-du-puy-de-dome_14511438/
[6] https://www.lepoint.fr/politique/fin-de-vie-intimite-quand-alain-juppe-fend-l-armure-09-02-2025-2581898_20.php
[7] https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/03/12/ouvrir-la-porte-a-la-legalisation-de-l-euthanasie-n-est-ce-pas-un-encouragement-de-cette-pratique_5269402_3232.html

étroitement de l'apparence d'impartialité de la formation de jugement. Elle relève enfin qu'une distinction peut raisonnablement être opérée entre, d'une part, l'expression ancienne et ponctuelle d'opinions générales et, d'autre part, un engagement direct, réitéré et constant en faveur de la légalisation même que la loi déférée réalise, a fortiori lorsque cet engagement s'est traduit par le dépôt d'une initiative législative de même objet ou par la participation personnelle aux travaux préparatoires des textes dont la loi déférée est issue.

12. En conséquence, l'association, qui n'a pas qualité pour former une demande de récusation, réservée par les textes aux auteurs des saisines, s'en remet à la sagesse du Conseil et invite chacun des membres concernés à apprécier, en conscience et à la lumière du précédent rappelé ci-dessus, l'opportunité d'un déport. Elle forme le vœu que la décision à intervenir soit rendue dans des conditions qui la mettent à l'abri de toute contestation tenant à sa formation de jugement.

B. BRÈVES OBSERVATIONS SUR LA PROCÉDURE LÉGISLATIVE

13. L'association a examiné la loi déférée au regard des exigences du premier alinéa de l'article 45 de la Constitution. Elle n'entend pas soulever de grief tiré de la présence de « cavaliers législatifs » : les dispositions de la loi, y compris ses articles 18 et 19 relatifs à la prise en charge des frais et au régime assurantiel, ne paraissent pas dépourvues de lien, même indirect, avec le texte déposé.

14. Elle croit en revanche devoir relever, au titre du contexte procédural, que cette réforme, que ses promoteurs présentent eux-mêmes comme une réforme de société majeure, a été portée par une proposition de loi, de sorte qu'elle n'a été précédée ni d'une étude d'impact ni d'un avis du Conseil d'État portant sur le texte effectivement adopté. Or l'avis rendu par le Conseil d'État le 4 avril 2024 (n° 408204) sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, projet devenu caduc et dont la loi déférée s'inspire tout en s'en écartant substantiellement, avait expressément subordonné l'absence d'incompétence négative du législateur à l'inscription du dispositif dans « un horizon temporel qui n'excède pas douze mois » (point 23) et estimé que le contentieux de l'aide à mourir ne devait pas être attribué à la juridiction administrative (points 36 et 37)[8]. La loi déférée s'est affranchie de ces deux garanties. Cette configuration, sans constituer en elle-même un motif d'inconstitutionnalité, justifie que le Conseil exerce un contrôle particulièrement attentif sur les griefs d'incompétence négative, d'intelligibilité et de garanties légales développés ci-après.

[8] https://conseil-etat.fr/avis-consultatifs/derniers-avis-rendus/au-gouvernement/avis-sur-un-projet-de-loi-relatif-a-l-accompagnement-des-malades-et-de-la-fin-de-vie

I. LA LOI MÉCONNAÎT LE PRINCIPE DE SAUVEGARDE DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE HUMAINE ET L'EXIGENCE CONSTITUTIONNELLE DE PROTECTION DE LA VIE (ARTICLES 2, 3 ET 4)

A. Les normes de référence

15. Aux termes de la première phrase de l'alinéa 1er du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ». Le Conseil constitutionnel en a déduit que « la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation » est un principe à valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, cons. 2). Ce principe présente une dimension objective : il ne se confond pas avec la liberté personnelle, proclamée par les articles 1er, 2 et 4 de la Déclaration de 1789, avec laquelle il doit être concilié (même décision, cons. 3 ; décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 5). Le Conseil a du reste admis que la sauvegarde de la dignité pouvait justifier des restrictions apportées à des comportements pourtant présentés comme librement consentis entre adultes (décision n° 2018-761 QPC du 1er février 2019, paragr. 11 à 13). La dignité n'est donc pas la disponibilité de soi : elle est ce qui, dans la personne, demeure indisponible, y compris à sa propre volonté.

16. Le Conseil a par ailleurs identifié, parmi les principes qui « tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine », « la primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain » (décision n° 94-343/344 DC précitée, cons. 18). Le respect dû à la dignité « ne cesse pas avec la mort » (décision n° 2024-1110 QPC du 31 octobre 2024, paragr. 4) ; a fortiori, il ne cesse ni avec la maladie, ni avec l'âge, ni avec le handicap. S'agissant précisément de la fin de vie, le Conseil juge qu'il appartient au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale, de déterminer les conditions dans lesquelles peuvent être prises des décisions relatives à la fin de vie « dans le respect de ces exigences constitutionnelles », au nombre desquelles figurent la sauvegarde de la dignité et la liberté personnelle (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, paragr. 6 et suivants ; décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, paragr. 6 à 16 ; voir aussi décision n° 2021-821 DC du 29 juillet 2021, paragr. 29 à 35).

17. Enfin, le onzième alinéa du Préambule de 1946, aux termes duquel la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé », fonde l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991), dont participe la politique publique de prévention du suicide. Cette exigence interne rejoint les obligations positives de protection de la vie que la Cour européenne des droits de l'homme déduit de l'article 2 de la Convention, y compris lorsqu'un État choisit de légaliser

l'euthanasie : la légalisation ne dispense pas l'État de mettre en place des garanties propres à protéger effectivement le droit à la vie, dont la méconnaissance est sanctionnée (CEDH, 4 octobre 2022, *Mortier c. Belgique*, n° 78017/17).

B. L'application en l'espèce

18. L'article 2 de la loi déférée crée un article L. 1111-12-1 du code de la santé publique définissant l'aide à mourir comme « le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée (…) 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 », et exonérant de responsabilité pénale, sur le fondement de l'article 122-4 du code pénal, les personnes qui concourent à l'exercice de ce droit. Sous des périphrases, cette disposition institue ainsi, d'une part, un suicide assisté et, d'autre part, une euthanasie, c'est-à-dire l'administration de la mort par un tiers, et elle en fait non une tolérance exceptionnelle mais un droit subjectif, opposable au système de santé et assorti du concours obligé de professionnels et d'établissements.

19. Ce faisant, la loi renverse le sens d'interdits qui structurent l'ordre juridique tout entier et dont la fonction première est précisément protectrice : l'interdiction du meurtre (article 221-1 du code pénal) et de l'empoisonnement (article 221-5), aggravés lorsqu'ils sont commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité ou à une déficience physique ou psychique, est apparente ou connue de l'auteur (article 221-4, 3°) ; l'interdiction de la provocation au suicide (article 223-13) ; l'obligation de porter assistance à personne en péril (article 223-6). Aucune de ces incriminations ne connaît d'exception de consentement : c'est par respect pour la dignité de la personne, et non contre sa liberté, que l'interdit de donner la mort à autrui, fût-ce à sa demande, a été constamment maintenu. La loi déférée ne se borne pas à aménager cet interdit : elle érige son franchissement en droit et confie à l'État, au service public hospitalier, aux professionnels de santé et aux organismes de sécurité sociale la charge d'en organiser, d'en exécuter et d'en financer l'exercice.

20. La conciliation ainsi opérée est manifestement déséquilibrée. Dans l'économie de la loi, la volonté individuelle absorbe l'ensemble des autres exigences constitutionnelles : la sauvegarde de la dignité, entendue dans sa dimension objective, est ramenée à l'autodétermination du demandeur ; la protection de la vie et la prévention du suicide s'effacent devant la demande de mort, que l'État a désormais l'obligation de satisfaire ; la protection des personnes vulnérables, dont il sera démontré ci-après (III) qu'elle est dépourvue de garanties effectives, est sacrifiée. Le contraste est saisissant avec le cadre issu des lois du 22 avril 2005 et du 2 février 2016, dont le Conseil a examiné les garanties (décision n° 2017-632 QPC précitée) : ce cadre, qui repose sur le refus de l'obstination déraisonnable, le développement des soins palliatifs et, à l'extrême, la sédation profonde et continue, procède de l'intention d'apaiser en laissant survenir la mort ; la loi déférée procède de l'intention de donner la mort. Entre « laisser mourir » et « faire mourir », la différence n'est pas de degré mais de nature, et elle est constitutionnellement décisive.

21. L'article 3 de la loi aggrave cette rupture en complétant le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, siège du droit de toute personne « d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance », par la phrase suivante : « Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir ». En inscrivant l'administration d'une substance létale au sein des dispositions générales relatives aux soins, alors même que la loi se garde, en toutes ses autres dispositions, de qualifier l'aide à mourir de soin ou de traitement, le législateur opère une confusion normative majeure : il donne à entendre que la dignité de la fin de vie peut être « réalisée » par la mort provoquée, c'est-à-dire que la dignité serait une qualité variable, susceptible d'être perdue par la maladie ou la dépendance et restaurée par l'anticipation du décès. Une telle conception subjective et graduable de la dignité est à l'exact opposé du principe constitutionnel, qui postule une dignité égale, inconditionnelle et indisponible de tout être humain, quel que soit son état. Elle adresse en outre aux personnes malades, âgées ou handicapées, titulaires de la même dignité et des mêmes droits que toute autre personne (article L. 1110-2 du code de la santé publique), le signal implicite que certaines vies pourraient valoir moins que d'autres.

22. L'article 4, enfin, révèle l'ampleur réelle du champ ouvert. L'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique qu'il crée subordonne l'accès à l'aide à mourir au fait d'être atteint « 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 », et de 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 ». À la différence de la quasi-totalité des législations étrangères, aucun horizon temporel n'est exigé : ainsi que l'ont relevé l'Académie nationale de médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins et plusieurs membres du Comité consultatif national d'éthique au cours des travaux préparatoires, la notion de « phase avancée » englobe des personnes dont l'espérance de vie se compte en années, malades atteints d'affections neurodégénératives, de cancers métastatiques stabilisés par les immunothérapies, de maladies chroniques évoluées. Le précédent belge, dont la loi s'inspire, atteste la réalité du glissement : la proportion des euthanasies pratiquées sur des personnes dont le décès n'était pas attendu à brève échéance y est passée de 7 % en 2003 à plus de 21 % en 2023 (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, rapport 2022-2023)[9]. La loi déférée n'institue donc pas un dispositif d'exception réservé aux ultimes instants de l'existence : elle consacre, au profit de personnes qui ne sont pas en fin de vie, un véritable droit à l'assistance au suicide, en contradiction frontale avec l'obligation de prévention du suicide qui découle de l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé et avec les obligations positives de protection de la vie.

[9] https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/communique-de-presse-rapport-euthanasie-2024-chiffres-annees-2022-2023

23. Cette lecture objective de la dignité, loin d'être l'expression d'une sensibilité particulière, rejoint le fonds anthropologique commun dont ont témoigné, de manière remarquablement convergente, l'ensemble des traditions religieuses et spirituelles entendues par la commission spéciale de l'Assemblée nationale lors de sa table ronde du 24 avril 2024 (XVIe législature, compte rendu n° 12)[10] : la Conférence des évêques de France (Mgr Vincent Jordy, Mgr Pierre d'Ornellas), la Fédération protestante de France (pasteur Christian Krieger), l'Assemblée des évêques orthodoxes de France (Me Carol Saba), la Grande mosquée de Paris (Pr Sadek Beloucif) et l'Union bouddhiste de France (M. Antony Boussemart). Tous, au-delà de la diversité de leurs traditions, ont rappelé la valeur inconditionnelle de la vie humaine et la distinction cardinale entre « laisser mourir » et « faire mourir » ; tous ont mis en garde contre le risque, attesté par les précédents étrangers, de glissement progressif des critères et de banalisation, « l'offre crée la demande », selon la formule employée devant la commission, ainsi que contre le développement d'une pression sociale conduisant les personnes fragiles ou précaires à se penser de trop ; le président de la Fédération protestante a résumé l'inquiétude commune en demandant si ce qui est revendiqué comme un droit pour les uns ne deviendrait pas, pour d'autres, à tout le moins moralement, un devoir de partir. Certes la loi de la République ne procède d'aucun culte, mais un constat de fait s'impose : l'interdit de donner la mort à une personne innocente, fût-ce à sa demande, appartient à ce patrimoine commun de l'humanité que l'alinéa 1er du Préambule de 1946 a précisément entendu réaffirmer au sortir d'une période où des régimes avaient « tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine », notamment en organisant la mort de malades et de personnes handicapées jugés indignes de vivre.

24. Il résulte de ce qui précède que les articles 2, 3 et 4 de la loi déférée méconnaissent le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, l'exigence constitutionnelle de protection de la vie et l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé, et qu'ils procèdent d'une conciliation manifestement déséquilibrée entre ces exigences et la liberté personnelle. Ces articles constituant le cœur du dispositif, dont l'ensemble des autres dispositions est inséparable, leur censure entraîne celle de la loi tout entière.

II. LA LOI EST ENTACHÉE D'INCOMPÉTENCE NÉGATIVE ET MÉCONNAÎT L'OBJECTIF DE VALEUR CONSTITUTIONNELLE D'INTELLIGIBILITÉ AINSI QUE LE PRINCIPE DE LÉGALITÉ DES DÉLITS ET DES PEINES (ARTICLES 1er, 2, 4, 6 ET 13)

A. Les normes de référence

25. Il incombe au législateur d'exercer pleinement la compétence que lui confie l'article 34 de la Constitution et, en particulier, d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques afin de prémunir les sujets de droit contre une interprétation contraire à la Constitution ou contre le risque d'arbitraire, sans reporter sur des autorités administratives ou juridictionnelles le soin de fixer des règles dont la détermination n'a été confiée par la

[10] https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/finvie/l16finvie2324012_compte-rendu

Constitution qu'à la loi (décisions n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004 ; n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, cons. 9 et 10 ; n° 2014-694 DC du 28 mai 2014, cons. 7). L'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi découle des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789. Le principe de légalité des délits et des peines, garanti par l'article 8 de la même Déclaration, impose en outre au législateur de définir les infractions en termes suffisamment clairs et précis et de fixer, dans les mêmes conditions, le champ d'application des immunités qu'il instaure (décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998, cons. 7). Ces exigences se renforcent mutuellement, et revêtent une intensité maximale, lorsqu'une même loi crée à la fois une cause d'irresponsabilité pénale dérogeant à l'interdit de porter atteinte à la vie d'autrui et les conditions médicales et procédurales qui en délimitent le bénéfice : la frontière entre l'acte autorisé et le crime d'empoisonnement doit alors être tracée avec une netteté ne laissant aucune place à l'arbitraire.

B. L'application en l'espèce

26. En premier lieu, la loi s'abstient de nommer les actes qu'elle autorise. Ni le mot de suicide assisté ni celui d'euthanasie n'y figurent : l'article 2 recourt aux périphrases précitées, l'article 1er insère les mots « fin de vie » dans l'intitulé du chapitre pertinent du code de la santé publique alors que le dispositif, ainsi qu'il a été démontré, excède largement la fin de vie, et l'article 3 rattache l'aide à mourir au droit à une fin de vie digne sans jamais la qualifier de soin ni de traitement. Cette réticence terminologique, que le Conseil d'État avait invité à lever et que les représentants des cultes comme de nombreux parlementaires ont dénoncée, n'est pas un simple choix rédactionnel : elle rend équivoque la nature même des actes que des médecins et des infirmiers seront appelés à accomplir, reporte sur eux la qualification de ces actes et prive le citoyen d'une information loyale sur la portée réelle de la loi, en méconnaissance de l'objectif d'intelligibilité.

27. En deuxième lieu, les conditions médicales d'accès fixées par l'article 4 cumulent cinq notions, gravité, incurabilité, pronostic vital engagé, phase avancée, processus irréversible, dont aucune n'est définie par la loi ni ne correspond à un seuil médical objectivable de manière uniforme. L'expression « phase avancée », dépourvue de tout critère temporel, est celle-là même que l'Académie nationale de médecine avait jugée inadaptée et dangereuse et que le Conseil national de l'Ordre des médecins avait estimée impropre à permettre au médecin de déterminer le stade à partir duquel la demande peut être formulée. Deux médecins placés devant un même patient, présentant la même pathologie au même stade, pourront légitimement parvenir à des appréciations opposées ; selon le praticien consulté, plusieurs centaines de milliers de patients seront intégrés au champ du dispositif ou en seront exclus. Il en va de même de la « souffrance (…) insupportable selon la personne », critère par construction purement subjectif, dont la loi ne précise ni les modalités d'appréciation ni les garanties permettant de s'assurer qu'il est stable, authentique et exempt des biais liés à la souffrance elle-même, syndrome dépressif réactionnel, sentiment d'être une charge, isolement, précarité. La loi exclut certes qu'une « souffrance psychologique seule » ouvre l'accès au dispositif, mais sans définir

la frontière entre la souffrance psychologique exclusive et la souffrance mixte, alors que toute affection grave s'accompagne d'une composante psychique qui peut être prédominante sans être exclusive.

28. Ce déficit de précision est d'autant moins admissible que le Conseil d'État, dans son avis précité du 4 avril 2024, n'avait écarté le grief d'incompétence négative qu'en considération de l'inscription du dispositif alors envisagé dans « un horizon temporel qui n'excède pas douze mois » (point 23). En supprimant toute référence temporelle, le législateur a précisément retiré la garantie qui conditionnait, aux yeux de la plus haute juridiction administrative, le plein exercice de sa compétence. L'imprécision emporte au surplus une conséquence pénale directe : le professionnel qui se méprendrait sur la portée de la « phase avancée » ou de la souffrance éligible s'exposerait au crime d'empoisonnement, l'immunité de l'article L. 1111-12-1, II n'étant acquise que si toutes les conditions légales sont réunies. La loi expose ainsi médecins, infirmiers et pharmaciens à un risque pénal dont l'étendue est imprévisible, en méconnaissance de l'article 8 de la Déclaration de 1789, et crée les conditions d'une application hétérogène, contraire à l'égalité devant la loi pénale.

29. En troisième lieu, la procédure elle-même est affectée des lacunes similaires. L'article 6 institue un « collège pluriprofessionnel » réuni par le médecin saisi de la demande, sans préciser la portée de l'avis de ce collège : la loi ne dit ni s'il est consultatif, ni si le médecin peut passer outre un avis défavorable, fût-il unanime, ni selon quelle procédure la délibération est conduite ; la décision appartient en définitive au seul médecin (article L. 1111-12-4, III). De même, la loi retient comme seule cause d'exclusion le « discernement gravement altéré lors de la démarche de demande », admettant ainsi, a contrario, qu'une personne au discernement altéré, mais non « gravement », puisse être regardée comme exprimant une volonté libre et éclairée, sans définir le seuil de gravité : le Premier ministre lui-même relève, dans sa saisine, le défaut de clarté de cette condition pourtant essentielle à l'équilibre constitutionnel du dispositif. Enfin, l'article 13 renvoie au pouvoir réglementaire la détermination d'éléments substantiels de la procédure, et l'article 15 abandonne au décret la composition même de la commission de contrôle et d'évaluation, sans en fixer ni le nombre de membres ni les garanties d'indépendance, alors que ces règles, qui touchent aux garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, relèvent de la loi.

30. Pour l'ensemble de ces motifs, les articles 1er, 2, 4, 6, 13 et 15 de la loi déférée sont entachés d'incompétence négative et méconnaissent l'objectif de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi ainsi que le principe de légalité des délits et des peines.

III. LA LOI NE COMPORTE PAS LES GARANTIES LÉGALES QU'EXIGENT LA LIBERTÉ PERSONNELLE, LA SAUVEGARDE DE LA DIGNITÉ ET LA PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES (ARTICLES 5, 6, 9, 10 ET 12)

A. Les normes de référence

31. Lorsque le législateur détermine les conditions dans lesquelles interviennent des décisions médicales relatives à la fin de vie, il lui incombe de les assortir de garanties suffisantes, tenant notamment aux conditions d'expression de la volonté de la personne, à l'intervention des professionnels de santé ainsi qu'aux modalités de la procédure suivie (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, paragr. 6 et suivants). Cette exigence est portée à son plus haut degré lorsque la décision en cause est, comme en l'espèce, irréversible par nature, puisqu'elle conduit à la mort : le législateur doit alors définir avec une précision suffisante les conditions permettant de s'assurer que le consentement est libre, éclairé et stable, et prévoir les garanties légales propres à assurer l'effectivité de ces exigences. S'agissant des majeurs protégés, le Conseil veille à ce que la personne soit mise en mesure, grâce à l'assistance de son tuteur ou de son curateur, d'exercer avec discernement les droits qui lui sont reconnus (décision n° 2023-1076 QPC du 18 janvier 2024, paragr. 9). Le dixième alinéa du Préambule de 1946 garantit par ailleurs à la famille « les conditions nécessaires à son développement », et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme fait de l'association des proches une garantie procédurale essentielle des décisions de fin de vie : c'est en considération des garanties incluant la famille que la France n'a pas été condamnée dans l'affaire Lambert (CEDH, GC, 5 juin 2015, *Lambert et autres c. France*, n° 46043/14), et c'est notamment parce qu'une euthanasie avait été pratiquée sans que les enfants de la patiente aient été mis en mesure d'intervenir que la Belgique l'a été (CEDH, 4 octobre 2022, *Mortier c. Belgique*, précité ; voir aussi CEDH, 19 juillet 2012, *Koch c. Allemagne*, n° 497/09, § 50).

B. L'application en l'espèce

32. Au regard de ces exigences, les garanties retenues par la loi déférée sont manifestement insuffisantes, et sans commune mesure avec la gravité absolue de l'acte qu'elles encadrent.

33. En premier lieu, la procédure est tout entière concentrée entre les mains d'un médecin unique, qui peut n'avoir jamais suivi le patient. Saisi d'une demande qui n'a même pas à être formulée par écrit, ce médecin se prononce dans un délai de quinze jours, après avoir réuni, le cas échéant en visioconférence, un collège pluriprofessionnel composé, outre lui-même, d'un médecin et d'un auxiliaire médical qui peuvent l'un et l'autre ne pas connaître le patient ; la présence d'un psychologue intervenant dans la prise en charge de la personne n'est que facultative, et aucune évaluation psychiatrique n'est requise, alors même que la demande de mort est, dans une proportion considérable de cas, l'expression d'un syndrome dépressif accessible à un traitement. Le même médecin apprécie l'éligibilité, statue sur la demande, organise la procédure et, le cas échéant, participe à sa mise en œuvre : cette concentration de fonctions, sans aucun contrôle indépendant préalable, ni juge, ni commission, la commission

de l'article 15 n'intervenant qu'a posteriori, après le décès, est sans équivalent pour des décisions d'une portée pourtant infiniment moindre.

34. En deuxième lieu, le IV de l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique, créé par l'article 6, permet à la personne de confirmer sa demande à l'issue d'un délai de réflexion « d'au moins deux jours à compter de la notification de la décision », cependant qu'aucun délai minimal n'est exigé entre cette confirmation et l'administration de la substance létale. Ainsi que le relève le Président du Sénat dans sa saisine, le droit commun accorde quatorze jours pour se rétracter d'un crédit à la consommation, dix jours pour un crédit immobilier et trente jours pour une assurance sur la vie : la loi déférée entoure donc la décision la plus irréversible qui soit de garanties temporelles inférieures à celles d'actes patrimoniaux ordinaires. Le Premier ministre lui-même estime qu'un délai aussi bref ne permet pas de garantir en toutes circonstances que la confirmation procède d'un consentement libre et éclairé. Ce délai dérisoire méconnaît, à lui seul, la liberté personnelle et la sauvegarde de la dignité.

35. En troisième lieu, le régime applicable aux majeurs protégés est gravement défaillant. La loi (articles 5, 6, 10 et 12) se borne à prévoir l'information de la personne chargée de la mesure de protection et le recueil de ses « observations », communiquées au collège, sans imposer à celui-ci d'en tenir compte ; la participation d'un médecin spécialisé dans la protection juridique des majeurs n'est qu'une simple faculté ; aucune adaptation procédurale n'est prévue au stade, pourtant décisif, de la confirmation de la demande ; et le recours ouvert au tuteur ou au curateur, enfermé dans un délai de deux jours, porte sur la seule légalité de la décision, non sur l'appréciation des intérêts de la personne protégée. Le contraste est frappant, ainsi que le souligne le Président du Sénat, avec l'interdiction pure et simple du prélèvement d'organes entre vifs sur un majeur faisant l'objet d'une protection avec représentation à la personne (article L. 1231-2 du code de la santé publique), alors qu'il ne s'agit pas d'un acte létal. En ouvrant l'aide à mourir à des personnes dont les facultés de discernement sont, par hypothèse, altérées, sans garanties renforcées effectives, la loi méconnaît la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et l'exigence de protection des personnes vulnérables.

36. En quatrième lieu, la famille est purement et simplement marginalisée. Les articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 n'imposent aucune information des membres de la famille ni même de la personne de confiance, le médecin « peut, à la demande de la personne », recueillir l'avis de cette dernière, préalablement à la décision : il est ainsi légalement possible qu'un conjoint, un enfant ou un parent apprenne le décès de son proche après l'administration de la substance létale. Outre qu'elle heurte le dixième alinéa du Préambule de 1946, cette occultation prive le dispositif de la garantie procédurale que la jurisprudence européenne précitée regarde comme essentielle, et supprime le seul regard extérieur susceptible de déceler une altération de la volonté, une pression ou un abus de faiblesse. Elle prive corrélativement les proches de toute possibilité d'exercer un recours en temps utile, en méconnaissance des exigences rappelées au paragraphe 17 de la décision n° 2017-632 QPC précitée (voir infra, IV).

37. En cinquième lieu, la loi n'organise aucune articulation entre le dispositif qu'elle crée et le régime des directives anticipées et de la personne de confiance issu de la loi du 2 février 2016, dont elle bouleverse pourtant l'économie sans dispositions transitoires, au détriment de la sécurité juridique et de l'intelligibilité d'ensemble du droit de la fin de vie. Enfin, l'effectivité même du droit d'accès aux soins palliatifs, dont chacun s'accorde à reconnaître qu'une personne sur deux qui devrait en bénéficier en demeure privée, n'est assortie d'aucune garantie opposable dans la loi déférée : or un consentement à mourir exprimé faute d'accès réel à des soins qui auraient soulagé la souffrance ne saurait être regardé comme libre. La liberté suppose l'alternative ; la loi organise la demande de mort sans garantir l'offre de vie.

38. Il résulte de tout ce qui précède que les articles 5, 6, 9, 10 et 12 de la loi déférée privent de garanties légales les exigences constitutionnelles de liberté personnelle, de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de protection des personnes vulnérables, et doivent être déclarés contraires à la Constitution.

IV. LA LOI MÉCONNAÎT L'ARTICLE 66 DE LA CONSTITUTION ET LE DROIT À UN RECOURS JURIDICTIONNEL EFFECTIF (ARTICLE 12)

39. Aux termes de l'article 66 de la Constitution, l'autorité judiciaire est gardienne de la liberté individuelle. L'article 16 de la Déclaration de 1789 garantit par ailleurs le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif. En matière de fin de vie, le Conseil a précisé que, s'agissant d'une décision conduisant au décès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, ce droit impose que la décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile, lequel doit pouvoir être examiné dans les meilleurs délais aux fins de suspension éventuelle (décision n° 2017-632 QPC précitée, paragr. 17).

40. L'article 12 de la loi déférée méconnaît doublement ces exigences. D'une part, il attribue à la seule juridiction administrative, y compris par la voie du référé-liberté, le contentieux de la décision du médecin, alors qu'est en cause ce que la vie humaine et la liberté individuelle ont de plus intime, matière dont l'article 66 confie la protection à l'autorité judiciaire ; le Conseil d'État lui-même, dans son avis du 4 avril 2024 (points 36 et 37), avait estimé qu'il n'était « pas établi que l'intérêt d'une bonne administration de la justice justifie de déroger aux règles habituelles de compétence » et invité le Gouvernement à retenir la compétence judiciaire, recommandation que le législateur a ignorée, alors même qu'il élargissait considérablement le champ du dispositif.

41. D'autre part et surtout, l'article L. 1111-12-10 du code de la santé publique réserve la contestation de la décision du médecin à « la personne ayant formé cette demande » : seule la décision de refus est donc effectivement contestable. La décision accordant l'aide à mourir est, quant à elle, insusceptible de tout recours de la part des proches, conjoint, enfants, parents, personne de confiance, la seule exception, enfermée dans un délai de deux jours, bénéficiant à

la personne chargée d'une mesure de protection juridique. Ainsi, le parent qui disposerait d'éléments établissant un abus de faiblesse, une manœuvre successorale ou une altération de la volonté de son proche ne pourrait saisir aucun juge avant l'irréparable ; il ne lui resterait que la voie pénale post mortem, par hypothèse dépourvue de toute effectivité au regard du droit protégé, qui est la vie même. Une asymétrie aussi radicale, recours plein contre le refus, absence de tout recours contre l'octroi, est sans précédent s'agissant d'une décision irréversible portant sur la vie d'autrui ; elle prive de garanties légales le droit au recours des personnes dont la Cour européenne des droits de l'homme juge qu'elles sont « directement affectées » par de telles décisions (arrêts Koch et Mortier précités).

42. L'article 12 doit, en conséquence, être déclaré contraire à la Constitution ; cette censure, qui prive le dispositif de toute garantie juridictionnelle, emporte celle de l'économie générale de la loi.

V. LA LOI PORTE ATTEINTE À LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE, À LA LIBERTÉ D'ASSOCIATION, À LA LIBERTÉ D'ENTREPRENDRE ET AU PRINCIPE D'ÉGALITÉ (ARTICLES 7, 8 ET 14)

A. Les normes de référence

43. Aux termes de l'article 10 de la Déclaration de 1789, « Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi » ; le cinquième alinéa du Préambule de 1946 dispose que « Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances ». Il en résulte que la liberté de conscience est au nombre des droits et libertés que la Constitution garantit (décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, paragr. 7). C'est en considération de cette liberté que le législateur a toujours assorti d'une clause de conscience les actes qui, tel l'acte d'interruption volontaire de grossesse, impliquent directement la conscience de leur auteur (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001). La liberté d'association constitue un principe fondamental reconnu par les lois de la République (décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971) ; la liberté d'entreprendre, qui découle de l'article 4 de la Déclaration de 1789, comprend la liberté dans le choix des modalités d'exercice de l'activité (décision n° 2012-285 QPC du 30 novembre 2012, cons. 7) ; le principe d'égalité résulte des articles 1er et 6 de la même Déclaration. Toute limitation apportée à ces libertés doit être justifiée par une exigence constitutionnelle ou un motif d'intérêt général et demeurer adaptée, nécessaire et proportionnée à l'objectif poursuivi.

B. L'exclusion des pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience (articles 8 et 14)

44. L'article 8 de la loi confie aux pharmacies à usage intérieur et aux pharmacies d'officine la préparation magistrale et la délivrance de la substance létale ; l'article 14, par les mots « V et au premier alinéa du » figurant au premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique, exclut expressément les pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience

reconnue aux autres professionnels de santé. Les pharmaciens sont ainsi les seuls professionnels dont le concours est indispensable au dispositif, sans préparation du produit létal, aucune administration n'est possible, à se voir imposer une participation obligatoire, générale et absolue.

45. Cette exclusion ne satisfait à aucun des trois termes du contrôle de proportionnalité. Elle n'est pas adaptée : la préparation et la délivrance d'une préparation magistrale dont la finalité explicite et exclusive est de donner la mort ne sont pas des actes techniquement neutres ; elles constituent une participation directe, certaine et nécessaire à l'acte létal, engageant la conscience de leur auteur au même titre, sinon davantage, puisque sans elles rien n'est possible, que celle des autres membres de la chaîne. L'appréciation contraire retenue par le Conseil d'État dans son avis du 4 avril 2024 (point 38), fondée sur le caractère prétendument médiat de cette contribution, méconnaît le lien intrinsèque unissant la décision, la préparation du produit et son administration. Elle n'est pas nécessaire : le législateur pouvait atteindre l'objectif d'effectivité du dispositif en s'en remettant, comme pour tous les autres professionnels, au volontariat, la commission de contrôle instituée à l'article L. 1111-12-13 tenant précisément un registre des professionnels disposés à participer ; il n'a jamais été soutenu, ni a fortiori démontré, que le nombre de pharmaciens volontaires serait insuffisant. Elle n'est pas proportionnée : une obligation générale et absolue de participer à un acte auquel le droit pénal attachait la veille encore la qualification d'empoisonnement excède manifestement ce qui est requis. Le droit comparé confirme le caractère isolé de ce choix : ni la Belgique (« Nul n'est tenu de pratiquer une euthanasie », article 14 de la loi du 28 mai 2002), ni le Luxembourg (article 15 de la loi de 2009), ni l'Espagne (article 16 de la loi de mars 2021), ni les Pays-Bas, ni le Canada, ni les États américains concernés n'imposent aux pharmaciens de coopérer.

46. Cette exclusion méconnaît en outre le principe d'égalité : pharmaciens et autres professionnels de santé, également indispensables au dispositif et placés dans une situation moralement identique au regard de l'objet de la loi, sont traités de manière radicalement différente, sans qu'aucun motif d'intérêt général en rapport direct avec l'objet de la loi ne le justifie. Elle méconnaît enfin le cinquième alinéa du Préambule de 1946 : le pharmacien, notamment hospitalier, qui, en raison de ses convictions, refuserait de préparer la substance létale, se trouverait lésé dans son travail et dans son emploi en raison de ses opinions ou de ses croyances, et l'accès même à la profession se trouverait de facto fermé aux personnes que leur conscience empêche de concourir à donner la mort.

C. L'obligation de « renvoi » imposée aux professionnels objecteurs (article 14)

47. Le second alinéa du I de l'article L. 1111-12-12 impose au professionnel de santé qui ne souhaite pas participer aux procédures d'aide à mourir d'en informer « sans délai » la personne et de lui « communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédures ». Cette obligation dénature la clause de conscience qu'elle prétend aménager : elle contraint l'objecteur à une coopération positive et déterminante, désigner

nommément celui qui accomplira l'acte, c'est-à-dire à ce que sa conscience lui interdit précisément. Elle est au surplus d'exécution impossible, le professionnel ne pouvant connaître les dispositions intimes de ses confrères ni préjuger de leur acceptation, alors que son inexécution engage sa responsabilité. Elle n'est enfin nullement nécessaire : le législateur disposait d'un mécanisme moins attentatoire, consistant à orienter la personne vers la commission de contrôle de l'article L. 1111-12-13, laquelle tient le registre des professionnels disposés à participer.

48. Il importe de souligner que, pour une part importante des professionnels et des institutions concernés, cette coopération de renvoi est précisément ce que leur conscience, structurée par un enseignement public, constant et antérieur à la loi, leur interdit. La lettre Samaritanus bonus de la Congrégation pour la doctrine de la foi (22 septembre 2020, V, 9) rappelle ainsi, à la suite de l'encyclique Evangelium vitae, que les lois qui approuvent l'euthanasie « non seulement ne créent aucune obligation pour la conscience, mais elles entraînent une obligation grave et précise de s'y opposer par l'objection de conscience », qu'aucune coopération formelle ou matérielle immédiate à ces actes n'est licite, et que n'est pas même admissible la collaboration institutionnelle consistant à orienter les personnes qui demandent l'euthanasie vers d'autres structures[11]. Il n'appartient pas au législateur de la République de se conformer à un magistère religieux ; mais il lui appartient, lorsqu'il connaît l'existence d'un impératif de conscience aussi caractérisé, notoire et prévisible, partagé au demeurant, sous des formes propres, par les autres traditions religieuses entendues au cours des travaux préparatoires, d'aménager la conciliation de manière à ne pas placer une fraction entière de la population devant l'alternative de trahir sa conscience ou d'abandonner sa profession. En imposant l'obligation de renvoi sans alternative, la loi organise ce dilemme au lieu de le prévenir : c'est la définition même d'une conciliation manifestement déséquilibrée. Le même vice affecte l'exclusion du bénéfice de la clause de conscience des personnes qui, sans être professionnels de santé, sont conviées à participer aux travaux du collège pluriprofessionnel, psychologues, professionnels des établissements médico-sociaux, exclusion qui méconnaît tant leur liberté de conscience que le principe d'égalité avec les professionnels de santé placés dans une situation identique au sein du même collège.

D. L'obligation faite à tous les établissements d'accueillir la mise en œuvre de l'aide à mourir et l'absence de toute clause d'établissement (articles 7 et 14)

49. Les dispositions combinées du II de l'article L. 1111-12-5 (article 7) et du II de l'article L. 1111-12-12 (article 14) du code de la santé publique permettent à la personne de choisir comme lieu de l'administration de la substance létale un établissement de santé ou un établissement ou service social ou médico-social, et imposent au responsable de cet établissement, public comme privé, lucratif comme associatif, confessionnel comme laïque, qu'il reçoive ou non des financements publics, d'en permettre la mise en œuvre : intervention des professionnels

[11] https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2020/09/22/0476/01077.html#eng

participant à la procédure, accès aux locaux du professionnel accompagnant l'administration de la substance létale et des proches choisis par la personne. À la différence du régime de l'interruption volontaire de grossesse, dans lequel l'article L. 2212-8 du code de la santé publique permet à un établissement de santé privé de refuser que de tels actes soient pratiqués dans ses locaux, la loi déférée ne comporte aucune clause d'établissement ni aucune possibilité, même encadrée, d'orienter la personne, lorsque son état le permet, vers un autre établissement ou vers son domicile.

50. Cette obligation porte à la liberté d'entreprendre des établissements privés, qui comprend la liberté de définir les modalités d'exercice de leur activité et leur projet d'accompagnement, ainsi qu'à la liberté d'association des établissements constitués sous forme associative, dont beaucoup inscrivent dans leur projet « un accompagnement jusqu'au terme de la vie », une atteinte que rien ne justifie et que rien ne module. Elle atteint son paroxysme s'agissant des établissements d'inspiration confessionnelle : des œuvres séculaires, telles la Maison médicale Jeanne-Garnier à Paris et les établissements des Dames du Calvaire[12], pionniers des soins palliatifs, dont la charte commune énonce que « le recours à l'euthanasie définie comme aide active à mourir est totalement exclu », se verraient contraintes d'héberger en leur sein l'acte que leur identité même leur interdit, c'est-à-dire, en pratique, de renoncer soit à leurs principes fondateurs, soit à leur activité ; plusieurs congrégations et établissements ont d'ores et déjà indiqué qu'ils préféreraient fermer. Une telle contrainte existentielle méconnaît, outre les libertés précitées, la liberté de religion dans sa dimension collective et le principe d'autonomie des communautés religieuses, et institue une discrimination à rebours au détriment des structures, souvent les plus investies dans les soins palliatifs, dont l'engagement procède de convictions.

51. La mesure n'est ni adaptée, l'effectivité du droit institué n'exige pas que l'acte soit accompli en tout lieu, la loi permettant l'administration au domicile ou dans un autre établissement, ni nécessaire, le Président du Sénat relève qu'aucun des pays ayant légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté (Belgique, Pays-Bas, Luxembourg, Espagne, Portugal, Suisse, notamment) n'impose d'obligation comparable aux établissements, ni proportionnée, faute de toute exception, fût-ce pour les unités de soins palliatifs dont les équipes considèrent, dans leur très grande majorité, l'aide à mourir comme contraire à leur pratique et à leur engagement. Le Premier ministre lui-même conclut, dans sa saisine, que le II de l'article L. 1111-12-12 n'assure pas une conciliation équilibrée entre l'effectivité du droit nouveau et les exigences découlant de la liberté d'entreprendre, de la liberté d'association et de la liberté de conscience, et en demande la censure. L'association s'associe pleinement à cette demande, qu'elle étend, pour les motifs exposés ci-dessus, à l'ensemble de l'article 14 ainsi qu'aux dispositions correspondantes des articles 7 et 8.

[12] https://www.federationjeannegarnier.org/accueil/la-charte/#:~:text=Accueillir%2C%20soigner%2C%20accompagner%20des%20femmes,religion%20ou%20d'option%20philosophique.

VI. LA LOI MÉCONNAÎT LE PRINCIPE DE FRATERNITÉ ET LES DROITS DE L'ENTOURAGE (DISPOSITIONS CRÉANT L'ARTICLE L. 1115-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

52. Par sa décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018, le Conseil constitutionnel a jugé que la fraternité, composante de la devise de la République, est un principe à valeur constitutionnelle, dont découle « la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire » ; il a censuré, sur ce fondement, une incrimination qui ne ménageait pas d'exemption au profit des actes d'assistance accomplis dans un tel but, et précisé que les limitations apportées à cette liberté doivent être nécessaires, adaptées et proportionnées à l'objectif poursuivi. Ce principe, formulé en termes généraux, protège par excellence l'assistance apportée aux personnes vulnérables, au premier rang desquelles les personnes gravement malades, par leur entourage familial, amical et bénévole.

53. Or l'article L. 1115-4 du code de la santé publique, créé par la loi déférée, réprime le fait d'exercer des « pressions morales ou psychologiques » à l'encontre d'une personne souhaitant recourir à l'aide à mourir, sans prévoir la moindre exemption au profit de l'entourage agissant dans un but bienveillant et désintéressé. Relèvent pourtant de la liberté fraternelle d'assistance les actes mêmes que cette incrimination est susceptible d'atteindre : exhorter un proche à reconsidérer sa décision, lui témoigner que sa perte serait insurmontable, l'informer des possibilités de soins palliatifs renforcés, lui manifester avec insistance son attachement. La frontière entre la parole d'amour instante et la « pression morale » étant, par nature, indéterminable, l'incrimination produira un effet dissuasif massif sur l'entourage, effet aggravé par le II du même article, qui ouvre l'action civile à des associations militant en faveur du droit à l'aide à mourir, permettant ainsi que des échanges familiaux intimes soient portés devant le juge pénal à l'initiative de tiers étrangers à la famille.

54. Cette incrimination méconnaît doublement le principe de fraternité. D'une part, à l'inverse de la situation censurée en 2018, le législateur n'a ménagé aucune clause d'exemption humanitaire ou familiale, alors que des dispositifs moins attentatoires existaient, limitation de l'incrimination aux tiers dénués de lien affectif légitime, exigence d'une intention malveillante caractérisée, et que l'objectif de protection de la volonté du patient est déjà assuré par les incriminations d'abus de faiblesse (article 223-15-2 du code pénal) et de provocation au suicide (article 223-13). D'autre part, la loi organise une contradiction interne révélatrice d'un abandon structurel des personnes vulnérables, contraire au principe de fraternité lu conjointement avec le onzième alinéa du Préambule de 1946 : elle réprime la dissuasion fraternelle privée tout en n'instituant aucune protection institutionnelle de substitution, ni évaluation psychiatrique obligatoire, ni contrôle indépendant préalable, ni information de la famille, ni délai de réflexion sérieux, ni recours préventif des proches. L'État se met ainsi en situation d'organiser la mort d'une personne fragilisée par la souffrance, l'isolement ou le sentiment d'être une charge, tout en sanctionnant pénalement ceux qui, par fraternité, tenteraient de l'en dissuader. Les dispositions créant l'article L. 1115-4 du code de la santé publique doivent, en conséquence,

être déclarées contraires à la Constitution, à tout le moins en tant qu'elles ne ménagent aucune exemption au profit de la famille, des proches et des accompagnants bénévoles agissant sans intérêt matériel illégitime.

VII. LES ARTICLES 18 ET 19 MÉCONNAISSENT LE ONZIÈME ALINÉA DU PRÉAMBULE DE 1946, LE PRINCIPE D'ÉGALITÉ ET LA LIBERTÉ CONTRACTUELLE

55. L'article 18 de la loi met les frais afférents à l'aide à mourir à la charge de l'assurance maladie. Or ces frais ne se rattachent à aucun acte de prévention, d'investigation, de traitement ou de soin au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, la loi elle-même s'étant gardée de qualifier l'aide à mourir de soin, et l'acte peut être mis en œuvre à la suite d'un refus de traitement. La prise en charge, par la solidarité nationale instituée pour « garantir à tous (…) la protection de la santé » (onzième alinéa du Préambule de 1946 ; décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991), d'un acte dont l'objet exclusif est de provoquer la mort dénature l'objet même de cette garantie constitutionnelle et achève de rendre le droit de la protection sociale inintelligible.

56. L'article 19 neutralise, par dérogation au code des assurances et au code de la mutualité, les clauses d'exclusion de garantie applicables au suicide lorsque le décès résulte de la mise en œuvre de l'aide à mourir. Il institue ainsi, au sein de situations que le Comité consultatif national d'éthique lui-même se refusait à distinguer fondamentalement (avis n° 139) et entre lesquelles la Cour européenne des droits de l'homme a jugé la frontière « souvent très étroite » (CEDH, 29 avril 2002, Pretty c. Royaume-Uni, n° 2346/02), une différence de traitement, au détriment des ayants droit des personnes s'étant suicidées sans assistance, qui n'est en rapport direct ni avec l'objet de la loi ni avec aucun motif d'intérêt général identifié au cours des travaux préparatoires. Il porte en outre atteinte, sans justification suffisante, à la liberté contractuelle et au droit au maintien de l'économie des conventions légalement conclues, qui découlent des articles 4 et 16 de la Déclaration de 1789. Ces deux articles encourent, par suite, la censure.

CONCLUSIONS

57. Le législateur s'est trouvé confronté à des situations de souffrance dont nul, et certainement pas l'association exposante, dont les membres accompagnent quotidiennement des personnes en fin de vie, ne songe à nier la réalité ni la gravité. Mais la compassion ne dispense pas du respect de la Constitution : elle le commande. La loi déférée, en instituant un droit à obtenir la mort dont le champ excède la fin de vie, entouré de garanties inférieures à celles des actes les plus ordinaires de la vie civile, soustrait au juge judiciaire et à tout recours des proches, imposé aux consciences des professionnels et des œuvres qui s'y refusent, et protégé par une incrimination frappant jusqu'à la parole fraternelle, n'a pas réalisé la conciliation équilibrée qu'exigeait le respect des droits et libertés constitutionnellement garantis.

Pour l'ensemble de ces raison, l'association Rebâtir demande au Conseil constitutionnel de déclarer contraire à la Constitution la loi relative au droit à l'aide à mourir dans son ensemble, les articles 2, 3 et 4, qui en constituent le cœur, étant inséparables de ses autres dispositions.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de ma haute considération.

Fait à Paris, le 23 juillet 2026

Pour l'association Rebâtir,
Le Président,
Fabrice Di Vizio

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Je soussigné, Fabrice DI VIZIO, président de l'association Rebâtir, donne pourvoir à cette dernière pour déposer devant le Conseil Constitutionnel une contribution extérieure concernant la loi sur la fin de vie.

Fait à Gazeran, le 22 juillet 2026

Pour faire valoir ce que de droit.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Contribution extérieure d'établissements confessionnels de santé adressée au Conseil constitutionnel – affaire n° 2026-910 DC

Monsieur le Président

Mesdames et messieurs,

À la suite de l'adoption à l'Assemblée nationale en troisième lecture de la proposition de loi relative à « l'aide à mourir », nous souhaitons vous exprimer notre vive inquiétude sur le fait que nous, religieuses, puissions être prochainement forcées de permettre, voire de pratiquer des euthanasies ou des suicides assistés au sein de nos établissements de santé et médicaux sociaux.

Ces établissements ne sont pas des structures neutres. Ils sont nés d'une histoire, d'une tradition de soins et d'un engagement au service des plus fragiles, portés par l'Eglise. Vous savez qu'ils contribuent largement depuis des décennies voire des siècles au service sanitaire français, bien souvent en précurseur. Leur projet institutionnel s'enracine dans une conception de la dignité humaine qui les conduit à accompagner, soulager et entourer la personne jusqu'à sa mort naturelle, sans poser volontairement un acte destiné à provoquer celle-ci. Que l'on partage ou non cette vision, elle mérite le respect.

Dans un État de droit attaché au pluralisme, la liberté ne consiste pas seulement à permettre à certains d'agir selon leurs convictions ; elle consiste également à garantir à d'autres le droit de ne pas agir contre celles-ci. Aujourd'hui l'euthanasie ou le suicide assisté deviennent légalement accessibles, cependant il demeure profondément contraire aux principes démocratiques d'imposer à des établissements confessionnels la réalisation d'actes qui contredisent radicalement leur raison d'être.

Depuis fin 2025, nous avons alerté députés et sénateurs, ainsi que le gouvernement, sur les risques que fait peser l'article 14 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir sur la liberté de nos établissements.

Nous sommes dans l'incompréhension et l'inquiétude car ces propositions n'ont pas été retenues lors de cette troisième lecture.

Même si le délit d'entrave a été supprimé, nos établissements sont désormais exposés à la sanction de leurs autorités administratives de tutelle, telles que les Agences Régionales de Santé. De plus, cela vient faire violence à l'identité de l'établissement et à la conscience de toute personne y travaillant. Les conséquences seront massives… Il suffit de regarder dans les pays voisins ayant déjà légiféré en ce sens.

Si la loi adoptée le 15 juillet 2026 reste en état, nous ne pourrons la mettre en œuvre dans nos établissements. Si notre appel n'est pas entendu, nous pourrions même être contraintes, en dernier recours, à fermer ces institutions pourtant indispensables sur le territoire. Cela représenterait des milliers de lits, dont de nombreux en soins palliatifs, mais aussi des maisons de retraite.

Nous voulons croire aux principes fondamentaux qui guident notre pays, tels que la liberté, l'égalité et la fraternité, mais aussi la liberté religieuse et le devoir de reconnaissance et de respect pour des institutions qui rendent un grand service pour la population et ce depuis si longtemps.

Nous vous appelons donc de nouveau à respecter la liberté institutionnelle des établissements confessionnels qui depuis leur origine, veulent aider à vivre et à mourir autrement qu'en donnant la mort.

Ainsi, les responsables des Congrégations et des établissements soussignés entendent apporter leur éclairage au Conseil constitutionnel, dans le cadre de l'examen du la constitutionalité de la « loi relative au droit à l'aide à mourir » votée le 15 juillet 2026 par l'Assemblée nationale.

La loi déférée au Conseil constitutionnel porte non seulement atteinte à l'interdit fondamental d'attenter à la vie humaine, mais permet aussi de nombreux abus dans la mise en œuvre de ce « droit ». Cela s'observe non seulement par ses larges conditions d'accès à la mort, mais aussi par les modalités de la procédure d'euthanasie, et par la faiblesse du contrôle.

En effet, il convient de souligner, entre autres, que selon la procédure prévue par ce texte, c'est un seul et même médecin qui décide de toute la procédure d'euthanasie. La loi ne prévoit aucune exigence formelle quant à l'expression de la volonté de mourir. L'euthanasie est possible sur les personnes sous tutelle et sous curatelle, et sur celles dont le discernement est altéré. Le délai de réflexion n'est que de deux jours. Le médecin décide seul, après avoir consulté deux personnes de son choix. Les proches n'ont pas un droit à être informés, et sont privés du droit de contester en justice la décision du médecin. Le contrôle est réalisé après la mort sur la base des informations transmises par le médecin. Les médecins objecteurs qui refusent l'euthanasie sont obligés de désigner un autre médecin qui accepte de prendre en charge la procédure. Les pharmaciens sont privés de leur liberté de conscience. Les établissements religieux sont obligés d'accepter et d'accueillir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté en leur sein et sur leurs patients et résidents.

Dans cette contribution, les Congrégations et établissements entendent demander en particulier au Conseil constitutionnel d'assurer le respect de la liberté des établissements de santé et médico-sociaux confessionnels, en particulier catholiques, face à la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté.

Ainsi que nous l'exposons ci-dessous, cette liberté est garantie par la Constitution française au titre de la liberté d'association et de la liberté de religion. Il convient de considérer le fait que l'impossibilité des établissements catholiques de concourir à la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté ne résulte pas d'un choix subjectif de ces institutions, mais d'une obligation morale et religieuse objective. Ainsi, un établissement qui concourrait à ces pratiques, notamment en les accueillant en son sein, se placerait en contradiction grave avec son identité catholique.

En effet, l'Église catholique enseigne avec constance « que l'euthanasie est une grave violation de la Loi de Dieu, en tant que meurtre délibéré moralement inacceptable d'une personne humaine. Cette doctrine est fondée sur la loi naturelle et sur la Parole de Dieu écrite ; elle est transmise par la Tradition de l'Église et enseignée par le Magistère ordinaire et universel. » (St Jean Paul II, Encyclique *Evangelium Vitae*, § 65). Il en résulte que les lois qui approuvent l'euthanasie « non seulement ne créent aucune obligation pour la conscience, mais elles entraînent une obligation grave et précise de s'y opposer par l'objection de conscience. » (*Evangelium vitae*, § 73).

En conséquence, ainsi que cela a été rappelé dans la lettre *Samaritanus Bonus sur le soin des personnes en phases critiques et terminales de la vie* (Congrégation pour la Doctrine de la Foi, 14 juillet 2020) : « Il est nécessaire que les États reconnaissent l'objection de conscience dans le domaine médical et sanitaire, conformément aux principes de la loi morale naturelle (…). Lorsqu'elle n'est pas reconnue, on pourra en arriver à la situation de devoir désobéir à la loi, pour ne pas ajouter l'injustice à l'injustice (…). Les personnels de santé ne doivent pas hésiter à la réclamer comme un droit propre et comme une contribution spécifique au bien commun. ». Ce devoir s'applique aussi aux « établissements de santé catholiques [qui] constituent un signe concret de la manière dont la communauté ecclésiale, à l'instar du Bon Samaritain, prend soin des malades. (…) Tout cela exige (…) de protéger leur droit à l'objection de conscience dans les contextes juridiques qui prévoient l'euthanasie et le suicide ».

À l'inverse, « les soins dits "palliatifs", destinés à rendre la souffrance plus supportable dans la phase finale de la maladie et à assurer en même temps un accompagnement humain approprié du patient, sont conformes à la dignité humaine » (*Evangelium Vitae*). « Les soins palliatifs expriment précisément ce que signifie véritablement le fait que quelqu'un est précieux jusqu'au dernier instant de sa vie. » (Pape François, Message aux participants à l'assemblée plénière de l'Académie pontificale pour la Vie, 28 février 2020). Ils « constituent une forme privilégiée de la charité désintéressée. À ce titre ils doivent être encouragés » (Catéchisme de l'Église catholique, § 2279).

Il résulte de l'enseignement de l'Église catholique que les établissements catholiques de santé et médico-sociaux sont dans l'impossibilité objective et absolue de participer à la mise en œuvre de l'euthanasie et du suicide assisté.

Incidemment, il convient de souligner que la légitimité de l'objection de conscience à la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté n'est pas contestée par le législateur, s'agissant au moins du personnel médical.

Certes, il peut être soutenu que les personnes morales n'ont pas de liberté de conscience au même titre qu'une personne physique, mais elles ne sont pas pour autant dénuées de principes et de convictions fondateurs. L'obligation qui serait faite, à ces établissements, d'accepter et d'accueillir ces pratiques violerait ces principes et convictions, et ainsi, leurs libertés d'association et de religion. Confrontées à cette obligation, ces établissements seraient contraints de violer un aspect essentiel de leurs statuts, ou de cesser d'exister, en violation de leurs libertés d'association et de religion.

La liberté des organisations religieuses de fonctionner dans le respect de leurs convictions résulte en effet de l'application combinée des libertés d'association et de religion, lesquelles comportent une dimension essentiellement collective. Cette liberté a été désignée de longue date sous l'appellation de « principe d'autonomie des communautés religieuses », en particulier dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et dans diverses jurisprudences constitutionnelles en Europe, notamment en Allemagne. Il garantit aux organisations religieuses le respect de leur droit d'organiser leur fonctionnement sans ingérence arbitraire de l'État.

Ainsi que l'énonce la Grande Chambre de la Cour européenne dans son arrêt de principe *Fernandez Martinez* c. *Espagne,* n°56030/07, du 12 juin 2014 :

« S'agissant de l'autonomie des organisations religieuses, la Cour note que les communautés religieuses existent traditionnellement et universellement sous la forme de structures organisées. Lorsqu'est en cause l'organisation de la communauté religieuse, l'article 9 de la Convention doit s'interpréter à la lumière de l'article 11, qui protège la vie associative contre toute ingérence injustifiée de l'État. Vu sous cet angle, le droit des fidèles à la liberté de religion suppose que la communauté puisse fonctionner paisiblement, sans ingérence arbitraire de l'État. L'autonomie des communautés religieuses est indispensable au pluralisme dans une société démocratique et se trouve au cœur même de la protection offerte par l'article 9 de la Convention. Elle présente un intérêt direct non seulement pour l'organisation de ces communautés en tant que telle, mais aussi pour la jouissance effective par l'ensemble de leurs membres actifs du droit à la liberté de religion. Si l'organisation de la vie de la communauté n'était pas protégée par l'article 9 de la Convention, tous les autres aspects de la liberté de religion de l'individu s'en trouveraient fragilisés » (§ 127).

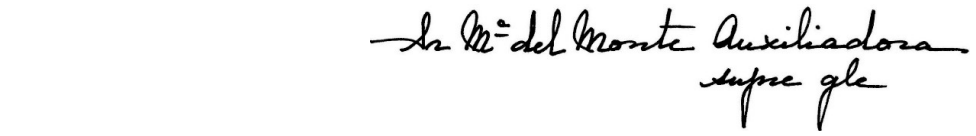
Le droit de l'Union européenne, dans son domaine de compétence, reconnaît aussi ce principe au bénéfice des associations ou entreprises ayant une éthique fondée sur la religion ou des convictions. Celles-ci relèvent du régime de l'article 4 de la Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

Il convient de souligner que tant la Cour européenne des droits de l'homme que la Cour de Justice de l'Union européenne ont reconnu la qualité « d'organisation religieuse » à des hôpitaux catholiques, et ont veillé au respect par les autorités de leur autonomie religieuse, dans les affaires *Rommelfanger c. Allemagne* (Com. EDH, n° 12242/86, 6 septembre 1989) et *I. R. c. J.Q.* (CJUE, Grande chambre, C-68/17, 11 septembre 2018). Le fait que ces établissements participent au service public ou soient financés par le contribuable est sans incidence sur cette qualification.

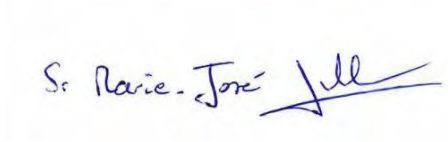
De même, en France, la Cour de cassation a reconnu ce « principe d'autonomie des communautés religieuses, découlant de l'article 9 de la Convention » dans son arrêt en assemblée plénière, du 4 avril 2025 (21-24.439, publié au bulletin).

Au surplus, il convient de souligner que l'obligation faite aux établissements confessionnelle porte aussi atteinte à la liberté d'entreprendre et au droit de propriété.

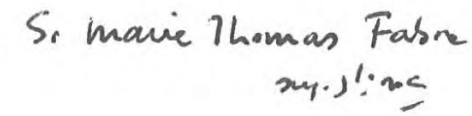
En conséquence, les Congrégations et établissements soussignés demandent au Conseil constitutionnel de déclarer la loi du 15 juillet 2026 relative à l'aide active à mourir contraire à la Constitution.



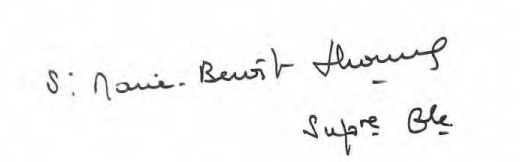
Sœur María del Monte RUIZ GARCIA, supérieure générale des Petites Sœurs des Pauvres



Soeur Marie José VILLAIN, supérieure générale des Sœurs de Saint Thomas de Villeneuve



Mère Marie Thomas FABRE, supérieure générale des Petites Sœurs des Maternités Catholiques



Mère Marie-Benoît LHOMME, supérieure générale des Augustines de la Miséricorde de Jésus

ANNEXES

Le fondement de notre mission et des valeurs de nos Maisons

Notre mission particulière est l'apostolat des Personnes Âgées pauvres, dans la fidélité à l'inspiration charismatique de sainte Jeanne Jugan, *fondatrice des Petites Sœurs des Pauvres*. L'humble service de ceux que Jésus entoure d'un amour de prédilection et reconnaît comme les plus petits de ses frères est scellé par le vœu d'hospitalité. (*Article 2 des Constitutions)*

En France, la Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres comprend 30 "Ma Maison". Ce sont des ehpad associés parfois une résidence autonomie, une pension de famille, un habitat partagé. Plus de 2000 Personnes Âgées sont accueillies.

Le Respect pour la personne humaine

Nous réservons le même accueil à toute Personne Âgée sans distinction de religion, selon la volonté salvifique de Dieu et l'esprit de l'Église.

Notre zèle est respectueux de la liberté et de la dignité de chaque personne, comme de ses croyances ; nous donnons toujours le témoignage de la valeur de la vie humaine jusqu'à son terme naturel. (*Article 98 des Constitutions)*

Extrait de "Ce que ferait Jeanne Jugan aujourd'hui", p 8 (livret destiné aux collaborateurs et Petites Sœurs) :
Dans la société d'aujourd'hui, qui fait souvent preuve d'un mépris flagrant de la vie, nous devons avoir de fortes convictions sur le respect de la dignité de la personne humaine. « Parce qu'il est à l'image de Dieu, l'individu humain a la dignité de personne : il n'est pas seulement quelque chose, mais quelqu'un… Ceux dont la vie est diminuée ou affaiblie réclament un respect spécial. Les personnes malades ou handicapées doivent être soutenues pour mener une vie aussi normale que possible ».
Nous devons être convaincues que chaque personne âgée « reste un homme, même dans un état d'handicap physique ou psychique. Un homme ne peut perdre sa dignité, soit à cause de son état de grand vieillard dépendant, soit à cause du jugement porté sur lui par son entourage… » En tant que Petites Sœurs, nous nous engageons à promouvoir la dignité de la vie humaine et de chacun de nos résidents. Nous croyons que la sagesse et les possibilités humaines des personnes âgées « sont d'autant plus grandes et remarquables qu'elles sont entourées d'estime, de respect, qu'elles se sentent acceptées, que leurs souffrances sont soulagées au maximum et qu'elles sont aidées à vivre cette étape de l'existence qu'est la vieillesse, et ce moment, cet événement de notre vie qu'est la mort ».
De ce respect découle le désir d'être attentives à chaque personne dans sa spécificité. Ce dont ils ont souvent le plus besoin, c'est d'une attention personnelle et d'une oreille qui écoute.

Le Soin des Résidents :
Une prise en charge de toute la personne dans un environnement familial

En continuité avec l'intuition prophétique de Jeanne Jugan, nous avons à cœur de discerner, avec

pureté d'intention et esprit d'humble service, les aspirations profondes des Personnes Âgées :

- reconnaissance de leur dignité, désir d'être respectées, estimées, aimées, et nostalgie de se sentir utiles ;
- appréhension de la solitude, jointe au souhait d'un espace de liberté et d'intimité ;
- besoin de sécurité, en santé ou en maladie, jusqu'à la mort naturelle.
  (Article 94 des Constitutions)

En vue de la guérison et du soulagement des Personnes Âgées, nous employons tous les moyens normaux en notre pouvoir. Nous cherchons à leur éviter toute hospitalisation inutile. Quand celle-ci s'est avérée nécessaire, nous nous entraidons pour les visiter souvent.
Nous mettons tout en œuvre pour la culture de la vie *(cf. Evangelium vitae, Jean Paul II)* et nous réprouvons formellement toute pratique d'euthanasie ; nous prenons à cet effet toutes les dispositions utiles, selon les pays. La mission de promouvoir le respect de la vie fait partie de notre vocation. Nous faisons connaître nos convictions aux Personnes Âgées, à leurs familles, au corps médical, au personnel. (*Article 44 du Directoire des Constitutions)*

Extrait de "Ce que ferait Jeanne Jugan aujourd'hui" p 10-11
En tant que personne humaine, nous sommes une unité corporelle, intellectuelle et spirituelle. De nombreux facteurs – à la fois physiques, spirituels, psychologiques, sociaux, culturels et d'environnement – contribuent à nous faire ce que nous sommes et influencent à tout moment la qualité de notre vie. Les personnes âgées peuvent expérimenter des difficultés et affronter des défis à bien des niveaux, y compris :
· Le déclin physique et/ou mental ;
· La perte d'êtres chers et d'autres relations qu'elles ont eues au long de leur vie ;
· La perte de statut social et de rôle professionnel ;
· Le déracinement d'un cadre de vie familier et les défis inhérents à l'adaptation à un nouvel environnement ;
· Le besoin de mettre un terme à des conflits non résolus, d'assumer dans la paix les peines et les déceptions ;
· La tendance à se pencher sur sa vie passée, de manière à réaliser qu'elle a été bien employée et qu'on a contribué à bâtir l'avenir ;
· Le besoin de se préparer spirituellement et psychologiquement à la mort.
Quand un résident vient à nous avec une plainte physique, ou que nous observons un brusque changement d'humeur ou d'état mental, nous devons aller au-delà de l'apparence et considérer les multiples facteurs qui peuvent contribuer à ce problème. Une telle approche globale requiert que nous fassions l'effort de connaître la personne dans sa totalité – corporelle, intellectuelle et spirituelle – ainsi que sa famille, ses origines sociales et culturelles.

Une activité utile
Un large éventail d'activités qui peut enrichir la vie des personnes âgées : « Rendre les vieillards heureux, tout est là » disait Jeanne Jugan, entraînant les Petites Sœurs à atteindre ce but par les moyens adaptés à chaque personne, à ses possibilités, ses goûts, son passé, sa santé, etc… Rendre les vieillards heureux, c'est croire à la valeur de leur vie, et nous sommes témoins des ressources extraordinaires des personnes âgées. Avoir un centre d'intérêt, faire un travail qui plaît, se sentir encore utiles, être capables de prendre des initiatives, de communiquer, lier des amitiés, entretenir et faciliter des relations avec la famille, avoir des contacts avec des jeunes, autant de facteurs qui donnent de la joie, du bonheur. »

L'accompagnement des mourants

Nous mettons tout en œuvre pour soulager les souffrances d'une Personne Âgée en fin de vie par un accompagnement humain, spirituel et médical adapté à ses besoins. Nous avons à cœur de partager entre nous la veille des Personnes Âgées mourantes, afin de ne jamais les laisser

seules. C'est le sommet de notre mission apostolique. *Article 100 des Constitutions*

Conformément à notre charisme et conscientes de notre responsabilité dans la défense de la dignité de l'homme proche de sa mort, nous nous entraidons communautairement pour accompagner les Personnes Âgées mourantes et leur procurer les soins palliatifs que leur état réclame.

Les membres de la famille et les proches des Personnes Âgées malades ou mourantes peuvent venir les voir aux heures où ils sont libres et même passer la nuit près d'elles, s'ils le désirent et que cela soit possible. Nous les soutiendrons dans cet ultime accompagnement de leurs parents. *Article 45 du Directoire des Constitutions*

Extrait de "Ce que ferait Jeanne Jugan aujourd'hui" p 14
Nous croyons que l'accompagnement des résidents au moment de leur dernier voyage est la plus haute expression de notre vœu d'hospitalité et nous invitons nos collaborateurs à participer à cet aspect le plus sacré de notre mission.
« La sérénité de la vieillesse, dans notre expérience, est accrue par la certitude d'être soigné, entouré, jusqu'au terme. La mort, en une ambiance familiale où chacun est reconnu et, en notre pays dans une ambiance chrétienne, n'est pas occultée, cachée, elle est un événement que chacun doit vivre. Elle garde son caractère pénible, angoissant à certains moments et pour beaucoup. Si Jeanne Jugan n'a pas baptisé « soins palliatifs » les recommandations données aux Petites Sœurs, elle en a eu le génie, l'intuition, elle les a inventés avant la lettre : soulager le malade par tous les moyens à sa portée, avec le concours des médecins, le garder « confortable » par les petits soins si importants pour lui, l'entourer d'attentions, le visiter, multiplier les contacts avec sa famille… ne jamais le laisser seul tant de jour que de nuit… Quelle paix, le plus souvent, dans cette chambre de malade où la famille vient d'autant plus volontiers que la Petite Sœur est là en cas de besoin… Nous pouvons dire que dans ces circonstances « la mort revêt sa vraie dignité », c'est la remise de sa vie entre les mains de Celui qui l'a donnée, … un accomplissement.

Conclusion : L'esprit de famille aujourd'hui, un signe de communion et de solidarité

Extrait de "Ce que ferait Jeanne Jugan aujourd'hui" p 15
Que ferait Jeanne Jugan aujourd'hui ? Nous croyons qu'elle chercherait à promouvoir la dignité, le bien-être et le bonheur des personnes âgées, de manière nouvelle et créative.
« A vous tous qui prenez soin des personnes âgées, je voudrais dire un dernier mot de recommandation et d'encouragement. Votre service ne se limite pas aux aspects physiques et matériels. Vous avez cette tâche magnifique d'aider les aînés de la communauté à faire de leurs dernières années un temps d'accomplissement et d'achèvement… Vous devez toujours aborder votre tâche avec un amour et un respect qu'il vous faut renouveler chaque jour, dans la certitude que le Christ vous redit ces paroles de l'Evangile : « C'est à moi que vous l'avez fait » (Mt 25, 40) … Votre travail est une œuvre de solidarité humaine et d'amour évangélique. Vos soins aimants sont une aide précieuse pour les aînés. Votre témoignage transparent est une aide et un encouragement pour nous tous. » *(Pape Jean-Paul II aux Résidents et aux membres du personnel de notre maison de Perth, en Australie)*

La Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres a bientôt deux siècles d'existence. Elle a toujours cherché à s'adapter aux législations et nouvelles normes. Mais cette loi pour l'euthanasie et le suicide assisté est à l'encontre de nos convictions profondes et remet en cause notre liberté religieuse. Elle touche à notre raison d'être, à notre liberté de pouvoir vivre, à « Ma Maison », ce pour quoi nous avons consacré notre vie : être la petite sœur des personnes âgées les plus démunies, les accompagner, les aider à vivre et à mourir autrement qu'en donnant la mort.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

HOSPITALITÉ
Saint-Thomas de Villeneuve

www.hstv.fr

Prendre soin, c'est d'abord créer un lien

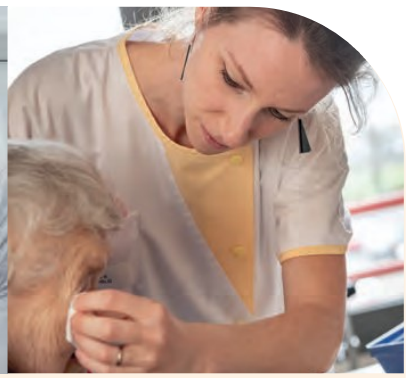
Plus qu'une signature, c'est une conviction profonde qui anime les 3 500 professionnels qui œuvrent au sein des 20 établissements de l'Hospitalité pour donner aux plus fragiles le meilleur d'eux-mêmes. Une vocation forgée à travers plus de 3 siècles d'histoire et que nous faisons vivre chaque jour en imaginant de nouveaux modes d'accompagnement, au plus près des besoins de celles et ceux que nous accueillons.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Activités

De l'accompagnement de la personne jusqu'à la médecine spécialisée : une réponse individualisée s'appuyant sur des expertises fortes

L'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve accompagne les personnes fragilisées par la maladie, l'âge, le handicap ou l'addiction. Elle bénéficie d'une solide expertise à la fois dans le champ du médico-social, pour les personnes âgées ou en situation de handicap, et dans le champ du sanitaire. L'Hospitalité est dans une recherche constante d'approches nouvelles pour améliorer la prise en soin et l'accompagnement.



Offre sanitaire

Médecine

- Spécialités médicales en réponse aux besoins de la population des territoires concernés : cardiologie, pneumologie, neurologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, addictologie, laboratoire du sommeil…
- Activités de médecine polyvalente ou de polyspécialités centrées sur les besoins des personnes âgées
- Activités de médecine interventionnelle
- Accompagnement en soins palliatifs : unités et maison de soins palliatifs, lits identifiés, équipes mobiles, HAD

Chirurgie

Chirurgie dentaire, digestive et bariatrique, ophtalmologique, ORL, orthopédique et traumatologique, thoracique et vasculaire (avec le CHU de Rennes), urologique.

Soins médicaux et de réadaptation (SMR)

SMR polyvalent, gériatrique, diabétologie et nutrition, addictologie, réhabilitation respiratoire, cancer/oncologie.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Prise en charge au domicile en y amenant tous les moyens de l'hôpital, avec une part importante pour les soins palliatifs et des filières de soins innovantes telles que les soins médicaux et de réadaptation, la cancérologie et la pédiatrie.

Psychiatrie

Soins de santé mentale destinés principalement, pour des séjours courts et dans des services ouverts, à des patients présentant des troubles de l'humeur et plus spécifiquement des états dépressifs.

Plateau technique

Équipements de haute technicité, gérés directement ou en partenariat avec des cabinets libéraux : blocs opératoires ; imagerie : radiologie, scanner, échographie, IRM ; laboratoire de biologie médicale ; urgences, post urgences, SMUR et accueil de soins non programmés.

Offre médico-sociale

L'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve est engagée depuis plusieurs années dans une transformation de l'offre médico-sociale, visant à apporter des services individualisés aux personnes âgées et/ou en situation de handicap, dans une logique d'accompagnement du parcours de vie :

- accueil de jour,
- accompagnement renforcé à domicile, pour les personnes qui souhaitent rester vivre chez elles,
- hébergement temporaire ou permanent pour personnes âgées,
- foyers de vie pour adultes en situation de handicap mental et/ou psychique,
- unité de soins de longue durée (USLD).

L'Hospitalité propose des accompagnements spécifiques pour des résidents présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée et pour les personnes vieillissantes en situation de handicap.

Depuis 2024, sept établissements de l'Hospitalité sont devenus des centres de ressources territoriaux.

Afin d'offrir à ses patients et résidents une prise en soin globale et fluide, l'Hospitalité s'inscrit dans les filières et parcours coordonnés de soins, renforce ses liens avec la médecine de ville et noue des partenariats avec les centres hospitaliers et autres structures de soins du territoire.

Enjeu

Se transformer pour mieux répondre aux besoins

L'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve a inscrit dans son projet stratégique 2021-2025 la nécessité de se transformer à travers une diversification et une individualisation des accompagnements. Dans le secteur médico-social, cela s'est traduit par l'émergence de projets tels que les Maisons Sainte-Anne à Tinténiac ou les Maisons d'Yffiniac, qui proposent un nouveau modèle d'accompagnement des personnes âgées, dans une logique domiciliaire et inclusive, ou encore par le déploiement de 7 centres de ressources territoriaux. L'activité sanitaire est quant à elle marquée par la promotion de nouvelles offres de soins, telles que les maisons de soins palliatifs à Nantes, Aix-en-Provence et bientôt Roanne, ainsi que par le développement de l'ambulatoire et des hôpitaux de jour, en SMR, gériatrie, soins palliatifs ou sport santé.

Afin d'accompagner ces transformations, l'Hospitalité s'est dotée d'une Direction de l'innovation, de la recherche et des projets (DIREP). Son rôle est de susciter l'émergence et d'assurer l'accompagnement de projets innovants remontant du terrain, puis d'en assurer la diffusion par le centre de formation. Une unité de recherche clinique et un living lab, permettant d'expérimenter et d'évaluer des outils innovants dans le cadre d'un dialogue entre professionnels et usagers, complètent le dispositif.

Chiffres clés 2025

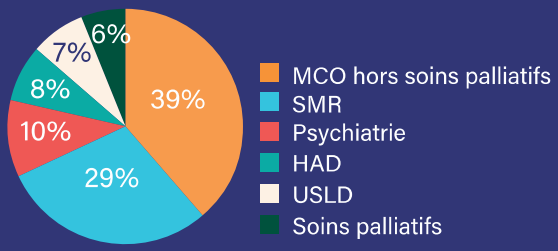
20
établissements

3 100
lits et places
dont 1/3 sanitaire et 2/3 médico-social

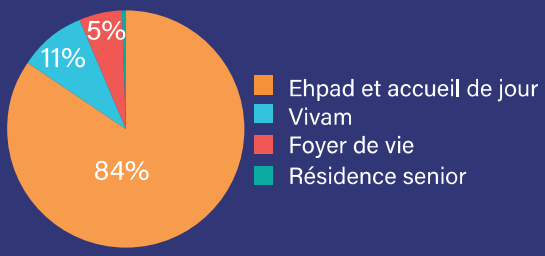
3 500
salariés

312 M€
de budget
dont 60% sanitaire et 40% médico-social

Répartition des lits et places dans le sanitaire



Répartition des lits et places dans le médico-social



2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Histoire

L'Hospitalité a été créée en 2010 par la Congrégation des Sœurs hospitalières de Saint-Thomas de Villeneuve pour réunir, conforter et développer les établissements, dont certains existent depuis plus de 360 ans.

C'est en effet en 1661 que le Père Ange Le Proust, considéré comme le Saint-Vincent de Paul de Bretagne, fonde la Congrégation. À sa demande, trois femmes entrent à l'Hôtel-Dieu de Lamballe pour y vivre avec les pauvres, les soigner, les nourrir, leur assurer une présence bienveillante.

Depuis, les Sœurs, hospitalières, n'ont cessé de s'adapter et de renouveler les services qu'elles apportent pour prendre soin de la personne malade, handicapée ou âgée. A cette vocation première se sont ajoutés l'enseignement et l'éducation des jeunes, ainsi que des missions à l'étranger.

Dans leurs établissements, elles s'attachent à « faire fleurir l'Hospitalité », selon le mot de leur fondateur, afin que chaque personne accueillie soit reconnue dans sa dignité et trouve la convivialité, le respect et l'environnement chaleureux dont elle a besoin.

En savoir plus : www.congregation-stv.org

Gouvernance

Depuis sa création, l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve est particulièrement attachée au dialogue et à la concertation avec les professionnels et les usagers des établissements.

Cet engagement s'est traduit dans le modèle de gouvernance défini en 2010, avec la constitution d'un Conseil local, équivalent d'un conseil d'administration, composé de Sœurs de la congrégation. En 2024, deux collèges ont été associés au Conseil local pour les sujets d'ordre stratégique et budgétaire : un collège de trois personnes qualifiées, reconnues pour leur expérience et un collège de trois représentants issus du Comité Social et Economique Central (CSE C), du Comité Médical et des Soins (CMS) et du Comité des Usagers de l'Hospitalité (CDUH).

Établissements

20 établissements sanitaires et médico-sociaux privés à but non lucratif : hôpitaux, cliniques, CRT, EHPAD, foyers de vie, en Bretagne, Provence et Pays-de-la-Loire.

- Etablissement de Baguer-Morvan
- Hôpital et résidence de Bain-de-Bretagne
- Foyer de l'Hospitalité – Guipry-Messac
- Maison de Moncontour
- Résidence La Fleur de Sel – Le Sel-de-Bretagne
- Résidence de Plougastel
- Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé
- HAD de Cornouaille – Quimper
- Maison Saint-Joseph – Quimperlé
- Polyclinique Saint-Laurent – Rennes
- Maison Sainte-Anne – Tinténiac
- Maison Saint-Louis – Rennes
- Résidence Bellevue – Saint-Grégoire
- Centre de gérontologie d'Aix-en-Provence
- Maison de Lambesc
- Bastide du Figuier – Aix-en-Provence
- Maison de Nicodème – Nantes
- Le Cèdre – Saint-Brieuc
- Résidence Saint-Jean-Eudes – Saint-Brieuc
- Ermitage Saint-Joseph – Saint-Brieuc

29 rue Charles Cartel
22400 LAMBALLE
Tél : 02 96 31 94 94
www.hstv.fr

HOSPITALITÉ
Saint-Thomas de Villeneuve
Prendre soin, c'est d'abord créer un lien

Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve - 08/2025 - Crédits images : Noun Project - Flaticon - Glenn Vigouroux - Nicolas Beurel - Christophe Jambin

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

CONSTITUTIONS HOSPITALIERES DE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE

Art n° 25 : par-dessus tout, ayons une charité cordiale pour les pauvres malades comme pour tous. En toute occasion, sachons leur révéler la bonté de Dieu par les multiples signes qui sont à notre portée. Notre discrétion bienveillante et bienfaisante saura, à bon escient, jeter au sillon de leur cœur la parole qui sauve.

Art n° 28 : l'assistance des grands malades et des mourants doit nous être particulièrement chère, nous devons veiller à ne pas les laisser seuls. Par de courtes pensées inspirons-leur, sans toutefois les importuner, des sentiments de confiance, d'amour et d'abandon, qui les disposent à mieux rencontrer le Seigneur ; offrons leurs souffrances et leurs plaintes en les accompagnant jusqu'à cet ultime moment. Ceux que nous avons ainsi entourés seront autant d'amis qui nous accueilleront au moment de l'éternelle rencontre.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Nivolas-Vermelle, ce 17 juillet 2026

Monsieur le Président
Mesdames et messieurs,

La Congrégation des Petites Soeurs des Maternités Catholiques est à l'origine de 4 établissements fédérés en Alliance des Maternités Catholiques.

Une Charte commune signée des personnels incarne le socle de nos engagements : éthique, de compétence et de qualité, d'accueil et de disponibilité. Cette Charte formalise les valeurs qui nous animent et garantit la cohérence de notre action à travers tous les établissements. Chaque patient, chaque famille, sont assurés de recevoir des soins imprégnés d'une éthique commune, fondée sur le respect, la compétence et la bienveillance.

Si la maternité est notre cœur de métier, il n'en demeure pas moins que nous accueillons des patients en chirurgie et avons ouvert en 2013 un centre de rééducation fonctionnelle avec un service d'orthopédie et de neurologie.

Nous n'imaginons pas être en contradiction avec les projets des établissements qui portent ces valeurs et engagements.

Aucun geste susceptible de mettre fin à la vie humaine ne peut être admis au sein de ces structures. Notre Congrégation est responsable de la signifiance des établissements qu'elle a créés. Elle ne peut se renier elle-même dans son identité et ses fondamentaux.

Veuillez agréer Monsieur le Président, mesdames et messieurs, l'expression de ma haute considération.

S. Marie Thomas Fabre
mg.3/as

Mère Marie Thomas FABRE
Supérieure générale

Congrégation des Petites Soeurs
des Maternités Catholiques
246 et 262 route de Sérézin
38300 NIVOLAS VERMELLE

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Charte de l'Alliance des Maternités Catholiques

Afin que chaque personne accueillie se sente reconnue et respectée, nous engageons, par cette charte, nos décisions et nos actes en références aux valeurs partagées.

Engagement Ethique

- Nous favorisons toutes initiatives reconnues par l'Église catholique comme étant à même de promouvoir le respect et l'épanouissement de la vie humaine,
- Nous nous interdisons d'inspirer, de faciliter, de favoriser et à plus forte raison de commettre de quelque manière que ce soit, tout acte de nature à mépriser ou à détruire la vie humaine,
- Nous incitons au sein de la fédération, à la formation, à la réflexion et à l'échange pour qu'un dialogue permanent conduise à des pratiques respectueuses du caractère sacré de la vie humaine.

Engagement de Compétence & de qualité

Nous portons une attention particulière :

- À la transmission de l'intuition des fondateurs de la Congrégation,
- À l'esprit de service,
- Au savoir-faire reçu, enrichi et transmis,
- À un accueil personnalisé,
- À la vérité de l'information et aux bonnes conditions de sa communication,
- À la qualité et à la technicité des soins prodigués,
- Aux compétences des professionnels et des équipes.

Engagement d'accueil et de disponibilité

Parce que toute œuvre humaine est chaque jour à construire, nous cherchons à :

- Accueillir l'enfant avec émerveillement afin de favoriser chez les parents la découverte de la famille comme communauté de vie et d'amour,
- Permettre que nos établissements demeurent des lieux où parents et professionnels se soutiennent et soient soutenus, éclairés et accompagnés face aux questions éthiques particulièrement au moment du désir, de l'attente et de l'accueil de toute vie, si blessée soit-elle,
- Répondre aux attentes et aux préoccupations des jeunes en les aidant à trouver des repères sur le sens de la vie,
- Accueillir, dans nos autres services de soins, des personnes qui connaissent la maladie, la souffrance et la détresse et qui comptent sur la compétence de nos équipes pour retrouver santé, confiance et espoir,
- Répondre à l'exigence de nous remettre en question, avec le désir de persévérer et d'être fidèles à nos engagements d'accueil et de disponibilité.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Clinique des Augustines
https://cliniquedesaugustines.fr/

CLINIQUE SAINT-YVES
https://www.clinique-styves.fr/

Charte éthique des établissements des Augustines de Malestroit-Rennes

Introduction

Nous voulons par ce présent document préciser les valeurs vécues au sein des établissements gérés par les Sœurs Augustines Hospitalières de la Miséricorde de Jésus et l'esprit qui doit animer l'ensemble des professionnels et intervenants y exerçant. Les Œuvres des Augustines, dont l'origine remonte au Moyen-Age, répondent aux besoins de l'Eglise et du monde à chaque époque. Etant au service des plus vulnérables, elles sont inséparablement liées à la forme de vie religieuse des sœurs Augustines, et donc ancrées, depuis leur fondation jusqu'à aujourd'hui, dans une longue tradition d'hospitalité chrétienne. Par leur origine et leur finalité, les Œuvres des Augustines sont des Œuvres d'Eglise. Elles ont pour socle les valeurs inspirées de l'Evangile, de la Doctrine Sociale de l'Eglise[1], des Constitutions des Augustines de la Miséricorde de Jésus. Ces textes sont une source inépuisable de bienfaisance, de dynamisme et de créativité mis au service du prochain, malade et souffrant.

Accueil et Hospitalité

« De la qualité de notre regard dépend la qualité de notre accueil[2]. » Le malade, ainsi que ses proches, est accueilli avec attention, compréhension et discrétion. Comme dans la parabole du Bon Samaritain de l'Evangile, nous recherchons la qualité du service rendu, à tous les niveaux d'intervention. Cette attention portée à la personne se traduit au quotidien dans la bienveillance, la considération envers les patients et leurs familles, la politesse, le respect de l'intimité. La qualité des soins et des prestations hôtelières que nous offrons, le souci de la propreté et d'un bel environnement, s'inscrivent dans la tradition hospitalière de nos établissements.

Soigner le corps et l'âme

Face à la souffrance, à la fragilité et à la vulnérabilité des personnes accueillies, nous considérons toute personne dans sa dignité quelle que soit sa condition ou son état de santé. Dignité qui ne peut être diminuée ni par la maladie ni par le handicap.

Nous visons une qualité de soin optimale qui prend en compte toutes les dimensions de la personne : physique, sociale, psychologique et spirituelle[3]. Cette approche globale se traduit par un parcours de soin complet et rigoureux déployé par une équipe pluri professionnelle. Tout

[1] La doctrine sociale de l'Eglise est la formulation des résultats d'une réflexion continue de l'Eglise à la lumière de la foi et de la tradition sur les réalités sociales. Elle a pour but de contribuer à la formation de la conscience des hommes pour qu'ils vivent selon l'Evangile et la nature humaine elle-même. Elle est rassemblée dans un compendium.

[2] Constitutions, n°130.

[3] Le spirituel est à comprendre plus largement que la seule dimension religieuse : « Selon C. Rougeron, au-delà du langage, du rituel et de la religion, le spirituel est cet espace en soi, secret, où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible. », 5ème Cahier du Guide en soins palliatifs du médecin vaudois n°5 de 2008 consacré à la spiritualité. Cf. https://www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2019/10/gsp-5-2008-spiritualitc3a9.pdf

Clinique des Augustines
https://cliniquedesaugustines.fr/

CLINIQUE SAINT-YVES
https://www.clinique-styves.fr/

est mis en œuvre pour « prendre soin » de chaque personne avec délicatesse, douceur, respect de ses besoins spécifiques. Nous sommes particulièrement attentifs au soulagement de la douleur et de la souffrance dans toutes ses composantes. L'écoute, une présence chaleureuse et compatissante apportent également un bienfait thérapeutique en complément des soins prodigués par la médecine. Dans cette perspective, les aumôniers, les visiteurs de malades et les bénévoles d'accompagnement de nos établissements sont partenaires des équipes soignantes.

Nous sommes conscients des enjeux éthiques inhérents à la pratique des soins et à l'exercice de la médecine auprès des personnes vulnérables. En ce sens, nous développons dans nos établissements nos compétences professionnelles et humaines en entretenant au sein des équipes le discernement nécessaire en faveur de tout ce qui est au service de la vie et en rejetant toute pratique déshumanisante. En particulier, nous refusons l'obstination déraisonnable, l'euthanasie et le suicide assisté.

La volonté de tendre vers l'écologie intégrale

Pour un mode de vie plus respectueux et plus solidaire, l'écologie intégrale englobe les aspects environnementaux, moraux, économiques et sociaux, piliers du développement durable.

- Aspect humain : Le caractère particulier de nos œuvres est fondé sur une conception chrétienne de la personne**.** Appelé à être libre et responsable, chaque être humain est unique et se construit en relation. Le service rendu au plus pauvre et au malade constitue la finalité de nos œuvres. Cet aspect essentiel est l'arrière-fond de toute notre réflexion stratégique.
- Aspect social et économique : La gestion et le management de nos établissements sont éclairés par la doctrine sociale de l'Eglise. Cela nous engage, en tant qu'employeurs, à adopter une attitude socialement responsable en redonnant tout son sens au travail, situant "l'humain" à sa juste place, à l'encontre d'un modèle exclusivement productiviste.
  Cependant la dimension budgétaire doit être prise en considération à tous les niveaux de décision afin que les œuvres soient gérées avec prudence et souci du bien commun, sur le long terme, en capacité d'investir et de se développer pour répondre aux nouveaux besoins qui se présenteront.
  Tous les dirigeants ou responsables d'équipe, administratifs ou médicaux, sont à l'écoute de l'autre, et par l'exemplarité invitent à une attitude bienveillante et de confiance dans le travail de chacun. Ils déploient une posture de disponibilité et d'engagement pour trouver les solutions au profit des personnes et des organisations internes ou territoriales.
- Aspect environnemental : il est de notre responsabilité de promouvoir une culture de développement durable au sein de nos établissements. Nous nous engageons à prendre des initiatives respectueuses de l'environnement en intégrant toutes les parties prenantes.

Clinique des Augustines
https://cliniquedesaugustines.fr/

CLINIQUE SAINT-YVES
https://www.clinique-styves.fr/

L'état d'esprit qui anime les professionnels et bénévoles

Chaque professionnel ou bénévole se doit de contribuer au projet qui anime les Œuvres des Augustines quelques soient ses origines ou convictions religieuses pour être un maillon perpétuant le charisme d'hospitalité, avec les sœurs. Cela demande un état d'esprit respectueux vis-à-vis de la nature de l'établissement d'inspiration catholique, selon le caractère propre donné par la Communauté et les valeurs qui en découlent. A cet effet la charte de l'établissement sera connue de tous.

Que ce soit entre professionnels ou entre soignants et patients, les relations interpersonnelles sont habitées par la conscience que chacun a le même niveau d'humanité et la même dignité. C'est pourquoi un climat d'entraide, de franche collaboration et d'attention à l'autre avec le souci de la tâche bien faite sont des attitudes à entretenir et promouvoir au sein de nos établissements.

Par la solidarité qui les lie, les êtres humains ne forment pas une juxtaposition d'individus indépendants, mais sont appelés à vivre une « communion universelle[4] ». Ensemble, nous vivons notre travail comme une responsabilité de veiller sur le bien commun et sur les personnes qui nous sont confiées, en cherchant à le faire fructifier pour le bien de tous. Cela contribue à donner du sens au travail de chacun. L'adhésion de tous aux valeurs des Œuvres des Augustines conduit à faire preuve collectivement de générosité et de fraternité, en vue du bien des malades.

[4] Cf. François, *Laudato Si*, 220.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

CHARTE du GROUPEMENT d'ETABLISSEMENTS de SOINS d'INSPIRATION CATHOLIQUE

Clinique des Augustines

Notre mission s'appuie sur une anthropologie et des valeurs chrétiennes qui nous ont été transmises par les fondateurs de nos établissements. A l'exemple du Christ dans l'Evangile « qui est passé en faisant le bien » (Ac 10,38), ceux-ci ont œuvré pour le bien et la santé de leurs contemporains, s'inscrivant ainsi dans la longue tradition des œuvres de Miséricorde et d'Hospitalité remontant aux origines de l'Eglise.

- *Héritiers d'un patrimoine éthique et spirituel commun, issu notamment du serment d'Hippocrate,*

- *Nous référant aux Saintes Ecritures et considérant avec émerveillement la vie donnée gratuitement par Dieu à tout être humain et possédant un caractère sacré,*

- *Adhérant aux positions de l'Eglise définies par son Magistère, la Doctrine Sociale, par le Catéchisme de l'Eglise Catholique et par ses diverses recommandations telle que la Charte des Personnels de la Santé*

nous déclarons :

1. Chaque patient est une personne unique, appelée à aimer et être aimée, possédant en elle-même sa dignité. Celle-ci ne dépend en rien de sa condition ou de son état de santé. Elle n'est jamais diminuée par un quelconque handicap ou maladie.

2. Convaincus que le service de la vie oblige à l'excellence, nous développons nos compétences et techniques de soins, avec rigueur, au service des capacités de vie des patients. Nous sommes particulièrement attentifs au soulagement de la douleur dans toutes ses composantes.

3. Reconnaissant comme une nécessité le fait de satisfaire les besoins fondamentaux de la personne malade ou handicapée, nous mettons tout en œuvre pour l'aider à garder le plus longtemps possible sa capacité à communiquer, sa conscience et son autonomie.

4. Chaque patient est une personne, être corporel et spirituel, à laquelle nous apportons, selon ses besoins et nos possibilités, un soutien psychologique, social, amical ou spirituel. Nous lui offrons une qualité de présence et d'écoute, attentifs à discerner ses attentes ainsi que celles de sa famille. Nous veillons à y répondre, avec respect et en vérité.

5. Conscients des enjeux éthiques inhérents à la pratique des soins et à l'exercice de la médecine auprès des personnes vulnérables, notamment pour ce qui concerne le handicap, le début et la fin de la vie, nous entretenons au sein de nos équipes un discernement éthique.

6. Nous nous interdisons d'inspirer, de faciliter, de favoriser et à plus forte raison de commettre de quelque manière que ce soit, un acte de nature à mépriser ou à détruire la vie humaine, de son commencement jusqu'à son terme naturels. Nous favorisons toutes initiatives reconnues par l'Église Catholique comme étant à même de promouvoir le respect et l'épanouissement de la vie humaine.

7. Certains qu'un accompagnement fécond dépend d'une réelle complémentarité entre les acteurs de soins, professionnels, aidants et bénévoles, nous voulons promouvoir l'esprit d'équipe et de fraternité, dans la confiance et l'estime réciproques.

8. Employeurs socialement responsables, nous considérons nos salariés, intervenants et fournisseurs, avec respect, confiance et bienveillance. Nous nous engageons à proposer et dispenser des formations s'inscrivant dans l'esprit de cette charte, à l'ensemble de nos salariés. Nous recherchons leur épanouissement et appliquons, dans la gestion de nos établissements, la doctrine sociale de l'Eglise.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par

LE SYNPREFH

Syndicat national des pharmaciens des établissements de santé

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par Monsieur le Président du Sénat et par plus de soixante députés et sénateurs

Observations relatives à la clause de conscience des pharmaciens (articles 8 et 14 de la loi)

Paris, le 20 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. Le Syndicat national des pharmaciens des établissements de santé (Synprefh, ci-après « l'exposant ») a l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures qu'il reçoit et rend publiques, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, déférée par Monsieur le Président du Sénat et par plus de soixante députés et sénateurs.

2. La présente contribution a un objet unique : la clause de conscience des pharmaciens. Elle repose sur une double concession, qui en délimite exactement le terrain. L'exposant ne conteste pas le principe de la loi, sur lequel il n'appartient qu'au législateur de se prononcer ; il ne conteste pas davantage le choix d'instituer une clause de conscience, ni ne soutient que la Constitution l'imposerait par elle-même. Il soutient une seule chose : dès lors que le législateur a lui-même reconnu, en créant cette clause, que la participation à l'aide à mourir est de nature à placer les professionnels de santé devant un conflit de conscience justifiant une protection particulière, il ne pouvait en exclure les pharmaciens, auxquels la même loi confie des actes personnels, autonomes et indispensables à l'aboutissement du processus létal, et dont il fait ainsi les seuls professionnels de santé à la fois irremplaçables et désarmés.

3. L'exposant souscrit à l'analyse développée par les saisines, qui consacrent à cette question des développements auxquels il renvoie, et il n'ignore pas que d'autres contributions l'évoquent. Il lui revient toutefois, en qualité de syndicat le plus représentatif des pharmaciens qui, dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé, seront les premiers à qui ces actes seront demandés, d'apporter au Conseil ce que nul autre ne peut lui apporter : la connaissance exacte de ce que ces actes sont, de ce que la conscience pharmaceutique est, et de ce que l'extension de la clause aurait coûté à l'effectivité de la loi, c'est-à-dire rien.

PLAN DE LA CONTRIBUTION

I. Présentation de l'exposant et objet de son intervention

II. Observations liminaires

A. Ce que la loi confie au pharmacien, et à lui seul

B. Une conscience professionnelle constituée par le droit lui-même

C. Le choix du législateur : une clause pour tous, sauf pour l'indispensable

D. Le droit comparé : nulle part une telle obligation

III. Discussion

Premier moyen. Méconnaissance de la liberté de conscience par une conciliation manifestement déséquilibrée (art. 14, I, combiné à l'art. 8)

Deuxième moyen, subsidiaire. Méconnaissance du principe d'égalité et du cinquième alinéa du Préambule de 1946 (art. 8 et 14, I)

IV. À titre subsidiaire : la réserve d'interprétation

V. Conclusions

Références citées

I. PRÉSENTATION DE L'EXPOSANT ET OBJET DE SON INTERVENTION

4. Le Synprefh est le syndicat national des pharmaciens des établissements de santé. Il regroupe plus de 1 200 membres actifs, pharmaciens chargés de gérance, adjoints et docteurs junior exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur des établissements sanitaires et médico-sociaux, et représente plus des deux tiers des pharmaciens praticiens hospitaliers, ainsi que l'ont confirmé, en juin 2024, les dernières élections à la commission statutaire nationale et au conseil de discipline placés sous l'égide du centre national de gestion (CNG). Le Synprefh est membre de l'Intersyndicat National des Praticiens d'exercice Hospitalier et hospitalo-universitaire (INPH) ; il est structuré en délégations régionales depuis 1984 ; il organise chaque année un événement majeur de la profession : Hopipharm, le congrès francophone de la pharmacie hospitalière ; il a publié les livres blancs de référence de la discipline. Il parle donc au nom de ceux-là mêmes à qui, dans les établissements, la loi déférée confie un rôle central dans le dispositif de l'aide à mourir : celui de préparer et de délivrer la substance létale.

5. Sa position sur la question soumise au Conseil est publique, constante et mesurée. Dès le 15 mai 2024, par communiqué, l'exposant a réclamé une clause de conscience pour les pharmaciens hospitaliers ; il n'a cessé, depuis, de porter cette demande. Son président l'a résumée publiquement : il ne s'agit pas d'une perspective de blocage, mais d'une question de principe et d'équité, une enquête conduite auprès de la profession faisant apparaître que quatre pharmaciens hospitaliers sur cinq souhaitent bénéficier de la clause quand un sur cinq environ entendrait éventuellement la faire jouer. Ce chiffre dit tout : la clause demandée protège les consciences sans menacer le dispositif. C'est précisément parce que le législateur l'a refusée sans que rien ne le justifie que l'exposant défère la question au Conseil.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES

A. Ce que la loi confie au pharmacien, et à lui seul

6. L'article 8 de la loi crée un article L. 1111-12-6 du code de la santé publique organisant la préparation et la délivrance de la substance létale par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et sa délivrance pour les pharmacies d'officine. Concrètement, il appartient au pharmacien de réaliser la préparation magistrale létale, d'en assurer la conservation, d'en organiser la délivrance et, le cas échéant, d'en récupérer les reliquats. Ces actes relèvent du monopole pharmaceutique (article L. 4211-1 du même code) : aucun autre professionnel ne peut les accomplir, et le pharmacien ne peut les déléguer. Ils conditionnent tout le dispositif : sans préparation magistrale létale, la substance létale n'existe pas ; sans délivrance, la décision médicale demeure privée de tout effet. Le pharmacien n'est donc pas un auxiliaire du processus : il en est un maillon nécessaire, dont le concours est aussi indispensable que celui du médecin qui décide ou du professionnel qui accompagne la personne ou, le cas échéant, administre la substance létale.

7. La nature de cette intervention doit être exactement mesurée. La préparation magistrale est un acte pharmaceutique autonome, soumis aux règles professionnelles des préparations, aux exigences de qualité, de sécurité et de traçabilité, et accompli sous la responsabilité personnelle du pharmacien, qui « exerce personnellement son art » et « est responsable de ses décisions et de ses

actes professionnels » (article R. 4235-24 du code de la santé publique). Celui-ci agit en pleine connaissance de cause : il connaît l'identité de la personne ; il connaît la nature de ce qu'il prépare ; il connaît la destination de sa préparation, laquelle n'a, contrairement à tout médicament, aucune finalité thérapeutique alternative : elle n'existe qu'en vertu de son pouvoir létal. Il faut enfin rappeler ce que cet acte était hier : préparer et fournir une substance en vue de son ingestion létale exposait son auteur, comme complice d'un empoisonnement, à trente ans de réclusion criminelle (articles 221-5 et 121-7 du code pénal), le consentement de la personne étant indifférent. La loi déférée transforme cet acte en obligation professionnelle, et c'est au regard de cette transformation que la question de la conscience se pose : car la distance pénale peut se parcourir plus vite que la distance morale.

B. Une conscience professionnelle constituée par le droit lui-même

8. La conscience dont l'exposant demande la protection n'est pas une sensibilité privée : c'est une conscience professionnelle que le droit a lui-même constituée. Le code de déontologie des pharmaciens, dans sa rédaction issue du décret n° 2026-156 du 3 mars 2026, dispose que le pharmacien « exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine » (article R. 4235-3 du code de la santé publique, reprenant l'ancien article R. 4235-2), qu'il « porte secours à toute personne en danger immédiat » (article R. 4235-4), qu'il « refuse de réaliser un acte professionnel lorsque la santé du patient lui paraît l'exiger » (article R. 4235-23) et qu'il ne se soumet « à aucune contrainte morale » susceptible de porter atteinte à son indépendance (article R. 4235-13). Le serment de Galien, prêté publiquement par chaque pharmacien lors de la soutenance de sa thèse, l'engage à n'utiliser « en aucun cas » ses connaissances et son état « pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels » ; son ancêtre, le serment des apothicaires de 1608, promettait déjà « de ne donner jamais à boire aucune sorte de poison à personne ». Gardien des poisons, dernier maillon entre la prescription et le patient, le pharmacien a pour office séculaire de vérifier que ce qui sort de ses mains ne tue pas.

9. Le conflit de conscience que la loi crée est donc d'une intensité au moins égale à celui qu'elle reconnaît aux autres professionnels de santé. On objecterait en vain que le pharmacien intervient après la décision médicale : la conscience ne se règle pas sur la chronologie d'une procédure, mais sur la nature de l'acte accompli et sur le lien qui l'unit au résultat. Or ce lien est ici immédiat : ce que le pharmacien fabrique, de ses mains et sous sa responsabilité, pour une personne dont il connaît l'identité, qu'il peut connaître personnellement et dont il a pu assurer la prise en charge thérapeutique, est la cause matérielle de la mort. L'objection tirée de l'absence d'une mise en présence physique du pharmacien et de la personne qui demande à exercer son droit à mourir est tout aussi vaine : un conflit de conscience ne naît pas d'un contact physique mais de l'interaction, dans le for intérieur, d'une perspective d'action et de valeurs morales, personnelles ou collectives, suffisamment impérieuses pour s'imposer à la conscience humaine.

Dès lors, demander cet acte à celui que sa déontologie, son serment et toute la tradition de son art ordonnent au respect de la vie, c'est le placer exactement dans la situation pour laquelle le législateur a estimé qu'une clause de conscience devait exister.

C. Le choix du législateur : une clause pour tous, sauf pour l'indispensable

10. L'article 14, I, de la loi institue une clause de conscience au bénéfice des professionnels de santé appelés à participer à la procédure. Le législateur a ainsi reconnu, en toutes lettres, que ces actes présentent une singularité éthique justifiant une protection particulière ; et il a construit tout son dispositif sur le volontariat, la commission de contrôle et d'évaluation tenant, aux termes de l'article L. 1111-12-13 du code de la santé publique, un registre des professionnels de santé « disposés à participer » à la procédure. Or de cette garantie et de cette architecture, une seule catégorie est exclue : les pharmaciens, c'est-à-dire les seuls professionnels de santé dont le concours est à la fois exclusif, irremplaçable et matériellement premier. Le champ de la clause est ainsi défini à rebours de son objet : elle protège tous ceux qui peuvent objecter sans que rien ne s'arrête, et refuse toute protection à celui sans lequel rien ne peut commencer.

11. La genèse du texte aggrave le constat. Le Conseil d'État avait estimé, dans son avis du 4 avril 2024, que « les missions de réalisation de la préparation magistrale létale et de délivrance de la substance létale, qui interviennent après la prise de décision et avant la mise en œuvre de l'administration de la substance létale, ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens et des personnes qui travaillent auprès d'eux » (avis n° 408204, n° 38, p. 15). L'exposant ne peut souscrire à cette appréciation, que le texte même de la loi dément : la loi ne distingue nulle part la participation « directe » de la participation « indirecte » ; elle confie au pharmacien un acte exclusif dont dépend toute la suite ; et le critère chronologique retenu par l'avis conduirait à ce paradoxe que celui qui prépare la substance mortelle serait moins « directement » concerné par la mort que le professionnel qui assiste à son administration. Le Sénat, en première lecture, avait d'ailleurs étendu la clause de conscience aux pharmaciens, avec l'avis favorable exprimé en séance par le Gouvernement ; l'Assemblée nationale a écarté cette extension sans qu'aucune impossibilité d'organisation ni aucune nécessité n'ait été démontrée à l'appui de ce choix.

D. Le droit comparé : nulle part une telle obligation

12. Aucun des systèmes étrangers ayant légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté n'impose aux pharmaciens d'y concourir. La loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie dispose qu'« aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie » et qu'« aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie » (article 14) ; la loi luxembourgeoise du 16 mars 2009 précise qu'« aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide » (article 15) ; la loi organique espagnole n° 3/2021 du 24 mars 2021 ouvre l'objection de conscience aux « professionnels de la santé directement impliqués » (article 16) ; aux Pays-Bas, les directives communes des organisations professionnelles des médecins et des pharmaciens (KNMG et KNMP, dernière version du 15 décembre 2022) organisent, depuis l'origine, le libre refus du pharmacien et son remplacement par un confrère ; aux États-Unis, les pharmaciens qui préparent les substances létales sont tous volontaires. Après plus de vingt ans de pratique, aucun de ces systèmes n'a constaté que le volontariat des pharmaciens compromettrait l'effectivité du dispositif. En imposant ce qu'aucun État comparable n'impose, la France ferait figure d'exception.

III. DISCUSSION

13. L'exposant soulève deux moyens, dirigés contre l'article 14, I, en tant qu'il exclut les pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience, et, par voie de conséquence, contre l'article 8 en tant qu'il leur impose les actes qu'il organise sans cette garantie. Le premier est tiré de la méconnaissance de la liberté de conscience, par l'effet d'une conciliation manifestement déséquilibrée ; le second, subsidiaire, du principe d'égalité et du cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. Les références aux articles renvoient au texte n° 323 adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026.

PREMIER MOYEN. En ce qu'il exclut du bénéfice de la clause de conscience les seuls professionnels de santé dont le concours à l'acte létal est exclusif et irremplaçable, l'article 14, I, combiné à l'article 8, opère entre la liberté de conscience et l'objectif poursuivi une conciliation manifestement déséquilibrée

14. *Norme de référence.* La liberté de conscience compte au nombre des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République (décision n° 77-87 DC du 23 novembre 1977) ; elle est garantie par l'article 10 de la Déclaration de 1789 et par le cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, et le Conseil a jugé que la clause de conscience instituée en matière d'interruption volontaire de grossesse en constitue une garantie (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13 à 15). Lorsqu'il met en cause une telle liberté, le législateur doit opérer une conciliation qui ne soit pas manifestement déséquilibrée avec les objectifs qu'il poursuit (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 9), et les atteintes qu'il porte doivent être nécessaires, adaptées et proportionnées (décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008, cons. 13). La Cour européenne des droits de l'homme juge de son côté que l'objection procédant d'une conviction sérieuse et cohérente, entrant en conflit grave avec une obligation, relève de la liberté garantie par l'article 9 de la Convention (CEDH, gr. ch., *Bayatyan c. Arménie*, 7 juillet 2011, n° 23459/03, § 110).

15. *Un champ défini sans critère rationnel.* Dès lors que le législateur institue une garantie de la liberté de conscience, il lui appartient d'en définir le champ selon des critères objectifs et rationnels, en rapport avec son objet, qui est de protéger quiconque est appelé à participer personnellement à l'acte. Or le critère qui résulte de la loi est exactement inverse : sont protégés tous les professionnels dont la défection peut être suppléée, et seul est exclu celui dont l'acte, personnel, autonome, exclusif et irremplaçable (supra, § 6 et 7), conditionne matériellement la mort, alors même que sa conscience est constituée par sa déontologie et son serment dans les termes les plus directement contraires à cet acte (supra, § 8 et 9). Une garantie dont le champ exclut précisément la situation qui la justifie le plus n'est pas rationnellement définie : elle est arbitrairement amputée.

16. *Une exclusion dépourvue de toute nécessité.* L'atteinte ainsi portée n'était au surplus nécessaire à rien. L'effectivité du droit, seul objectif invocable, est assurée par le volontariat, qui est l'architecture même de la loi : celle-ci repose sur un registre des professionnels « disposés à participer » (supra, § 10), et il suffisait d'y inscrire les pharmaciens volontaires, dont la profession elle-même indique qu'ils seront nombreux, l'enquête conduite auprès d'elle faisant apparaître notamment qu'un pharmacien hospitalier sur cinq environ entendrait faire jouer éventuellement la clause (supra, § 5). Le pluralisme des pharmacies à usage intérieur et des officines permet, comme partout à l'étranger, le remplacement par un confrère (supra, § 12) ; le Sénat avait adopté l'extension sans que

l'effectivité du dispositif fût contestée (supra, § 11) ; et ni les travaux préparatoires ni aucune pièce du dossier législatif n'établissent la moindre impossibilité. Une restriction à une liberté constitutionnelle dont la nécessité n'est pas même alléguée excède manifestement ce qu'exige l'objectif poursuivi : la conciliation est déséquilibrée par construction.

17. *Réfutation des objections.* Deux objections doivent être écartées par avance. La première tient à l'appréciation émise par le Conseil d'État dans son avis du 4 avril 2024 (supra, § 11) : outre que la loi ne distingue pas selon le caractère « direct » de la participation, la liberté de conscience ne se mesure pas à la place occupée dans la chronologie d'une procédure, mais à la nature de l'acte et à son lien avec le résultat ; fabriquer la cause matérielle de la mort d'une personne identifiée est, à ce compte, la participation la plus directe qui soit. La seconde tiendrait à la décision de la Cour européenne des droits de l'homme jugeant que le refus de vendre des contraceptifs n'entre pas dans le champ de l'article 9 (CEDH, déc., 2 octobre 2001, *Pichon et Sajous c. France*, n° 49853/99) : elle est doublement inopérante, d'abord parce que la vente, dans le cadre du droit de la consommation, d'un produit licite à finalités multiples ne se compare pas à la fabrication et à la délivrance d'une substance dont l'unique destination est de tuer, ensuite et surtout parce que le grief soumis au Conseil n'invoque pas un droit conventionnel autonome : il constate que le législateur français a lui-même créé la garantie, et qu'il l'a refusée sans raison à une seule catégorie. L'article 14, I, doit être déclaré contraire à la Constitution en tant qu'il exclut les pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience et, par voie de conséquence, l'article 8 en tant qu'il leur impose les actes qu'il prévoit sans cette garantie ; à titre subsidiaire, l'exposant renvoie à la réserve d'interprétation.

DEUXIÈME MOYEN, SUBSIDIAIRE. En ce qu'ils réservent aux seuls pharmaciens une obligation de concourir à l'acte létal sans faculté d'objection, les articles 8 et 14, I méconnaissent le principe d'égalité et le cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946

18. *Norme de référence.* Le principe d'égalité, garanti par les articles 1er et 6 de la Déclaration de 1789, ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit (décision n° 98-397 DC du 6 mars 1998). Le cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 dispose en outre que « nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances ».

19. *Une différence de traitement sans rapport avec l'objet de la garantie.* Au regard de l'objet de la clause instituée par l'article 14, qui est de protéger la conscience de quiconque participe personnellement à la procédure, les pharmaciens sont dans une situation à tout le moins comparable à celle des professionnels de santé protégés : ils accomplissent personnellement des actes indispensables, sous leur responsabilité propre, en connaissant l'identité de la personne et la destination exclusivement létale de leur préparation (supra, § 6 à 9). La seule circonstance que leur intervention se situe après la décision médicale est sans rapport avec cet objet, qui ne protège pas les décideurs mais les consciences. Le contraste avec le droit existant achève la démonstration : en matière d'interruption volontaire de grossesse, la clause bénéficie au médecin comme à la sage-femme, à l'infirmier et à l'auxiliaire médical, « quel qu'il soit », appelés à concourir à l'intervention (article L. 2212-8 du code

de la santé publique). En l'espèce, pour l'acte le plus grave que la loi connaisse, le professionnel le plus indispensable est le seul exclu : la différence de traitement est inverse de l'objet de la garantie, et aucun motif d'intérêt général ne la soutient, le dossier législatif étant muet sur ce point.

20. *La lésion dans l'emploi.* Pour les pharmaciens que représente majoritairement l'exposant, cette rupture d'égalité se double d'une atteinte caractérisée au cinquième alinéa du Préambule. Agents d'un service public, affectés à une pharmacie à usage intérieur dont ils ne choisissent ni les missions ni les patients, ils ne disposent d'aucune des facultés d'évitement qu'offre l'exercice libéral. Leur déontologie dispose pourtant que le lien statutaire « ne saurait affecter » leur indépendance et que le pharmacien « ne peut accepter, de la part de son employeur ou de toute autre autorité hiérarchique, de limitation à son indépendance professionnelle » (article R. 4235-15 du code de la santé publique) : la loi fait de la disposition à préparer une substance létale une condition de fait de l'exercice de leur métier. Le pharmacien hospitalier objecteur sera lésé dans son emploi à raison de ses convictions, exposé aux procédures disciplinaires, et l'accès même aux carrières de la pharmacie hospitalière se trouvera fermé, en droit ou en fait, à ceux dont la conscience refuserait d'intervenir dans le processus létal. C'est très exactement ce que le cinquième alinéa prohibe. Les articles 8 et 14, I doivent, pour ce motif également, être déclarés contraires à la Constitution dans la mesure indiquée au premier moyen.

IV. À TITRE SUBSIDIAIRE : LA RÉSERVE D'INTERPRÉTATION

21. Si le Conseil ne prononçait pas la censure, l'exposant le prie de subordonner la conformité des articles 8 et 14 à la réserve suivante, qui rétablit ce que le texte a omis sans rien retrancher à l'effectivité du droit.

22. Réserve unique (articles 8 et 14). Les articles 8 et 14 de la loi ne sauraient être interprétés que comme ouvrant aux pharmaciens le bénéfice de la clause de conscience prévue à l'article 14, I : aucun pharmacien ne saurait être tenu de réaliser, de conserver, de délivrer ou de récupérer personnellement la préparation magistrale létale contre sa conscience, ni ne saurait faire l'objet, à raison de ce refus, d'aucune mesure disciplinaire ou discriminatoire ; la continuité de la préparation et de la délivrance est assurée par un pharmacien volontaire, dans les conditions prévues par la loi, l'organisation de cette continuité incombant à la pharmacie à usage intérieur ou à l'officine, et non au pharmacien objecteur, lequel ne saurait davantage être tenu à l'obligation de communication nominative prévue au même article.

V. CONCLUSIONS

23. Le législateur a reconnu que participer à l'aide à mourir peut légitimement heurter une conscience : il l'a écrit dans la loi, en instituant une clause. Il a construit son dispositif sur le volontariat : il l'a écrit aussi, en créant un registre des professionnels disposés à participer. Et il a pourtant exclu de l'un et de l'autre les seuls professionnels de santé dont l'acte, hier constitutif d'une complicité d'empoisonnement, est aujourd'hui la condition matérielle de toute mort administrée : ceux que leur serment engage, « en aucun cas », à ne pas mettre leur art au service de la mort. Nul État comparable n'impose pareille obligation ; rien, dans le dossier de la loi, n'en établit la nécessité ; et la profession elle-même a fait savoir, chiffres à l'appui, que la clause qu'elle demande

ne menacerait pas l'effectivité du dispositif. Ce qui est soumis au Conseil n'est donc pas un débat de société : c'est une incohérence normative, dont des consciences paieront le prix.

24. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, l'exposant conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraire à la Constitution l'article 14 de la loi relative au droit à l'aide à mourir, en tant qu'il exclut les pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience qu'il institue, ainsi que, par voie de conséquence, l'article 8, en tant qu'il met à leur charge la réalisation, la conservation, la délivrance et la récupération de la préparation magistrale létale sans le bénéfice de cette garantie ; à titre subsidiaire, n'admettre la conformité de ces articles que sous le bénéfice de la réserve d'interprétation énoncée en partie IV ; en tout état de cause, constater qu'aucune nécessité n'a été démontrée à l'appui de l'exclusion contestée.

25. L'exposant se tient à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour le Synprefh,
Le Président,

Docteur Cyril Boronad

RÉFÉRENCES CITÉES

I. Décisions du Conseil constitutionnel

Décisions n° 77-87 DC du 23 novembre 1977 ; n° 98-397 DC du 6 mars 1998 ; n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 (cons. 13 à 15) ; n° 2008-562 DC du 21 février 2008 (cons. 13) ; n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 (§ 9).

II. Juridictions européennes et avis

Cour européenne des droits de l'homme : gr. ch., *Bayatyan c. Arménie*, 7 juillet 2011, n° 23459/03, § 110 ; déc., *Pichon et Sajous c. France*, 2 octobre 2001, n° 49853/99. Conseil d'État, avis n° 408204 du 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, spécialement n° 38, p. 15.

III. Textes

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : art. 1er, 6 et 10. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : cinquième alinéa. Code de la santé publique : art. L. 2212-8, L. 4211-1, R. 4235-3, R. 4235-4, R. 4235-13, R. 4235-15, R. 4235-23 et R. 4235-24 (rédaction issue du décret n° 2026-156 du 3 mars 2026 portant refonte du code de déontologie des pharmaciens) ; articles 8 (art. L. 1111-12-6 nouveau) et 14 de la loi déférée, et art. L. 1111-12-13 (registre des professionnels disposés à participer). Code pénal : art. 121-7 et 221-5. Serment de Galien ; serment des apothicaires (1608).

IV. Droit comparé et doctrine

Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, art. 14 ; loi luxembourgeoise du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, art. 15 ; loi organique espagnole n° 3/2021 du 24 mars 2021 de régulation de l'euthanasie, art. 16 ; directives communes des organisations professionnelles néerlandaises des médecins et des pharmaciens (KNMG et KNMP) relatives à l'euthanasie et à l'aide au suicide, 15 décembre 2022. N. Bauer et A. Certain, « Responsabilités, droits et devoirs du pharmacien », in E. Hirsch (dir.), *Fins de la vie : les devoirs d'une démocratie*, Éditions du Cerf, 2025, p. 407-418.

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par

L'ASSOCIATION DES DAMES DU CALVAIRE

Association régie par la loi du 1er juillet 1901, reconnue d'utilité publique en 1923, fondée par Jeanne Garnier à Lyon en 1842

gestionnaire de la MAISON MÉDICALE JEANNE GARNIER, établissement de santé privé d'intérêt collectif participant au service public hospitalier

106, avenue Émile Zola, 75015 Paris

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026 (texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par le Président du Sénat, par le Premier ministre et par plus de soixante sénateurs et députés.

Observations relatives à la liberté des associations et au pluralisme de l'offre de soins

Paris, le 17 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. L'Association des Dames du Calvaire (ci-après « l'Association » ou « l'exposante »), gestionnaire de la Maison médicale Jeanne Garnier, a l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures qu'il reçoit et rend publiques, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, déférée par le Président du Sénat, le Premier ministre et plus de soixante sénateurs et députés.

2. L'exposante occupe, dans le paysage de la fin de vie, une place singulière. Fondée en 1874, l'association est un établissement entièrement dédié aux soins palliatifs, et son œuvre compte parmi les sources historiques du mouvement qui, dans le monde, a donné naissance à cette discipline. La loi déférée la concerne donc doublement. Comme institution de soins palliatifs, elle constate chaque jour que la volonté de mourir s'apaise, le plus souvent, lorsque la souffrance est soulagée. Comme association fondée sur une compétence reconnue, du fait de son expérience, et sur une philosophie du soin jusqu'au bout de la vie dont la charte exclut le recours à l'euthanasie, elle se voit imposer par l'article 14 de la loi d'accueillir dans ses murs l'acte que son œuvre a précisément pour raison d'être de rendre inutile. Elle porte enfin, au nom des malades qui la choisissent, une exigence que la loi supprime sans le dire : celle d'un pluralisme de l'offre de soins, sans lequel le libre choix des personnes n'est qu'un mot.

3. L'exposante souscrit à l'analyse constitutionnelle développée par les auteurs de la saisine, dont elle partage les conclusions. Elle entend l'éclairer par ce que cent cinquante ans d'accompagnement des mourants et l'expérience quotidienne de la plus grande unité de soins palliatifs d'Europe permettent seuls d'établir. Elle rappelle que le législateur, dont elle ne conteste pas le pouvoir d'appréciation (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, § 9), ne saurait « priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (décisions n° 86-217 DC du 18 septembre 1986 ; n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004) : tel est pourtant, à un double titre, le vice de la loi déférée.

PLAN DE LA CONTRIBUTION

I. Présentation de l'exposante et objet de son intervention

II. Observations liminaires

A. Ce que cent cinquante ans d'accompagnement enseignent sur la demande de mort

B. Une œuvre fondée sur une conviction : la charte de l'exposante et la confiance des malades

C. La diversité de l'offre de soins, condition du libre choix des malades

III. Discussion

Premier moyen. Obligation d'accueillir l'acte létal imposée à une association fondée sur son refus (art. 14, II)

Deuxième moyen. Uniformisation de l'offre de soins et privation de tout choix pour les malades (art. 14, II)

IV. À titre subsidiaire : les réserves d'interprétation

V. Conclusions

Références citées

I. PRÉSENTATION DE L'EXPOSANTE ET OBJET DE SON INTERVENTION

4. L'œuvre du Calvaire est née à Lyon, le 8 décembre 1842, de l'initiative de Jeanne Garnier, qui assigna à la société naissante « l'assistance des incurables délaissées » : l'accueil, dans un hospice, des femmes atteintes de maux que les hôpitaux ne gardaient pas « parce qu'on est impuissant à les guérir ». En 1874, Aurélie Jousset fonda à Paris la maison qui porte aujourd'hui le nom de la fondatrice. L'histoire des soins palliatifs fait remonter à cette œuvre l'un des premiers emplois du mot « hospice » pour désigner l'accueil des mourants, dont le mouvement moderne des soins palliatifs a recueilli l'héritage. Accompagner jusqu'au bout ceux que la médecine ne peut plus guérir, sans jamais provoquer leur mort : telle est, depuis l'origine, la raison d'être de l'Association.

5. Cette œuvre est aujourd'hui la Maison médicale Jeanne Garnier, nom qu'elle porte depuis 1971. Admise à participer au service public hospitalier en 1977, elle est un établissement de santé privé d'intérêt collectif entièrement dédié aux soins palliatifs et à l'accompagnement : avec 81 lits répartis en six unités, un hôpital de jour et une équipe mobile, elle soigne près de 3.000 malades par an, en phase avancée ou terminale de leur maladie, sans discrimination. Elle assure en outre une mission de formation, d'enseignement et de recherche en soins palliatifs, et a pris part à la fondation de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, dont les locaux sont établis dans ses murs. Depuis 1988, la communauté des Xavières y fait vivre l'esprit de la fondatrice, et la charte des associations de l'œuvre du Calvaire, signée à Lyon en 1999, fixe le socle commun des établissements Jeanne Garnier.

6. L'intérêt de l'exposante à intervenir procède directement de la loi déférée. Ses articles 4 et 5 ouvrent un droit à la mort provoquée sans garantir l'accès effectif aux soins palliatifs dont la Maison constate quotidiennement la carence. Son article 3 inscrit l'aide à mourir parmi les droits garantis par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, c'est-à-dire au cœur du droit des malades que la Maison met en œuvre. Son article 14, II, enfin, impose à tout établissement de santé, sans exception, de permettre la réalisation de l'aide à mourir en son sein : il contraint ainsi l'exposante à accueillir, dans la maison même qui a contribué à donner naissance aux soins palliatifs, l'acte que sa charte exclut « totalement » et que son œuvre a pour objet de rendre inutile.

II. OBSERVATIONS LIMINAIRES

A. Ce que cent cinquante ans d'accompagnement enseignent sur la demande de mort

7. La première donnée que l'exposante croit devoir verser aux débats est clinique, et elle procède de ses propres murs. Une étude observationnelle conduite au sein de la Maison médicale Jeanne Garnier sur 2 157 patients hospitalisés a établi que le souhait de mort n'y était exprimé que par une très petite minorité de patients, que la demande explicite d'euthanasie demeurait rare, et que ces demandes, loin d'être fixes, étaient le plus souvent fluctuantes et ne persistaient pas lorsque la souffrance était prise en charge (Guirimand et al., *BMC Palliative Care*, 2014, 13:53). Ce constat rejoint celui de la littérature internationale : le désir de mort chez la personne gravement malade est fortement corrélé à la dépression et à la souffrance non soulagée, et il s'atténue chez la majorité des patients réévalués à quelques semaines d'intervalle (Chochinov et al., *American Journal of Psychiatry*, 1995).

8. De cette expérience, qui est celle de milliers d'accompagnements chaque année, l'exposante tire un enseignement simple : la demande de mort est, dans l'immense majorité des cas, l'expression d'une souffrance à laquelle il peut être répondu, et la réponse qui la fait céder est le soin. C'est cette découverte, faite au chevet des « incurables délaissées », qui a fondé les soins palliatifs. Une loi qui organise l'accès à la mort sans garantir d'abord l'accès à ce qui, le plus souvent, rend la demande de mort caduque, inverse l'ordre que l'expérience clinique commande.

B. Une œuvre fondée sur une conviction : la charte de l'exposante et la confiance des malades

11. L'exposante n'est pas un gestionnaire parmi d'autres. Elle est une association fondée, depuis 1874, sur une conviction constitutive : accompagner la vie jusqu'à son terme sans jamais provoquer la mort. Cette conviction est inscrite dans la charte des associations de l'œuvre du Calvaire, qui pose que « le recours à l'euthanasie définie comme aide active à mourir est totalement exclu ». Elle n'est pas une clause parmi d'autres : elle est ce pour quoi des générations de bénévoles, de soignants et de donateurs s'y sont engagées, et qui fonde l'identité de la Maison depuis un siècle et demi. Contraindre l'Association à organiser dans ses murs l'acte que sa charte exclut, c'est la contraindre à se renier.

12. Cette conviction est aussi une promesse faite aux malades. Ceux qui demandent leur admission à la Maison médicale Jeanne Garnier, ou que leurs proches y confient, le font en connaissance de cause : ils choisissent un lieu où l'on soulage, où l'on accompagne et où l'on ne donne pas la mort. Cette promesse est la condition de la confiance qui permet aux plus fragiles de s'en remettre à l'équipe, d'exprimer leurs peurs, y compris leur désir de mort passager, sans craindre qu'il y soit donné suite. L'obligation d'accueillir l'acte létal ne modifierait pas seulement le fonctionnement de l'établissement : elle atteindrait, pour tous les patients présents et à venir, la confiance qui rend le soin possible.

C. La diversité de l'offre de soins, condition du libre choix des malades

13. Le système de santé français repose, de longue date, sur la coexistence d'établissements publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, ces derniers souvent nés, comme l'exposante, d'initiatives associatives ou confessionnelles. Cette diversité n'est pas une survivance : le législateur en a fait la garantie d'un principe qu'il qualifie lui-même de fondamental, l'article L. 1110-8 du code de la santé publique disposant que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire ». Or le libre choix suppose que les établissements puissent différer : on ne choisit qu'entre des offres qui ne sont pas identiques. Les malades qui demandent leur admission à la Maison médicale Jeanne Garnier la choisissent précisément pour ce qu'elle est et pour ce que sa charte leur promet (supra, § 12).

Les soignants de Jeanne Garnier y travaillent par choix. Ils ont choisi cet établissement pour ses valeurs, et pour sa conception du soin. Cette conception est matérialisée dans la charte de l'établissement, affichée tant sur son site internet qu'au sein de l'établissement, et dont ces quelques phrases sont extraites :

« Offrir une qualité de présence et d'écoute (...) dans le respect des convictions philosophiques et religieuses »

« Reconnaître que la mort est une étape normale dans l'évolution de la personne (…) et qu'elle offre une chance ultime de se réaliser en intégrant toutes les dimensions de l'existence »

« Soulager la douleur pour assurer au malade une réelle qualité de vie à l'étape où il en est, sans en hâter le terme, ni la prolonger par des thérapeutiques devenues inappropriées » (…)

C'est sur ce socle de valeurs et de convictions que la Maison Jeanne Garnier a su, depuis plus de 150 ans, construire cette manière de soigner les patients et leurs familles, dont la qualité est si largement reconnue. La créativité, la compétence, l'engagement et la résilience de ses soignants, sont indissociables de cette conviction partagée que la vie doit être accompagnée jusqu'à son dernier souffle.

14. L'article 14, II, de la loi déférée abolit cette diversité au point précis où elle importe le plus. En imposant à tout établissement, sans exception, de permettre la réalisation de l'aide à mourir en son sein, il fait disparaître de l'ensemble du territoire tout lieu de soins où cet acte ne puisse être pratiqué. Aucun malade, si opposé soit-il à l'euthanasie, si vulnérable ou si inquiet soit-il, ne pourra plus choisir un établissement où il ait la certitude que la mort provoquée n'entrera pas. Cette uniformisation n'ajoute rien au droit des personnes qui demandent l'aide à mourir, que l'article 7 leur garantit en tout autre lieu de leur choix ; elle retire tout aux autres. C'est cette double conséquence, pour les associations et pour les malades, que le premier et le deuxième moyens donnent à voir.

III. DISCUSSION

15. Les deux moyens qui suivent procèdent des titres auxquels la loi concerne l'exposante. Ils visent l'obligation d'accueil de l'article 14, II, sous ses deux faces : l'atteinte portée à la liberté de l'association fondée sur le refus de donner la mort, et l'uniformisation de l'offre de soins qui prive les malades de tout choix. Les références aux articles renvoient au texte n° 323 adopté par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026.

PREMIER MOYEN. En ce qu'il impose à une association fondée sur le refus de donner la mort d'accueillir l'acte létal dans l'établissement qu'elle a créé à cette fin contraire, l'article 14, II méconnaît la liberté d'association et le principe de proportionnalité

16. *Le dispositif contesté.* Le II de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique, créé par l'article 14 de la loi déférée, impose à tout établissement de santé de permettre l'intervention des professionnels concernés et l'accès des accompagnants aux fins de réalisation de l'aide à mourir en son sein. Cette obligation est absolue : elle ne connaît ni exception, ni modulation, ni faculté de refus, pas même au bénéfice de l'établissement dont l'acte contredit la raison d'être et dont la charte l'exclut expressément.

17. *Norme de référence.* La liberté d'association compte au nombre des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République (décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971). Elle garantit aux associations le droit de se constituer autour d'un objet librement choisi et de fonctionner conformément à leurs principes fondateurs. Les organes de la Convention européenne des droits de l'homme reconnaissent aux institutions fondées sur une conviction, y compris un hôpital

confessionnel, un principe d'autonomie (Commission EDH, *Rommelfanger c. Allemagne*, 6 septembre 1989 ; Cour EDH, *Fernández Martínez c. Espagne* [GC], 12 juin 2014, § 127 ; v. aussi, en droit de l'Union, CJUE, gr. ch., *Egenberger*, 17 avril 2018), que la Cour de cassation a consacré en droit interne (Ass. plén., 4 avril 2025, n° 21-24.439). La Cour de Strasbourg souligne que cette autonomie des communautés de conviction est « indispensable au pluralisme dans une société démocratique » (*Fernández Martínez*, précité, § 127) : protéger l'association, c'est protéger la diversité dont les malades sont les premiers bénéficiaires. L'exposante renvoie à la saisine pour la démonstration relative à la liberté d'entreprendre et au droit de propriété, et se borne à établir ce que sa situation révèle de l'atteinte portée à la liberté d'association.

18. *L'atteinte à la substance de la liberté.* L'exposante est l'archétype de l'association fondée sur une conviction : elle s'est constituée, en 1874, pour accompagner les incurables sans jamais provoquer leur mort, et c'est cet objet qui a réuni ses fondatrices, ses bénévoles, ses soignants et ses donateurs depuis un siècle et demi. La jurisprudence *Rommelfanger*, rendue à propos d'un hôpital confessionnel, lui est directement transposable. L'obligation contestée ne restreint pas, à la marge, les modalités de son activité : elle la contraint d'organiser, dans ses murs, l'acte dont l'exclusion constitue son identité, c'est-à-dire de choisir entre se renier et disparaître. Une obligation qui place une association devant une telle alternative atteint la liberté d'association dans sa substance même. Elle produit en outre un effet que l'objectif de protection de la santé ne peut tolérer : fragiliser l'identité et l'existence du plus grand établissement européen dédié aux soins palliatifs, au moment où la Nation manque précisément de tels établissements, et atteindre la confiance qui permet aux malades de s'y confier (supra, § 12).

19. *La disproportion.* L'atteinte est, en toute hypothèse, disproportionnée, car l'objectif du législateur pouvait être atteint sans elle. La loi organise elle-même, à son article 7, l'administration de la substance létale « dans un lieu de son choix, à l'exclusion de la voie publique » : la réalisation de l'acte dans les murs d'un établissement qui le refuse n'est donc pas nécessaire à l'effectivité du droit. Surtout, le Sénat avait adopté, le 22 janvier 2026, un amendement (n° 12 rectifié quater) prévoyant que la mise en œuvre de l'aide à mourir « ne peut être imposée à l'établissement si celle-ci est incompatible avec son projet d'établissement », à la condition que celui-ci assure « sans délai, l'information de la personne concernée et son orientation » vers une structure identifiée par l'agence régionale de santé. Ce dispositif conciliait l'effectivité du droit et la liberté des établissements ; le législateur l'a écarté sans qu'aucune impossibilité ne le justifie. L'article 14, II, doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la deuxième réserve d'interprétation.

DEUXIEME MOYEN. En ce qu'il supprime toute diversité de l'offre de soins et prive ainsi les malades de toute possibilité de choisir un établissement où l'acte létal ne puisse être pratiqué, l'article 14, II prive de garanties légales la protection de la santé et la liberté de conscience des malades

20. *Norme de référence.* Le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 garantit à tous la protection de la santé (décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991). La liberté de conscience, que le Conseil rattache à l'article 10 de la Déclaration de 1789 et au cinquième alinéa du Préambule de 1946 (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13), appartient aux malades comme à quiconque, et s'exprime notamment dans le choix des conditions dans lesquelles ils entendent être

soignés et finir leur vie. La garantie légale de ces exigences réside, en cette matière, dans le pluralisme de l'offre : le libre choix de l'établissement, que le législateur qualifie lui-même de « principe fondamental de la législation sanitaire » (article L. 1110-8 du code de la santé publique), n'a de contenu que si des établissements différents peuvent exister, ce que le Conseil a admis jusque dans le service public en jugeant qu'aucune exigence constitutionnelle n'impose aux établissements privés d'en assurer toutes les missions (décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009).

21. *Démonstration.* Ainsi qu'il a été exposé (supra, § 13 et 14), l'article 14, II, réalise une uniformisation complète : il n'existera plus, sur le territoire de la République, un seul lieu de soins où la mort provoquée ne puisse être pratiquée. Cette suppression atteint d'abord les malades dans leur liberté de conscience : ceux qui, par conviction religieuse, philosophique ou simplement humaine, veulent finir leurs jours dans un lieu d'où cet acte est exclu, en seront privés partout et toujours. Elle atteint ensuite la protection de la santé : la confiance qui permet aux personnes vulnérables d'accepter une admission en soins palliatifs repose, pour beaucoup, sur la certitude que ce lieu n'est pas celui de la mort provoquée (supra, § 12) ; en supprimant tout établissement offrant cette certitude, la loi risque de détourner des soins ceux qui en ont le plus besoin. Le pluralisme des établissements constituait, pour ces exigences, la garantie légale que la Constitution commandait de préserver ; en l'abolissant sans nécessité, le législateur les en a privées.

22. La disproportion est ici manifeste : l'uniformisation ne sert aucun objectif que l'article 7 ne satisfasse déjà, puisque la personne qui demande l'aide à mourir peut la recevoir « dans un lieu de son choix, à l'exclusion de la voie publique », et l'amendement adopté par le Sénat le 22 janvier 2026 démontrait qu'une conciliation était possible, qui garantissait à la fois l'orientation effective du demandeur et le maintien d'établissements divers. L'article 14, II, doit être déclaré contraire à la Constitution ; à titre subsidiaire, l'exposante renvoie à la deuxième réserve d'interprétation, qui préserve précisément ce pluralisme.

IV. À TITRE SUBSIDIAIRE : LA RÉSERVE D'INTERPRÉTATION

23. Si le Conseil ne prononçait pas la censure, l'exposante le prie de subordonner la conformité de la loi à la réserve suivante : les dispositions de l'article 14, II, ne sauraient être interprétées comme imposant la réalisation de l'aide à mourir au sein d'un établissement dont le projet d'établissement ou les principes fondateurs de l'association gestionnaire l'excluent, dès lors que cet établissement assure, sans délai, l'information de la personne concernée et son orientation effective vers une structure ou un dispositif identifié par l'Agence régionale de santé, dans des conditions garantissant la continuité de l'accompagnement et le respect de la volonté de la personne.

V. CONCLUSIONS

25. Il y a cent quatre-vingts ans, Jeanne Garnier recueillait celles que les hôpitaux ne gardaient pas parce qu'on était impuissant à les guérir, et démontrait qu'à défaut de guérir, on peut toujours soigner. De cette intuition sont nés les soins palliatifs, et la maison qui porte son nom en est aujourd'hui le premier établissement d'Europe. La loi déférée inverse cet héritage : elle impose à la maison née pour accompagner d'accueillir dans ses murs l'acte que sa charte exclut, et elle fait disparaître, pour tous les malades, jusqu'à la possibilité de choisir un lieu de soins où cet acte ne

puisse être pratiqué. L'exposante ne demande pas au Conseil de trancher un débat de société ; elle lui demande de constater que le législateur a privé de garanties légales la liberté du consentement, la protection de la santé, la liberté d'association et la liberté de conscience des malades.

26. PAR CES MOTIFS, et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin d'office, l'exposante conclut qu'il plaise au Conseil constitutionnel : à titre principal, déclarer contraires à la Constitution l'article 14 de la loi relative au droit à l'aide à mourir, ainsi que, par voie de conséquence, les dispositions qui en sont inséparables ; à titre subsidiaire, n'admettre leur conformité que sous le bénéfice de la réserve d'interprétation énoncée en partie IV ; en tout état de cause, tenir pour établi qu'aucune exigence constitutionnelle ne permet d'imposer la réalisation de l'acte létal à une association fondée sur son refus, et que la suppression de toute diversité de l'offre de soins prive les malades de tout choix et la protection de la santé de garanties légales.

27. L'exposante se tient à la disposition du Conseil pour toute audition ou production complémentaire qu'il jugerait utile.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, l'expression de notre très haute considération.

Pour l'Association des Dames du Calvaire, gestionnaire de la Maison médicale Jeanne Garnier,
La Présidente,

I. Le.

Isabelle Lesage

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

Sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

Texte adopté n° 332 du 15 juillet 2026

Présentée par Grégory CAUMES, juriste spécialisé en droit de la santé

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

Avant-propos :

La loi relative au droit à l'aide à mourir a été votée le 15 juillet 2026. La présente contribution n'a pas pour but de relativiser le vote des députés, mais de soulever des interrogations juridiques sur son application, visant in fine un meilleur encadrement de cette procédure d'exception.

L'ensemble des propos écrits dans cette contribution n'engage que ma personne. J'ai écrit ce texte seul et librement dans mon analyse juridique. Sur un sujet touchant à l'intime de chacun, j'ai cherché à présenter une analyse aussi objective que possible, exclusivement fondée sur les exigences constitutionnelles et les garanties juridiques entourant la procédure. Je remercie d'avance celle ou celui qui prendra le temps de lire ma contribution à ce débat juridique.

I. Objet de la contribution et normes constitutionnelles applicables

La présente contribution porte sur la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée définitivement par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, sous le numéro T.A. n° 332.

Elle ne tend pas à demander au Conseil constitutionnel de se prononcer sur l'opportunité politique, philosophique ou morale du principe même de l'aide à mourir. Il appartient au législateur de déterminer les conditions dans lesquelles une telle procédure peut être autorisée, sous réserve du respect des droits et libertés que la Constitution garantit.

La contribution porte exclusivement sur la précision des conditions d'éligibilité, la formation libre et éclairée de la volonté, l'effectivité des soins susceptibles de soulager la souffrance, le délai minimal de réflexion, la liberté de conscience et la sécurité de la procédure lorsque l'administration de la substance létale est confiée à un infirmier.

512020069600011021

Compte tenu du caractère intentionnel, irréversible et létal de l'acte organisé par la loi, les conditions permettant d'y accéder et les garanties entourant sa réalisation doivent être définies avec une particulière rigueur.

Le grief principal concerne l'insuffisante détermination de la notion de « phase avancée ». Quatre séries de demandes complémentaires ou subsidiaires sont également présentées concernant l'accès effectif aux soins susceptibles de soulager la souffrance, le délai minimal de réflexion et la stabilité de la volonté, la liberté de conscience des professionnels et des établissements ainsi que les conditions de participation des infirmiers.

A. La compétence du législateur et l'exigence de garanties légales suffisantes

Aux termes de l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques.

Lorsqu'il organise une procédure permettant qu'il soit intentionnellement mis fin à la vie d'une personne, il appartient au législateur de déterminer lui-même les conditions essentielles d'accès à cette procédure. Il doit notamment prévenir l'erreur, l'abus, la pression extérieure, l'altération du discernement et la décision résultant d'une absence d'alternative réelle.

Une méconnaissance par le législateur de l'étendue de sa compétence peut être utilement invoquée lorsqu'elle affecte par elle-même un droit ou une liberté que la Constitution garantit.

B. La sauvegarde de la dignité de la personne humaine

La sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement ou de dégradation constitue un principe à valeur constitutionnelle.

Cette exigence ne commande pas nécessairement une réponse univoque au principe de l'aide à mourir. Elle peut être invoquée au soutien de l'autonomie personnelle et de la volonté d'éviter certaines souffrances. Elle impose également de protéger les personnes vulnérables contre une décision déterminée par une souffrance insuffisamment prise en charge, une altération du discernement, une pression extérieure, l'isolement ou l'absence d'alternative sanitaire effectivement accessible.

C. La liberté personnelle et le caractère libre et éclairé de la volonté

La liberté personnelle découle notamment des articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

Une décision conduisant directement au décès ne peut être regardée comme libre et éclairée au seul motif qu'elle a été formellement exprimée. La personne doit être mise en mesure de

connaître et d'évaluer les solutions médicales, palliatives, antalgiques, psychologiques, psychiatriques et sociales adaptées à sa situation.

D. La protection de la santé

Le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 dispose que la Nation garantit à tous la protection de la santé.

Cette exigence impose au législateur, lorsqu'il autorise une procédure médicale irréversible, d'organiser des garanties propres à assurer la qualité de la prise en charge, à prévenir les décisions résultant d'un défaut de soins réellement accessibles et à sécuriser l'intervention des professionnels de santé.

Le code de la santé publique reconnaît en outre à toute personne le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance, laquelle doit être prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

E. La liberté de conscience

La liberté de conscience résulte notamment de l'article 10 de la Déclaration de 1789 et du cinquième alinéa du Préambule de 1946.

Dans sa décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse, le Conseil constitutionnel a jugé que la liberté de conscience est personnelle. Un chef de service public hospitalier ne peut empêcher que des actes légalement autorisés soient pratiqués dans son service par des professionnels volontaires, dès lors qu'il conserve personnellement le droit de ne pas y participer.

Cette jurisprudence ne permet donc pas de soutenir aisément l'existence d'une clause de conscience institutionnelle générale. Elle n'exclut toutefois pas le contrôle des obligations positives imposées à un professionnel objecteur, lorsque celles-ci peuvent le conduire à participer personnellement et directement à l'organisation de l'acte auquel il refuse de concourir.

5102020066M0D0110311

F. L'accessibilité et l'intelligibilité de la loi

L'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi découle des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789.

Il appartient au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques afin de prémunir les sujets de droit contre le risque d'arbitraire. Cette exigence revêt une importance particulière lorsque la disposition contestée détermine le champ d'une procédure dont l'issue est irréversible.

G. Les garanties procédurales en matière de fin de vie

Dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, le Conseil constitutionnel a déclaré conformes à la Constitution les dispositions relatives à l'arrêt des traitements et à la sédation profonde et continue jusqu'au décès en tenant compte de l'ensemble des garanties prévues : caractère médical de la décision, procédure collégiale, recherche de la volonté du patient, motivation, traçabilité et possibilité d'un recours juridictionnel effectif.

Cette jurisprudence montre que, dans le domaine de la fin de vie, la constitutionnalité du dispositif dépend étroitement de la précision des critères légaux et de la solidité des garanties entourant la décision.

II. Grief principal : l'insuffisante précision de la notion de « phase avancée »

A. Une condition centrale dont les limites demeurent indéterminées

L'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 4 de la loi, permet l'accès à l'aide à mourir lorsque la personne est atteinte d'une affection grave et incurable qui engage son 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 ».

La loi définit ainsi la phase avancée par quatre éléments : l'entrée dans un processus, l'irréversibilité de ce processus, l'aggravation de l'état de santé et l'affectation de la qualité de vie.

Elle ne fixe toutefois aucun horizon temporel, même indicatif, du pronostic vital engagé ; aucun degré minimal d'aggravation ; aucun critère permettant de distinguer de manière suffisamment prévisible la phase avancée d'une maladie grave, chronique, évolutive et durablement invalidante ; ni aucune méthode permettant d'articuler l'appréciation médicale objective avec la dimension subjective de la qualité de vie. Cette absence d'horizon temporel doit toutefois être appréciée au regard des limites reconnues de l'évaluation pronostique individuelle.

La notion de « phase avancée » appartient au vocabulaire médical et palliatif, mais elle ne correspond pas à un stade uniformément mesurable. Les modalités de son appréciation varient selon les pathologies, leur rythme d'évolution, les possibilités thérapeutiques et la situation individuelle du patient. La Haute Autorité de santé a elle-même relevé l'absence de définition objective du pronostic temporel à l'échelle individuelle et l'insuffisante fiabilité des outils permettant de prévoir un horizon de décès.

Le recours à une notion médicale évolutive n'est pas, par lui-même, contraire à la Constitution. Une appréciation individualisée est nécessaire. Toutefois, lorsque cette notion conditionne

directement l'accès à un acte destiné à provoquer le décès et qu'elle comporte une part irréductible d'incertitude, le législateur doit en fixer les limites essentielles et entourer son appréciation de garanties cliniques et procédurales suffisamment rigoureuses, notamment par une obligation de motivation renforcée.

B. Les limites médicales de l'appréciation du pronostic vital et de la phase avancée

Sans revêtir par eux-mêmes une valeur constitutionnelle, les travaux de la Haute Autorité de santé éclairent la portée médicale de la notion retenue par le législateur.

Dans son avis du 30 avril 2025 intitulé « Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée », la Haute Autorité de santé constate qu'il n'existe pas, à l'échelle individuelle, de consensus médical ni d'outil permettant de déterminer avec une fiabilité suffisante un horizon temporel de décès. Les instruments pronostiques disponibles comportent une incertitude importante et ne permettent pas d'intégrer complètement la singularité de la personne, l'hétérogénéité des trajectoires pathologiques ni les biais inhérents à toute appréciation clinique.

La définition de la phase avancée retenue par le législateur reprend celle proposée par la Haute Autorité de santé : l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade affectant sa qualité de vie. Cette concordance ne supprime toutefois pas la difficulté juridique. Elle confirme que la phase avancée ne correspond pas à un stade objectivement mesurable et uniformément reproductible, mais à une appréciation clinique individualisée comportant une part d'incertitude.

Cette incertitude ne conduit pas nécessairement à imposer un horizon temporel que les connaissances médicales ne permettent pas de déterminer de façon fiable. Elle justifie en revanche que la phase avancée ne puisse être caractérisée par la seule gravité ou incurabilité de l'affection, par l'existence d'un handicap ou d'une altération fonctionnelle stable, ni par la seule appréciation subjective de la qualité de vie. La décision doit être spécialement motivée au regard de la trajectoire documentée de l'affection, de l'existence d'une aggravation actuelle et irréversible, des données propres à la pathologie, des possibilités thérapeutiques et palliatives encore disponibles ainsi que de l'avis effectif du médecin spécialiste. Les incertitudes affectant l'évaluation doivent être explicitement retracées dans le dossier médical.

Lorsque le médecin spécialiste ne procède pas personnellement à l'examen de la personne, cette absence d'examen devrait faire l'objet d'une motivation particulière permettant de vérifier qu'elle n'a pas privé la procédure d'une garantie substantielle.

C. Les garanties collégiales prévues par le texte ne font pas disparaître l'indétermination du critère

S1820206EM000110411

Le texte définitif a renforcé la procédure. Le médecin saisi de la demande doit réunir un collège pluriprofessionnel comprenant notamment un second médecin, indépendant du médecin décisionnaire, sans lien hiérarchique avec lui, n'intervenant pas dans le traitement de la personne et spécialiste de la pathologie concernée.

Cette garantie doit être expressément prise en compte. Elle réduit le risque d'une appréciation isolée de l'état de la personne.

Elle ne remédie cependant pas entièrement à l'indétermination du critère légal. Le médecin spécialiste peut ne pas examiner personnellement la personne s'il estime cet examen inutile. Surtout, la décision finale demeure prise par le seul médecin saisi de la demande et le collège applique une notion dont la loi ne précise ni l'horizon temporel ni le degré d'aggravation requis.

La procédure collégiale peut améliorer la qualité de l'appréciation médicale ; elle ne peut se substituer à la détermination par le législateur du champ essentiel de la loi.

D. Le contraste avec le régime de la sédation profonde et continue jusqu'au décès

L'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique prévoit que la sédation profonde et continue jusqu'au décès demandée par un patient peut notamment être mise en œuvre lorsque celui-ci est atteint d'une affection grave et incurable, que son pronostic vital est engagé à court terme et qu'il présente une souffrance réfractaire aux traitements.

Ce dispositif est associé à une analgésie, soumis à une procédure collégiale et retracé dans le dossier médical.

La sédation profonde et continue n'a pas juridiquement pour objet de provoquer directement la mort. Elle accompagne une fin de vie déjà imminente ou l'arrêt d'un traitement engageant le pronostic vital à court terme.

La loi contestée autorise, quant à elle, l'administration d'une substance dont la finalité directe est de provoquer le décès, tout en retenant pour la phase avancée une condition temporelle moins déterminée que celle applicable à la sédation profonde et continue.

Les deux procédures ne sont pas identiques et le législateur n'était pas tenu de retenir exactement les mêmes critères. La comparaison met néanmoins en évidence que l'aide à mourir peut être autorisée en dehors d'une fin de vie engagée à court terme. Compte tenu de l'impossibilité médicale de déterminer avec certitude un horizon temporel individuel, cette différence renforce la nécessité d'une motivation spécialement circonstanciée de l'entrée dans la phase avancée et d'une traçabilité des incertitudes entourant cette appréciation.

E. Une marge d'appréciation susceptible de produire des divergences importantes

La combinaison d'un pronostic vital engagé sans horizon temporel, d'un processus irréversible, d'une aggravation affectant la qualité de vie et de l'absence de seuil légal suffisamment caractérisé est susceptible de conduire à des interprétations sensiblement différentes selon les pathologies, les praticiens et les territoires.

Deux personnes présentant des affections comparables pourraient ainsi être déclarées éligibles ou non selon la conception retenue de la phase avancée. La référence à la qualité de vie comporte légitimement une dimension subjective, mais elle ne peut, sans critères médicaux objectifs complémentaires, délimiter à elle seule le champ d'un acte destiné à provoquer directement le décès.

Il peut dès lors être soutenu qu'en ne déterminant pas plus précisément la condition centrale d'accès au dispositif, le législateur n'a pas fixé lui-même l'ensemble des garanties fondamentales nécessaires et a méconnu l'étendue de sa compétence dans des conditions affectant la liberté personnelle et la protection de la santé.

F. Demande principale de censure

Il est demandé au Conseil constitutionnel de déclarer contraires à la Constitution, au 3° de l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique, les mots : « 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 ».

Cette censure ciblée maintiendrait l'accès au dispositif pour les personnes dont l'affection est en phase terminale et ne remettrait pas en cause le principe même de la loi.

La clarté de la loi n'étant pas établie ici, la censure de cette partie du dispositif semble nécessaire afin que le législateur définisse plus précisément les conditions d'accès au dispositif et les garanties correspondantes, selon un niveau d'exigence au moins comparable à celui retenu pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

5102026006N0001105 11

G. Subsidiairement, réserve d'interprétation sollicitée

Dans le cas où le Conseil ne souhaiterait pas censurer, il serait pertinent de préciser le dispositif par une réserve d'interprétation comme suit :

La phase avancée ne saurait être caractérisée par la seule existence d'une affection grave et incurable, par un handicap, par une altération fonctionnelle durable et stable ou par la seule appréciation subjective de la qualité de vie. Elle suppose que soit médicalement constatée une aggravation actuelle, irréversible et suffisamment caractérisée de la trajectoire de l'affection. La décision doit être spécialement motivée au regard des données cliniques propres à la pathologie, des possibilités thérapeutiques et palliatives encore disponibles et de l'avis effectif

du médecin spécialiste participant à la procédure collégiale. Les incertitudes affectant cette appréciation doivent être retracées dans le dossier médical. Lorsque le médecin spécialiste n'examine pas personnellement la personne, cette absence d'examen doit être spécialement motivée.

Une telle réserve ne substituerait pas à la loi un horizon temporel que les connaissances médicales ne permettent pas de déterminer avec une fiabilité suffisante. Elle exclurait toutefois que la phase avancée puisse être déduite de la seule gravité de la maladie, d'un handicap durable, d'une situation fonctionnelle stable ou d'une appréciation subjective de la qualité de vie, sans constat documenté d'une aggravation actuelle et irréversible.

III. Sur l'effectivité de l'évaluation des soins susceptibles de soulager la souffrance

A. Les garanties prévues par la loi

Le médecin informe la personne sur son état de santé, les perspectives d'évolution, les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles. Il l'informe également de la possibilité de bénéficier de soins palliatifs et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès. Il propose enfin à la personne et à ses proches une orientation vers un psychologue ou un psychiatre.

La loi impose par ailleurs la vérification d'une souffrance liée à l'affection et de l'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée. Elle exclut l'éligibilité de la personne dont le discernement est gravement altéré et prévoit une procédure collégiale associant un médecin spécialiste indépendant et un auxiliaire médical ou un aide-soignant.

Ces garanties doivent être pleinement reconnues. Le grief ne consiste donc pas à soutenir que le législateur aurait totalement omis la question des soins palliatifs, du soulagement ou du discernement.

B. Une information ne garantit pas toujours une alternative réelle

Le dispositif ne précise toutefois pas expressément qu'avant la décision d'éligibilité les besoins palliatifs, antalgiques et symptomatiques de la personne doivent avoir fait l'objet d'une évaluation individualisée et que les prises en charge pertinentes doivent lui avoir été effectivement proposées dans des conditions matériellement accessibles.

Il existe une différence fondamentale entre informer une personne qu'un accompagnement existe en droit et lui permettre d'en connaître concrètement le contenu, les bénéfices attendus et les conditions d'accès dans un délai compatible avec son état.

Le droit de refuser un traitement ou une prise en charge doit naturellement demeurer intégralement préservé. Il convient cependant de distinguer le refus libre et éclairé de soins

évalués, proposés et accessibles d'une demande formulée alors que les alternatives sont restées théoriques ou n'ont pas été effectivement évaluées.

La protection de la santé ne saurait être interprétée comme imposant à la personne de suivre des soins palliatifs ou un traitement qu'elle refuse. Elle implique néanmoins que la décision ne puisse résulter d'une douleur insuffisamment évaluée, d'un symptôme traitable, d'un trouble psychique influençant directement la demande ou d'une absence d'accès réel aux soins proposés.

C. Réserves d'interprétation sollicitées

Il est donc proposé la réserve d'interprétation suivante :

Les dispositions imposant au médecin d'informer la personne sur les traitements, les dispositifs d'accompagnement et les soins palliatifs ne sauraient être interprétées comme l'autorisant à statuer sans avoir évalué les besoins de soulagement de la douleur et des autres symptômes et sans avoir vérifié que les prises en charge adaptées ont été effectivement proposées dans des conditions matériellement accessibles. Les mots « si elle le souhaite » préservent le droit de la personne de refuser ces soins ; ils ne dispensent pas le médecin de les évaluer, de les présenter et de les proposer de manière effective.

Dans le cas où l'accessibilité réelle à une consultation spécialisée dans la prise en charge de la douleur, une consultation psychiatrique ou tout autre soin que souhaiterait obtenir le patient ne peut être prouvée, la procédure ne peut être déclenchée.

Lorsqu'un élément objectif fait naître un doute sérieux sur le discernement, la stabilité de la volonté ou l'influence directe d'un trouble psychologique ou psychiatrique sur la demande, le médecin ne saurait statuer favorablement sans qu'une évaluation adaptée ait été réalisée par un professionnel disposant de la compétence requise.

Ces réserves permettraient de préserver simultanément la protection de la santé, la réalité du consentement et le droit de refuser tout traitement. Elles ne transformeraient pas l'accès aux soins palliatifs ou à une consultation psychiatrique en condition générale et systématique d'éligibilité.

IV. Sur le délai minimal de réflexion et la stabilité de la volonté

A. Le délai de deux jours constitue l'unique durée minimale légalement garantie après la décision favorable

Le médecin dispose d'un délai maximal de quinze jours à compter de la formalisation de la demande pour notifier sa décision. Ce délai constitue un maximum applicable à l'instruction

5162026062M00001110611

de la demande et non une durée minimale de réflexion garantie à la personne. La décision peut ainsi intervenir avant l'expiration de ces quinze jours.

Après la notification d'une décision favorable, la personne peut confirmer sa demande au terme d'un délai de réflexion d'au moins deux jours. Une fois cette confirmation exprimée, la loi ne prévoit aucun nouveau délai minimal entre celle-ci et la date choisie pour l'administration de la substance létale. Une nouvelle évaluation formalisée du caractère libre et éclairé de la volonté n'est automatiquement prévue que lorsque la confirmation ou la date d'administration intervient plus de trois mois après la notification de la décision.

Le délai légal de deux jours intervient après la décision favorable et ne peut donc, à lui seul, servir à mettre en place la procédure collégiale qui doit précéder cette décision. Il convient néanmoins d'apprécier la durée globale de la procédure de manière à laisser effectivement à l'équipe le temps nécessaire pour conduire la délibération collégiale, observer l'évolution de la demande et de l'état de la personne, présenter l'ensemble des alternatives thérapeutiques, antalgiques, palliatives, psychologiques, psychiatriques et sociales et, lorsque la personne le souhaite, associer sa famille ou ses proches au processus d'information et d'accompagnement. Une instruction menée dans le seul but de respecter un calendrier rapide ne saurait priver ces garanties de leur portée effective.

En outre, lorsque la personne souhaite bénéficier d'une prise en charge destinée à soulager sa souffrance, le délai effectivement laissé avant la confirmation ou la mise en œuvre de l'aide à mourir doit lui permettre d'y accéder réellement. Il ne saurait, dans cette hypothèse, être inférieur au délai moyen effectivement constaté sur le territoire concerné pour obtenir une consultation ou une prise en charge adaptée en matière de lutte contre la douleur, de psychiatrie ou de soins palliatifs. À défaut, l'alternative présentée à la personne demeurerait théorique et le délai de réflexion pourrait expirer avant même qu'elle ait été mise en mesure d'en apprécier concrètement les effets.

B. Un délai légal minimal ne peut constituer une présomption de stabilité de la volonté

La durée de deux jours ne peut être appréciée isolément de l'ensemble des garanties prévues par la loi, notamment de la procédure collégiale, de la possibilité de renoncer à tout moment et de la vérification de la volonté le jour de l'administration. Il n'appartient pas nécessairement au Conseil constitutionnel de déterminer lui-même une durée abstraite qui serait, en toutes circonstances, suffisante.

Toutefois, le caractère irréversible de l'acte interdit que l'expiration du délai minimal de deux jours soit regardée comme établissant, à elle seule, la stabilité de la volonté. Certaines situations peuvent exiger un temps supplémentaire : ambivalence persistante, crise aiguë,

évolution récente de l'état de santé, souffrance insuffisamment évaluée ou traitée, doute sur le discernement ou suspicion de pression extérieure.

La possibilité légale de renoncer à tout moment ne dispense pas le médecin de différer la confirmation ou la mise en œuvre de l'aide à mourir lorsque des éléments objectifs font naître un doute sérieux sur la stabilité, la liberté ou le caractère éclairé de la volonté.

C. Réserve d'interprétation sollicitée

Le délai minimal de deux jours prévu par la loi ne saurait être interprété comme instituant, à son expiration, une présomption de stabilité de la volonté. Lorsqu'existent des éléments objectifs révélant une ambivalence persistante, une situation de crise aiguë, une évolution récente de l'état de santé, une souffrance insuffisamment évaluée ou traitée, un doute sérieux sur le discernement ou une possible pression extérieure, le médecin doit différer la confirmation ou la mise en œuvre de l'aide à mourir et procéder aux évaluations nécessaires. La durée globale de la procédure doit, en outre, permettre la mise en œuvre effective de la délibération collégiale, l'observation de la demande, la présentation de toutes les alternatives pertinentes et, si tel est le souhait de la personne, l'association de sa famille ou de ses proches au processus d'information et d'accompagnement. Lorsque la personne souhaite accéder à des soins de lutte contre la douleur, à une évaluation psychiatrique ou à des soins palliatifs, la confirmation ou la mise en œuvre de l'aide à mourir ne peut intervenir avant qu'un délai compatible avec leur accès effectif lui ait été laissé ; ce délai ne saurait être inférieur au délai moyen effectivement constaté sur le territoire concerné pour accéder à la prise en charge demandée.

Cette réserve préserverait la faculté pour la personne de confirmer rapidement une volonté stable et réitérée, tout en garantissant que le délai de deux jours demeure un plancher procédural et non une validation automatique du caractère libre, éclairé et durable de la demande.

V. Sur l'obligation imposée aux établissements

A. Une obligation uniforme

La loi impose au responsable de l'établissement de santé ou de l'établissement ou service social ou médico-social dans lequel la personne est admise ou hébergée de permettre l'intervention des professionnels participant à la procédure ainsi que l'accès aux locaux du professionnel accompagnant l'administration de la substance létale.

Cette obligation s'applique indistinctement aux établissements publics, aux établissements privés, aux établissements participant au service public, aux établissements associatifs ou

5192026069600011071

confessionnels, aux établissements de santé, aux EHPAD constituant le lieu de vie durable de leurs résidents, aux structures disposant d'équipes volontaires et organisées, comme à celles ne disposant d'aucune organisation spécifique.

B. Il ne s'agit pas de reconnaître un droit de veto absolu à l'établissement

La présente contribution ne demande pas que tout établissement puisse interdire l'aide à mourir sans assurer aucune solution au patient.

Une telle possibilité serait difficilement conciliable avec l'égalité d'accès au droit légal, notamment dans les établissements publics et dans les territoires où aucune alternative n'existerait.

La jurisprudence relative à l'IVG montre en outre que la liberté de conscience est principalement personnelle et ne permet pas au responsable d'un service public d'empêcher les autres professionnels volontaires d'agir.

La difficulté constitutionnelle tient plutôt au caractère uniforme de l'obligation et à l'absence de distinction entre l'obligation de garantir au patient un accès effectif au dispositif et l'obligation de faire matériellement réaliser l'acte dans chaque établissement.

C. Une organisation conventionnelle permettrait de garantir le droit du patient

Une conciliation plus équilibrée pourrait permettre à un établissement de prévoir dans son projet d'établissement qu'il n'organise pas lui-même l'administration de la substance létale, à condition de conclure une convention avec un établissement pratiquant l'aide à mourir, notamment le service public, de garantir une orientation effective et rapide, d'assurer la transmission du dossier, de préserver la continuité des soins et de l'accompagnement et d'organiser le transport sans frais supplémentaires lorsque l'état de la personne le permet.

L'établissement ne disposerait ainsi d'aucun droit de veto. Il demeurerait tenu à une obligation de résultat quant à l'effectivité de l'orientation.

La signature d'une convention permettrait aussi aux établissements de travailler de concert face à ces situations complexes.

Cette organisation permettrait de concilier la liberté personnelle du patient, l'égalité d'accès, la liberté de conscience des professionnels, la protection de la santé, le caractère propre de certains établissements privés ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge.

D. La liberté de conscience du professionnel chargé d'orienter

La clause de conscience peut être privée d'une partie de son effectivité si le professionnel qui refuse de participer à l'aide à mourir doit néanmoins rechercher personnellement un confrère volontaire et communiquer son identité au patient.

Il existe une différence entre informer le patient de l'existence du dispositif légal, transmettre une demande à un référent neutre et rechercher ou sélectionner personnellement le professionnel appelé à poursuivre la procédure et à administrer la substance létale.

L'orientation pourrait être assurée par un référent institutionnel, une plateforme territoriale, l'agence régionale de santé, la commission chargée du suivi du dispositif ou un établissement.

Le professionnel objecteur se limiterait alors à informer sans délai le patient de son refus et à lui communiquer les modalités neutres permettant de poursuivre sa démarche par un transfert dans un établissement réalisant de manière habituelle l'acte.

E. La demande principale de censure concernant les établissements

Il est demandé au Conseil constitutionnel de déclarer contraires à la Constitution les dispositions imposant de manière générale et absolue au responsable de tout établissement de permettre dans ses locaux l'intervention des professionnels chargés de la procédure d'aide à mourir et l'accès du professionnel accompagnant l'administration de la substance létale, sans prévoir toutefois aucune modalité alternative d'orientation garantissant effectivement les droits du patient.

Cette censure ne reconnaîtrait pas par elle-même une clause de conscience institutionnelle absolue. Elle obligerait le législateur à définir une nouvelle conciliation entre l'accès au dispositif, la situation des établissements et la continuité territoriale de la prise en charge.

Cette censure permettrait également de prévenir la constitution d'équipes de vacataires spécialement dédiées à la mise en œuvre de l'aide à mourir, auxquelles les établissements dépourvus de professionnels volontaires seraient, en pratique, contraints de recourir. Une telle évolution ferait courir le risque d'une spécialisation lucrative autour d'une procédure qui doit demeurer exceptionnelle. L'aide à mourir ne saurait devenir une activité marchande. Or l'obligation imposée à tout établissement, combinée à une exigence de résultat en matière d'orientation, est susceptible de favoriser une telle dérive.

F. La demande de censure concernant le professionnel objecteur

Il est également demandé de censurer les mots imposant au professionnel objecteur de :

« Communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de l'aide à mourir ».

5102020064#0000110811

La suppression de ces mots maintiendrait l'obligation d'informer sans délai la personne du refus, mais retirerait au professionnel objecteur l'obligation d'organiser personnellement la poursuite de la procédure.

G. Subsidiairement, les réserves d'interprétation sollicitées

Si le Conseil ne souhaitait pas censurer l'obligation imposée aux établissements, il pourrait déclarer ces dispositions conformes sous les réserves suivantes.

L'obligation faite à l'établissement de permettre l'intervention de professionnels extérieurs ne saurait être interprétée comme imposant à ses professionnels ou salariés ayant invoqué leur liberté de conscience de participer directement ou indirectement à l'évaluation, à la préparation, à la dispensation, à l'administration de la substance létale ou à l'organisation matérielle propre à cet acte.

Lorsque l'établissement garantit, par une convention préexistante, l'orientation effective et sans délai excessif de la personne vers un établissement et lorsque le déplacement est compatible avec son état de santé, les dispositions contestées ne sauraient faire obstacle à cette modalité d'organisation.

Concernant le professionnel objecteur, la réserve suivante pourrait être formulée.

L'obligation d'informer la personne de son refus ne saurait être interprétée comme imposant au professionnel ayant invoqué sa clause de conscience de rechercher, de sélectionner ou de contacter personnellement le professionnel appelé à participer à l'aide à mourir, dès lors qu'un dispositif institutionnel ou territorial permet d'assurer cette orientation. Une présentation des établissements dispensant cet acte suffit à remplir cette condition.

Une réserve autorisant un régime conventionnel détaillé pourrait toutefois être regardée comme se rapprochant d'une intervention normative relevant normalement du Parlement. Si une telle réserve ne pouvait être formulée sans réécrire la loi, une censure des dispositions contestées serait plus conforme à la séparation des pouvoirs.

VI. Sur les garanties applicables lorsque l'administration est confiée à un infirmier

La profession infirmière a obtenu une loi votée à l'unanimité, qui reconnaît sa pertinence et son apport essentiel au système de santé, plaçant enfin ces professionnels à leur juste place. Toutefois, le sujet de l'aide à mourir n'a pas été encadré par cette loi.

A. Les garanties déjà prévues par le texte définitif

La loi permet à la personne qui n'est physiquement pas en mesure de s'administrer la substance de se la faire administrer par un médecin ou par un infirmier.

Le texte définitif prévoit plusieurs garanties : le médecin instruit la demande, prend la décision d'éligibilité, prescrit la substance et détermine, avec la personne, les modalités de son administration. Le jour prévu, le médecin ou l'infirmier accompagnant vérifie la confirmation de la volonté, veille à l'absence de pression, prépare le cas échéant l'administration, la surveille ou administre la substance, demeure dans la même pièce afin de pouvoir intervenir en cas de difficulté et établit un compte rendu.

La Haute Autorité de santé doit définir les substances susceptibles d'être utilisées et élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur leurs conditions d'utilisation.

Ces garanties répondent à une partie des difficultés relevées. Il ne peut donc être soutenu que la loi abandonnerait totalement à l'infirmier la détermination du protocole ou l'organisation de l'acte.

B. La persistance d'une difficulté concernant les décisions médicales prises en cas d'incident

La loi ne précise toutefois pas expressément l'étendue des décisions que l'infirmier peut prendre seul lorsqu'une difficulté survient après le début de la procédure : administration incomplète, effet inattendu, délai anormal, extravasation, nécessité éventuelle d'une dose complémentaire, changement de voie d'administration ou doute sur la persistance des conditions légales.

L'infirmier peut et doit suspendre la procédure lorsqu'il constate une pression. Dans cette hypothèse, la loi prévoit expressément qu'il en informe immédiatement le médecin décisionnaire, auquel il appartient de décider de la poursuite ou de l'arrêt de la procédure.

Une garantie comparable doit être retenue lorsqu'une difficulté clinique impose une nouvelle décision médicale. L'infirmier ne saurait être autorisé à modifier seul la prescription, la substance, la posologie ou la voie d'administration, ni à décider de sa propre initiative d'une administration complémentaire non prévue par le protocole.

Cette exigence est cohérente avec le droit commun des actes infirmiers sur prescription, qui prévoit, pour certains actes présentant des risques particuliers, qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Elle ne remet pas en cause la possibilité pour l'infirmier volontaire d'accomplir matériellement l'administration prévue par la loi.

C. La formation et le caractère volontaire de la participation

La loi crée une compétence spéciale qui s'éloigne des finalités ordinaires des soins infirmiers définies par l'article L. 4311-1 du code de la santé publique. Cette circonstance ne suffit pas,

à elle seule, à caractériser une inconstitutionnalité : une loi spéciale peut confier une compétence nouvelle aux infirmiers.

Le contenu détaillé d'une formation, les produits utilisés et les conduites à tenir relèvent normalement du pouvoir réglementaire et des recommandations de la Haute Autorité de santé. Une censure générale des mots « ou par un infirmier » apparaîtrait dès lors disproportionnée.

Il demeure néanmoins nécessaire que l'infirmier désigné soit volontaire, qu'il dispose des compétences adaptées et qu'il ne supporte pas seul la responsabilité d'une décision médicale nouvelle rendue nécessaire par un incident.

D. Réserves d'interprétation sollicitées

Les dispositions permettant à un infirmier d'administrer la substance létale ne sauraient être interprétées comme l'autorisant à modifier seul la prescription, la substance, la posologie ou la voie d'administration, ni à procéder de sa propre initiative à une administration complémentaire non prévue par le protocole médical.

Lorsqu'une difficulté ou un effet inattendu rend nécessaire une nouvelle décision médicale, le médecin prescripteur ou un médecin désigné à cet effet doit être immédiatement joignable et en mesure d'arrêter la conduite à tenir. L'infirmier ne peut supporter seul la gestion médicale d'un échec ou d'une complication.

La participation de l'infirmier à l'administration doit être expressément volontaire et ne saurait résulter de sa seule appartenance à l'équipe prenant habituellement en charge la personne, d'une instruction hiérarchique ou d'une obligation générale de service. L'exercice de la clause de conscience ne peut entraîner aucune conséquence professionnelle défavorable.

L'administration par un infirmier suppose que celui-ci ait reçu une formation adaptée au protocole retenu, à la vérification finale de la volonté, à la sécurisation du circuit de la substance et à la gestion des incidents, dans les conditions définies par les textes réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques. Cette formation est optionnelle et ne fait pas partie du socle de compétences initial du métier infirmier.

VII. Conclusions

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il est demandé au Conseil constitutionnel de statuer comme suit.

1. Sur la notion de phase avancée

À titre principal : censurer, au 3° de l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique, les mots : « 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 ».

À titre subsidiaire : préciser que la phase avancée suppose une aggravation actuelle, irréversible, suffisamment caractérisée et médicalement documentée de la trajectoire de l'affection ; que la décision doit être spécialement motivée au regard des données propres à la pathologie, des possibilités thérapeutiques et palliatives encore disponibles et de l'avis effectif du médecin spécialiste ; que les incertitudes affectant cette appréciation doivent être retracées dans le dossier médical ; et que l'absence d'examen personnel par le médecin spécialiste doit être spécialement motivée.

2. Sur l'évaluation des soins susceptibles de soulager la souffrance

Dire que les mots « si elle le souhaite » préservent le droit de refuser les soins, mais ne dispensent pas le médecin d'évaluer les besoins palliatifs, antalgiques et symptomatiques, de présenter les prises en charge pertinentes et de vérifier qu'elles sont effectivement accessibles.

Dire qu'en présence d'éléments objectifs faisant naître un doute sérieux sur le discernement, la stabilité de la volonté ou l'influence directe d'un trouble psychique, une évaluation adaptée doit précéder toute décision favorable.

3. Sur le délai minimal de réflexion et la stabilité de la volonté

Dire que le délai minimal de deux jours ne saurait être interprété comme instituant une présomption de stabilité de la volonté à son expiration.

Dire que la durée globale de la procédure doit laisser à l'équipe le temps nécessaire pour mettre en œuvre la délibération collégiale, observer l'évolution de la demande, présenter l'ensemble des alternatives pertinentes et, si la personne le souhaite, associer sa famille ou ses proches au processus d'information et d'accompagnement.

Dire que, lorsque la personne souhaite bénéficier de soins de lutte contre la douleur, d'une évaluation psychiatrique ou de soins palliatifs, la confirmation ou la mise en œuvre de l'aide à mourir ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai permettant un accès effectif à ces soins, lequel ne saurait être inférieur au délai moyen constaté sur le territoire concerné pour accéder à la prise en charge demandée.

Dire que le médecin doit différer la confirmation ou la mise en œuvre de l'aide à mourir lorsqu'existent des éléments objectifs révélant une ambivalence persistante, une crise aiguë, une évolution récente de l'état de santé, une souffrance insuffisamment évaluée ou traitée, un

S1920200EM000011011

doute sérieux sur le discernement ou une possible pression extérieure, et procéder aux évaluations nécessaires.

4. Sur les établissements et la liberté de conscience

À titre principal, il est demandé au Conseil constitutionnel de censurer les dispositions imposant, de manière générale et absolue, à tout établissement de permettre dans ses locaux la réalisation de la procédure d'aide à mourir, dès lors qu'elles ne prévoient aucune modalité alternative permettant de garantir une orientation effective, rapide et sécurisée de la personne vers un établissement pratiquant habituellement cet acte ou vers une organisation territoriale reposant sur des professionnels volontaires.

Une telle censure ne reconnaîtrait pas aux établissements un droit de veto sur l'accès à l'aide à mourir. Elle conduirait seulement le législateur à distinguer l'obligation de garantir au patient un accès effectif au dispositif de l'obligation de faire matériellement réaliser l'acte dans chaque établissement, quelles que soient sa nature, son organisation et la présence ou non de professionnels volontaires.

À titre subsidiaire, il est demandé au Conseil de préciser qu'un établissement peut satisfaire à son obligation lorsqu'il a conclu une convention préexistante garantissant l'orientation de la personne sans délai excessif, la transmission de son dossier, la continuité des soins et de l'accompagnement ainsi que, lorsque son état de santé le permet, l'organisation de son transport sans frais supplémentaires. Lorsque le déplacement de la personne est impossible ou disproportionné au regard de son état de santé, l'intervention d'une équipe mobile composée de professionnels volontaires doit pouvoir être organisée.

Il est également demandé de préciser que le professionnel ayant invoqué sa clause de conscience peut satisfaire à son obligation d'orientation en communiquant à la personne les informations contenues dans le registre légal des professionnels volontaires ou les coordonnées du dispositif institutionnel ou territorial compétent. Cette obligation ne saurait être interprétée comme lui imposant de rechercher, de sélectionner ou de contacter personnellement le professionnel appelé à participer à la procédure d'aide à mourir.

Enfin, l'obligation faite à l'établissement de permettre l'intervention de professionnels extérieurs ne saurait être interprétée comme permettant de contraindre un professionnel ayant invoqué sa clause de conscience à préparer ou à dispenser la substance létale, à assister matériellement son administration, à l'administrer lui-même ou à accomplir un acte directement et indissociablement lié à cette administration.

5. Sur la participation des infirmiers

Dire que l'infirmier ne peut modifier seul la prescription, la substance, la posologie ou la voie d'administration, ni décider d'une administration complémentaire non prévue par le protocole.

Dire qu'un médecin doit être immédiatement joignable lorsqu'une difficulté nécessite une nouvelle décision médicale.

Dire que la participation de l'infirmier doit être expressément volontaire et précédée d'une formation adaptée au protocole, à la vérification de la volonté et à la gestion des incidents.

Dire que l'exercice de la clause de conscience ne peut entraîner aucune conséquence professionnelle défavorable.

Ces demandes visent à garantir que l'autorisation d'un acte intentionnellement létal demeure entourée de conditions suffisamment précises, d'alternatives sanitaires réelles et de garanties proportionnées à son irréversibilité.

Il appartiendra au Conseil constitutionnel de déterminer si, au regard des griefs exposés, les dispositions contestées doivent être déclarées conformes, censurées en tout ou partie, ou assorties de réserves d'interprétation.

Fait à Paris le 19/07/2026

Grégory CAUMES

Juriste spécialisé en droit de la santé

S1920206EM00001111

Références juridiques principales

Assemblée nationale, texte adopté n° 332 du 15 juillet 2026, proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, texte définitif adopté dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution.

Haute Autorité de santé, avis du 30 avril 2025, « Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée », et argumentaire associé.

Constitution du 4 octobre 1958, article 34.

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, articles 2, 4, 10 et 16.

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, cinquième et onzième alinéas.

Conseil constitutionnel, décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Lois relatives au respect du corps humain.

Conseil constitutionnel, décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Conseil constitutionnel, décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés.

Code de la santé publique, articles L. 1110-5-2, L. 1110-5-3, L. 1110-9, L. 1110-10 et L. 4311-1.

Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

Décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier.

Arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des actes et soins pouvant être réalisés par les infirmiers.

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 23 juillet 2026

Déposé le : 21.07.2026
510202006EM00001
LR R1 AR

SD : 87500153349231Z

Conseil constitutionnel
Présidence
2 RUE DE MONTPENSIER
75001 PARIS

510202006EM0000110111

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 24 juillet 2026

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

2, rue de Montpensier, 75001 Paris

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

présentée par des enseignants-chercheurs

en Droit pharmaceutique des Facultés de Sciences pharmaceutiques

Madame le Professeur Marine Aulois, Université de Bordeaux

Madame le Professeur Catherine Dumartin, Praticien hospitalier, Université de Bordeaux

Monsieur le Professeur Eric Fouassier, Université Paris-Saclay

Madame Blandine Juillard-Condat, Maître de conférences, HDR, Praticien hospitalier, Université de Toulouse

Madame Hélène Lehmann, Maître de conférences, HDR, Université de Lille

Madame le Professeur Florence Taboulet, Université de Toulouse

sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

adoptée définitivement par l'Assemblée nationale, statuant en lecture définitive en application du quatrième alinéa de l'article 45 de la Constitution, le 15 juillet 2026

(texte n° 323 adopté en nouvelle lecture le 30 juin 2026)

déférée au Conseil constitutionnel sur le fondement

du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution par plusieurs saisines.

Observations relatives à l'absence de clause de consciences des pharmaciens et des préparateurs

Le 22 juillet 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

1. En tant qu'enseignants-chercheurs en Droit pharmaceutique au sein des Facultés de Sciences pharmaceutiques et en tant que Présidents des sections de l'Ordre national des pharmaciens, réunissant d'une part les pharmaciens titulaires d'officine, d'autre part les adjoints, nous avons l'honneur de soumettre au Conseil constitutionnel, conformément à la pratique des contributions extérieures qu'il reçoit et rend publiques, les observations qui suivent sur la loi relative au droit à l'aide à mourir.

2. La présente contribution a un objet unique et très étroit : le grief d'inconstitutionnalité de l'article L. 1111-12-12 du Code de la santé publique, introduit par l'article 14 de ladite loi, relatif à la clause de conscience. En effet, cet article prévoit une clause de conscience pour certains professionnels de santé, mais en exclut les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. Pourtant le texte évoque les pharmacies à usage intérieur et les pharmacies d'officine et décrit les missions qui leur sont associées (article 16 de la loi déférée), préparation et délivrance de la substance létale. Mais aucune disposition ne prévoit la possibilité pour les pharmaciens et préparateurs d'opposer leur liberté de conscience.

3. Or, les missions relatives à la préparation et à la délivrance de la substance létale ne peuvent en aucun cas être appréhendées comme de simples opérations matérielles. Ces actes seront effectivement exécutés par des personnes physiques, des professionnels de santé, libres et responsables, à savoir, les pharmaciens hospitaliers, les pharmaciens officinaux et les préparateurs. Conformément aux Bonnes pratiques de préparation[1] et aux Bonnes pratiques de dispensation[2], ils devront garantir la parfaite traçabilité des actes, le nom de la (des) personne(s) ayant contribué à la réalisation de la substance létale, préparation magistrale[3] qui est nominative, devant notamment être enregistré.

4. Or, certains pharmaciens, traditionnellement « gardiens des poisons » et garants du bon usage du médicament, peuvent estimer que ces actes sont contraires à certains principes de la déontologie pharmaceutique, tels que la liberté de jugement et l'indépendance professionnelle, et à l'engagement qu'ils ont contracté lors de la prestation du serment de Galien.
En effet, six articles du nouveau Code de déontologie des pharmaciens[4], publié en mars 2026, réaffirment clairement la liberté de jugement, la responsabilité personnelle et l'indépendance du pharmacien, professionnel de santé appelé à respecter la vie, à soulager la souffrance et à assurer la qualité de la prise en charge du patient :
- « *le pharmacien agit toujours dans l'intérêt des personnes et de la santé publique. Il exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine* »[5] ;

[1] Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé, Bonnes pratiques de préparation. 2023.
[2] Arrêté du 26 février 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5125-5 du code de la santé publique.
[3] Article L. 5121-1 du Code de la santé publique : « tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé ».
[4] Décret n° 2026-156 du 3 mars 2026 modifiant le code de déontologie des pharmaciens et d'autres dispositions du code de la santé publique.
[5] Article R. 4235-3 du Code de la santé publique.

- « *le pharmacien agit en toutes circonstances conformément à ce qu'exigent la moralité et la dignité de la profession* »[6] ;
- « *le pharmacien ne peut en aucune façon aliéner son indépendance professionnelle. Il préserve en toutes circonstances sa liberté de jugement dans l'exercice de ses fonctions* »[7] ;
- « *le pharmacien refuse de participer, de manière directe ou indirecte, à toute pratique qui lui paraît contraire à la déontologie* »[8] ;
- « *le pharmacien accomplit tout acte professionnel avec soin et attention, selon les règles de bonnes pratiques et de déontologie de la profession et les données acquises de la science. La responsabilité de tout acte professionnel est assumée par le pharmacien qui l'exécute ou qui en assure l'organisation, le contrôle ou la validation* »[9].

Enfin, comme dans la version antérieure, un grand pouvoir d'appréciation de la pertinence de l'acte est conféré au pharmacien. L'article R. 4235-23 du Code de la santé publique introduit expressément l'obligation de refuser de réaliser un acte professionnel « *lorsque la santé du patient lui paraît l'exiger* ».

Dès lors, comment certains pharmaciens, désireux de respecter leurs principes déontologiques, ne se sentiraient-ils pas en porte-à-faux, alors que la loi les prive de toute faculté de refuser de participer à la préparation et à la délivrance de la substance destinée à provoquer la mort ?
L'insécurité juridique, qui résulte de l'absence d'articulation entre la loi nouvellement adoptée et l'article R. 4235-23 du Code de la santé publique nourrit un risque contentieux réel.
Il est donc indispensable d'établir la cohérence entre les normes réglementaires du Code de déontologie et la nouvelle législation, à l'instar des autres professionnels de santé mentionnés dans le nouvel article L. 1111-12-12 du Code de la santé publique. Cette harmonisation est nécessaire à la continuité de la prise en charge, à l'optimisation du suivi des patients, au dialogue entre professionnels de santé, à la qualité de vie et à l'épanouissement de tous les pharmaciens et préparateurs.
C'est précisément l'objet du communiqué de l'Académie nationale de Pharmacie du 1er juillet 2026[10] : qui « appelle à la reconnaissance du rôle du pharmacien et à la garantie de sa liberté de conscience ». Sa proposition d'établir une liste de pharmaciens volontaires pour prendre en charge les malades ayant recours à l'aide à mourir pourra être retenue.
Nous demandons donc que les professionnels de la pharmacie soient intégrés, *a minima* par une réserve d'interprétation, dans l'article 14 et l'article 16 de ladite loi pour garantir la liberté de conscience de tous les acteurs et s'assurer que le refus de collaboration à l'acte létal ne pourra jamais entraîner de sanction disciplinaire, administrative ou professionnelle.

5. Pour le traduire en termes constitutionnels, nous demandons instamment au Conseil constitutionnel de constater **l'inconstitutionnalité de la Proposition de loi adoptée au regard de la liberté de conscience, la dignité de la personne, le droit à la santé et la liberté personnelle de chacun des pharmaciens.**
En effet, la création de la procédure d'aide à mourir constitue une exception dans le respect du droit à la vie, consacré par le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (Décisions n°94-343/344 DC du 27 juillet 1994 et n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017). La préparation et la dispensation d'un produit létal constituent un interdit fondamental concrétisant cette dignité de la personne. Son contraire, pour être constitutionnel, doit disposer d'un fondement équivalent.

---

[6] Article R. 4235-11 du Code de la santé publique.
[7] Article R. 4235-13 du Code de la santé publique.
[8] Article R. 4235-19 du Code de la santé publique.
[9] Article R. 4235-22 du Code de la santé publique.
[10] Académie nationale de Pharmacie, Proposition de loi relative à l'aide à mourir, Communiqué, le 1er juillet 2026.

Il a, face à lui :

- La liberté de conscience incluse à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et au cinquième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (2013-353 QPC, 18 octobre 2013, cons. 7), équivalent constitutionnel de l'article 9 CEDH, support des clauses de conscience.
- La liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789 (n°88-244 DC, 20 juillet 1988, cons. 22 et 23), équivalent de l'article 8 CEDH, support de l'autonomie professionnelle.
- L'obligation de respecter la dignité de la personne humaine (27 juill. 1994, déc. n° 94-343/344 DC) et donc la possibilité de refuser d'appliquer une éventuelle décision illégale (qui ne respecterait pas les conditions) du médecin prescripteur pour protéger le « demandeur à mourir ».
- L'acte létal n'étant pas défini dans la loi comme un traitement ou un soin, le droit à la protection de la santé s'oppose en outre à y voir une prescription thérapeutique, un acte normalement légal, sans que la loi ne précise les contours de l'exception.

Le refus de prêter son concours indispensable à l'accès à un produit létal peut donc se fonder sur plusieurs principes constitutionnels de premier plan et protège l'indépendance du pharmacien. Il n'est, *a priori*, pas besoin que la loi le rappelle, étant clairement le principe. Néanmoins, le législateur ayant entendu ouvrir un « nouveau droit », exception d'interprétation stricte, qui peut se réclamer de la liberté personnelle du demandeur de suicide assisté, **une conciliation s'opère qui appelle, pour éviter toute autre interprétation, la formalisation d'une clause de conscience identique à celle dont disposent les médecins et infirmiers, laquelle ne saurait rester implicite**. Le rôle du pharmacien étant tout aussi décisif que les leurs, leur responsabilité morale et juridique se trouve tout autant engagée.

De même, **le principe d'égalité** devant la loi s'oppose à la différence de traitement entre professionnels de santé, puisqu'il n'est pas possible d'établir une différence de situation entre pharmaciens et catégories bénéficiaires de la clause. L'idée qu'ils ne sont pas directement agents du processus létal est, on le voit, objectivement absurde, et subjectivement inexacte pour la conscience de chacun. Qui plus est, en cas de suicide assisté, lorsque la substance ne sera pas administrée par un professionnel de santé, mais seulement prescrite, le pharmacien sera le seul professionnel de santé impliqué dans la matérialité de l'acte réalisé.

Le silence de la loi s'analyse donc comme une incompétence négative évidente,

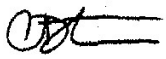
- d'une part, formellement, par **abstention de traiter d'un conflit de libertés** créé par la loi elle-même, inhérent au terrain de l'article 34 de la Constitution ;
- d'autre part, au fond, **par l'arbitrage déséquilibré que ce silence permet**.

L'objectif d'intelligibilité et de clarté de la loi appelle en outre cette précision. Car l'existence d'une clause de conscience n'est pas l'exception au droit à mourir ; c'est bien l'inverse qui résulte de notre architecture constitutionnelle. La clause de conscience n'est que la confirmation formelle et explicite d'un ordre public de protection du demandeur d'aide à mourir autant que des professionnels de santé qui agissent à sa demande.

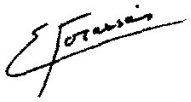
Nous vous remercions par avance de l'attention que vous voudrez porter à la présente contribution extérieure et vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, en l'assurance de notre haute considération.

Madame le Professeur Marine Aulois, Université de Bordeaux

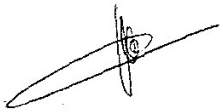
Madame le Professeur Catherine Dumartin, Praticien hospitalier, Université de Bordeaux



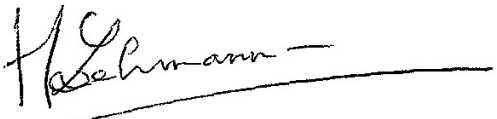
Monsieur le Professeur Eric Fouassier, Université Paris-Saclay
Membre honoraire de l'Académie nationale de pharmacie



Madame le Docteur Blandine Juillard-Condat, HDR, Praticien hospitalier, Université de Toulouse



Madame le Docteur Hélène Lehmann, Maître de conférences, HDR, Université de Lille



Madame le Professeur Florence Taboulet, Université de Toulouse
Membre du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens en Occitanie

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 24 juillet 2026

Le Choix
Citoyens pour
une mort choisie

Le 24 juillet 2026

MVAC - Boîte N° 46

LE CHOIX-Citoyens pour une mort choisie
22 rue DEPARCIEUX, 75014 PARIS

www.choisirmafindevie.org

Monsieur Richard Ferrand
Président du Conseil Constitutionnel
2, rue de Montpensier
75001 Paris

Contribution de l'Association « Le Choix -Citoyens pour une mort choisie »

sur les saisines du Conseil constitutionnel par le Premier ministre, par le président du Sénat et par les membres du Groupe Les Républicains du Sénat concernant la loi relative au droit à mourir

Réf : affaire 2026-910 DC Loi relative au droit à mourir

L'Association Le Choix. Citoyens pour une mort choisie a été créée il y a plus de huit ans suite à deux pétitions conjointes en faveur de l'aide à mourir signées par plus de 500.000 citoyens et citoyennes. Elle se revendique comme association laïque au service de tous les malades atteints d'affections graves et incurables, car notre objectif est de répondre à la diversité des demandes des malades, sans considération idéologique ou religieuse.

Pour répondre à cette demande, nous avons développé plusieurs types d'actions :

- **une action éducative** en aidant les citoyens à remplir leurs directives anticipées, en publiant tous les quinze jours une lettre d'information, en diffusant une revue de presse, en éditant des livres qui ont tous été offerts gracieusement aux députés comme aux sénateurs : l'un d'eux porte sur *les insuffisances et les erreurs de la Loi Claeys-Leoneti,* illustrées par de nombreux témoignages ; l'autre est un G*uide destiné aux malades et aux familles.*

- **une action d'écoute et d'accompagnement des nombreux malades** qui nous sollicitent, se matérialisant par des échanges personnalisés, et par l'accompagnement de ceux qui souhaitent partir en Suisse et en Belgique.

- **une action de formation des soignants** par la création d'une commission médicale qui se réunit tous les deux mois au sein de laquelle sont analysées les situations difficiles, ainsi que par la création d'un enseignement pouvant entrer dans le cadre de la Formation médicale Continue

- **enfin une action d'information destinée au grand-public** par notre participation à de très nombreuses émissions de radio et de télévision, ainsi que par la parution de nombreuses tribunes dans la presse.

Notre position vis-à-vis de la loi

Les deux lois proposées par le gouvernement, et votées à trois occasions par une nette majorité de députés, portant d'une part sur le développement des soins palliatifs et d'autre part l'aide à mourir répondent en grande partie à nos objectifs. Pour nous, ces deux votes majoritaires prouvent que soins palliatifs et aide à mourir sont indissociables car ils répondent à la diversité des demandes des malades dans le respect de la liberté de chacun, sachant de plus, par l'expérience, que la simple idée de pouvoir demander une aide active à mourir quand les douleurs deviennent insupportables désangoissent les malades, même si, finalement, ils n'y feront pas appel.

Aucune loi n'est parfaite mais la loi sur l'aide à mourir proposée est raisonnable, équilibrée, tout en offrant un véritable cadre de sécurité. Nous souhaitons que le vote de ces lois soit définitivement reconnu afin qu'un décret d'application puisse être promulgué dans les six mois qui suivent. Il devient urgent de répondre à la demande des malades qui souffrent et qui attendent.

Notre contribution à la réflexion sur les saisines du conseil constitutionnel par le premier ministre, le président du Sénat et les députés du groupe LR.

Ces saisines portent principalement sur trois points :

1) le « délai de réflexion » visé l'article 6 de la loi.

L'analyse de ce délai de deux jours ne peut s'analyser isolément. Il se comprend aisément lorsqu'il est intégré à l'ensemble des étapes qui marquent l'évolution des malades demandeurs d'une Aide à mourir.

Très souvent les malades atteints d'une affection grave et incurable ont réfléchi depuis longtemps à l'Aide à mourir surtout s'ils souffrent de douleurs intolérables comme le précise la loi.

A partir de leur demande, le médecin devra analyser tous les éléments pour qu'elle soit conforme à la loi (l'étude du dossier par un spécialiste, l'assurance de la pleine conscience du malade dans sa demande, la collégialité devant faire appel à d'autres soignants, enfin la préparation pratique du geste…) Autrement dit une étape d'au moins une à deux semaines pendant laquelle le malade endurera toujours ses souffrances intolérables et aura largement le temps de réfléchir à sa demande.

Enfin, faut-il rappeler qu'à tout moment, le malade a la liberté de dire Non, de retarder sa décision et de poursuivre sa réflexion jusqu'à un délai de trois mois comme le précise la loi, avant de devoir renouveler sa demande.

On est loin des quarante-huit heures évoquées comme un couperet qui pousseraient le malade dans sa décision.

2) l'article 14 concernant la clause de conscience individuelle et la clause de conscience collective dans les établissements de santé.

La liberté de conscience individuelle est un droit reconnu par la loi, conformément à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Cette garantie existe clairement dans la loi votée récemment sur l'aide à mourir : les soignants ne peuvent être contraints de participer à une telle procédure. Toutefois ils doivent conseiller au malade le nom d'un médecin

qui, lui, considère que l'aide à mourir représente le dernier soin qu'il peut offrir au malade dans de telles circonstances.

Il en est tout autre pour les établissements où, si l'on suivait cet amendement, la direction imposerait aux malades présents sa conception de ce qui serait bon pour eux. Ainsi un malade qui serait hospitalisé dans un service de soins palliatifs opposés à la loi ne pourrait pas exercer sa liberté de choisir pour lui-même, et serait obligé de changer d'établissement avec tout ce que cela comporte de souffrances supplémentaires. En Belgique ou en Hollande où une loi sur l'aide à mourir a été promulguée depuis vingt-cinq ans, il n'y a pas de frontières entre les soins palliatifs et l'Aide à mourir.

Cette autorisation serait d'autant plus inacceptable pour des établissements recevant d'une façon ou d'une autre des subventions d'Etat.

3) **Sur les garanties concernant les majeurs protégés précisées aux articles 5, 6, 10 et 12 de la loi :**

Les trois saisines évoquent la situation particulière des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation. Nous sommes conscients du souci légitime suscité par l'inclusion des majeurs protégés dans l'application de la loi.

Faut-il rappeler que la mesure de protection répond à des besoins d'assistance ou de représentation dans l'exercice de certains actes précis de la vie civile, mais elle ne supprime pas pour autant l'aptitude d'un tel malade à comprendre une décision médicale déterminée et à exprimer un consentement libre et éclairé. Chez les malades sous protection, l'incapacité de discernement ne doit pas être considérée comme systématique mais doit s'évaluer sur un bilan individualisé.

Les garanties sont d'ores et déjà prévues dans la loi, dans les articles 5 et 6, mais aussi 10 et 12, Les diverses saisines omettent souvent la possibilité pour la personne chargée de la mesure de protection de provoquer une expertise et d'en transmettre les résultats au médecin, ce qui lui permettra, s'il apparaît que la condition d'aptitude à manifester sa volonté de façon libre et éclairée n'est pas remplie ou a cessé de l'être pour la personne protégée, d'arrêter la procédure conformément à l'article 10 de la loi et d'en faire part à la personne chargée de la mesure de protection.

Le bilan individualisé permettra pour chaque malade placé sous protection de concilier la prise en considération de sa vulnérabilité et le respect de sa liberté personnelle. De plus, une exclusion systématique des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ne serait pas conforme au principe d'égalité.

Notre conclusion

Nous constatons, hélas, qu'au de-là de l'analyse approfondie de tel ou tel article de la loi, il existe chez certains opposants une volonté à peine cachée de retarder le plus possible

l'application de la loi. Les nombreux reports du Sénat pour son étude, sans raison majeure, en témoignent.
Cette opposition systématique oublie que ce débat sur l'aide à mourir ne date pas d'aujourd'hui, la première proposition de loi fut déposée en 1978 et rappelons qu'une loi permettant l'aide à mourir est réclamée par plus de 80% de la population française selon les multiples enquêtes d'opinion, que cette demande a été confirmée par 75 % des membres de la Convention Citoyenne, qu'elle a déjà été votée à quatre reprises par les députés (partiellement en 2021, puis clairement trois fois en 2025 et 2026).
Tout nouveau vote sur tel ou tel amendement retarderait un peu plus la parution du décret d'application, et contraindrait les malades à se tourner encore longtemps vers la Suisse ou la Belgique pour y trouver ce que la France leur refuse.
C'est pour cela que l'association soutient cette loi dans sa forme actuelle, même si certains amendements qu'elle a proposés n'ont pas été pris en compte.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre haute considération.

Nathalie Andrews (Coprésidente) **Annie Wallet** (Coprésidente)

Docteur Denis Labayle (Président d'honneur

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 28 juillet 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

Loi relative au droit à l'aide à mourir - texte adopté n° 332 du 15 juillet 2026 (art. 45, al. 4, de la Constitution)

Observations sur les fragilités du dispositif et les réserves d'interprétation propres à en assurer la conformité

Objet. Présentée par un infirmier en pratique avancée, juriste en droit de la santé, la présente contribution est favorable au principe de la loi. Elle n'en identifie pas moins des fragilités sérieuses qui, portant sur un acte intentionnel et irréversible, ne peuvent être tenues pour de simples imperfections d'application. Aucune ne justifie une censure, qui dénaturerait l'équilibre voulu par le législateur ; chacune appelle en revanche une réserve d'interprétation précise, sans laquelle la conciliation opérée entre la liberté personnelle (*art. 2 et 4 DDHC*), la sauvegarde de la dignité de la personne humaine (*déc. n° 94-343/344 DC*) et la protection de la santé (*al. 11 du Préambule de 1946*) resterait inaboutie.

I. Ce qui fonde la conformité de principe.

La loi institue un droit conditionné, non une immunité : autorisation légale expresse (*art. 122-4 C. pén.),* conditions cumulatives, procédure, délais et recours fixés par la loi elle-même (*comp. déc. n° 2017-632 QPC*) ; consentement strictement actuel, réitéré jusqu'à l'administration, à l'exclusion des directives anticipées ; exclusion des mineurs et de la souffrance psychique isolée ; collège indépendant ; clause de conscience individuelle inconditionnée ; étanchéité économique et traçabilité nationale. Ces garanties écartent le grief d'incompétence négative pris en son principe. Elles n'épuisent pas les difficultés qui suivent.

II. Les fragilités relevées et les réserves qui en conditionnent la conformité.

1. L'indétermination de la « *phase avancée* » (*3° de l'art. L. 1111-12-2 CSP*).

Le critère central d'accès ne comporte ni horizon temporel, ni degré d'aggravation, ni méthode d'articulation entre données objectives et qualité de vie ressentie, indétermination attestée par la Haute Autorité de santé elle-même, auteur de la définition (*avis du 30 avril 2025).* Le risque est double : hétérogénéité des appréciations selon les équipes et les territoires, et insécurité pénale pour des professionnels dont la protection (*art. 122-4 C. pén.)* s'arrête où commence l'incertitude du standard.

Réserve : la phase avancée ne saurait se déduire de la seule gravité de l'affection, d'un handicap durable ou de la seule appréciation subjective de la qualité de vie ; elle suppose le constat médical, documenté au dossier, d'une évolution irréversible engageant le pronostic vital, éclairé par l'avis effectif du spécialiste de la pathologie.

2. La brièveté du délai de rétractation (*art. 6*).

La procédure peut se dérouler en moins de trois semaines, y compris pour une personne dont le pronostic se compte en années, quand la loi belge impose un mois lorsque le décès n'est pas attendu à brève échéance. Un délai unique de deux jours, indifférent à l'horizon de la maladie, protège insuffisamment la réflexion.

Réserve : ce délai est un minimum, non un standard ; hors échéance vitale immédiate, le médecin ne saurait statuer sans s'être assuré de la stabilité de la volonté dans une durée proportionnée à l'évolution prévisible de l'affection.

3. Les majeurs protégés (*art. 6*).

La loi ouvre un acte irréversible à des personnes dont le discernement fait, par hypothèse, déjà l'objet d'une protection juridique, sans imposer d'évaluation spécialisée du discernement. Le recours du protecteur, enfermé dans un bref délai, ne suffit pas à lui seul.

Réserve : lorsqu'un élément objectif fait naître un doute sérieux sur le discernement ou sur l'influence directe d'un trouble psychique sur la demande, une évaluation par un professionnel compétent doit précéder toute décision favorable.

4. Un contrôle exclusivement postérieur et l'absence de voie de droit des tiers.

Nul tiers, hors le protecteur, ne peut contester une autorisation avant l'acte et le contrôle national n'intervient qu'après le décès : un contrôle a posteriori ne protège jamais la personne contrôlée, seulement les suivantes. Ce choix relève de la marge du législateur, mais il exige que la vérification en amont soit réelle.

Réserve : le médecin destinataire, avant l'administration, d'un signalement circonstancié faisant état d'une pression ou d'une altération du discernement ne saurait poursuivre la procédure sans avoir procédé aux vérifications qu'appelle l'exigence d'une volonté libre, éclairée et réitérée.

5. L'effectivité illusoire du libre choix sans offre palliative réelle (« *si elle le souhaite* »).

Tant que subsistent des territoires dépourvus d'offre palliative accessible, le choix entre accompagnement et aide à mourir demeure, pour une partie des demandeurs, formel : on ne choisit librement qu'entre des options réellement disponibles.

Réserve : ces mots préservent le droit de refuser les soins ; ils ne sauraient dispenser le médecin d'évaluer les besoins palliatifs, antalgiques et psychiques de la personne et de lui proposer effectivement les prises en charge accessibles, le caractère éclairé de la volonté en dépendant directement.

6. L'obligation uniforme faite aux établissements et la portée de l'objection de conscience (*art. 14*).

Le refus de la clause institutionnelle prolonge la décision n° 2001-446 DC ; mais l'obligation, appliquée sans distinction à tout établissement, ne doit pas atteindre par ricochet les professionnels objecteurs.

Réserves : l'obligation de permettre l'intervention de professionnels extérieurs ne saurait être interprétée comme permettant de contraindre un professionnel ayant invoqué sa clause de conscience à concourir, directement ou indirectement, à la préparation, à la dispensation ou à l'administration de la substance létale ; et le professionnel objecteur satisfait à son obligation d'orientation en communiquant sans délai les informations du registre des volontaires ou du dispositif territorial compétent, sans devoir rechercher personnellement le professionnel appelé à poursuivre la procédure.

7. La charge confiée aux infirmiers sans statut construit (*art. 9*).

Celui qui porte matériellement l'acte peut n'avoir jamais participé à l'évaluation, et la loi ne dit rien des décisions à prendre en cas d'incident d'administration.

Réserves : l'avis du professionnel paramédical membre de la procédure collégiale doit être effectivement recueilli et versé au dossier et, lorsque l'infirmier appelé à accompagner l'administration est identifié, il doit être mis en mesure de prendre connaissance de l'évaluation, des modalités de sa consultation préalable relevant du décret en

Conseil d'État ; l'infirmier ne peut modifier seul la prescription, la posologie ou la voie d'administration ni procéder à une administration complémentaire non prévue au protocole ; un médecin doit demeurer immédiatement joignable ; sa participation doit être expressément volontaire, sans conséquence défavorable en cas de refus.

Enfin, l'exclusion de fait des personnes atteintes d'affections cognitives, résultant de l'actualisme strict du consentement, ne relève pas du contrôle sollicité mais devra être documentée par le rapport annuel de la commission de contrôle au Parlement. Sous le bénéfice de ces réserves, qui conditionnent l'équilibre du dispositif, la loi pourra être déclarée conforme à la Constitution.

Laurent SALSAC

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 27 juillet 2026

Frédéric STREIFF

Monsieur Richard FERRAND
Président du Conseil constitutionnel
2, rue de Montpensier
75001 PARIS

le 21 juillet 2026.

Objet : Observations relatives aux garanties constitutionnelles entourant la liberté et le consentement des personnes les plus vulnérables dans le cadre de la loi relative au droit à l'aide à mourir.

Monsieur le Président,

La loi relative au droit à l'aide à mourir a été déférée au Conseil constitutionnel.

Sans prétendre intervenir dans le contrôle de constitutionnalité, je souhaite attirer votre attention sur une question qui me paraît essentielle : celle des garanties offertes par cette loi à l'exercice effectif de la liberté des personnes les plus vulnérables.

J'ai accompagné pendant plusieurs années ma mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer et accueillie dans un EHPAD public. Cette expérience m'a permis de mesurer le dévouement remarquable des professionnels de santé, mais également les contraintes humaines, organisationnelles et budgétaires auxquelles ils sont quotidiennement confrontés.

Ces contraintes ne feront que s'accroître avec le vieillissement de la population. Une loi ne doit pas seulement être appréciée au regard de son objectif ; elle doit également être examinée au regard des situations concrètes dans lesquelles elle sera appliquée.

La liberté constitue l'un des droits naturels et imprescriptibles de l'homme, consacrés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Le Conseil constitutionnel a également reconnu la sauvegarde de la dignité de la personne humaine comme un principe à valeur constitutionnelle.

Cette protection n'implique pas seulement que le législateur puisse reconnaître de nouvelles libertés. Elle implique également qu'il définisse les garanties légales propres à assurer l'exercice effectif de ces libertés lorsqu'elles concernent des décisions irréversibles affectant la vie humaine. Plus les conséquences attachées à l'exercice d'une liberté sont irréversibles, plus les garanties qui l'entourent doivent être exigeantes.

À cet égard, il semble que la question essentielle n'est pas de savoir si une personne peut librement demander une aide à mourir. Elle est de déterminer si le législateur a suffisamment entouré cette liberté de garanties effectives permettant d'assurer que le consentement demeure libre, personnel, éclairé, actuel et exempt de toute pression, jusqu'au moment même où la décision est exécutée.

En d'autres termes, la présente loi ne crée pas seulement une liberté nouvelle ; elle autorise l'accomplissement d'un acte dont les conséquences sont irréversibles. Une telle liberté appelle donc, me semble-t-il, un niveau particulièrement élevé de garanties légales. La question est de savoir si les garanties retenues par le législateur sont proportionnées à la gravité des conséquences de la décision.

Or les personnes âgées très dépendantes, particulièrement lorsqu'elles sont isolées ou atteintes de troubles cognitifs, sont précisément celles dont la capacité à exprimer une volonté libre et autonome est la plus fragile.

À cet égard, plusieurs dispositions de la loi soulèvent des interrogations.

L'article 5 prévoit que la demande peut être exprimée « par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités ». L'article 6 n'impose pas que le second médecin examine personnellement le patient. L'article 9 organise la confirmation du consentement dans des circonstances où la personne peut ne plus être en mesure d'exprimer pleinement sa volonté. Enfin, l'article 15 ne prévoit qu'un contrôle a posteriori.

Pris isolément, chacun de ces dispositifs peut trouver une justification. Leur combinaison conduit toutefois à s'interroger sur les garanties effectivement offertes aux personnes dont la liberté est la plus altérée.

Les personnes âgées expriment fréquemment leur lassitude ou leur attente de la mort. Les professionnels savent qu'une telle expression ne traduit pas nécessairement une volonté de mourir. Pourtant, dans certaines situations, cette parole pourrait être interprétée comme une demande d'aide à mourir, alors même que la personne ne disposerait plus des moyens de faire connaître sa volonté réelle.

Le texte ne prévoit ni l'intervention systématique d'un tiers indépendant chargé de recueillir cette volonté, ni l'obligation pour l'ensemble des médecins participant à la décision de rencontrer personnellement le patient, ni un contrôle préalable par une autorité extérieure avant que la décision ne soit exécutée.

La liberté proclamée par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ne saurait être purement théorique. Elle doit pouvoir s'exercer de manière concrète et effective, en particulier lorsque la personne concernée est âgée, dépendante, isolée ou atteinte d'une altération de ses facultés.

Or plusieurs dispositions de la loi conduisent à s'interroger sur ce point. L'expression de la volonté peut être recueillie selon des modalités largement ouvertes ; tous les médecins appelés à se prononcer ne sont pas tenus de rencontrer personnellement le patient ; aucun tiers indépendant n'intervient systématiquement pour vérifier la réalité du consentement ; enfin, le contrôle de la procédure intervient après l'exécution de la décision.

Dès lors, une interrogation me paraît devoir être examinée avec la plus grande attention : le législateur a-t-il assorti l'exercice de cette liberté des garanties légales suffisantes pour satisfaire aux exigences constitutionnelles découlant de la protection de la liberté individuelle, de la dignité de la personne humaine et de l'exigence d'un consentement libre et éclairé ?

Dans un domaine où une erreur ne peut être réparée, il me semble que le principe de protection effective des libertés commande que le doute bénéficie toujours à la personne la plus vulnérable.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à ces observations et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma très haute considération.

Frédéric Streiff

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 26 juillet 2026

CENTRE FOR LAW & RELIGIOUS FREEDOM
JAGIELLONIAN UNIVERSITY

Religious Freedom Clinic
HARVARD LAW SCHOOL

Cracovie, le 26 juillet 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

(art. 13 du règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution)

auprès du

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

sur la saisine 2026-910 DC relative à la loi relative au droit à l'aide à mourir adoptée par l'Assemblée nationale, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution

Produite par :

Centre pour le droit et la liberté religieuse de l'Université Jagellonne

Religious Freedom Clinic de la faculté de droit de l'Université Harvard

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

Au nom du Centre pour le droit et la liberté religieuse de l'Université Jagellonne et de la Religious Freedom Clinic de la faculté de droit de l'Université Harvard, nous soumettons respectueusement cette contribution externe concernant la *proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, relative au droit à l'aide à mourir le 15 juillet 2026, T.A. n° 332* (« proposition de loi ») dans le cadre de l'examen *a priori* de ladite proposition de loi en vertu de l'article 61 de la Constitution française, initié par la saisine du président du Sénat le jeudi 16 juillet. Les deux centres soumettent cette contribution afin d'aider le Conseil en apportant des perspectives de droit international et de droit comparé sur l'exercice collectif de la religion et le droit des institutions religieuses à préserver leur autonomie religieuse en s'abstenant de participer à des procédures d'aide à mourir contraires à leur foi.

Le Centre pour le droit et la liberté religieuse de l'Université Jagellonne est une institution universitaire qui se consacre à la promotion de la recherche et du dialogue sur la protection de la liberté religieuse dans le cadre des traditions juridiques occidentales, en favorisant une analyse rigoureuse et éclairée des approches historiquement ancrées de ce droit fondamental. La Religious Freedom Clinic de la faculté de droit de l'Université Harvard suit les affaires importantes relatives à la liberté religieuse à travers le monde et apporte son expertise académique ainsi que des perspectives pratiques afin d'aider les tribunaux à statuer de manière équitable et éclairée sur ces questions.

CENTRE FOR LAW & RELIGIOUS FREEDOM
JAGIELLONIAN UNIVERSITY

Religious Freedom Clinic
HARVARD LAW SCHOOL

En tant que contributeurs universitaires aux débats sur les droits de l'homme et la liberté religieuse, ces deux centres ont apporté leur aide à des instances judiciaires de haut niveau dans des affaires similaires, notamment celles liées à la liberté religieuse collective et à l'autonomie des communautés religieuses. Par exemple, au cours de cette année, les centres ont soumis : 1) des observations écrites en tant que tiers intervenants devant la Cour européenne des droits de l'homme (avec l'autorisation de la Cour) dans l'affaire *Pontificia, Real y Venerable Esclavitud Del Santísimo Cristo de la Laguna et Diócesis de San Cristóbal de la Laguna c. Espagne* (requête n° 7421/25), apportant un éclairage sur l'autonomie des communautés religieuses d'Espagne et 2) un mémoire d'*amicus curiae* à la Cour suprême de Norvège (avec l'autorisation de la Cour) dans l'affaire n° 25-089326SIV-HRET (*Gouvernement de Norvège* c. *Témoins de Jéhovah de Norvège*), traitant de l'ingérence de l'État dans les pratiques internes d'adhésion à une communauté religieuse. Grâce à leur expertise sur l'autonomie des communautés religieuses au regard des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et leur expertise comparative, ces deux centres sont particulièrement bien placés pour assister le Conseil dans cette affaire.

Introduction

Conscient à la fois de la complexité et de la controverse entourant l'aide à mourir, ainsi que de la préoccupation du président du Sénat selon laquelle « aucun pays ayant légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté (...) ne dispose de dispositions équivalentes à celles que le législateur entend faire figurer au II de l'article L 1111-12-12 du code de la santé publique, l'exemple de tous ces pays montrant bien que la pratique de l'aide à mourir peut être conciliée avec la liberté des établissements » , la présente contribution examine les implications de la proposition de loi pour les organisations et institutions religieuses au regard de leur mission, de leur identité et de leurs obligations envers la société dans son ensemble. Nous fournissons au Conseil une analyse du droit international et du droit comparé qui démontre que l'accès effectif à l'aide à mourir peut être concilié avec la liberté religieuse institutionnelle.[1] Tant le droit international que le droit comparé protègent l'autonomie institutionnelle des communautés religieuses et reconnaissent la liberté religieuse collective. Le refus de la proposition de loi d'accorder une quelconque adaptation comparable soulève donc de graves préoccupations au regard de la liberté de conscience, de la liberté de religion et de la liberté d'association.

La notion de pratique religieuse collective et d'autonomie des communautés religieuses est inscrite dans tous les instruments internationaux de référence en matière de droits de l'homme — l'article 18 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), l'article 18 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), l'article

[1] Bien que notre contribution porte principalement sur la liberté religieuse collective, nous constatons que cette proposition de loi a des implications considérables pour la liberté religieuse individuelle des pharmaciens et des autres professionnels dont la liberté de conscience n'est pas reconnue par le proposition de loi, mais qui devrait être protégée par le droit à la liberté de religion ou de conviction.

9 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), l'article 10 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, l'article 12 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme (CADH), ainsi que d'autres instruments régionaux et internationaux. En outre, la pratique religieuse collective et l'autonomie des communautés religieuses sont protégées par de nombreuses constitutions nationales à travers l'Europe et l'Occident. À cette approche juridique extrêmement uniforme s'oppose le slogan politique « les murs n'ont pas de conscience ».[2] Or, ce slogan est trompeur tant sur le plan factuel que juridique.

Ce slogan est trompeur factuellement, car les institutions ne sont pas les bâtiments qu'elles occupent, mais des groupes d'êtres humains engagés dans une action collective. Ce Conseil en est un excellent exemple. Il continuerait d'exister même si le Palais-Royal n'existait pas. Pour la même raison, la Cour européenne des droits de l'homme n'a vu aucun inconvénient à être qualifiée de « conscience de l'Europe », et comme l'a déclaré le juge Jean-Paul Costa, alors président de la Cour : « La Cour est une institution humaine, dédiée à la protection des êtres humains ».[3] À l'instar d'autres institutions humaines, la Cour européenne des droits de l'homme et ce Conseil sont des groupes de personnes travaillant ensemble à une tâche commune selon des valeurs communes, et non le bâtiment dans lequel elles travaillent. Et le Conseil, comme beaucoup d'autres institutions, traite collectivement de questions d'une grande gravité.

Il en va de même, à une échelle plus modeste, pour les institutions religieuses qui viennent en aide aux personnes dans le besoin. Elles agissent collectivement. Les instruments relatifs aux droits de l'homme partent du principe que les êtres humains ne sont pas simplement des individus isolés, tous en quête de gains momentanés (et éphémères), mais au contraire des êtres humains capables d'agir collectivement pour le bien commun et de faire preuve de solidarité les uns envers les autres. En effet, cela fait partie intégrante de ce que signifie être humain : agir de concert avec les autres, faire partie de la famille humaine. Ancré dans cette tradition, René Cassin, l'un des principaux rédacteurs de la Déclaration universelle des droits de l'homme, l'a comparée au vaste portique d'un temple doté de fondations, de marches, de quatre piliers et d'un fronton, non pas pour dénigrer ce document, mais pour montrer que les droits de l'homme constituent bel et bien une entreprise commune qui englobe à la fois les droits individuels et collectifs afin de protéger l'ensemble du tissu social.[4] Cela reflète en effet l'une des valeurs fondamentales de la République française. La devise nationale est « Liberté, Égalité, Fraternité », et non « Liberté, Égalité, Individualité ». À tout le moins, le concept de fraternité doit signifier que

---

[2] Cf. L'intervention de Mme Justine Gruet à la 3e séance du lundi 23 février 2026 lors de la session ordinaire de 2025-2026 de l'Assemblée nationale, JO no 30 [3] A.N. (C.R.), 24 février 2026, p. 2154 : « On entend souvent dire que les murs n'ont pas de conscience, mais les murs ne soignent pas non plus. »

[3] Conseil de l'Europe, *La conscience de l'Europe : 50 ans de la Cour européenne des droits de l'homme*, Londres 2010, p. 9.

[4] R. Cassin, « La Déclaration universelle et la mise en œuvre des droits de l'homme », *Recueil des cours de l'Académie de droit international*, 1951, II, t. 79, p. 278–279.

les êtres humains peuvent agir collectivement pour promouvoir leurs valeurs, plutôt que d'être cantonnés à n'agir qu'en tant qu'individus.[5]

L'affirmation « les murs n'ont pas de conscience » est également trompeuse sur le plan juridique, car, en vertu de principes établis de longue date du droit international des droits de l'homme et des constitutions nationales correspondantes, l'autonomie des communautés et institutions religieuses est protégée. L'enjeu n'est pas de savoir si les institutions possèdent une conscience humaine, mais de protéger les institutions constituées autour d'objectifs moraux et religieux particuliers que la loi se doit de respecter. Ces protections s'ajoutent aux protections distinctes accordées à la conscience individuelle et en sont indépendantes. Les traditions juridiques européennes reconnaissent depuis longtemps que l'épanouissement humain ne passe pas seulement par l'action individuelle isolée, mais aussi par la participation à une action collective et à des communautés organisées. Jean-Jacques Rousseau a notamment reconnu que les communautés politiques poursuivent des objectifs communs par le biais de la « *volonté générale* ».[6]

À un niveau plus modeste, ces objectifs communs ont uni les premiers chrétiens pour fonder les premiers hôpitaux, maisons de retraite, refuges et orphelinats. Ces œuvres caritatives chrétiennes, qualifiées par l'empereur romain Justinien de *piae*[7] ou de *piisimae causae*[8] (et considérées comme des *εὐαγεῖς οἶκοι* ou *venerabiles domus,* au même titre que les églises et les monastères)[9], ont non seulement influencé le développement ultérieur du concept d'entité juridique, mais reposaient sur l'idée d'une action collective qui se référait toujours aux objectifs indiqués par leurs fondateurs. Refuser aujourd'hui aux hôpitaux religieux ou aux maisons de retraite le droit d'observer des principes religieux découlant de leurs « *causae* » pieuses et de leur identité propre depuis des siècles reviendrait à aller à l'encontre des racines mêmes de ces institutions et à gaspiller ce que l'évolution historique du droit a permis d'accomplir. La proposition de loi protège à juste titre la conscience d'au moins certains individus, mais elle omet à tort de protéger l'autre moitié de ce que la loi protège : les groupes de personnes. Depuis des siècles, les établissements médicaux sont dirigés par des personnes adhérant à des principes moraux ou religieux spécifiques, et les contraindre à agir à l'encontre de ces valeurs irait directement à l'encontre de leur conception de la protection de la vie humaine. Une telle solution est loin d'être proportionnée ou nécessaire.

Analyse

Nous soumettons respectueusement qu'une interprétation de la Constitution française, et plus particulièrement des articles 4, 5 et 10 de la Déclaration des droits de l'homme,

[5] Cf. Conseil constitutionnel, Décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018.
[6] J.J. Rousseau, *Du contrat social ; ou, Principes du droit politique*, Amsterdam 1762, p. 22 ; voir également : J. Roszkiewicz, *Wolność sumienia osób prawnych. Tożsamość ideowa jako dobro osobiste i konstytucyjne prawo podmiotowe*, Varsovie 2022, p. 19.
[7] *Codex Iustinianus* 1,2,19 (a. 528).
[8] *Codex Iustinianus* 8,53,34,1a (an 529).
[9] *Novellae Constitutiones Iustiniani Augusti* 54,2 (a. 537) ; 120,6 (a. 544).

devrait s'inspirer[10] des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres constitutions nationales afin d'exiger des protections pour la pratique religieuse collective dans le cadre de la proposition de loi.[11]

I. Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent et protègent de manière uniforme la pratique religieuse collective et l'autonomie religieuse institutionnelle

A. La Déclaration universelle des droits de l'homme

La pratique religieuse collective est expressément protégée par l'article 18 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui garantit la liberté de pensée, de conscience et de religion, y compris la liberté de « manifester sa religion ou sa conviction, seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites ». L'expression « seule ou en commun » revêt une importance fondamentale et « doit donc renvoyer à quelque chose de plus que la simple somme des droits individuels ».[12] Le culte, l'enseignement, l'accomplissement des rites et les activités caritatives à motivation religieuse nécessitent souvent des formes durables d'association, notamment des écoles, des hôpitaux, des hospices et des organisations humanitaires. Cela a également été confirmé par l'étude phare des Nations unies menée par Arcot Krishnaswami, qui « a conclu que l'aspect collectif de la liberté de manifester sa religion ou ses convictions sous la forme de la liberté de réunion ou de la liberté d'association et d'organisation était particulièrement important, car il était susceptible de faire l'objet d'interventions et de réglementations de la part de l'État ».[13] L'article 18 de la DUDH fournit donc le fondement textuel de la protection des conditions collectives dans lesquelles la religion est pratiquée. Ainsi, la DUDH a servi de base aux garanties contraignantes adoptées par la suite dans le PIDCP, la CEDH et d'autres instruments régionaux.[14]

B. Pacte international relatif aux droits civils et politiques

L'article 18, paragraphe 1, du PIDCP, inspiré par la DUDH, protège la liberté de manifester sa religion ou sa conviction « individuellement ou en commun, tant en public qu'en privé, par le culte et l'accomplissement des rites, les pratiques et l'enseignement ». Le Comité des droits de l'homme a donné une interprétation large des termes « culte », « accomplissement des rites », « pratiques » et « enseignement ». Les comportements protégés comprennent la construction de lieux de culte, l'utilisation d'objets et de symboles rituels, l'observance des fêtes religieuses, ainsi que les actes faisant partie intégrante de l'organisation des communautés religieuses, y compris la sélection des

[10] Cf. Conseil d'État, Référé, 18 mai 2020, n° 440366.
[11] Nous n'abordons ici qu'une seule des questions soulevées par le président du Sénat dans sa lettre de saisine et ne nous prononçons pas sur les autres questions qu'il a soulevées.
[12] N. Lerner, *Religion, Secular Beliefs and Human Rights*, Leyde-Boston 2012, p. 15.
[13] *Ibid.*, p. 16.
[14] C. Walter, « Religion or Belief, Freedom of, International Protection », dans *Max Planck Encyclopedia of Public International Law* (mise à jour en mai 2021), paragraphes 3 à 6.

chefs religieux et des enseignants.[15] Le PIDCP protège ainsi non seulement les comportements individuels, mais aussi la vie religieuse communautaire organisée. Diverses interprétations de la liberté religieuse des communautés dans le contexte du PIDCP mettent l'accent sur les droits d'un groupe religieux en tant que tel, plutôt que sur la simple somme des droits de ses membres.

Julian Rivers a souligné que, bien que l'article 18 semble être formulé de manière individualiste, « le fait que les individus aient généralement besoin de communautés partageant les mêmes convictions pour pouvoir exercer efficacement leurs droits religieux constitue une justification suffisante pour admettre que les associations religieuses, en tant que personnes morales, sont également bénéficiaires de droits subjectifs au titre de l'article 18 ».[16] Par conséquent, l'affiliation d'un hôpital ou d'une institution religieuse à une organisation religieuse principale étend la protection dont cette dernière bénéficie à l'hôpital ou à l'institution religieuse en vertu de la dimension collective de la liberté religieuse elle-même.[17]

La Déclaration sur l'élimination de toutes formes d'intolérance et de discrimination fondées sur la religion ou la conviction de 1981 rend cette dimension institutionnelle encore plus explicite. L'article 6 de cette Déclaration protège les libertés suivantes : établir et entretenir des lieux de culte, fonder des institutions charitables ou humanitaires, écrire, imprimer et diffuser des publications religieuses, enseigner la religion, recevoir des contributions, nommer des dirigeants, et communiquer avec des communautés religieuses aux niveaux national et international.[18] La protection expresse des institutions charitables et humanitaires concerne tout particulièrement les hôpitaux, les hospices et les établissements de soins palliatifs confessionnels. Une telle protection ne soustrait pas pour autant chaque décision institutionnelle à toute réglementation. Elle établit toutefois que le caractère religieux d'une institution fait partie de la manifestation collective protégée de la religion et ne peut être considéré comme juridiquement sans importance.

C. Convention européenne des droits de l'homme

L'article 9, paragraphe 1, de la CEDH met également l'accent sur la liberté religieuse collective ; il protège la manifestation de la religion ou des convictions « individuellement ou collectivement, en public ou en privé », jetant ainsi les bases du principe de l'autonomie des églises. Les institutions religieuses gérées par des communautés religieuses relèvent de ce principe.

La Cour européenne des droits de l'homme a interprété à plusieurs reprises l'article 9 combiné avec l'article 11, qui protège la liberté d'association. Dans l'affaire *Église*

[15] Comité des droits de l'homme, « Observation générale n° 22 : article 18 (Liberté de pensée, de conscience ou de religion) », (30 juillet 1993) Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.4, paragraphe 4.
[16] J. Rivers, *The Law of Organized Religions: Between Establishment and Secularism*, Oxford 2010, p. 39.
[17] B.W. Bussey, « The Right of Religious Hospitals to Refuse Physician-Assisted Suicide », 85 *Supreme Court Law Review*, 2018, t. 85, p. 215.
[18] *Déclaration sur l'élimination de toutes les formes d'intolérance et de discrimination fondées sur la religion ou la conviction*, résolution 36/55 de l'Assemblée générale des Nations unies (25 novembre 1981), art. 6.

métropolitaine de Bessarabie et autres c. Moldavie, la Cour a estimé que « les communautés religieuses existant traditionnellement sous la forme de structures organisées, l'article 9 doit s'interpréter à la lumière de l'article 11 de la Convention qui protège la vie associative contre toute ingérence injustifiée de l'Etat ».[19] La Cour a ajouté que « l'autonomie des communautés religieuses est indispensable au pluralisme dans une société démocratique et se trouve donc au cœur même de la protection offerte par l'article 9 ».[20]

En effet, la jurisprudence de la Cour a évolué au point que « les associations religieuses jouissent d'une personnalité juridique distincte aux fins du droit européen des droits de l'homme », de sorte qu'elles sont « les bénéficiaires d'un ensemble de droits pertinents découlant à la fois de l'article 9 et d'autres dispositions telles que le droit à un procès équitable, la liberté d'expression, la non-discrimination et le droit de propriété ».[21] Un tournant décisif a été marqué par l'affaire *Hasan et Chaush c. Bulgarie,* dans laquelle la Cour a déclaré que « le droit des fidèles à la liberté de religion suppose que la communauté puisse fonctionner paisiblement, sans ingérence arbitraire de l'Etat ».[22] Elle a en outre souligné que « [s]i l'organisation de la vie de la communauté n'était pas protégée par l'article 9 de la Convention, tous les autres aspects de la liberté de religion de l'individu s'en trouveraient fragilisés ».[23]

La Grande Chambre, dans l'affaire *Sindicatul « Păstorul cel Bun » c. Roumanie,* a souligné que « les communautés religieuses existent traditionnellement et universellement sous la forme de structures organisées »[24], et que les communautés religieuses « sont en droit d'avoir leur propre opinion sur les activités collectives de leurs membres qui pourraient menacer leur autonomie et que cette opinion doit en principe être respectée par les autorités nationales »[25], ce qui peut s'appliquer aux hôpitaux ou maisons de retraite confessionnels.

La jurisprudence de la Cour de Strasbourg protège ainsi les communautés religieuses contre toute ingérence injustifiée dans leur gouvernance, leur direction, leur statut juridique et leur continuité institutionnelle : « Si la liberté religieuse relève d'abord du for intérieur, elle implique de surcroît, notamment, celle de "manifester sa religion" individuellement et en privé, ou de manière collective, en public et dans le cercle de ceux dont on partage la foi. »[26] La Cour a élargi la sphère d'autonomie dans l'affaire *Fernández Martínez c. Espagne*. Dans cette affaire, elle

---

[19] *Église métropolitaine de Bessarabie et autres c. Moldavie*, requête n° 45701/99 (CEDH, 13 décembre 2001), paragraphe 118.
[20] *Ibid.*
[21] J. Rivers, *The Law of Organized Religions*, op. cit., p. 51.
[22] *Hasan et Chaush c. Bulgarie*, [GC] requête n° 30985/96 (CEDH, 26 octobre 2000), paragraphe 62.
[23] *Ibid.*
[24] *Sindicatul « Păstorul cel Bun » c. Roumanie,* [GC] requête n° 2330/09 (CEDH, 9 juillet 2013), paragraphe 136.
[25] *Ibid.*, paragraphe 159.
[26] *La branche de Moscou de l'Armée du Salut c. la Russie*, requête n° 72881/01 (CEDH, 5 octobre 2006), paragraphe 58.

est allée au-delà de la gouvernance strictement ecclésiastique et a protégé l'intérêt d'une institution à maintenir la cohérence entre sa mission et la conduite de ceux qui la représentent : « du fait de leur autonomie[,] les communautés religieuses peuvent exiger un certain degré de loyauté de la part des personnes qui travaillent pour elles ou qui les représentent ».[27]

La jurisprudence de la Cour se caractérise donc davantage par la reconnaissance de la liberté religieuse collective et de l'autonomie organisationnelle que par l'affirmation selon laquelle une personne morale posséderait une faculté de conscience humaine au sens strict, à l'instar d'un individu. Sa jurisprudence établit néanmoins que la mission religieuse d'une institution constitue un intérêt protégé. Une obligation imposant à une institution religieuse de mettre ses locaux et sa coopération organisationnelle à disposition pour des agissements fondamentalement contraires à cette mission relève donc des articles 9 et 11 de la CEDH.

Cette protection n'est pas absolue. En vertu de l'article 9, paragraphe 2, les restrictions à la liberté religieuse peuvent être justifiées lorsqu'elles sont prévues par la loi, poursuivent un but légitime et sont nécessaires dans une société démocratique. Obliger les hôpitaux ou les maisons de retraite confessionnels, dont la présence est bien établie tout au long de l'histoire des démocraties européennes, à pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté, va au-delà de ce qui est nécessaire dans une société démocratique. Cela serait contraire au principe d'autonomie religieuse. N'accorder des dérogations qu'aux individus porterait également atteinte à l'exercice de la liberté religieuse collective. Protéger les médecins et les infirmiers à titre individuel contre toute participation personnelle ne résout pas cette question distincte. L'objection de conscience individuelle et l'autonomie religieuse institutionnelle protègent des dimensions différentes, bien que liées, de la liberté religieuse. Réduire la protection des institutions religieuses à la simple protection de leurs membres individuels ferait peser sur ces institutions une charge inutile : elles ne bénéficieraient *de facto* d'une protection que dans des cas individuels. Disposant de l'autonomie nécessaire pour décider de sa politique d'emploi conformément à son éthique, une institution religieuse donnée dépendrait de la conscience de ses membres individuels pour protéger cette éthique.

Le Conseil de l'Europe, après avoir examiné la question et s'appuyant sur la Convention européenne, a exprimé ce point de manière encore plus explicite dans sa Résolution 1763, adoptée le 7 octobre 2010 (35e séance) : « Nulle personne, aucun hôpital ni aucune institution ne doit être contraint, tenu pour responsable ou victime de discrimination de quelque manière que ce soit en raison d'un refus de pratiquer, de faciliter, d'aider ou de se soumettre à un avortement, à la provocation d'une fausse couche, à l'euthanasie ou à tout acte susceptible d'entraîner la mort d'un fœtus ou d'un embryon humain, pour quelque raison que ce soit. » (Article 1). Il serait encore plus compréhensible de réclamer une protection pour les hôpitaux et institutions religieux.

---

[27] *Fernández Martínez c. Espagne*, [GC] requête n° 56030/07 (CEDH, 12 juin 2014), paragraphe 131.

D. Droit de l'Union européenne

Le droit de l'Union européenne apporte un soutien supplémentaire à la reconnaissance juridique de l'identité religieuse collective. L'article 10, paragraphe 1, de la Charte des droits fondamentaux protège la liberté de pensée, de conscience et de religion. En vertu de l'article 52, paragraphe 3, le droit correspondant doit se voir attribuer la même signification et la même portée que l'article 9 de la CEDH. L'article 10, paragraphe 2, reconnaît séparément l'objection de conscience « conformément aux législations nationales régissant l'exercice de ce droit ». Plutôt que de créer une exemption institutionnelle uniforme à l'échelle de l'Union européenne, cette disposition confirme que le refus fondé sur la conscience est une catégorie déjà reconnue par le droit européen des droits fondamentaux.

L'article 12 protège la liberté d'association, tandis que l'article 17 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne impose à cette dernière de respecter le statut des églises et des associations ou communautés religieuses tel qu'il est défini par le droit national et de reconnaître leur identité et leur contribution spécifique. La directive 2000/78 reconnaît de même que les églises et autres organisations peuvent avoir une éthique religieuse applicable à leur fonctionnement interne, sous réserve d'un contrôle juridictionnel et du respect du principe de proportionnalité.[28] Dans l'affaire *Egenberger* et *IR c. JQ*, la Cour de justice de l'Union européenne a exigé un contrôle effectif des exigences professionnelles fondées sur la religion, tout en reconnaissant simultanément l'éthique organisationnelle et l'autonomie comme des intérêts protégés par la loi.[29]

II. D'autres constitutions nationales en Europe et dans le monde occidental confirment la protection de la pratique religieuse collective et de l'autonomie religieuse institutionnelle

Une analyse juridique comparative portant sur l'état du droit de plusieurs pays occidentaux qui reconnaissent la liberté religieuse collective, y compris dans le contexte de l'euthanasie ou le suicide assisté. Premièrement, une vaste sphère d'autonomie ecclésiastique et d'autodétermination religieuse est reconnue depuis longtemps dans l'ensemble des pays occidentaux. Cette protection s'étend au-delà du culte aux activités caritatives, éducatives et de soins de santé menées par des organismes religieux. Deuxièmement, les données comparatives démontrent à la fois que les conflits affectant l'identité religieuse institutionnelle sont réels et qu'ils ne sont pas inévitables. En effet, les juridictions autorisant l'aide à mourir mettent lumière que l'accès des patients à cette pratique peut être concilié avec des protections robustes de la conscience tant individuelle qu'institutionnelle. De plus, une analyse comparative démontre que l'absence d'aménagements institutionnels peut avoir des conséquences importantes sur l'identité et la pérennité des établissements de santé confessionnels. L'absence d'une

[28] Directive 2000/78/CE du Conseil portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail [2000] JO L 303, p. 16, art. 4, paragraphe 2.
[29] *Vera Egenberger c. Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung eV*, affaire C-414/16, EU:C:2018:257, points 50 à 69 ; *IR c. JQ*, affaire C-68/17, EU:C:2018:696, points 46 à 61.

dérogation pour les institutions religieuses constitue donc une ingérence qui ne peut être justifiée comme « nécessaire dans une société démocratique ».

A. Allemagne

L'Allemagne possède une longue tradition de respect de l'autonomie religieuse et de protection de la liberté religieuse collective. L'article 140 de la Loi fondamentale (*Grundgesetz*) reprend les dispositions clés de la Constitution de Weimar (*Weimarer Reichsverfassung*), notamment l'article 137, paragraphe 3, de la WRV, qui affirme que « [c]haque communauté religieuse règle et gère ses affaires de manière indépendante ». L'autonomie des institutions religieuses couvre l'enseignement religieux dans les écoles, les nominations ecclésiastiques, le culte, les œuvres caritatives, le droit du travail et la protection des données. Le vaste réseau d'institutions d'aide sociale catholiques et protestantes opérant sous l'égide de Caritas et de la Diakonie illustre la dimension institutionnelle de la liberté religieuse dans le droit constitutionnel allemand.

Bien que la Cour constitutionnelle fédérale ait reconnu un droit à une mort autodéterminée dans son arrêt du 26 février 2020[30], elle a expressément souligné que « nul ne peut être obligé de fournir une aide au suicide » (« Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten »). La reconnaissance d'un droit à une mort autodéterminée n'implique donc pas l'existence d'une obligation correspondante pesant sur les institutions religieuses ou d'autres tiers réticents.

B. Canada

Au Canada, la liberté religieuse est protégée par l'article 2(a) de la Charte canadienne des droits et libertés. Dans l'affaire *École secondaire Loyola c. Québec (Procureur général)*, 2015 CSC 12, la Cour suprême du Canada s'est penchée sur le droit à la liberté religieuse d'une école catholique privée, affirmant qu'elle aurait dû bénéficier d'une dérogation à l'obligation d'enseigner intégralement le cours québécois « Éthique et culture religieuse » (ECR) – qui exigeait que toutes les religions et systèmes éthiques soient enseignés de manière neutre – de sorte à pouvoir enseigner les préceptes de la foi catholique du point de vue catholique. La Cour suprême du Canada a reconnu que « [l]a liberté de religion au sens où il faut l'entendre pour l'application de la *Charte* doit donc tenir compte du fait que les convictions religieuses sont bien ancrées dans la société et qu'il existe des liens solides entre ces croyances et leur manifestation par le truchement d'institutions et de traditions collectives ».[31] Ainsi, les requérants institutionnels sont généralement en mesure d'invoquer une violation de la liberté religieuse de leurs membres, tels que les élèves d'une école ou d'une université : « un élément essentiel de la vitalité d'une communauté de croyants est la capacité de ses membres de transmettre leur foi à leurs enfants, soit au

[30] Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26. Feb. 2020, 2 BvR 2347/15 u. a., BVerfGE 153, 182.
[31] *École secondaire Loyola c. Québec (Procureur général),* 2015 CSC 12, paragraphe 60.

moyen d'un enseignement donné à la maison, soit par la participation aux activités d'institutions collectives ».[32]

C. États-Unis

La dimension institutionnelle de la liberté religieuse n'est pas propre à l'Europe. Aux États-Unis, la Cour suprême a développé une doctrine de l'autonomie des églises fondée sur le Premier amendement. Des décisions telles que *Hosanna-Tabor*[33] et *Our Lady of Guadalupe*[34] offrent une protection très large aux ministres du culte et à l'autonomie des églises dans l'élaboration de leur politique éducative et de leur politique d'emploi, préservant ainsi la sphère d'indépendance institutionnelle afin de garantir la mission et l'identité de ces institutions. Bien que ces affaires s'inscrivent dans une tradition constitutionnelle différente, elles reflètent également la distinction entre la liberté religieuse individuelle et l'autonomie des institutions religieuses agissant collectivement.

D. Irlande

L'article 44.2.1 de la Constitution irlandaise dispose: « La liberté de conscience ainsi que la libre profession et la libre pratique de la religion sont garanties à chaque citoyen, sous réserve de l'ordre public et de la morale. » Les tribunaux ont systématiquement reconnu que cette protection s'étend au-delà des personnes physiques de sorte à englober l'intégrité institutionnelle et l'exercice collectif des organismes religieux et de leurs institutions bénévoles. La jurisprudence irlandaise confirme que la liberté de conscience sous-tend les valeurs démocratiques et constitue un élément essentiel du tissu constitutionnel, protégé en tant que droit non énuméré en vertu de l'article 40.3 (*AM v. Refugee Appeals Tribunal*).[35] Bien que le droit irlandais ne reconnaisse pas, en général, une conscience propre aux personnes morales capable de prévaloir sur les services de santé légalement garantis, il accorde une protection significative à l'identité religieuse et à l'éthique des institutions religieuses bénévoles. Le cadre constitutionnel plus large continue de protéger les prestataires privés et bénévoles contre toute obligation imposée par l'État de pratiquer des actes qui porteraient atteinte à leur identité organisationnelle fondamentale.

E. Pays-Bas

Comme l'a expliqué la Cour suprême des Pays-Bas, l'essence de la réglementation légale de l'euthanasie dans le droit néerlandais, « telle qu'énoncée à l'article 293 du Code pénal et dans la Wet toetsing levensbeëindiging (loi relative à l'évaluation de la fin de vie, ci-après Wtl), signifie qu'un médecin qui met fin à la vie d'un patient à la demande expresse et sérieuse de celui-ci n'est pas passible de poursuites s'il respecte les exigences de

[32] *Ibid.*, paragraphe 64.
[33] *Hosanna-Tabor Evangelical Lutheran Church and School v. Equal Employment Opportunity Commission*, 565 U.S. 171 (2012).
[34] *Our Lady of Guadalupe School v. Morrissey-Berru*, 591 U.S. 732 (2020).
[35] *A.M. v. Refugee Appeals Tribunal* [2014] IEHC 388 (pour la décision de la Haute Cour du 29 juillet 2014 rendue par le juge McDermott).

diligence requise prévues à l'article 2 de la Wtl et l'obligation de notification prévue à l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur la remise des dépouilles mortelles ».[36] Cela montre que le droit néerlandais ne crée pas de droit à l'euthanasie pour les patients, et que les médecins ne sont donc pas tenus d'accéder à une demande d'euthanasie. Ainsi, comme l'indique le gouvernement néerlandais, « les médecins ont le droit de refuser de pratiquer l'euthanasie, par exemple en raison de leurs convictions religieuses ».[37] Cela signifie que même l'un des régimes d'euthanasie les plus anciens et les plus permissifs au monde n'a pas considéré l'euthanasie comme donnant lieu à un droit inconditionnel à l'encontre de médecins ou d'établissements réticents. Par exemple, Cedrah, une importante organisation chrétienne de soins aux personnes âgées qui gère des maisons de retraite et des établissements de soins résidentiels aux Pays-Bas, indique explicitement dans son document d'identité qu'elle rejette l'euthanasie.[38] La juridiction disposant de la plus longue expérience pratique en matière d'aide à mourir a donc préservé des protections significatives pour les prestataires de soins de santé institutionnels qui s'opposent à y participer. Cela démontre également que la prise en compte de l'objection de conscience et l'accès effectif à l'aide à mourir ne sont pas des objectifs mutuellement exclusifs.

F. Pologne

En Pologne, l'autonomie des organisations religieuses est largement protégée. Le droit constitutionnel polonais protège la liberté religieuse à deux niveaux distincts, tous deux directement liés à l'exercice collectif de la conscience. L'article 53, paragraphe 1, de la Constitution de 1997 garantit la liberté de conscience et de religion « à chacun » et a été interprété par le Tribunal constitutionnel, dès sa jurisprudence la plus ancienne, comme le droit d'agir conformément à sa conscience et d'être à l'abri de toute contrainte l'obligeant à agir contre celle-ci. Par ailleurs, et indépendamment de l'article 53, l'article 25 de la Constitution garantit l'autonomie et l'indépendance réciproque des églises et des associations religieuses, chacune dans sa propre sphère, ainsi que le principe de coopération entre l'État et les instances religieuses pour le bien individuel et commun. Il s'agit d'une garantie institutionnelle autonome : elle ne découle pas de la clause relative à la conscience individuelle et n'est pas limitée par celle-ci. La Cour suprême polonaise a considéré ces garanties comme cumulatives plutôt que substitutives, confirmant que l'autonomie religieuse institutionnelle est constitutionnellement apparentée à la conscience individuelle, mais analytiquement distincte de celle-ci.[39]

La doctrine polonaise est en effet divisée sur la question de savoir si une « clause de conscience » personnelle, conçue pour les personnes physiques (les médecins, en particulier), devrait être étendue aux personnes morales en tant que telles, la Cour suprême ayant jugé que la liberté de conscience n'est pas un bien personnel d'une

[36] Cour suprême des Pays-Bas, 21 avril 2020, ECLI:NL:HR:2020:712, 4.2.1.
[37] https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/euthanasia/is-euthanasia-allowed.
[38] Profil d'identité de Cedrah, 3.1.4, https://www.cedrah.nl/app/uploads/2025/01/1009-Identiteitsprofiel.pdf.
[39] Cour suprême, décision du 14 juin 2018, II KK 333/17.

personne morale.[40] Loin d'affaiblir la protection des institutions religieuses, cela confirme toutefois simplement que la Pologne garantit leur caractère religieux collectif par le biais de la garantie distincte et autonome de l'article 25, plutôt que par une extension du dispositif de la clause de conscience individuelle — renforcé au niveau législatif par une dérogation antidiscriminatoire permettant aux églises et aux associations religieuses d'organiser leur vie interne, y compris en matière d'emploi, conformément à leur caractère religieux. Il convient de noter que les deux camps du débat académique national sur la « conscience institutionnelle » acceptent, sans contestation, que le droit polonais protège l'exercice religieux collectif des institutions religieuses ; ils ne divergent que sur la dénomination doctrinale et le mécanisme par lequel cette protection est mise en œuvre, et non sur le résultat de celle-ci.

Conclusion

La présente contribution soutient que la question constitutionnelle soulevée par la proposition de loi ne se limite pas à la liberté de conscience individuelle. Le droit international des droits de l'homme, la jurisprudence européenne et la pratique constitutionnelle comparée reconnaissent systématiquement que la liberté de religion possède également une dimension collective et institutionnelle dont l'autonomie est indispensable au pluralisme dans une société démocratique. Les communautés religieuses exercent leur mission par le biais d'institutions, notamment d'hôpitaux, d'hospices et d'établissements de soins, en tant qu'expression collective de la liberté religieuse. Une analyse comparative suggère que l'accès à l'aide à mourir et le respect de l'autonomie institutionnelle ne sont pas des objectifs qui s'excluent mutuellement. La question n'est donc pas de savoir s'il existe des intérêts constitutionnels concurrents, mais si l'équilibre trouvé par le législateur français les protège de manière adéquate. Les établissements de santé confessionnels constituent une composante importante et de longue date du paysage français des soins de santé et des soins aux personnes âgées. Leur participation enrichit le pluralisme institutionnel. Leur imposer d'abandonner leurs engagements éthiques comme condition de participation risque de réduire ce pluralisme sans qu'il soit clairement démontré qu'une telle contrainte soit nécessaire pour garantir un accès effectif à l'aide à mourir.

À la lumière des autorités ci-dessus, le Conseil constitutionnel devrait interpréter la Constitution française et la Déclaration des droits de l'homme de manière à reconnaître et à protéger l'exercice collectif de la religion et l'autonomie religieuse institutionnelle. Dans le cas de la proposition de loi, l'application de ces protections doit inclure des dérogations pour les établissements de santé confessionnels, leur permettant de refuser, au nom de la liberté religieuse collective, de pratiquer l'euthanasie ou toute forme d'aide à mourir.

---

[40] Cour suprême, arrêt du 26 octobre 2006, I CSK 169/06. Voir M. Dybowski, « Theoretical, Philosophical and Legal Issues Regarding the Conscience Clause of Entrepreneurs », dans G. Blicharz (dir.), *Freedom of Conscience: A Comparative Law Perspective*, Varsovie 2019, p. 180–183.

CENTRE FOR LAW & RELIGIOUS FREEDOM
JAGIELLONIAN UNIVERSITY

Religious Freedom Clinic
HARVARD LAW SCHOOL

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil, l'expression de notre haute considération.

Grzegorz Blicharz
Franciszek Longchamps de Bérier
Eric Rassbach
Centre pour le droit et la liberté religieuse
Université Jagellonne
Gołębia 9
31-007 Cracovie
Pologne
clrf@uj.edu.pl

Joshua C. McDaniel
Faculté de droit de l'Université de Harvard
Religious Freedom Clinic
6 Everett Street, bureau 5110
Cambridge, MA 02138
États-Unis
jmcdaniel@law.harvard.edu

Paris, le 27 juillet 2026

98 bd de Courcelles
75017 PARIS

contact@lexprecia.com
01.75.432.432

Mmes MM. les membres du Conseil
Greffe
Conseil constitutionnel
2 rue de Montpensier
75001 PARIS

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE
devant le Conseil constitutionnel
Saisine n°2026-910 DC
Loi « *relative au droit à l'aide à mourir* »
Drs FOUCHÉ et ZEIGER, association "REINFO LIBERTÉ" et 2 715 autres citoyens

POUR :

1. **Le Docteur Louis FOUCHÉ**, médecin anesthésiste-réanimateur ;

2. **Le Docteur Franck ZEIGER**, médecin coordonnateur en Ehpad ;

3. **L'association loi 1901 REINFO LIBERTÉ**, dont le siège social est sis 19 rue du musée, 13001 MARSEILLE, RNA n°W595038910, représentée par son Président M. Vincent PAVAN, domicilié en cette qualité audit siège et dûment habilité à engager la présente contribution extérieure par délibération du Conseil d'administration de l'association en date du 13 juillet 2026 ;

4. **Ainsi que les 2 715 citoyens** listés en **Annexe I** partie intégrante du présent acte ;

Ci-après, ensemble, les « Déposants ».

REPRÉSENTÉS PAR :

- La société LEXPRECIA intervenant par Maître Arnaud Durand, avocat au Barreau de Paris, toque D1166, société à responsabilité limitée au capital de 2.000 €, sise 98 boulevard de Courcelles, 75017 PARIS, immatriculée au RCS de Paris sous le n°882.170.210 et représentée par son gérant en exercice ;

- Maître Anne-Claire Lefebvre, avocat au Barreau de Marseille, demeurant 135 rue Paradis, 13006 MARSEILLE ;

ÉLISANT TOUS DOMICILE : au Cabinet Lexprecia sus-désigné, aux fins de la procédure.

Par la présente contribution extérieure, les nombreux Déposants soutiennent les saisines préalablement formées sur le fondement de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution de 1958 et concluant à l'inconstitutionnalité de la loi « *relative au droit à l'aide à mourir* » issue de la proposition de loi adoptée comme texte n°332 le 15 juillet 2026.

Ils attirent l'attention du Conseil constitutionnel (ci-après le « Conseil ») sur les questions constitutionnelles et les demandes ci-après exposées.

Plaise au Conseil

*Les Déposants présenteront d'abord leur situation et le cadre procédural de leur contribution (**I**), puis appelleront l'attention du Conseil sur des circonstances appelant certains de ses membres à devoir s'abstenir de siéger (**II**), avant d'exposer les moyens d'inconstitutionnalité dirigés contre les dispositions de la loi déférée (**III**).*

I/ Présentation des déposants et cadre de la contribution extérieure

En droit,

L'article 13 de la décision n°2022-152 ORGA du 11 mars 2022 portant règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution permet à toute personne d'adresser une contribution extérieure au Conseil.

Les Déposants entendent ainsi porter à la connaissance du Conseil des éléments de droit et de fait susceptibles d'éclairer son contrôle de la loi déférée.

En l'espèce,

On soulignera que les docteurs Louis Fouché, médecin anesthésiste-réanimateur, et Franck Zeiger, médecin coordonnateur en EHPAD, sont directement concernés, dans leur pratique professionnelle, par les dispositions organisant l'aide à mourir.

L'association REINFO LIBERTÉ a notamment pour objet de contribuer au débat démocratique et scientifique relatif aux politiques sanitaires et à l'éthique médicale.

Les 2 715 personnes physiques identifiées en **annexe I** s'associent à la présente contribution en leur qualité de citoyens.

Ils sont accordeurs de pianos, acheteurs, acteurs, administrateur, administrateurs de biens, administrateurs de société, agent d'animation, agent télécoms, agent de voyages, agents, agents administratifs, agents commerciaux, agents communaux, agents d'état, agents de bureau, agents de maintenance, agents de maîtrise, agents de sécurité, agents de service, agents hospitaliers, agents immobiliers, agents PTT, agents techniques, agriculteurs, agronome, aide en pharmacie, aides comptables, aides éducateurs, aides ménagers, aides-soignants, alimentation, ambulancier, analyste financier, analyste programmeur, analystes informatiques, animateurs, architectes, artisans, artistes, artistes interprètes, artistes peintres, assistant de communication, assistant de formation, assistantes maternelles, assistants administratifs, assistants commerciaux, assistants de direction, assistants de vie, assistants juridiques, assistants sociaux, attaché d'administration, attaché principal d'administration, auteur compositeur, auteurs, auxiliaires de puériculture, auxiliaires de vie, auxiliaires familiaux, avocats, bibliothécaires, bijoutier, boulanger, brasseurs, cadres, cadres administratifs, cadres commerciaux, cadres juridiques, cadres supérieurs, cadres techniques, cameraman, chanteurs, chargé de production, chargé de recherche, chargés de mission, chargés en ressources humaines, chauffeur, chauffeurs de

taxi, chauffeurs routiers, chef d'équipe, chef de cabine, chefs comptables, chefs d'entreprise, chefs de projet, chefs de service, chercheurs, chimistes, chirurgien, chirurgiens-dentistes, clercs de commissaire, coiffeurs, comédiens, commerçants, commerciaux, comptables, conducteurs t.c., conseil en création, conseil en marketing, conseiller commercial, conseiller en communication, conseiller financier, conseillers, conseillers en assurances, conseillers principaux d'éducation, conseils en gestion, conseils en informatique, conservateurs de bibliothèque, consultant en communications, consultant international, consultants, contrôleur, contrôleur de gestion, contrôleurs des impôts, coordonnateur, courtiers d'assurances, couturier, cuisinier, danseurs, décorateur, délégué médical, demandeurs d'emploi, dessinateurs, diététicienne, directeur affaires sociales, directeur artistique, directeur de société, directeur des achats, directeur financier, directeur général adjoint, directeur immobilier, directeur informatique, directeur projets spéciaux, directeur ressources humaines, directeurs, directeurs administratifs, directeurs commerciaux, directeurs de recherches, directeurs généraux, dirigeants d'entreprise, documentaliste, ecclésiastiques, économiste, écrivains, éditeurs, éducateurs, éducateurs spécialisés, éducateurs sportifs, électriciens, employé communal, employé de banque, employé de maison, employé municipal, employé PTT, employées de banque, employés, employés de bureau, employés de restauration, enseignants, entraîneur sportif, entrepreneurs, ergothérapeutes, esthéticienne, étiopathe, étudiants, expert, experts comptables, fabrication, fonctionnaires, formateurs, garagiste, gérant de patrimoine, gérants de société, gestionnaires, graphistes, hôtesse d'accueil, huissier de justice, immobilier, infirmières, infirmiers, infographistes, informaticiens, informatiques, ingénieur électronicien, ingénieurs, ingénieurs aéronautiques, ingénieurs agronomes, ingénieurs conseils, ingénieurs informaticiens, inspecteur d'académie, inspecteur des impôts, instituteur, intérimaire, intermittents du spectacle, interprète, inventeur, jardiniers, journalistes, juristes, kinésithérapeutes, laborantins, libraire, maître d'œuvre, maîtres de conférence, marin, maroquinière, médecins, médecins du travail, médecins spécialistes, menuisiers, militaire de carrière, moniteurs, monitrice auto école, musiciens, opérateurs, ophtalmologiste, opticiens, orthophonistes, ostéopathes, ouvriers, paysagistes, peintre décorateur, pharmaciens, photographes, pianistes, pilotes de ligne, plongeur, podologues, pompiers, pré-retraités, président de conseil d'admin., présidents, présidents de société, professeurs, professeurs de danse, professeurs de musique, proviseur, psychanalyste, psychanalystes, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, puéricultrices, réalisateurs, réceptionniste, rédacteurs, régisseur de plateau, régisseur de théâtre, religieux, responsable commerciale, responsable d'activité, responsable de sécurité, responsable du personnel, responsable marketing, responsable ressource humaine, responsable technique, responsables comptable gestion, responsables d'association, responsables des ventes, responsables informatique, retraités, sage-femmes, scaphandrier mécanicien, sculpteur, secrétaire général, secrétaire médicale, secrétaires, secrétaires administratives, secrétaires comptables, serveur, sociologues, surveillant, technicien agricole, technicien automobile, techniciens, techniciens informatiques, techniciens supérieurs, technico-commerciaux, thérapeutes énergétiques, traducteurs, transporteur, travailleurs dans l'enseignement, travailleurs dans la formation, urbaniste, vendeurs, vendeuses, vétérinaires ou encore viticulteur.

Leur nombre de 2 715 citoyens et leurs 285 professions différentes témoignent de l'intérêt collectif porté aux questions constitutionnelles soulevées par la loi en cause.

La présente contribution est déposée dans le but d'apporter au Conseil une analyse utile et complémentaire aux cinq saisines.

***

II/ Observations sur l'abstention nécessaire pour quatre membres du Conseil

En droit,

L'article 3 de l'ordonnance organique n° 58-1067 du 7 novembre 1958 prévoit que les membres du Conseil jurent de remplir leurs fonctions « *en toute impartialité dans le respect de la Constitution* », de garder le secret des délibérations et des votes et de ne prendre aucune position publique ni donner aucune consultation sur les questions relevant de la compétence du Conseil. L'article 7 de la même ordonnance renvoie à un décret la définition des obligations destinées à garantir l'indépendance et la dignité de leurs fonctions.

En application de ces textes, l'article 1er du décret 59-1292 du 13 novembre 1959 impose aux membres de s'abstenir de tout ce qui pourrait compromettre l'indépendance et la dignité de leurs fonctions. Son article 2 leur interdit notamment de prendre position publique sur les questions ayant fait ou susceptibles de faire l'objet de décisions du Conseil. L'article 14 du règlement intérieur du 11 mars 2022 dispose, pour sa part, que tout membre qui estime devoir s'abstenir de siéger en informe le Président.

Le cadre procédural doit cependant être exactement rappelé. Aux termes de l'article 15 du même règlement, seuls les auteurs d'une saisine ou les autorités publiques qu'il désigne peuvent former une demande de récusation, par un écrit spécialement motivé et dans le délai qu'il fixe. Une contribution extérieure, dépourvue du caractère d'une pièce de procédure en vertu de l'article 13, ne peut donc former une telle demande.

Les Déposants ne sollicitent dès lors pas du Conseil qu'il statue sur une récusation formée par eux. Ils portent à la connaissance du Conseil et ainsi de chaque membre concerné des circonstances qu'il lui appartient d'apprécier au regard de l'article 14. Cette présentation est particulièrement nécessaire pour distinguer, d'une part, une prise de position publique pendant l'exercice du mandat, à laquelle s'appliquent directement le serment et les obligations statutaires, et, d'autre part, des engagements politiques antérieurs au mandat, qui ne sauraient à eux seuls établir une partialité mais peuvent être examinés au regard de leur précision, de leur proximité et de leur lien avec le texte déféré.

En l'espèce,

Quatre membres sont concernés par la question d'un défaut d'impartialité (**a, b, c, d**).

a) Les circonstances susceptibles de conduire M. Alain Juppé à s'abstenir

Monsieur Alain Juppé est le seul des quatre membres concernés à avoir publiquement pris position sur l'aide à mourir pendant l'exercice de son mandat au Conseil constitutionnel, en méconnaissance apparente d'un engagement expressément compris dans le serment prêté lors de son entrée en fonctions.

Dans un entretien publié le 9 février 2025, Monsieur Alain Juppé a déclaré : « *Si j'étais parlementaire, je voterais certainement une loi sur la fin de vie.* »[1].
Il a justifié cette position en affirmant : « *Je pense qu'effectivement, c'est une liberté.* ».

Ces propos ont été tenus alors que Monsieur Juppé était membre du Conseil constitutionnel depuis le 12 mars 2019.

Ils ne constituent pas une simple invitation au débat public : Monsieur Juppé a expressément annoncé le vote favorable qu'il émettrait sur une loi reconnaissant une aide à mourir et a même qualifié le droit en cause, par anticipation, de « *liberté* ».[2]

---

1 Sylvie Pierre-Brossolette, "*Fin de vie, intimité… Quand Alain Juppé fend l'armure*", Le Point, 9 février 2025 : www.lepoint.fr/politique/fin-de-vie-intimite-quand-alain-juppe-fend-l-armure-09-02-2025-2581898_20.php

2 Conseil constitutionnel, fiche de M. Alain Juppé : https://www.conseil-constitutionnel.fr/membres/alain-juppe

Le caractère déontologiquement problématique de cette déclaration a d'ailleurs été reconnu par l'intéressé lui-même. Le 11 février 2025, interrogé sur RTL, il a déclaré : « *Si la question devait se poser au Conseil constitutionnel, je pourrais toujours me déporter.* »[3].

En envisageant lui-même son déport dans l'hypothèse où la question serait soumise au Conseil, Monsieur Juppé a reconnu que sa prise de position publique pouvait être difficilement conciliable avec l'exercice ultérieur de ses fonctions juridictionnelles.

Les déclarations de Monsieur Juppé ont été faites pendant son mandat de membre du Conseil constitutionnel, sur une question relevant potentiellement de son office juridictionnel, dans le contexte d'un projet de réforme législative alors publiquement annoncé et dont la saisine du Conseil constitutionnel apparaissait comme une éventualité prévisible.

En annonçant qu'il voterait « *certainement* » une loi sur la fin de vie et en qualifiant l'aide à mourir de « *liberté* », Monsieur Juppé a publiquement révélé son adhésion au principe même de la réforme soumise au Conseil.

Ces propos apparaissent ainsi contraires, à tout le moins dans leur esprit et leur finalité, à l'engagement pris en application de l'article 3 de l'ordonnance organique de ne prendre aucune position publique sur les questions relevant de la compétence du Conseil.

Ces circonstances justifient que Monsieur Alain Juppé apprécie spécialement, au regard de son serment et de l'article 14 du règlement intérieur, s'il doit s'abstenir de siéger afin de préserver l'apparence d'impartialité de la formation de jugement.

b) Les circonstances susceptibles de conduire M. Jacques Mézard à s'abstenir

Monsieur Jacques Mézard a personnellement et durablement défendu, avant son entrée au Conseil constitutionnel, la reconnaissance législative d'un droit à l'assistance médicalisée pour mourir.

Il a notamment été le premier signataire de la proposition de loi n°735 du 31 juillet 2012, dont l'article 1er prévoyait : « *Toute personne capable majeure […] peut demander à bénéficier […] d'une assistance médicalisée permettant, par un acte délibéré, une mort rapide et sans douleur.* »[4].

Lors des débats sénatoriaux du 23 juin 2015, il a de nouveau exposé sans ambiguïté sa conviction personnelle : « *Pourquoi refuser à une personne la possibilité de choisir ? […] N'est-ce pas son ultime liberté ?* »[5].

Il ajoutait qu'il convenait de reconnaître à la personne souffrante le droit de mettre un terme à une existence insupportable et de lui permettre de conserver la maîtrise de son destin.

Ces prises de position ne relevaient donc pas d'une simple participation générale au débat parlementaire. Monsieur Mézard a été l'auteur d'un dispositif législatif précis et a publiquement défendu le principe même du droit dont la loi aujourd'hui déférée au Conseil constitutionnel organise les conditions d'exercice.

Il est certain que ces déclarations et initiatives ont été prises avant son mandat, Monsieur Mézard n'étant entré en fonctions au Conseil constitutionnel que le 12 mars 2019. Elles ne

---

3 RTL, Thomas Sotto, entretien avec Alain Juppé du 11 février 2025, séquence de 10 min 27 s à 10 min 31 s, propos « *je pourrais toujours me déporter* » à 10 min 29 s : https://www.dailymotion.com/video/x9dxxuy ; page RTL : https://www.rtl.fr/actu/politique/invite-rtl-conseil-constitutionnel-les-nominations-sont-toujours-critiquees-estime-alain-juppe-7900471310

4 Sénat, proposition de loi n° 735 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, déposée le 31 juillet 2012 : https://www.senat.fr/leg/ppl11-735.html

5 Sénat, compte rendu intégral de la séance du 23 juin 2015, intervention de M. Jacques Mézard : https://www.senat.fr/seances/s201506/s20150623/s20150623007.html

caractérisent donc pas, par elles-mêmes, une violation de l'interdiction statutaire de prise de position pendant le mandat. Elles révèlent néanmoins un engagement personnel, ancien, constant et particulièrement précis sur la question normative qui constitue le cœur de la loi soumise au Conseil[6].

Eu égard à la nature, à la récurrence et à la précision de cet engagement, la participation de Monsieur Jacques Mézard à l'examen de la loi est susceptible de faire naître un doute objectivement justifié quant à son aptitude à réexaminer, sans préjugé, la constitutionnalité d'un dispositif qu'il a lui-même proposé et publiquement défendu. Il lui appartient, en conséquence, d'apprécier s'il doit s'abstenir de siéger dans cette affaire.

c) Les circonstances susceptibles de conduire M. Richard Ferrand à s'abstenir

Monsieur Richard Ferrand avait publiquement présenté la légalisation du droit de mourir dans la dignité comme l'une des réformes politiques majeures du second quinquennat d'Emmanuel Macron.

En effet, en date du 11 avril 2022, alors Président de l'Assemblée nationale et soutien du candidat Emmanuel Macron, il a affirmé sur Franceinfo que « *le droit de mourir dans la dignité* » serait « *la grande réforme de société* »[7].

Cette déclaration ne se limitait pas à constater l'existence d'une proposition dans un programme électoral. En sa qualité de soutien politique de cette réforme et de président de l'Assemblée nationale, Monsieur Ferrand la présentait comme l'équivalent, pour le nouveau quinquennat, d'une grande réforme sociétale déjà accomplie. Il manifestait ainsi publiquement son adhésion à l'objectif politique et normatif poursuivi.

Cette prise de position est antérieure à son mandat, Monsieur Ferrand ayant été nommé membre et président du Conseil constitutionnel le 20 février 2025 et étant entré en fonction le 8 mars 2025. Elle ne relève donc pas de l'interdiction des déclarations publiques effectuées pendant l'exercice des fonctions[8].

Elle demeure cependant directement pertinente pour l'appréciation de l'impartialité objective de Monsieur Ferrand, aujourd'hui appelé, en sa qualité de président du Conseil constitutionnel, à participer au contrôle de la constitutionnalité d'une réforme qu'il avait lui-même publiquement présentée comme une grande réforme de société. Ce rapprochement est objectivement de nature à faire naître un doute légitime quant à son impartialité.

Afin d'écarter tout doute légitime sur la neutralité de la formation de jugement, il lui appartient d'apprécier, au regard de l'article 14 du règlement intérieur, s'il doit s'abstenir de participer à l'instruction et au jugement de l'affaire.

d) Les circonstances susceptibles de conduire Mme Vichnievsky à s'abstenir

Madame Laurence Vichnievsky s'est publiquement déclarée favorable au principe de l'aide à mourir et s'est également exprimée sur les critères devant en déterminer l'accès.

Dans un article publié le 4 juin 2024, alors qu'elle était députée, elle s'est notamment dite : « *favorable à l'ouverture d'un droit à l'aide à mourir* »[9].

---

[6] Conseil constitutionnel, fiche de M. Jacques Mézard : www.conseil-constitutionnel.fr/membres/jacques-mezard

7 Béatrice Jérôme, "*Sur la fin de vie, Emmanuel Macron vise un consensus pour faire évoluer la loi*", Le Monde, 21 avril 2022, reproduisant la déclaration de Richard Ferrand sur Franceinfo du 11 avril 2022 : https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/04/21/euthanasie-emmanuel-macron-sur-ce-sujet-sensible-avance-une-methode-et-un-objectif_6123175_3224.html

[8] C. const, fiche de M. Richard Ferrand : https://www.conseil-constitutionnel.fr/membres/richard-ferrand

[9] La Montagne, "*Projet de loi sur la fin de vie : qu'en pensent les députés et sénateurs du Puy-de-Dôme ?*", 4 juin 2024 : https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand-63000/actualites/projet-de-loi-sur-la-fin-de-vie-

Sa position était plus ancienne encore. Des propos tenus le 14 décembre 2017 dans une émission sont rapportés dans les termes suivants : « *Je pense que nous devons avoir un nouveau débat* » et surtout : « *Je pourrais avoir tendance à être assez souple sur les critères.* »[10].

Il ne s'agit donc pas seulement de l'expression abstraite d'un souhait de débat. Madame Vichnievsky a approuvé l'ouverture du droit et a pris position sur des éléments directement liés à son régime juridique : critères d'éligibilité et consentement. Ces questions correspondent précisément à certaines des garanties dont le Conseil doit aujourd'hui apprécier la constitutionnalité.

Ces déclarations ont également été faites avant son mandat : Madame Vichnievsky a été nommée le 19 février 2025 et est entrée en fonctions le 8 mars 2025. Elles ne constituent donc pas une prise de position publique effectuée en qualité de membre du Conseil.[11]

Toutefois, l'approbation publique du principe même de l'aide à mourir, complétée par des positions relatives aux critères d'accès et au consentement, est susceptible de faire raisonnablement douter de l'absence de préjugé de Madame Laurence Vichnievsky sur les dispositions dont elle est amenée à contrôler la constitutionnalité. Ces circonstances appellent de sa part une appréciation spécialement attentive de la nécessité de s'abstenir, au regard de l'article 14 du règlement intérieur.

***

Au total, les Déposants appellent l'attention de Messieurs Alain Juppé, Jacques Mézard et Richard Ferrand ainsi que de Madame Laurence Vichnievsky sur les circonstances exposées ci-dessus, afin que chacun apprécie, sous sa responsabilité et conformément à l'article 14 du règlement intérieur, s'il doit s'abstenir de siéger. Cette observation tend à préserver la transparence du débat et la confiance attachée à la décision à intervenir.

***

III/ Les moyens d'inconstitutionnalité dirigés contre les dispositions de la loi déférée

Le Conseil d'État a estimé, dans son avis sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, qu'aucune règle ni aucun principe constitutionnel ou conventionnel ne faisait, par lui-même, obstacle à un dispositif instaurant, en fin de vie, une assistance au suicide ou une euthanasie à la demande de la personne. Le Conseil constitutionnel n'a encore jamais statué sur un tel dispositif. Il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du Parlement sur l'opportunité de ce choix de société, mais de vérifier que les dispositions adoptées respectent les exigences constitutionnelles et que la conciliation opérée n'est pas manifestement déséquilibrée.

Deux catégories de moyens doivent être distinguées. D'une part, lorsque la loi délimite le champ d'un acte qui demeure pénalement réprimé en dehors des conditions qu'elle autorise, l'article 34 de la Constitution, combiné avec l'article 8 de la Déclaration de 1789, impose au législateur de fixer lui-même les éléments essentiels de cette autorisation : le grief est alors celui de l'incompétence négative. D'autre part, lorsque le législateur a défini le régime mais l'a entouré de garanties insuffisantes, le contrôle porte sur une éventuelle privation de garanties légales des exigences de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de

---

qu-en-pensent-les-deputes-et-senateurs-du-puy-de-dome_14511438/

10 Émission « *Face aux chrétiens* » avec Laurence Vichnievsky, enregistrée le 14 décembre 2017 et diffusée par KTO le 15 décembre 2017 : https://www.ktotv.com/video/00192965/laurence-vichnievsky Les termes cités sont rapportés par Le Journal du dimanche, tribune du 16 juillet 2026 : https://www.lejdd.fr/Societe/euthanasie-la-partialite-du-conseil-constitutionnel-179136

11 Conseil constitutionnel, fiche de Mme Laurence Vichnievsky : https://www.conseil-constitutionnel.fr/membres/laurence-vichnievsky

liberté personnelle proclamée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789. Le droit au recours relève, quant à lui, directement de l'article 16 de cette Déclaration.

L'exigence constitutionnelle de protection de la santé résultant du onzième alinéa du Préambule de 1946 n'est pas invoquée comme consacrant, au profit de chaque personne, un droit subjectif à l'obtention immédiate d'un soin déterminé ou d'une place dans une structure particulière. Elle contribue à l'appréciation de la conciliation opérée par le législateur et de l'effectivité des garanties qu'il a lui-même retenues, notamment lorsque la liberté de la volonté dépend de l'information reçue et de la réalité des alternatives que la personne demande à connaître ou à expérimenter.

Les règles ordinaires du code de la santé publique ne sont pas davantage invoquées comme des normes de constitutionnalité. Elles ne sont mentionnées, lorsqu'elles le sont, qu'à titre d'éléments de contexte permettant d'apprécier la fonction concrète d'une garantie. De même, l'avis du Conseil d'État n'a pas valeur constitutionnelle : il est mobilisé seulement lorsque son raisonnement éclaire la portée d'une exigence supérieure ou met en évidence une différence décisive entre le projet examiné en 2024 et le texte définitivement adopté.

***

1. Sur l'article 2 : l'impossibilité physique autorisant l'administration par un tiers

En droit,

En vertu de l'article 34 de la Constitution et de l'article 8 de la Déclaration de 1789, il appartient au législateur de fixer lui-même, en termes suffisamment clairs et précis, le champ d'application de la loi pénale et celui des immunités qu'il instaure (Cons. const., déc. n° 98-399 DC du 5 mai 1998, cons. 7 ; déc. n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, cons. 57 ; déc. n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, cons. 25 et 28 à 30). Cette exigence s'applique également lorsqu'une disposition autorise, au sens de l'article 122-4 du code pénal, un comportement qui demeure pénalement réprimé hors des limites définies par la loi. Dans sa décision n° 2015-727 DC, le Conseil n'a ainsi admis l'immunité contestée qu'après avoir relevé que le législateur avait précisément défini les actions autorisées, les personnes susceptibles d'en bénéficier et les actes couverts, et que le pouvoir réglementaire ne pouvait en modifier le périmètre. La question constitutionnelle n'est donc pas de savoir si un médecin est capable de porter une appréciation clinique, mais si la loi lui fournit des critères juridiques suffisamment déterminés pour que cette appréciation ne fixe pas elle-même la frontière de la responsabilité pénale.

En l'espèce,

Le (I) de l'article L. 1111-12-1 permet l'administration de la substance par un médecin ou un infirmier lorsque la personne n'est « *physiquement pas en mesure* » de se l'administrer elle-même. Son (II) précise que les personnes qui concourent à l'exercice du droit dans les conditions légales ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du Code pénal. La condition tenant à l'impossibilité physique ne constitue donc pas une simple modalité technique : elle détermine le passage de l'auto-administration à l'administration directe par un tiers et, par là même, le périmètre de l'acte légalement autorisé. Hors de ce périmètre, l'administration volontaire d'une substance létale relève du droit pénal général.

Or, la loi ne précise ni la nature ni le degré de l'empêchement corporel requis, ni si une incapacité seulement ponctuelle ou relative suffit. Les vérifications et la traçabilité prévues au stade de l'administration permettent de consigner l'appréciation du professionnel ; elles ne donnent toutefois aucun contenu légal supplémentaire au critère dont dépend son intervention directe. Le professionnel appelé à administrer la substance se trouve ainsi conduit à qualifier lui-même la condition qui autorise son geste et délimite le bénéfice de l'irresponsabilité pénale. La compétence médicale du praticien ne saurait, à elle seule, tenir

lieu du garde-fou législatif exigé lorsqu'est en cause la frontière entre deux actes matériellement distincts et pénalement opposés.

Cette lacune n'est pas théorique. Au moment du geste, une personne peut demeurer corporellement capable de s'administrer la substance tout en étant empêchée de l'accomplir par l'angoisse, la peur, l'ambivalence ou une inhibition psychologique. Ces états peuvent révéler que la personne renonce à passer à l'acte sans constituer une impossibilité physique. Leur assimilation au critère légal permettrait à un tiers d'accomplir le geste au moment même où l'absence d'initiative de la personne peut traduire un doute sur la persistance de sa volonté. L'expression contestée ne peut donc recevoir qu'un sens corporel strict, distinct de toute impossibilité psychologique ou volitive.

Il est dès lors demandé au Conseil constitutionnel :

- de déclarer que le (I) de l'article L. 1111-12-1 doit bénéficier de la réserve selon laquelle l'expression « *physiquement pas en mesure* » soit entendue comme visant exclusivement une incapacité corporelle objectivement constatée, existant préalablement au jour de l'administration et empêchant matériellement la personne d'accomplir elle-même le geste d'administration ; qu'elle ne puisse inclure une hésitation, une angoisse, une inhibition psychologique, une abstention, un refus ou une rétractation, lesquels imposent au contraire de ne pas procéder à l'administration par un tiers ; qu'elle exclut une incapacité apparemment physique mais survenant le jour-même de l'administration ; et que la constatation de cette incapacité soit consignée conformément à l'article L. 1111-12-9.

***

2. Sur l'article 4 de la loi : l'insuffisante délimitation des conditions médicales d'accès

En droit,

Les conditions prévues aux 3° et 4° de l'article L. 1111-12-2 déterminent à la fois les personnes auxquelles l'aide à mourir est ouverte et, par le renvoi opéré par le II de l'article L. 1111-12-1, le champ de l'acte légalement autorisé au sens de l'article 122-4 du code pénal. Il résulte de l'article 34 de la Constitution et de l'article 8 de la Déclaration de 1789 que le législateur doit fixer la limite juridique au-delà de laquelle un acte qui demeure, hors du dispositif, pénalement réprimé devient autorisé. Lorsque cette limite conditionne en outre une décision irréversible, son insuffisante détermination prive de garanties légales la dignité de la personne humaine et la liberté personnelle.

2.1. Sur la « *phase avancée* »

Le 3° ne laisse certes pas la « *phase avancée* » sans aucune définition. Il la caractérise par l'entrée dans un processus irréversible, marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade et affectant sa qualité de vie, l'affection devant en outre être grave, incurable et engager le pronostic vital. Le présent grief ne porte donc pas sur une absence totale de définition, mais sur le flou juridique résultant de la définition retenue.

Pris ensemble, ces éléments décrivent une évolution défavorable de la maladie, mais ils n'établissent aucun rapport temporel suffisamment déterminé entre cette évolution et le décès. La référence à la qualité de vie n'est pas isolément contestée : elle s'ajoute à l'irréversibilité et à l'aggravation sans leur conférer de limite temporelle. Une affection chronique ou neurodégénérative peut satisfaire cumulativement à ces caractères tout en laissant subsister plusieurs années voire dizaines d'années de vie. Selon la conception

clinique qui serait retenue de la « *phase avancée* », une même situation peut ainsi relever ou non du champ de l'autorisation légale.

Dans son avis du 4 avril 2024, le Conseil d'État n'avait écarté le grief d'incompétence négative qu'en rattachant la condition alors formulée comme un engagement du pronostic vital « *à court ou moyen terme* » à un horizon n'excédant pas douze mois. Cette analyse n'a pas valeur de norme constitutionnelle ; elle met néanmoins en évidence la fonction du repère temporel qui permettait de transformer une appréciation médicale en condition juridique contrôlable. Sa disparition dans le texte de loi présentement analysé modifie substantiellement le champ de la dérogation instituée.

Le droit comparé confirme que la fixation d'un pronostic chiffré est une technique législative raisonnable lorsque le dispositif est conçu comme une mesure de fin de vie. La Nouvelle-Zélande retient une maladie terminale susceptible d'entraîner le décès dans les six mois. Dans plusieurs états australiens, le délai est fixé à six mois, porté à douze mois pour certaines affections neurodégénératives, tandis que le Queensland retient douze mois. Aux États-Unis, le modèle de l'Oregon, repris dans plusieurs législations d'États, repose également sur un pronostic de six mois. Ces exemples montrent qu'un pronostic demeure une appréciation médicale tout en pouvant être juridiquement borné par un délai extérieur et contrôlable[12,13,14].

L'incertitude inhérente à tout pronostic ne justifie pas l'absence totale de bornes légales. Un délai de six ou douze mois n'est pas une certitude mathématique sur la date du décès ; il constitue un filtre juridique fondé sur une appréciation médicale raisonnable. À l'inverse, la définition française permet au praticien de déterminer non seulement si les faits médicaux sont établis, mais encore la conception temporelle de la « *phase avancée* » qui déclenche l'autorisation. Le législateur n'a donc pas suffisamment délimité le champ d'application de la dérogation pénale et a privé de garanties légales les exigences constitutionnelles entourant une décision irréversible.

Il est donc demandé au Conseil constitutionnel :

- à titre principal, de déclarer que le 3° de l'article L. 1111-12-2 nécessite la réserve que les mots « *en phase avancée* » ne puissent être interprétés comme couvrant une affection dont l'évolution médicalement prévisible n'est pas susceptible d'entraîner le décès dans un délai n'excédant pas douze mois ;
- à titre subsidiaire, si une telle interprétation ne pouvait être rattachée au texte adopté, de déclarer contraire à la Constitution le 3° de l'article L. 1111-12-2 et, par voie de conséquence, les dispositions qui en sont inséparables.

---

12 Oregon, Death with Dignity Act : maladie terminale devant conduire au décès dans les 6 mois : https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/faqs.aspx ; voir également Colorado, définition du « *prognosis of six months or less* » : https://leg.colorado.gov/sites/default/files/2024a_068_signed.pdf ; Californie, California Department of Public Health, End of Life Option Act : www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/pages/end-of-life-option-act-.aspx

13 Victoria : décès attendu dans un délai maximal de 6 mois, ou 12 mois en cas de maladie neurodégénérative : https://www.health.vic.gov.au/voluntary-assisted-dying/what-process-do-my-doctor-and-i-need-to-follow ; Nouvelle-Galles du Sud : https://www.health.nsw.gov.au/voluntary-assisted-dying/Pages/eligibility.aspx ; Australie-Méridionale : https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public%2Bcontent/sa%2Bhealth%2Binternet/resources/who%2Bcan%2Baccess%2Bvoluntary%2Bassisted%2Bdying ; Queensland : décès attendu dans les douze mois : https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/voluntary-assisted-dying/explained/eligibility

14 Nouvelle-Zélande, End of Life Choice Act 2019, art. 5 : nécessité d'une maladie terminale susceptible d'un décès sous 6 mois : www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/dlm7285905.html

2.2. Sur la souffrance invoquée après refus ou arrêt d'un traitement

Le 4° permet de retenir une souffrance « *insupportable selon la personne* » lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement. Le grief ne tend pas à imposer un traitement à une personne qui le refuse, ni à subordonner l'exercice de sa liberté personnelle à l'épuisement de toutes les thérapeutiques possibles. Il tient à ce que, dans cette hypothèse particulière, le refus ou l'arrêt du traitement devient un élément constitutif de la situation ouvrant accès à l'acte létal.

La garantie de la volonté libre et éclairée serait privée d'effet si la souffrance résultant du traitement non reçu pouvait être regardée comme éligible sans que le médecin ait vérifié que le refus a été précédé d'une information individualisée sur ses conséquences prévisibles et sur les alternatives effectivement disponibles, et qu'il demeure libre et éclairé au moment de la décision. Cette vérification ne permet pas au médecin de substituer son appréciation à celle de la personne et ne lui impose pas d'accepter le traitement, elle évite que la liberté de refuser soit confondue avec une présomption automatique d'éligibilité à l'aide à mourir.

Il est ainsi demandé au Conseil constitutionnel :

- De déclarer que le 4° de l'article L. 1111-12-2 soit assorti de la réserve selon laquelle, lorsque la souffrance invoquée est devenue insupportable après le refus ou l'arrêt d'un traitement, ce choix ne puisse concourir à l'éligibilité qu'après vérification de son caractère libre et éclairé, au regard d'une information individualisée sur ses conséquences prévisibles et sur les alternatives effectivement disponibles, sans que la personne puisse être tenue d'accepter le traitement.

***

3. Sur les articles 5 à 7 de la loi : les garanties de la volonté libre et éclairée

En droit,

Dans les décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 (§7 à 14) et n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 (§6 à 16), le Conseil constitutionnel a jugé qu'il appartient au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale, de déterminer les conditions des décisions de fin de vie dans le respect de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de la liberté personnelle. Lorsque la seconde manifestation de volonté conditionne un acte irréversible ayant directement pour objet de provoquer la mort, ces exigences commandent que le législateur garantisse qu'elle soit précédée d'une information suffisante sur la nature, les effets prévisibles et les risques significatifs de l'acte envisagé.

3.1. Sur le contenu et la chronologie de l'information

Le 5° du II de l'article L. 1111-12-3 prévoit, avant la formalisation de la demande, une information générale sur les conditions d'accès et les modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir. Le VI de l'article L. 1111-12-4 réserve toutefois à un stade postérieur à la confirmation l'information orale et écrite sur les « *modalités d'action* » de la substance létale, ainsi que la détermination avec la personne des modalités de son administration. La loi ne garantit donc pas qu'avant de confirmer sa demande la personne sache comment la substance agira sur son organisme, selon quel déroulement matériel prévisible, dans quels délais, ni quels risques, complications ou aléas significatifs sont connus pour le protocole qui lui sera proposé. La formule générale relative aux « *modalités de mise en œuvre* » ne peut être regardée comme comblant cette lacune, dès lors que le législateur a expressément

reporté après la confirmation l'information plus précise sur les modalités d'action de la substance.

Cette chronologie affecte directement la qualité de la seconde manifestation de volonté. Il n'est pas demandé que la loi énumère les molécules, les doses ou l'intégralité d'un protocole pharmaceutique, lesquels pourront être précisés par les textes et recommandations d'application. En revanche, la loi doit garantir qu'une fois le protocole suffisamment déterminé, la personne reçoive avant sa confirmation, sous une forme compréhensible et adaptée, les informations essentielles sur l'action attendue de la substance, le déroulement prévisible de l'administration et les risques ou aléas significatifs connus. À défaut, la liberté personnelle et la dignité de la personne sont privées de garanties légales, puisque la confirmation peut intervenir avant que son auteur ne dispose des éléments susceptibles d'influer de manière décisive sur son choix. Un futur décret ne saurait, à lui seul, corriger la chronologie fixée par la loi, sauf à retenir de celle-ci une interprétation conforme imposant que cette information précède la confirmation.

Les données médicales disponibles convergent sur l'existence de tels aléas, tout en portant sur les deux voies d'administration que la loi française autorise. L'étude de Groenewoud et autres a identifié, dans les pratiques néerlandaises, des difficultés techniques, des complications et des problèmes d'achèvement tant en matière d'euthanasie que de suicide assisté.15 Une étude canadienne portant sur 3 557 administrations intraveineuses a rapporté des difficultés principalement liées à l'accès veineux ou à la nécessité d'administrer un médicament supplémentaire.16 Les rapports officiels de l'Oregon montrent, pour l'auto-administration orale, une variabilité importante du délai entre l'ingestion et le décès.17 Ces sources n'ont pas pour objet de prédire la fréquence future des incidents en France ; elles établissent que l'administration létale n'est pas nécessairement instantanée, uniforme ni exempte de difficultés connues. Elles rendent ainsi concrète la nécessité d'une information préalable sur l'action et les risques du protocole effectivement envisagé. La lacune est bien législative : la loi reporte l'information sur les modalités d'action *après* la confirmation et ne garantit, avant celle-ci, aucune information spécifique sur ces risques.

Lorsque le protocole retenu ne bénéficie pas d'un recul suffisant pour exclure d'autres difficultés ou effets significatifs, l'information ne peut se limiter aux seuls incidents déjà quantifiés. Elle doit également porter, dans des termes adaptés, sur l'existence et la portée de cette incertitude. Il ne s'agit pas d'imposer l'énumération de risques purement hypothétiques, mais d'éviter que l'absence de données suffisantes soit présentée comme l'absence de tout risque.

3.2. Sur la confirmation, le discernement et les garanties temporelles

3.2.1. Sur l'absence de recueil solennel et indépendant de la confirmation

---

15 J. H. Groenewoud, A. van der Heide, B. D. Onwuteaka-Philipsen et autres, « *Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands* », New England Journal of Medicine, 2000, vol. 342, n° 8, p. 551-556, doi : 10.1056/NEJM200002243420805. https://doi.org/10.1056/NEJM200002243420805

16 I. Stukalin, O. R. Olaiya, V. Naik et autres, « Medications and dosages used in medical assistance in dying: a cross-sectional study », CMAJ Open, 2022, vol. 10, n° 1, p. E19-E26, doi : 10.9778/cmajo.20200268. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8920593/

17 Oregon Health Authority, Public Health Division, Center for Health Statistics, « Oregon Death with Dignity Act: 2025 Data Summary », révisé le 17 juin 2026, p. 10 et tableau 5, p. 22 : en 2025, le délai documenté entre l'ingestion et le décès s'étendait de trois minutes à cent vingt-trois heures. https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year28.pdf

Le (III) de l'article L. 1111-12-3 exige que la demande initiale soit formalisée par écrit ou, lorsque la personne n'est pas en mesure de le faire, par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités. En revanche, le premier alinéa du V de l'article L. 1111-12-4 prévoit seulement qu'après l'expiration d'un délai minimal de deux jours, la personne peut confirmer « *au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale* ». Le 2° de l'article L. 1111-12-11 renvoie au décret en Conseil d'État la détermination de la forme et du contenu de cette confirmation.

La loi ne garantit donc pas que la plus grave des manifestations de volonté soit écrite ni matériellement authentifiée, ni qu'elle soit recueillie par une personne indépendante du médecin qui s'est prononcé sur la demande. Le même médecin conduit la procédure, prend la décision favorable, la notifie à la personne et reçoit ensuite la confirmation permettant la poursuite de la procédure. Cette concentration de pouvoirs empêche qu'un tiers extérieur garantisse, avant l'accomplissement de l'acte irréversible, l'identité de la personne, le caractère personnel et non équivoque de sa déclaration, l'absence de pression et la réalité de l'information sur laquelle repose son choix.

La vérification de la volonté opérée le jour de l'administration ne remédie pas à cette carence. Elle intervient dans l'immédiateté de l'acte, devant un professionnel participant à sa mise en œuvre et rémunéré pour ce faire.

Lorsque la manifestation de volonté considérée autorise un acte ayant directement et irréversiblement pour objet de provoquer la mort, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de sa liberté personnelle exige que la loi garantisse non seulement l'existence de cette volonté, mais encore son recueil dans des conditions permettant d'en établir avec certitude le caractère personnel, libre et éclairé.

Le droit positif illustre la fonction protectrice d'un tel formalisme dans des matières qui mettent également en jeu le corps humain ou des décisions personnelles irréversibles : le donneur vivant d'un organe exprime son consentement devant le président du Tribunal judiciaire, lequel doit s'assurer qu'il est libre et éclairé. Le recours à une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur donne lieu à un acte authentique devant notaire, de même que l'accueil d'un embryon.

Ces régimes montrent qu'il revenait au législateur de distinguer le consentement médical ordinaire d'une manifestation de volonté dont la gravité justifie une solennité particulière et l'intervention d'un tiers chargé d'en garantir l'authenticité. Il serait paradoxal que le consentement à un prélèvement d'organe sur une personne vivante, qui est accompli dans l'intérêt thérapeutique d'autrui sans avoir pour objet de provoquer le décès du donneur, soit vérifié par un magistrat, tandis que la manifestation finale de volonté autorisant l'administration d'une substance destinée à provoquer la mort pourrait être recueillie oralement par le seul médecin décisionnaire et rémunéré à cet effet.

La garantie requise n'aurait ni pour objet ni pour effet de transférer au notaire ou au magistrat l'appréciation des conditions médicales d'éligibilité. Son office serait circonscrit à la vérification de l'identité de la personne, du caractère personnel, non équivoque, libre et éclairé de sa confirmation, de l'absence de pression apparente et de la délivrance préalable des informations prévues par la loi.

Cette formalité ne porterait pas une atteinte disproportionnée à l'autonomie de la personne. Lorsque son état ne lui permet pas de se déplacer, le recueil pourrait être effectué à son domicile ou dans son lieu de prise en charge. Lorsqu'elle ne peut écrire ou signer, sa volonté pourrait être exprimée par tout mode adapté, constaté au procès-verbal.

En abandonnant au pouvoir réglementaire la forme et le contenu de la manifestation de volonté qui ouvre la phase exécutoire de la procédure, sans imposer ni sa formalisation durable ni son recueil par une autorité indépendante, le législateur n'a pas fixé lui-même une garantie essentielle relevant de l'article 34 de la Constitution. Il a, ce faisant, privé de

garanties légales la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et la liberté personnelle.

3.2.2. Sur l'appréciation du discernement

Le second alinéa du (I) de l'article L. 1111-12-4 prévoit qu'une personne dont le discernement est « *gravement altéré* » lors de la démarche ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. Cette disposition énonce une cause certaine d'exclusion ; elle ne définit pas, à elle seule, la condition positive posée par le 5° de l'article L. 1111-12-2. Elle ne saurait donc être lue *a contrario* comme instituant une présomption d'aptitude dès lors que l'altération constatée n'atteint pas le seuil, non défini, de la gravité. Une altération moins intense peut, dans une situation déterminée, suffire à empêcher une décision libre, stable ou suffisamment éclairée.

La loi contestée n'impose pas, dans cette hypothèse, l'examen de la personne par un professionnel spécialement compétent dans l'évaluation des troubles susceptibles d'affecter le discernement ; le médecin spécialiste de la pathologie réuni au collège peut lui-même décider de ne pas l'examiner. Il en résulte que l'absence d'altération « *grave* » ne peut suffire à tenir la condition du 5° pour remplie. Lorsque les informations médicales recueillies font apparaître une altération susceptible d'affecter le processus de décision, la dignité de la personne et sa liberté personnelle exigent que les éléments médicaux disponibles permettent d'établir positivement que cette altération ne l'empêche pas de manifester une volonté libre et éclairée. À défaut, le législateur aurait privé ces exigences de garanties légales en transformant une condition qui doit être vérifiée en une simple présomption.

La faculté laissée au second médecin de ne pas examiner personnellement la personne ne saurait dès lors être exercée lorsque le dossier fait apparaître un élément médical objectivement susceptible d'affecter le discernement ou lorsqu'existe une divergence entre les informations disponibles. Dans ces hypothèses, un avis rendu sans examen personnel ne peut constituer une garantie effective de la condition de volonté libre et éclairée.

3.2.3 Sur les garanties temporelles

Le premier alinéa du (V) de l'article L. 1111-12-4 autorise la confirmation dès l'expiration d'un délai minimal de deux jours suivant la notification de la décision favorable. Il est exact qu'aucun délai chiffré n'est, de manière abstraite, imposé par la Constitution et que la personne demeure libre d'attendre davantage. Le grief porte sur un autre point : la loi fait de cette seconde manifestation de volonté une garantie propre de la procédure, tout en permettant qu'elle intervienne quarante-huit heures seulement après la décision, sans prévoir ensuite aucun délai minimal avant l'administration. Le délai de deux jours est donc le seul intervalle temporel légalement garanti entre l'autorisation et une confirmation susceptible d'être immédiatement suivie de la mise en œuvre de l'acte létal.

Les connaissances disponibles sur les états suicidaires montrent que, lorsqu'une dimension suicidaire, anxieuse ou dépressive intervient dans la demande, l'intensité de la volonté de mourir et les facteurs qui l'alimentent peuvent connaître des variations rapides.

En effet, la Haute Autorité de santé décrit la crise suicidaire comme une crise psychique marquée par l'ambivalence[18]. Des travaux fondés sur des évaluations répétées en temps réel observent des fluctuations substantielles des idées suicidaires sur des périodes de quelques heures ou de quelques jours. Cela exclue que la seule expiration de quarante-huit heures puisse être tenue pour une preuve suffisante de stabilité de la volonté.

Compte tenu de l'irréversibilité de l'acte et de la finalité protectrice que le législateur a lui-même assignée à la confirmation, le délai minimal de deux jours ne peut être regardé comme une garantie suffisante que si son expiration ne dispense pas d'une vérification de

18 Haute Autorité de santé, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, notamment sur l'ambivalence caractéristique de la crise suicidaire : https://www.has-sante.fr/jcms/c_266786/fr/crise-suicidaire-recommandations-version-longuepdf

la condition prévue au 5° de l'article L. 1111-12-2. Il ne s'agit ni de conférer au médecin le pouvoir de fixer un nouveau délai légal, ni d'imposer une durée uniforme que la Constitution ne détermine pas. Il s'agit d'exclure que la confirmation soit valablement recueillie par le seul effet de l'écoulement de deux jours lorsque les éléments médicaux disponibles révèlent une altération aiguë ou transitoire, une ambivalence persistante ou une fluctuation de la volonté. Dans une telle hypothèse, la procédure ne peut se poursuivre tant que la condition d'une volonté libre et éclairée n'est pas positivement établie.

Le texte organise enfin deux réévaluations distinctes liées à l'écoulement de trois mois. D'une part, lorsque la confirmation elle-même intervient plus de trois mois après la notification de la décision favorable, le second alinéa du V de l'article L. 1111-12-4 impose au médecin d'évaluer à nouveau le caractère libre et éclairé de la volonté. D'autre part, lorsque la date d'administration retenue est postérieure de plus de trois mois à cette notification, le I de l'article L. 1111-12-5 impose une nouvelle évaluation à l'approche de cette date, selon les modalités du même alinéa. Dans les deux hypothèses, la mise en œuvre de la procédure collégiale prévue au II de l'article L. 1111-12-4 demeure subordonnée aux mots « *si besoin* ».

En reconnaissant qu'un délai supérieur à trois mois justifie une nouvelle évaluation, le législateur a lui-même identifié une situation dans laquelle la volonté initialement appréciée ne peut être présumée inchangée. Il ne pouvait toutefois laisser au seul médecin, sans aucun critère légal, le soin de décider si la procédure collégiale qui constitue le mécanisme légal de vérification des conditions des 3° à 5° devait ou non être reprise. Les mots « *si besoin* » ne constituent pas une simple modalité clinique : ils rendent optionnelle la seule garantie procédurale structurée par la loi dans une hypothèse où celle-ci impose pourtant une réévaluation. En s'abstenant de déterminer les conditions dans lesquelles cette garantie doit être mise en œuvre, le législateur n'a pas pleinement exercé la compétence que lui confie l'article 34 de la Constitution et a privé de garanties légales la dignité et la liberté personnelle. La censure des seuls mots « *si besoin* » ne crée aucune procédure nouvelle : elle rend obligatoire, dans les deux hypothèses temporelles expressément prévues par la loi, la procédure collégiale que le législateur a déjà définie au II. Ce grief ne repose pas sur une prétendue absence d'obligation de vérifier le maintien des conditions jusqu'à l'administration, l'article L. 1111-12-8 imposant déjà l'arrêt de la procédure lorsqu'elles cessent d'être remplies. Il vise exclusivement le caractère facultatif de la reprise de la procédure collégiale aux deux échéances de trois mois expressément instituées par la loi ; il est, à ce titre, distinct du moyen tiré de l'accès au juge contre une décision contestée.

3.3. Sur l'accès effectif aux accompagnements proposés

Le onzième alinéa du Préambule de 1946 ne sera pas ici invoqué comme consacrant un droit subjectif à obtenir immédiatement une prestation déterminée ou un résultat thérapeutique. Toutefois, les 2° et 3° du II de l'article L. 1111-12-3 ont eux-mêmes érigé l'accès aux soins palliatifs et à la consultation psychologique ou psychiatrique, lorsque la personne le souhaite, en garantie individuelle de la procédure. L'obligation faite au médecin de « *s'assurer* » que la personne puisse « *effectivement* » y accéder serait privée de portée si elle pouvait être satisfaite par une simple information ou une orientation formelle, tandis que la procédure létale se poursuivrait avant qu'une possibilité concrète ne lui ait été offerte. Lorsque la personne demande à bénéficier de cet accompagnement, elle doit donc être réellement mise en mesure d'y accéder dans un délai compatible avec son état avant l'administration, sauf renonciation expresse et éclairée de sa part. Cette exigence ne l'oblige ni à accepter les soins ni à en attendre un résultat ; elle donne effet à la garantie que le législateur a lui-même instituée.

Il est donc demandé au Conseil constitutionnel :

- à titre principal, d'assortir le premier alinéa du V de l'article L. 1111-12-4 de la réserve selon laquelle la confirmation de la demande ne peut être regardée comme valablement recueillie que si elle est formalisée de manière durable et reçue par un notaire ou par le président du tribunal judiciaire ou le magistrat qu'il désigne, indépendant du médecin décisionnaire et des professionnels participant à l'administration, après vérification de l'identité de la personne, du caractère personnel, non équivoque, libre et éclairé de sa volonté, de l'absence de pression apparente et de la délivrance préalable des informations prévues par la loi ; lorsque la personne n'est pas en mesure d'écrire ou de signer, sa volonté devant pouvoir être exprimée par tout mode adapté et constatée dans l'acte authentique ou dans le procès-verbal, sans que cette formalité fasse obstacle à la révocation sans forme et à tout moment de la demande jusqu'à l'administration ;
    - o à titre subsidiaire, si une telle réserve ne pouvait être rattachée au texte adopté, de déclarer contraire à la Constitution le premier alinéa du V de l'article L. 1111-12-4 ainsi que, par voie de conséquence, les dispositions des articles L. 1111-12-5 à L. 1111-12-8 permettant la poursuite de la procédure après la confirmation, en tant qu'elles lui sont inséparables, afin que la censure ne puisse avoir pour effet de permettre la prescription, la préparation, la délivrance ou l'administration de la substance létale sans une confirmation valablement recueillie ;
- d'assortir les dispositions combinées du 5° du II de l'article L. 1111-12-3 et du VI de l'article L. 1111-12-4 de la réserve selon laquelle elles ne sauraient permettre que la confirmation intervienne avant que la personne ait reçu, sous une forme compréhensible et adaptée, une information suffisante sur l'action attendue de la substance, le déroulement prévisible de son administration et les risques ou aléas significatifs connus du protocole envisagé ainsi que les incertitudes significatives résultant de l'absence de recul suffisant sur celui-ci ;
- de déclarer l'article L. 1111-12-9 comme nécessitant la réserve que la traçabilité prévue à chaque étape porte sur la confirmation elle-même et sur la délivrance préalable de l'information mentionnée ci-dessus ;
- de déclarer les dispositions combinées du 5° de l'article L. 1111-12-2 et du second alinéa du I de l'article L. 1111-12-4 comme requérant la réserve que les mots « *gravement altéré* » ne puissent être interprétés comme instituant une présomption d'aptitude pour les altérations de moindre intensité et que, lorsque les informations médicales recueillies font apparaître une altération susceptible d'affecter le processus de décision, la condition de volonté libre et éclairée ne puisse être regardée comme remplie tant que les éléments médicaux disponibles ne permettent pas d'établir positivement que cette altération ne l'empêche pas ;
- de déclarer le premier alinéa du V de l'article L. 1111-12-4 comme nécessitant la réserve que la seule expiration du délai minimal de deux jours ne puisse valoir constat de stabilité de la volonté et que la confirmation ne puisse être recueillie que si le médecin vérifie, à cette date, que la condition prévue au 5° de l'article L. 1111-12-2 demeure positivement remplie, notamment au regard de tout élément médical révélant une altération aiguë ou transitoire, une ambivalence persistante ou une fluctuation de la volonté ;
- de déclarer contraires à la Constitution les mots « *si besoin* » figurant au second alinéa du V de l'article L. 1111-12-4 ;
- de déclarer les 2° et 3° du II de l'article L. 1111-12-3 comme nécessitant la réserve que, lorsque la personne demande à bénéficier des soins palliatifs ou de la consultation proposée, l'obligation de s'assurer de son accès effectif ne puisse être regardée comme satisfaite par une orientation purement formelle et que l'administration ne puisse intervenir avant qu'une possibilité concrète lui ait été offerte dans un délai compatible avec son état, sauf renonciation expresse et éclairée, sans obligation d'accepter la prise en charge ;

- d'assortir le 1° du II de l'article L. 1111-12-4 de la réserve selon laquelle le second médecin ne puisse renoncer à l'examen personnel de la personne lorsque le dossier fait apparaître une affection, un trouble, une altération ou une divergence objectivement susceptible d'affecter l'appréciation de sa volonté libre et éclairée.

***

4. Sur les articles 5, 6, 10 et 12 de la loi : les garanties propres aux majeurs protégés

En droit,

En application de l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de fixer les garanties fondamentales entourant l'exercice des libertés publiques. Lorsqu'il ouvre l'accès à un acte irréversible à des personnes dont une décision judiciaire a constaté l'altération des facultés et organisé la protection, il doit assurer une conciliation qui ne soit pas manifestement déséquilibrée entre leur autonomie, la sauvegarde de leur dignité et leur liberté personnelle. La mesure de protection n'emporte certes aucune présomption générale d'incapacité. Mais elle impose, en revanche, que les garanties prévues pour permettre à la personne d'exercer elle-même ses droits soient effectives et adaptées à la vulnérabilité juridiquement constatée.

Les décisions n° 2018-730 QPC du 14 septembre 2018, n° 2023-1076 QPC du 18 janvier 2024 et n° 2026-1191 QPC du 3 avril 2026 ont été rendues en matière pénale et sur le fondement des droits de la défense. Elles ne sont donc pas directement transposables. Par analogie, elles montrent que, lorsque l'altération des facultés d'une personne est susceptible de l'empêcher d'exercer effectivement un droit qui lui appartient personnellement, le législateur doit assortir cet exercice de garanties permettant une assistance effective, sans transfert du pouvoir de décision19. Appliquée à la présente loi, cette exigence d'effectivité se rattache non aux droits de la défense, mais à la dignité et à la liberté personnelle, dont la volonté libre et éclairée constitue ici la garantie centrale.

Les articles 425 et 459 du code civil ne sont pas invoqués comme des normes de constitutionnalité. Ils illustrent la fonction de la mesure : protéger la personne tout en recherchant son autonomie, l'assistance n'intervenant que lorsque son état ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée20. Le caractère strictement personnel de la demande d'aide à mourir interdit au protecteur de consentir, de refuser ou de décider à la place du majeur. Il n'interdit nullement que celui-ci fournisse les informations nécessaires à l'évaluation de la volonté propre de la personne et l'assiste dans l'exercice effectif de son droit. Confondre décision personnelle et isolement procédural priverait précisément la mesure de protection de sa fonction.

En l'espèce,

---

19 Cons. const., déc. n° 2018-730 QPC du 14 septembre 2018, §8 à 10 ; déc. n° 2023-1076 QPC du 18 janvier 2024, §9, 10 et 15 ; déc. n° 2026-1191 QPC du 3 avril 2026, §8 à 10. Par analogie, ces décisions montrent que, lorsque l'altération des facultés d'une personne est susceptible de l'empêcher d'exercer effectivement un droit qui lui appartient personnellement, le législateur doit assortir cet exercice de garanties permettant une assistance effective, sans transfert du pouvoir de décision.

20 Code civil, art. 425, 459 et 431. L'article 425 rattache la mesure à la protection de la personne ; l'article 459 organise l'assistance lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée ; l'article 431 confie au médecin inscrit sur la liste du procureur l'établissement du certificat circonstancié nécessaire à l'ouverture de la mesure ;

Le médecin doit informer la personne chargée de la mesure, recueillir ses observations et les communiquer au collège pluriprofessionnel. La loi ne détermine toutefois ni la portée de ces observations ni les conséquences d'éléments précis mettant en cause le discernement, l'absence de pression ou le maintien d'une autre condition légale. Une consultation qui pourrait être accomplie puis silencieusement écartée serait purement formelle.

La décision du médecin étant déjà soumise à une exigence de motivation, une lecture constitutionnellement adéquate consiste à imposer que les observations portant sur des faits précis, vérifiables et directement pertinents pour une condition légale soient expressément examinées dans cette motivation. Lorsque le médecin les écarte, il doit indiquer, de façon concise, les éléments objectifs sur lesquels repose cette appréciation ou les vérifications complémentaires accomplies. Cette exigence ne confère aucun veto au protecteur et ne commande pas la divulgation d'informations étrangères à la décision. Le respect de la vie privée et du secret médical demeure assuré par une motivation limitée à ce qui est strictement nécessaire ; compte tenu de l'irréversibilité de l'acte, il ne saurait en revanche justifier que des objections déterminantes restent sans réponse.

La loi prévoit en outre que le médecin peut solliciter l'avis d'un médecin inscrit sur la liste mentionnée à l'article 431 du code civil. Cette inscription atteste que le praticien est habilité à établir le certificat circonstancié nécessaire à l'ouverture d'une mesure de protection ; elle ne constitue ni une spécialité médicale autonome ni la garantie qu'il possède, dans chaque dossier, la compétence clinique correspondant au trouble susceptible d'altérer le discernement. La difficulté constitutionnelle ne tient donc pas à l'absence d'intervention obligatoire de ce médecin déterminé. Elle tient à ce que, même lorsque la décision judiciaire, les observations du protecteur ou le dossier médical identifient une affection ou un trouble précis susceptible d'altérer le discernement, la loi permet qu'aucun médecin distinct du médecin décisionnaire, compétent pour cette affection ou ce trouble, n'examine personnellement la personne. Dans cette hypothèse objectivement définie, une décision favorable ne peut être prise sans un examen personnel et un avis écrit d'un médecin distinct dont la spécialité se rapporte directement à l'affection ou au trouble identifié. Le médecin inscrit sur la liste de l'article 431 du Code civil peut remplir cette fonction s'il justifie de cette compétence ; son inscription ne saurait, à elle seule, la présumer.

La consultation du protecteur n'est par ailleurs prévue qu'au stade de l'évaluation initiale. Or, la confirmation constitue une nouvelle manifestation de volonté, susceptible d'intervenir après plusieurs jours, semaines ou mois. Le renouvellement de l'information et du recueil des observations à ce stade ne transfère aucune décision au protecteur : il permet seulement que le médecin dispose d'éléments actualisés sur le discernement, les pressions éventuelles et l'évolution de la situation. La garantie doit donc être renouvelée avant la confirmation pour toute personne qui fait encore l'objet d'une mesure de protection, sans que le protecteur dispose d'un droit d'autorisation ou d'opposition.

Enfin, l'identification même de la mesure n'est pas garantie pendant la période transitoire. L'article 427-1 du code civil prévoit un registre national dématérialisé couvrant les différentes mesures de protection, dont l'entrée en vigueur devait intervenir au plus tard le 31 décembre 2026. La loi déférée reporte pourtant jusqu'au 31 décembre 2028 l'obligation faite au médecin de consulter ce registre21. Ce choix révèle que le législateur a lui-même regardé

21 Code civil, art. 427-1 ; code de procédure civile, art. 1059, 1061 et 1233 ; loi n° 2024-317 du 8 avril 2024, art. 18. Le registre national devait entrer en vigueur au plus tard le 31 décembre 2026, tandis que la loi déférée diffère jusqu'au 31 décembre 2028 l'obligation particulière de consultation. La mention marginale « RC » renvoie au répertoire civil sans révéler à elle seule le contenu actuel de la mesure ; l'article 1061 du code de procédure civile permet à toute personne intéressée d'obtenir une copie d'un extrait conservé au répertoire civil. Voir également Assemblée nationale, première séance du 26 juin 2026, intervention de Mme Stéphanie Rist, ministre, sur la vérification transitoire par l'acte de naissance (discussion de l'amendement n° 95) ; https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/premiere-seance-du-vendredi-26-juin-2026

une vérification officielle comme une garantie nécessaire, tout en autorisant pendant plus de deux ans le fonctionnement du dispositif sans cette garantie.

Les moyens informels évoqués pendant les débats ne présentent pas une valeur équivalente. La déclaration de la personne peut être affectée par l'altération même qui a justifié la mesure. Le dossier médical et le médecin traitant ne sont ni exhaustifs ni investis d'une mission de publicité des décisions judiciaires ; ils peuvent ignorer une mesure récente, sa modification, sa mainlevée, son étendue ou l'identité actuelle du protecteur. La famille ou le référent familial peuvent être mal informés, absents ou impliqués dans un conflit d'intérêts.

Une mesure récemment prononcée peut ne pas être immédiatement identifiable et, en tout état de cause, la mention « *RC* » portée en marge de l'acte de naissance ne révèle ni la nature ni l'étendue de la mesure, ni l'identité de la personne chargée de la protection ; elle doit être complétée par la consultation du document judiciaire correspondant. L'addition de sources partielles, déclaratives ou indirectes ne fournit donc pas une vérification officielle, actuelle et exhaustive comparable au registre national.

La réserve transitoire doit être praticable sans créer un registre prétorien. Jusqu'à ce que la consultation du registre soit effectivement opérationnelle, le médecin doit systématiquement obtenir une copie intégrale récente de l'acte de naissance lorsqu'un tel acte français existe. Si cet acte porte une mention « *RC* », ou si la déclaration de la personne, son dossier ou toute autre information fait apparaître l'existence possible d'une mesure, aucune décision favorable ne peut être prise avant l'obtention d'une copie de la décision judiciaire en vigueur ou d'une attestation du greffe compétent précisant la nature et l'étendue de la mesure ainsi que l'identité de la personne chargée de la protection. Lorsque cette vérification officielle ne peut être menée à son terme, la procédure doit être suspendue. Cette exigence ne repose pas sur la seule déclaration de la personne et ne prétend pas reconstruire l'intégralité du registre : elle impose le minimum documentaire nécessaire à l'application des garanties spéciales que la loi attache elle-même à l'existence d'une mesure.

Il est donc demandé au Conseil constitutionnel :

- de déclarer les dispositions combinées relatives au recueil des observations de la personne chargée de la mesure et à la motivation de la décision comme nécessitant la réserve que les observations faisant état de faits précis, vérifiables et directement pertinents pour une condition légale soient expressément examinées dans la décision motivée et que, si elles sont écartées, cette décision indique les éléments objectifs ou les vérifications complémentaires justifiant cet écart, sans que ces observations puissent se substituer à la volonté strictement personnelle de la personne ;
- de déclarer le 3° du II de l'article L. 1111-12-4 comme avec la réserve que, lorsque la décision instituant la mesure de protection, les observations du protecteur ou le dossier médical identifient une affection ou un trouble précis susceptible d'altérer le discernement, aucune décision favorable ne puisse être prise sans un examen personnel et un avis écrit d'un médecin distinct du médecin décisionnaire dont la spécialité se rapporte directement à cette affection ou à ce trouble ;
- de déclarer les dispositions combinées des articles L. 1111-12-3, L. 1111-12-4, L. 1111-12-8 et L. 1111-12-10 avec la réserve que, préalablement à la confirmation de la demande par une personne faisant toujours l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, la personne chargée de la mesure soit de nouveau informée et invitée à présenter des observations actualisées, sans disposer d'un pouvoir d'autorisation ou d'opposition ;
- de déclarer le II de l'article 5 sous la réserve que, jusqu'à la mise en service effective du registre mentionné à l'article 427-1 du code civil, le médecin procède à la vérification officielle et traçable décrite ci-dessus et qu'aucune décision favorable ne puisse être prise ou maintenue lorsque l'existence, la nature, l'étendue ou le titulaire d'une mesure signalée ne peuvent être officiellement établis.

***

5. Sur l'article 12 de la loi : le droit à un recours juridictionnel effectif

En droit,

Aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789, est garanti le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif. Le législateur peut encadrer la qualité pour agir afin de protéger un intérêt général ou les droits d'autrui, mais il ne peut porter une atteinte substantielle à cette garantie. Dans sa décision n° 2011-138 QPC du 17 juin 2011, le Conseil n'a admis la restriction litigieuse qu'en considération de son champ matériel limité et après avoir relevé qu'elle ne portait aucune atteinte au droit propre des membres de l'association d'exercer un recours. La question posée par la loi déférée n'est donc pas celle d'un droit général de la famille à s'opposer au choix intime d'une personne capable. Elle est celle de l'impossibilité absolue, pour toute personne ayant un intérêt direct, de soumettre au juge des éléments précis et sérieux indiquant que la décision favorable a été prise alors qu'une condition légale destinée à protéger la volonté de la personne n'était pas remplie.

Les décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 et n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 concernaient des patients hors d'état d'exprimer leur volonté et ne sont donc pas directement transposables, mais elles dégagent une exigence fonctionnelle pertinente : lorsque l'exécution d'une décision médicale est susceptible de conduire au décès, les garanties retenues par le Conseil comprennent la possibilité, pour une personne intéressée, d'exercer un recours en temps utile et pour le juge d'examiner dans les meilleurs délais une demande tendant à la suspension de cette décision. Dans la présente loi, l'acte autorisé n'a pas seulement pour conséquence possible le décès : il a directement pour objet de le provoquer. L'existence d'une demande actuelle de la personne ne saurait dès lors soustraire au juge la vérification de la légalité de l'autorisation lorsque sont produits des éléments circonstanciés mettant en cause la liberté ou l'éclairage de cette demande, l'absence de pression ou une autre condition protectrice. Le juge n'est pas appelé à substituer son choix à celui de la personne, mais à vérifier que l'acte irréversible demeure dans le champ exactement autorisé par le législateur.

Certes, le Conseil d'État a estimé, aux points 34 et 35 de son avis du 4 avril 2024, que le caractère intime de la demande permettait de réserver le recours au seul demandeur et qu'une personne intéressée pouvait, en cas d'erreur ou de fraude, saisir le procureur de la République. Cette analyse ne peut être transposée sans réserve au texte définitivement adopté. D'une part, l'intimité et l'autonomie justifient la confidentialité de la procédure et une définition exigeante de l'intérêt à agir ; elles ne sauraient transformer la décision favorable en acte soustrait à tout contrôle juridictionnel préventif. Les précédents constitutionnels cités par l'avis admettent des restrictions limitées, non l'exclusion totale de toute personne intéressée contre la seule décision que le bénéficiaire n'a, par construction, aucune raison de contester. D'autre part, une plainte adressée au procureur ne constitue pas un recours juridictionnel contre cette décision : elle ne saisit pas directement un juge, n'ouvre aucun droit à une décision dans un délai déterminé, ne permet pas le contrôle direct de toutes les conditions administratives de l'autorisation et n'emporte aucun effet suspensif. La circonstance que l'autorité judiciaire pourrait décider d'intervenir ne confère donc pas à la personne intéressée la garantie d'un examen indépendant avant l'administration. Enfin, le projet examiné en 2024 demeurait circonscrit à un pronostic vital engagé à court ou moyen terme, que le Conseil d'État rattachait à un horizon n'excédant pas douze mois ; le texte adopté a supprimé cette borne, ce qui accroît encore l'importance d'un contrôle préventif effectif.

Ni la saisine du procureur de la République, ni le contrôle ultérieur de la commission compétente, ni la possibilité d'engager après les faits une responsabilité pénale, civile, administrative ou disciplinaire ne constituent l'équivalent fonctionnel d'un recours juridictionnel préventif. Ces mécanismes peuvent constater une irrégularité, sanctionner son auteur ou contribuer à l'évaluation générale du dispositif ; ils ne peuvent, après

l'administration de la substance, rétablir la personne dans ses droits ni réparer l'exécution d'une décision illégale. L'irréversibilité de l'acte impose donc qu'un juge puisse être saisi avant son accomplissement.

En l'espèce,

Le premier alinéa de l'article L. 1111-12-10 dispose que les décisions du médecin « *ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande* ». Cette règle maintient utilement le recours du demandeur contre un refus. En revanche, contre une décision favorable, elle organise une absence complète de requérant : le demandeur n'a aucun intérêt à agir contre l'autorisation qu'il a sollicitée, tandis que toute autre personne est exclue, même lorsqu'elle dispose d'éléments précis et sérieux relatifs à une fraude, à des pressions, à une altération du discernement ou à la méconnaissance d'une condition médicale ou procédurale instituée pour protéger le demandeur.

Le moyen ne tend ni à instituer un veto familial ni à permettre une contestation idéologique de l'aide à mourir. La qualité de proche ne serait ni nécessaire ni suffisante. L'intérêt à agir résulterait, selon les règles ordinaires du contentieux administratif, du lien direct avec la situation et de la nature des éléments produits. Le juge resterait seul compétent pour écarter immédiatement une requête dépourvue d'intérêt direct, insuffisamment circonstanciée ou étrangère au contrôle de la légalité. La protection de l'autonomie de la personne serait ainsi conciliée avec la garantie minimale qu'une erreur grave portant sur les conditions de l'autorisation puisse être soumise à une juridiction avant qu'elle ne devienne irréparable.

La censure de l'ensemble du premier alinéa supprimerait aussi le recours du demandeur contre un refus. La censure des seuls mots « *ne* » et « *que* » rendrait au contraire la phrase affirmative : les décisions pourraient toujours être contestées par la personne ayant formé la demande, sans que la loi exclue par principe les autres personnes auxquelles les règles ordinaires reconnaissent un intérêt pour agir. Cette censure ne prédétermine donc ni les catégories de requérants ni l'issue du recours ; elle restitue au juge administratif son office normal de recevabilité.

En l'absence d'un délai spécial applicable à ces autres personnes, les règles de droit commun du code de justice administrative ont vocation à s'appliquer, notamment le délai de deux mois prévu par l'article R. 421-1 lorsqu'il est opposable, dans les conditions tenant à son point de départ et à l'information de l'intéressé. L'article R. 421-5 ne détermine pas lui-même le délai applicable aux tiers : il régit l'opposabilité des délais et voies de recours mentionnés dans la notification à son destinataire. En pratique, l'utilité du recours contre une décision favorable demeure toutefois bornée par la date d'administration : une personne intéressée qui en a connaissance doit agir avant l'acte et, lorsque son exécution est imminente, assortir sa requête d'une demande de référé sur le fondement des articles L. 521-1 ou L. 521-2. Afin que ce recours ne soit pas purement théorique, l'administration de la substance ne peut intervenir avant que le juge des référés ait statué sur une telle demande régulièrement introduite et appuyée d'éléments précis et sérieux.

Le second alinéa de l'article L. 1111-12-10 ouvre, pour sa part, à la personne chargée de la mesure de protection un recours suspensif enfermé dans un délai de deux jours à compter de la notification. Ce délai expire au moment-même où la personne protégée peut, au plus tôt, confirmer sa demande. Il laisse au protecteur quarante-huit heures pour prendre connaissance d'une décision médicale motivée, échanger avec la personne protégée, accéder aux informations auxquelles il peut prétendre, identifier une éventuelle altération du discernement ou une pression, recueillir les pièces nécessaires, consulter un avocat et saisir utilement le juge. La complexité médicale et juridique du contrôle, jointe au caractère irréversible de l'acte, rend ce délai manifestement insuffisant pour garantir l'effectivité du recours.

La censure des mots « *dans un délai de deux jours à compter de sa notification* » aurait vocation à rendre applicables les règles de droit commun du contentieux administratif, notamment le délai de deux mois prévu par l'article R. 421-1 lorsqu'il est opposable, dans les conditions tenant à son point de départ et à l'information de l'intéressé. La phrase suivante, selon laquelle la saisine du juge administratif aux fins de référé suspend la procédure, demeurerait inchangée. Cette censure ne priverait donc pas nécessairement le recours de tout encadrement temporel ; elle restituerait vocation à s'appliquer aux délais et procédures de droit commun, sous le contrôle du juge administratif, tout en maintenant l'effet suspensif attaché à la saisine en référé.

Le contrôle juridictionnel ainsi organisé est distinct de la reprise de la procédure collégiale après un délai de trois mois. Cette dernière constitue une garantie médicale interne et systématique aux échéances prévues par la loi ; le recours de l'article 12 constitue une garantie externe, déclenchée par une contestation et destinée à permettre à un juge indépendant de prévenir l'exécution d'une autorisation possiblement illégale.

Il est donc demandé au Conseil constitutionnel :

- à titre principal, de déclarer contraires à la Constitution les mots « *ne* » et « *que* » figurant au premier alinéa de l'article L. 1111-12-10 ;
- à titre principal également, de déclarer contraires à la Constitution les mots « *dans un délai de deux jours à compter de sa notification* » figurant au second alinéa du même article ;
- à titre subsidiaire, si les mots « *ne* » et « *que* » n'étaient pas censurés, de déclarer le premier alinéa comme nécessitant la réserve selon laquelle cet alinéa ne fasse pas obstacle à la saisine du juge, avant l'administration, par une personne justifiant d'un intérêt direct et produisant des éléments précis et sérieux relatifs à une fraude, à des pressions, à une altération du discernement ou à la méconnaissance d'une autre condition légale protectrice ;
- en tout état de cause, de déclarer l'article L. 1111-12-10 conforme sous la réserve que, lorsqu'un recours recevable dirigé contre une décision favorable est assorti, avant l'administration, d'une demande présentée sur le fondement de l'article L. 521-1 ou de l'article L. 521-2 du code de justice administrative et appuyée d'éléments précis et sérieux mettant en cause une condition légale protectrice, l'administration de la substance ne puisse intervenir avant que le juge des référés ait statué sur cette demande.

***

6. Sur les articles 8, 14 et 16 : la liberté de conscience personnelle des pharmaciens

En droit,

La liberté de conscience, qui résulte de l'article 10 de la Déclaration de 1789 et du cinquième alinéa du Préambule de 1946, est au nombre des droits et libertés que la Constitution garantit. Elle ne confère pas un droit général de se soustraire à toute obligation légale : il appartient au législateur d'en assurer une conciliation équilibrée avec les exigences d'intérêt général, en tenant compte de la nature de l'acte imposé, du degré de participation personnelle qu'il implique et des fonctions exercées. Le refus d'une clause de conscience aux officiers de l'état civil a ainsi été admis en raison de leurs attributions exercées au nom de l'État et des exigences de bon fonctionnement et de neutralité du service public. À l'inverse, en matière d'interruption volontaire de grossesse, le Conseil a relevé que la liberté de conscience des personnes susceptibles de participer à l'intervention était sauvegardée

par une faculté personnelle de ne pas y concourir, sans permettre au responsable d'un service d'opposer un refus institutionnel[22].

La distinction pertinente n'est donc pas celle qui opposerait abstraitement l'acte final aux actes qui le précèdent, mais celle qui sépare une tâche matériellement neutre d'un acte professionnel personnel, spécialement orienté vers la réalisation de l'intervention et dont l'auteur assume la responsabilité. Depuis le 6 mars 2026, le code de déontologie des pharmaciens affirme que le pharmacien préserve en toutes circonstances sa liberté de jugement, quelle que soit la nature publique ou privée de son employeur ; qu'il refuse de participer, directement ou indirectement, à une pratique qui lui paraît contraire à la déontologie ; que la responsabilité de tout acte professionnel est assumée par celui qui l'exécute ou en assure l'organisation, le contrôle ou la validation ; et qu'il exerce personnellement son art. L'acte de dispensation comprend en outre l'analyse pharmaceutique, la préparation éventuelle des doses et la délivrance des informations nécessaires[23].

En l'espèce,

L'article L. 1111-12-6 impose à une pharmacie à usage intérieur de réaliser une préparation magistrale expressément qualifiée de « *létale* », puis de la délivrer au médecin ou à l'infirmier chargé d'accompagner la personne, directement ou par l'intermédiaire d'une pharmacie d'officine. Il résulte de l'article 16 que cette préparation magistrale, expressément qualifiée de létale, est préparée spécifiquement pour être utilisée dans le cadre de l'aide à mourir. Il ne s'agit donc ni de la simple manutention d'un produit standard, ni d'une opération administrative détachable de l'acte : la préparation individualisée et sa délivrance constituent la condition matérielle indispensable de l'administration.

Certes, le Conseil d'État a estimé, au point 38 de son avis du 4 avril 2024, que ces missions ne concouraient pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir, au motif qu'elles interviennent après la décision médicale et avant l'administration. Cette appréciation chronologique ne rend toutefois pas compte de la nature juridique et professionnelle des actes en cause. La préparation magistrale n'existe que pour donner la mort à la personne identifiée ; sa délivrance met cette substance à la disposition immédiate du professionnel appelé à l'administrer ; et chacun de ces actes engage personnellement la responsabilité du pharmacien qui l'exécute, l'organise, le contrôle ou le valide. Leur caractère causal, finalisé et indispensable les distingue des fonctions d'un officier public chargé d'appliquer une règle générale au nom de l'État[24].

---

22 Cons. const., déc. n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, § 7 à 10 ; déc. n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13 à 15. Dans la première décision, l'absence de clause de conscience est admise au regard des fonctions exercées au nom de l'État et des exigences de neutralité et de bon fonctionnement du service public ; dans la seconde, le Conseil relève que la faculté personnelle de ne pas participer à une interruption volontaire de grossesse sauvegarde la liberté de conscience des professionnels concernés ;

23 Code de la santé publique, art. R. 4235-13, R. 4235-15, R. 4235-19, R. 4235-22, R. 4235-24 et R. 4235-25, dans leur rédaction issue du décret n° 2026-156 du 3 mars 2026 modifiant le code de déontologie des pharmaciens ;

24 CE, avis du 4 avril 2024 sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, point 38. L'avis estime que la préparation et la délivrance ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir ; le texte définitif prévoit cependant que la pharmacie à usage intérieur réalise spécialement la préparation magistrale létale et la délivre pour l'administration à la date fixée : T.A. n° 332, art. 8 et 16 : https://conseil-etat.fr/avis-consultatifs/derniers-avis-rendus/au-gouvernement/avis-sur-un-projet-de-loi-relatif-a-l-accompagnement-des-malades-et-de-la-fin-de-vie et https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0332_texte-adopte-provisoire

Cette atteinte concerne le pharmacien en tant que personne physique, quel que soit son statut : titulaire ou adjoint d'officine, pharmacien exerçant dans une pharmacie à usage intérieur, salarié, agent public, responsable, remplaçant ou pharmacien chargé de l'exécution, de l'organisation, du contrôle ou de la validation de l'acte. Elle ne saurait, en revanche, fonder un droit de la pharmacie ou de l'établissement à faire obstacle à la procédure. Une conciliation équilibrée peut être assurée en maintenant intégralement l'obligation de continuité pesant sur la structure, tout en permettant le remplacement immédiat du pharmacien qui refuse personnellement d'accomplir l'acte pour un motif de conscience.

Il est donc demandé au Conseil constitutionnel :

- de déclarer les dispositions combinées de l'article L. 1111-12-6 et du I de l'article L. 1111-12-12 comme nécessitant la réserve qu'elles ne sauraient imposer à un pharmacien, quel que soit son statut ou son mode d'exercice, d'exécuter personnellement, d'organiser, de contrôler ou de valider la préparation ou la délivrance de la préparation magistrale létale lorsqu'il invoque sa liberté de conscience et en informe sans délai le responsable de la structure ; cette faculté strictement personnelle ne pouvant autoriser la pharmacie à refuser ses missions ni à en retarder l'accomplissement, celles-ci devant être assurées par un pharmacien qualifié en mesure de le remplacer.

***

7. Sur les articles 7 et 14 de la loi : l'obligation imposée à certains établissements privés

En droit,

La liberté d'association constitue un principe fondamental reconnu par les lois de la République. La liberté d'entreprendre, qui découle de l'article 4 de la Déclaration de 1789, comprend la liberté dans l'exercice d'une profession ou d'une activité. Le législateur peut limiter ces libertés pour satisfaire une exigence constitutionnelle ou un motif d'intérêt général, à condition que l'atteinte ne soit pas manifestement disproportionnée. La décision n° 2001-446 DC rappelle parallèlement que la liberté de conscience est personnelle : elle ne permet pas au responsable d'un service public de faire obstacle à l'exercice légal d'une activité par autrui. Le présent moyen ne revendique donc aucune « *conscience* » générale des personnes morales ni aucun pouvoir institutionnel de veto.25

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux exercent une activité réglementée et peuvent être soumis à des obligations particulières, spécialement lorsqu'ils assurent une mission de service public. Leur situation n'est toutefois pas uniforme. Pour un établissement privé qui ne participe pas à une telle mission et dont les statuts ou le projet d'établissement, adoptés avant la demande individuelle, définissent de manière précise un accompagnement palliatif excluant l'accomplissement d'un acte intentionnellement létal dans ses locaux, l'obligation d'y accueillir la procédure affecte directement son objet associatif et les modalités essentielles de son activité. La comparaison avec le régime de l'interruption volontaire de grossesse n'est invoquée qu'à titre d'illustration de la possibilité d'une conciliation législative différenciée, non comme une norme constitutionnelle autonome.

En l'espèce,

25 Cons. const., déc. n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, cons. 2, sur la liberté d'association ; déc. n° 2012-285 QPC du 30 novembre 2012, §7, selon laquelle la liberté d'entreprendre comprend la liberté dans l'exercice d'une profession ou d'une activité ; déc. n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 15, sur le caractère personnel de la liberté de conscience et les exigences du service public.

L'article L. 1111-12-5 permet de retenir comme lieu d'administration un établissement de santé, social ou médico-social. Le II de l'article L. 1111-12-12 oblige son responsable à permettre l'intervention des professionnels et l'accès des personnes appelées à assister à l'administration. Même si aucun salarié déterminé de l'établissement n'est personnellement contraint d'administrer la substance, l'établissement doit matériellement organiser et accueillir dans ses locaux un acte susceptible d'être directement incompatible avec son objet statutaire ou son projet d'établissement.

Le législateur pouvait garantir l'effectivité du droit nouveau sans imposer cette obligation de façon absolument uniforme. Lorsque l'établissement privé concerné n'assure pas une mission de service public, qu'une solution alternative effectivement accessible existe et que l'état de la personne permet son transfert, il peut être tenu d'organiser lui-même, sans rupture de prise en charge ni délai incompatible avec la situation médicale, l'orientation vers cet autre lieu. En revanche, aucune faculté de refus ne saurait être reconnue lorsqu'un transfert n'est pas médicalement possible, lorsqu'aucune solution alternative n'existe ou lorsque les besoins locaux relevant d'une mission de service public ne peuvent être satisfaits ailleurs.

Il est en conséquence demandé au Conseil constitutionnel :

- de déclarer le II de l'article L. 1111-12-12 comme nécessitant la réserve selon laquelle un établissement privé ne participant pas à une mission de service public et dont les statuts ou le projet d'établissement, adoptés antérieurement à la demande et définissant de manière précise un accompagnement palliatif excluant la réalisation d'un acte intentionnellement létal dans ses locaux, puisse organiser sous sa responsabilité une orientation ou un transfert vers un autre lieu effectivement accessible lorsque l'état de la personne le permet, sans rupture de prise en charge ni délai incompatible avec sa situation ; cette faculté ne pouvant être opposée lorsqu'un tel transfert n'est pas médicalement possible, lorsqu'aucune solution alternative n'existe ou lorsque les besoins relevant d'une mission de service public ne peuvent être satisfaits par une autre structure.

Annexe intégrée au présent acte :

ANNEXE I - Liste des 2715 citoyens ;

Pour les Déposants, à savoir les docteurs Louis FOUCHÉ et Franck ZEIGER, l'association REINFO LIBERTÉ, ainsi que les 2 715 citoyens listés en annexe I ;

Maître Anne-Claire LEFEBVRE

Maître Arnaud DURAND

ANNEXE I - Liste des 2715 citoyens

à la CONTRIBUTION EXTÉRIEURE
devant le Conseil Constitutionnel
Saisine n°2026-910 DC
Loi « relative au droit à l'aide à mourir »

Drs FOUCHÉ et ZEIGER, association "REINFO LIBERTÉ" et 2715 citoyens

1. **Mme Gina Michelle ABADIE** ;
2. **Mme Odile ABAH ONDOUA** ;
3. **Mme Nathalie ABBOUDI** ;
4. **Mme Sophie ABD RABO** ;
5. **Mme Sabrina ACCADIA** ;
6. **M. Bernard ACQUIER** ;
7. **Mme Sophie ACTIS** ;
8. **M. Jean ADAM** ;
9. **M. René ADJAGBA** ;
10. **M. Michel ADOLPHE** ;
11. **Mme Nassera AFIRI** ;
12. **M. Guillaume AGEORGES** ;
13. **Mme Elisabeth AGIUS** ;
14. **M. Hedi AGUERCIF** ;
15. **Mme Veronique AHARI** ;
16. **Mme Isabelle AICHELE** ;
17. **M. Jugurtha AIT OUARAB** ;
18. **Mme Fabienne AKHRIB** ;
19. **Mme Sophia AL NASSERY** ;
20. **Mme Geneviève ALAY** ;
21. **M. Jean ALBARET** ;
22. **Mme Nadine ALBERT** ;
23. **M. Christophe ALEXANDRE** ;
24. **Mme Réjane ALFARO** ;
25. **Mme Sarah ALIMONDO** ;
26. **Mme Jacqueline ALIOUCHE** ;

27. **Mme Nathalie ALLAIN** ;
28. **Mme Véronique ALLAINGUILLAUME** ;
29. **Mme Marie-Line ALLARD** ;
30. **M. Jean-Pierre ALLÈGRE** ;
31. **M. Patrick ALLEON** ;
32. **Mme Monique ALLEXANDRE** ;
33. **Mme Chantal ALLIER** ;
34. **Mme Bénédicte ALLIGNET** ;
35. **Mme Laurence ALLIX** ;
36. **Mme Virginie AMALRIC** ;
37. **Mme Virginie AMÉAUME** ;
38. **Mme Anne AMEIL** ;
39. **M. Didier AMIEL** ;
40. **M. Roch AMOUR** ;
41. **Mme Claire ANCELIN** ;
42. **Mme Cristina ANDRÉ** ;
43. **M. Michel ANDRÉ** ;
44. **Mme Janine ANDRESEN** ;
45. **Mme Maryse ANDRIN** ;
46. **M. Michel ANGELOSANTO** ;
47. **M. Philippe ANGERS** ;
48. **Mme Aude ANGIBAULT MONNEY** ;
49. **M. Gérard ANIC** ;
50. **Mme Françoise ANQUETIL** ;
51. **M. Régis ANSQUER** ;
52. **M. Albert ANTONELLI** ;
53. **Mme Corinne ANTZENBERGER** ;
54. **M. Mathieu APERT** ;
55. **M. Christian APFFEL** ;
56. **M. Sylvain APOLLONIO** ;
57. **Mme Maria ARAUJO** ;
58. **Mme Michèle ARBOUET** ;
59. **Mme Evelyne ARCHENAULT** ;

60. **M. Patrick ARLIN** ;
61. **M. Philippe ARLOT** ;
62. **M. Sylviane ARLOT** ;
63. **M. Jérémie ARMBRUSTER** ;
64. **Mme Eliane ARNAUD** ;
65. **M. Guy ARNAUD** ;
66. **Mme Marie ARNAUD** ;
67. **Mme Marie-Blanche ARRIGNON** ;
68. **Mme Cécile ARTHUS** ;
69. **Mme Sophie ASQUIN** ;
70. **M. Pascal ASSEMAT** ;
71. **Mme Christiane ASTIER** ;
72. **M. Jean-Michel ATHANÉ** ;
73. **Mme Catherine ATTARD** ;
74. **M. Claude ATTIA** ;
75. **Mme Catherine AUBERT** ;
76. **Mme Magali AUBERTIN** ;
77. **M. David AUBIN** ;
78. **Mme Sylvie AUBOURG** ;
79. **M. Philippe AUDARD** ;
80. **Mme Chantal AUDIVERT** ;
81. **Mme Pierrette AUDRY** ;
82. **M. Jean-Pierre AUFFRET** ;
83. **M. Joel AUFFRET** ;
84. **Mme Danièle AUGÉ** ;
85. **M. Christian AUGNET** ;
86. **Mme Agnès AUGROS** ;
87. **Mme Sophie AUGUSTIN** ;
88. **M. Claude AULAGNE** ;
89. **M. Jean-Pierre AUMONT** ;
90. **M. Jean AUNIS** ;
91. **M. Raymond AUSSANT** ;
92. **M. Bernard AUTRIC** ;

93. **M. Roger AVANIAN** ;
94. **M. Jean BACHÈLERIE** ;
95. **Mme Carole BACOT** ;
96. **M. Thierry BADEL** ;
97. **M. Gérard BADIN** ;
98. **Mme Isabelle BADIN** ;
99. **M. Matthieu BADREAU** ;
100. **Mme Marie-Claude BAGUET** ;
101. **M. Antoine BAILLY** ;
102. **Mme Béatrice BAILLY** ;
103. **Mme Caroline Alphonsine Laurena BAILLY** ;
104. **M. Matthieu BAÏSSE** ;
105. **M. Arthur BALANA** ;
106. **Mme Sophie BALASTRE** ;
107. **M. Liviu Grigore Iosif BALEA** ;
108. **Mme Sabine BALESTRA** ;
109. **Mme Marie-Josèphe BALLANDRAS** ;
110. **M. Marcel BANDET** ;
111. **Mme Véronique BARBAZA** ;
112. **Mme Sabine BARBET** ;
113. **Mme Josette BARBIER** ;
114. **Mme Corinne BARBISOTTI** ;
115. **M. François BARBOTTE** ;
116. **Mme Nadine BARDELLI** ;
117. **M. Brice BARDOT** ;
118. **M. Jean-Noël BARGE** ;
119. **Mme Christine BARILONE** ;
120. **Mme Hélen BARLOW** ;
121. **Mme Chantal BARNIER** ;
122. **M. Rémy BARRAULT** ;
123. **M. Francis BARRET** ;
124. **Mme Monique BARSOTTI** ;
125. **M. Jacques BARTEL** ;

126. **Mme Béatrice BARTOLI** ;
127. **Mme Marie-Noelle BARTOLI** ;
128. **M. Jeremy BASCHET** ;
129. **M. Léonard BASILE** ;
130. **Mme Fabienne BASILETTI** ;
131. **M. Philippe BASSET** ;
132. **M. Jean-Marie BASSINET** ;
133. **Mme Marie-Laure BATARD** ;
134. **Mme Sophie BATTAGLIA** ;
135. **M. Gérard BATY** ;
136. **M. Alain BAUDIMONT** ;
137. **Mme Chantal BAUDIN** ;
138. **Mme Odile BAUDONNEL** ;
139. **Mme Brigitte BAUDOUIN** ;
140. **Mme Ludivine BAUDOUIN** ;
141. **Mme Marie-Bernadette BAUDRAS** ;
142. **Mme Christiane BAUDRY** ;
143. **M. Jacques BAULÈS** ;
144. **M. Gérard BAVANT** ;
145. **M. Claude BAYLE** ;
146. **Mme Véronique BAYONOVE** ;
147. **Mme Martine BAZENNERYE** ;
148. **Mme Claudine BEAU** ;
149. **Mme Lucie BEAUD** ;
150. **M. Jean BEAUDENON** ;
151. **Mme Nadia BEAUDOUIN** ;
152. **Mme Cécile BEAUDOUX** ;
153. **Mme Isabelle BEAUFILS** ;
154. **Mme Angélique BEAUJARD** ;
155. **Mme Elke BEAUNE** ;
156. **Mme Sophie BEAUNEZ** ;
157. **Mme Brigitte BÉCAVIN** ;
158. **Mme Monique BECCARIA** ;

159. **M. Denis BEDANE** ;
160. **Mme Martine BÉDRUNE** ;
161. **Mme Martine BÉGASSAT-FOLTZER** ;
162. **M. Daniel BÈGUE** ;
163. **Mme Nelly BEHRENS** ;
164. **M. Daniel BELET** ;
165. **Mme Charlotte BELILTY** ;
166. **M. Philippe BELIN** ;
167. **M. Corine BELLALOUM** ;
168. **Mme Sandra BELLEGARDE** ;
169. **Mme Eloïse BELLIARD** ;
170. **M. Yannick BELLON** ;
171. **M. Eric BELPAIRE** ;
172. **Mme Karine BENAC** ;
173. **Mme Julie BÉNAT** ;
174. **Mme Evelyne BENENTENDI** ;
175. **M. Jacques BENET** ;
176. **Mme Andrée BENITO** ;
177. **Mme Laurence BENNACEUR** ;
178. **Mme Manon BENOIT** ;
179. **M. Gaston Alain BÉNONY** ;
180. **Mme France BENSO** ;
181. **M. Alain BERARDI** ;
182. **Mme Véronique BÉRAS** ;
183. **Mme Miryam BERBAUM** ;
184. **Mme Evelyne BERBERIDES** ;
185. **Mme Marie BERGER** ;
186. **Mme Annie BERGÈRE** ;
187. **Mme Emmanuelle BERGERET** ;
188. **Mme Sylvie BERGERON** ;
189. **M. Frédéric BERGES** ;
190. **Mme Nicole BERGES** ;
191. **Mme Françoise BERGON** ;

192. **Mme Marie-Hélène BERJON** ;
193. **Mme Anne-Marie BERNARD** ;
194. **Mme Annick BERNARD** ;
195. **M. Bruno BERNARD** ;
196. **Mme Corinne BERNARD** ;
197. **M. Jean Philippe BERNARD** ;
198. **Mme Nathalie BERNARD** ;
199. **Mme Patricia BERNARD** ;
200. **Mme Monique BERNARDON** ;
201. **Mme Cindy BERNHARDT** ;
202. **M. Alain BERNIER** ;
203. **Mme Joëlle BERRANGER** ;
204. **Mme Mauricette BERSAC** ;
205. **Mme Marie-Claude BERTAUD** ;
206. **M. Christian BERTAUX** ;
207. **M. Paul BERTHO** ;
208. **M. Gérard BERTHOLLON BAYET** ;
209. **Mme Audrey BERTIN** ;
210. **Mme Edwige BERTIN** ;
211. **M. Janick BERTRAND** ;
212. **M. Michel BERTRAND** ;
213. **M. René BERTRON** ;
214. **Mme Albane BERVAS** ;
215. **Mme Geneviève BÉSIERS** ;
216. **M. Guy BESSIERE** ;
217. **M. Nasser BETTAHAR** ;
218. **Mme Elisabeth BEUCHER** ;
219. **M. Laurent BEYAERT** ;
220. **Mme Mylène BEYAERT** ;
221. **Mme Mélinda BIBOLLET** ;
222. **Mme Espérance BIDAUD** ;
223. **Mme Anne-Cécile BIDEAU** ;
224. **M. Jean-Paul BIDEAU** ;

225. **Mme Nelly BIDEAU** ;
226. **M. Thierry BIENVENU** ;
227. **Mme Brigitte BIERMAN** ;
228. **Mme Corinne BIFFI** ;
229. **M. Denis BIGEARD** ;
230. **Mme Dominique BILLEBAUD** ;
231. **M. Jacques BILLON** ;
232. **Mme Catherine BIQUILLON** ;
233. **M. William BIRETTE** ;
234. **M. Christophe BISSONNIER** ;
235. **M. Serge BIT** ;
236. **Mme Evelyne BIYICK** ;
237. **Mme Véronique BIZOT** ;
238. **Mme Annelise BJERREGAARD** ;
239. **Mme Brigitte BLADOU** ;
240. **M. Edmond BLAISE** ;
241. **M. Paul BLAISE** ;
242. **Mme Brigitte BLANC** ;
243. **M. Eric BLANC** ;
244. **M. Gerard BLANCHARD** ;
245. **Mme Monique BLANCHARD** ;
246. **M. Pierre-Marc BLANCHET** ;
247. **Mme Emilie BLANCHIN** ;
248. **M. Etienne BLANDIN** ;
249. **M. Alain BLANQUET** ;
250. **M. Frédéric BLAS** ;
251. **M. Thierry BLOAS-SAINTMARC** ;
252. **Mme Catherine BLOC** ;
253. **Mme Christel BLOM** ;
254. **M. Jean-Louis BLONDEAU** ;
255. **M. Marc BLONDEAU** ;
256. **Mme Sandrine BLONDIN** ;
257. **Mme Lorenza BOAGLIO** ;

258. **Mme Marie-Line BOBINNEC** ;
259. **Mme Valerie BOCH** ;
260. **M. Jean-Georges BOCHET** ;
261. **Mme Valérie BODKIER** ;
262. **Mme Laure BOEHNLEN** ;
263. **Mme Barbara BOEHRINGER** ;
264. **M. Christian BOETSCH** ;
265. **Mme Sylvie BOEUF** ;
266. **Mme Annie BOHEN** ;
267. **M. Gérard BOHLER** ;
268. **M. Patrick BOHRER** ;
269. **M. Jean-Yves BOILARD** ;
270. **Mme Veronique BOIREAU** ;
271. **Mme Françoise BOISSET** ;
272. **M. Bertrand BOISSON** ;
273. **M. Eric BOISSON DE CHAZOURNES** ;
274. **M. Arnaud BOISTEL** ;
275. **M. Marc BOLCHERT** ;
276. **M. Lorenzo BOLDARINO** ;
277. **M. Jacques BOLIS** ;
278. **M. Pierre BOLOPION** ;
279. **M. Guy BOMPART** ;
280. **Mme Marie-Agnès BONALDI** ;
281. **M. Vincent Marie BONALDI** ;
282. **M. Bernard BONDIS** ;
283. **M. Augustin BONDONNEAU** ;
284. **Mme Anne BONHOMME** ;
285. **Mme Michèle BONIFACE** ;
286. **M. Loïc BONJEAN** ;
287. **Mme Marie Odile BONNEAU** ;
288. **M. Bernard BONNEFOY** ;
289. **M. Philippe BONNEVILLE** ;
290. **M. Jean-Paul BONTEMPS** ;

291. **Mme Michèle BORDAS** ;
292. **M. Patrick BORDEAU** ;
293. **M. Bruno BORDENAVE** ;
294. **Mme Laure BORDENAVE** ;
295. **Mme Myriam BORDREUIL** ;
296. **Mme Catherine BORGEY** ;
297. **M. Gérard BORRI** ;
298. **Mme Dominique BORRIGLIONE** ;
299. **M. Gérard BOSC** ;
300. **Mme Annamaria BOSSI** ;
301. **M. Jean-Luc BOSSUT** ;
302. **Mme Brigitte BOSSY** ;
303. **Mme Catherine BOTTA** ;
304. **Mme Marie-France BOTTEX** ;
305. **Mme Maryse BOTTICELLI** ;
306. **M. Christian BOTTIN** ;
307. **M. Eric BOUANCHEAUX-ZUCKERMANDL** ;
308. **M. Jacques BOUAUD** ;
309. **M. Pascal BOUCHER** ;
310. **Mme Bénédicte BOUCHUT** ;
311. **Mme Brigitte BOUDET** ;
312. **Mme Dalila BOUDJAOUI** ;
313. **M. Karim BOUDJEDIR** ;
314. **M. François BOUGNET** ;
315. **Mme Colette BOUILLON** ;
316. **M. Michel BOUILLOT** ;
317. **M. Rémy BOUIN** ;
318. **Mme Mya BOUKHOBZA** ;
319. **Mme Pauline BOULANGER** ;
320. **M. Richard BOULOUIS** ;
321. **Mme Karine BOUMELLAH** ;
322. **Mme Leïla BOUMENDJEL** ;
323. **M. Thierry BOUNNE** ;

324. **Mme Claire BOUQUET DES CHAUX** ;
325. **Mme Pascale BOUQUET** ;
326. **Mme Laurence BOUR** ;
327. **M. Alain BOURBON** ;
328. **M. Louis-Pierre BOURDAIS** ;
329. **M. Dominique BOURDIN** ;
330. **M. Maxime BOURDON** ;
331. **Mme Claudie BOURGEADE** ;
332. **Mme Catherine BOURGEOIS** ;
333. **Mme Dominique BOURGOIS** ;
334. **Mme Nicole BOURHIS** ;
335. **Mme Christine BOURREL** ;
336. **Mme Isabelle BOURRIÉ** ;
337. **Mme Lydia BOURRIEZ** ;
338. **Mme Pascale BOURSIER** ;
339. **M. Guillaume BOUSQUET** ;
340. **Mme Anne BOUSSARD** ;
341. **Mme Nasseva BOUTAGUERMOUCHET** ;
342. **M. Hubert BOUTEILLER** ;
343. **M. Frédéric BOUTET** ;
344. **Mme Laurence BOUTET** ;
345. **M. Serge BOUTET** ;
346. **Mme Marie-Anne BOUTHIAT** ;
347. **M. Patrick BOUTINON** ;
348. **Mme Martine BOUTRAIS-COLACE** ;
349. **M. Philippe BOUTRY** ;
350. **M. Jean-Paul BOUVERET** ;
351. **M. Bertrand BOUVET** ;
352. **M. Bernard BOUVIER** ;
353. **Mme Claire BOUVIER** ;
354. **Mme Françoise BOUVIER** ;
355. **Mme Marianne BOUVIER** ;
356. **M. Nicolas BOUYSSOU** ;

357. **Mme Martine BOYER** ;
358. **Mme Edwige BRACAVAL** ;
359. **Mme Anne-Marie BRACHET** ;
360. **M. Alexandre BRAGA** ;
361. **Mme Monique BRAIDOTTI** ;
362. **M. William BRANCALEONI** ;
363. **Mme Danielle BRANCHE** ;
364. **M. Marc BRASSIER** ;
365. **Mme Michelle BRAUGE** ;
366. **Mme Michèle BRAULT** ;
367. **M. Jean-Marie BRAUN** ;
368. **Mme Laure BRAZILLET** ;
369. **M. Max-Antoine BREDA** ;
370. **M. Michaël BREDELET** ;
371. **Mme Betty BRENAC** ;
372. **Mme Patricia BRES** ;
373. **Mme Anne BRET DIT BUISSON** ;
374. **Mme Marie-France BRETIN** ;
375. **M. Christian BREUER** ;
376. **Mme Eliette BREUIL** ;
377. **M. Renaud BRIANÇON** ;
378. **M. Vincent BRIAU** ;
379. **Mme Corinne BRICOUT** ;
380. **Mme Corinne BRILLAT** ;
381. **M. Alain BRISTOUT** ;
382. **Mme Dominique BRISTOUT** ;
383. **Mme Odile BRITO** ;
384. **Mme Marie-Claire BRIU** ;
385. **Mme Eliane BRIVES** ;
386. **Mme Martine BROCARD** ;
387. **Mme Jocelyne BROCCO** ;
388. **M. Yvon BROCHEN** ;
389. **M. Fabien BROQUARD** ;

390. **Mme Laurence BROS** ;
391. **M. François BROSSET** ;
392. **Mme Francoise BROSSIER** ;
393. **M. Michel BROUCK** ;
394. **M. Daniel BRUGÈRE** ;
395. **M. Jean-Claude BRUGNOT** ;
396. **Mme Odile BRUN** ;
397. **M. Daniel BRUNEL** ;
398. **M. Frédéric BRUNEL** ;
399. **M. Jean BRUNEL** ;
400. **Mme Aurelie BRUNET** ;
401. **M. Yannick BRUNETON** ;
402. **M. Daniel BRUNI** ;
403. **M. Stéphane BRUZAC** ;
404. **M. Jourdan BUATOIS** ;
405. **Mme Marguerite BUCHE** ;
406. **Mme Emmanuelle BUCHER** ;
407. **M. Olivier BUFFE** ;
408. **M. Raymond BUISSON** ;
409. **Mme Milène BULDRINI** ;
410. **M. Gwenael BURBAN** ;
411. **Mme Stéphanie BUREAU** ;
412. **Mme Caroline BUREAU-MAURY** ;
413. **Mme Corrine BUREL** ;
414. **Mme Michèle BURET** ;
415. **M. Eric BURIOT** ;
416. **Mme Elisabeth BURKI** ;
417. **Mme Isabelle BURLACOT** ;
418. **Mme Déborah BUSIDAN** ;
419. **Mme Bénédicte BUTRUILLE** ;
420. **Mme Pascale BUYDENS** ;
421. **M. Jean CABANE** ;
422. **M. Francois CABANES** ;

423. **M. Jean-Charles CABILLON** ;
424. **M. Patrick CABON** ;
425. **M. Patrick CABROL** ;
426. **M. Michel CABUT** ;
427. **Mme Elodie CACHET** ;
428. **Mme Rose-Hélène CADET-MARTHE** ;
429. **Mme Sylvie CADIEU** ;
430. **Mme Dominique CADORET** ;
431. **Mme Isabelle CADOUX** ;
432. **Mme Sylvie CAILLAT** ;
433. **M. Jean Dominique CALLIES** ;
434. **Mme Christolle CALMÈS** ;
435. **Mme Isabelle CALMETTES** ;
436. **M. Joël CALMETTES** ;
437. **M. Olivier CALVEZ** ;
438. **Mme Anne CALZOLARI** ;
439. **Mme Michelle CAMELIN** ;
440. **M. Jean-François CAMILLO** ;
441. **M. François CAMIN** ;
442. **Mme Claire CAMPOY** ;
443. **M. Patrick CAMUS** ;
444. **Mme Maryannick CANADO** ;
445. **Mme Pascale CANTIN** ;
446. **Mme Françoise CANTON-PONT** ;
447. **Mme Marie-Christine CAPELLO** ;
448. **M. Luc CAPONY** ;
449. **Mme Nathalie CARADOT** ;
450. **Mme Fabienne CARBONNEL** ;
451. **M. Benjamin CARE** ;
452. **Mme Nadège CARIDI** ;
453. **M. Claude CARON** ;
454. **Mme Isabelle CARON DE TASSIGNY** ;
455. **Mme Isabelle CARON** ;

456. **M. Emmanuel CARPENTIER** ;

457. **Mme Florence CARRARO** ;

458. **M. Frédéric CARRÈRE LATEULERE** ;

459. **Mme Christine CARRERE SCALA** ;

460. **M. Christophe CARRY** ;

461. **Mme Audrey CARTAGENA** ;

462. **Mme Isabelle CASAGRANDA** ;

463. **M. Martial CASINO** ;

464. **Mme Joëlle CASPANI-QUINTON** ;

465. **Mme Fabienne CASSARD** ;

466. **M. Francis CASSEN** ;

467. **M. Cyril CASSIBBA** ;

468. **Mme Josiane CASSISA** ;

469. **Mme Laurence CASSOU** ;

470. **M. Eric CASTAGNE** ;

471. **Mme Aurélie CASTEL** ;

472. **Mme Patricia CASTELBON** ;

473. **M. René CASTEX** ;

474. **Mme Helene CASTINEL** ;

475. **Mme Carole CASTRO** ;

476. **M. Charles-Antoine CATALDI** ;

477. **Mme Marie-Claude CATEURA** ;

478. **Mme Mireille CATILLON** ;

479. **M. Pierre CATTIN** ;

480. **Mme Françoise CAUMONT** ;

481. **M. Guy CAUTENET** ;

482. **Mme Murielle CAVANNA** ;

483. **M. Jean-Jacques CAVELIER** ;

484. **Mme Nicole CAZES** ;

485. **M. Sébastien CELCOUX** ;

486. **Mme Françoise CÉLIÉ** ;

487. **M. Henri CERDA** ;

488. **Mme Carole CERNOBORI** ;

489. **Mme Catherine CERVONI** ;

490. **Mme Marie-Jeanne CESANO** ;

491. **M. Jean CÉSAR** ;

492. **Mme Régine CÊTRE** ;

493. **Mme Josseline CHABBERT** ;

494. **Mme Virginie CHABBERT** ;

495. **Mme Isabelle CHABUT** ;

496. **M. Jean-Luc CHAIGNON** ;

497. **Mme Jacqueline CHAISSON** ;

498. **M. Frédéric CHAMALOT** ;

499. **M. Gilles CHAMBERLAND** ;

500. **Mme Nicole CHAMBERLAND** ;

501. **Mme Jacqueline CHAMBORD** ;

502. **M. Christophe CHAMP** ;

503. **M. Olivier CHAMPROMIS** ;

504. **M. Emmanuel CHANFREAU** ;

505. **M. Jean-Luc CHANTEREAU** ;

506. **Mme Françoise CHANTEUX** ;

507. **Mme Alexandra CHAPTAL DE CHANTELOUP** ;

508. **Mme Nathalie CHARAVEL** ;

509. **M. Gérard CHARBONNEAU** ;

510. **Mme Cécile CHARBONNIER** ;

511. **M. Pierre Christian CHARIGNON** ;

512. **M. Georges CHARLES** ;

513. **M. Michel CHARLUET** ;

514. **Mme Christine CHARPENTIER** ;

515. **Mme Michelle CHARPENTIER GALLARD** ;

516. **M. Michel CHARPENTIER** ;

517. **Mme Marlène CHARPENTIER-PYCIK** ;

518. **Mme Marie-Dominique CHARRIER** ;

519. **Mme Gaëtane CHARRON** ;

520. **M. Nicolas CHARRONDIERE** ;

521. **M. Thierry CHARRONDIERE** ;

522. **Mme Marie-Madeleine CHASSEY** ;
523. **Mme Sandrine CHASTANG** ;
524. **Mme Olivia CHASTEL** ;
525. **Mme Sophie CHASTEL** ;
526. **Mme Marina CHATEAU** ;
527. **Mme Geneviève CHATELIER** ;
528. **M. Xavier CHAUBET** ;
529. **Mme Colette CHAUDOREILLE** ;
530. **Mme Denise CHAUDURIÉ** ;
531. **Mme Christiane CHAULIAC** ;
532. **M. Jean Marc CHAUQUET** ;
533. **M. Hubert CHAUVIN** ;
534. **M. Bruno CHAVATTE** ;
535. **Mme Françoise CHAVOT** ;
536. **Mme Chantal CHAZÉE** ;
537. **M. Dominique CHAZELLE** ;
538. **Mme Marie-Dominique CHEMIN** ;
539. **M. Jacques CHENAIS** ;
540. **Mme Corinne CHENEL** ;
541. **Mme Elisabeth CHENU** ;
542. **Mme Sophie CHERENCE** ;
543. **M. Louis CHÉRON** ;
544. **Mme Carine CHEVAL** ;
545. **Mme Aurélie CHEVALIER** ;
546. **M. Jean-Daniel CHEVALIER** ;
547. **Mme Marie-Paule CHEVALIER** ;
548. **Mme Colette CHEVALIER ORFEUIL** ;
549. **M. Jean-Pierre CHEVASSU** ;
550. **M. Hervé CHEVOLET** ;
551. **Mme Sandra CHEVROLLIER** ;
552. **Mme Danièle CHICAUD** ;
553. **Mme Marion CHICHÉ** ;
554. **M. Patrick CHOLLET** ;

555. **M. Hervé CHOMEL** ;
556. **M. Bernard CHOPPY** ;
557. **M. Franck CHOQUET** ;
558. **M. Richard CHOTIN** ;
559. **Mme Pierrette CHOUX** ;
560. **Mme Daniele CHOYER-FARAMIA** ;
561. **Mme Pascale CHRETIEN** ;
562. **M. Pascal CHRISTIN** ;
563. **Mme Pascale CIANTAR** ;
564. **Mme Patricia CIBOIS** ;
565. **Mme Gisèle CITHAREL** ;
566. **Mme Marie-Ange CIUCCI** ;
567. **M. Jean-Marc CLAIR** ;
568. **Mme Claire CLAUDEL** ;
569. **M. Julien CLAUZEL** ;
570. **Mme Marie CLAUZEL** ;
571. **Mme Véronique CLÉMENCEAU** ;
572. **M. Thierry CLÉMENT DE GIVRY** ;
573. **Mme Marie Christine CLÉMENT** ;
574. **M. Philippe CLEMENT** ;
575. **Mme Marie-Charlotte CLERF** ;
576. **M. Daniel CLERGUE** ;
577. **Mme Chantal CLERY** ;
578. **Mme Julie CLEVE** ;
579. **M. Philippe COCOGNE** ;
580. **M. Eric COCOUAL** ;
581. **M. Johan COCQ** ;
582. **M. Charles COELHO QUINTERIO** ;
583. **M. Georges-André COIRON** ;
584. **M. Manuel COLEY** ;
585. **Mme Caroline COLIN** ;
586. **Mme Aurore COLLARD** ;
587. **Mme Christiane COLLET** ;

588. **M. Renaud COLLET-BEILLON** ;

589. **Mme Joëlle COLLIGNON** ;

590. **Mme Florence COLLIN** ;

591. **Mme Petra COLLINETTE** ;

592. **Mme Dominique COLLOT D'ESCURY** ;

593. **M. Herve COLNOT** ;

594. **Mme Sylvie COMBALAT** ;

595. **Mme Ermelyne COMBE** ;

596. **Mme Patricia COME** ;

597. **Mme Marie-Isabelle COMPAGNON** ;

598. **M. Gildas CONAN** ;

599. **Mme Dominique CONCHON** ;

600. **M. Mickaël CONNOIR** ;

601. **M. Jean-Marie CONRARDY** ;

602. **Mme Ilia CONSOLO** ;

603. **Mme Catherine CONSTANT** ;

604. **M. René CONTAMINARD** ;

605. **Mme Dominique COPPIN** ;

606. **M. Pierre COQUARD** ;

607. **Mme Marie-Gildas CORBILLÉ** ;

608. **Mme Marie CORCEIRO LEAL** ;

609. **M. Gilles CORDELIER** ;

610. **Mme Rachel CORDELLE** ;

611. **Mme Cécile CORDIER** ;

612. **M. Edmond CORDIER** ;

613. **Mme Florence CORMIER** ;

614. **M. Patrick CORMIER** ;

615. **Mme Martine CORNAILLE** ;

616. **M. Denis CORNET** ;

617. **Mme Elisabeth CORNILLON** ;

618. **Mme Catherine CORNU** ;

619. **M. Yves CORON** ;

620. **Mme Christine CORRE** ;

621. **Mme Isabelle CORREDERA** ;
622. **Mme Mireille CORRIGER** ;
623. **Mme Laurence CORTADELLAS** ;
624. **Mme Dulce Helena CORVEZ** ;
625. **M. Thierry COSSON** ;
626. **M. Jean François COSTA** ;
627. **Mme Véronique COSTA** ;
628. **Mme Anne COSTES** ;
629. **M. Bernard COTTEREAU** ;
630. **Mme Mireille COUDERCHON** ;
631. **Mme Laurence COUDERT** ;
632. **Mme Nicole COUÉ** ;
633. **Mme Géraldine COUGET** ;
634. **Mme Nathalie COUIC** ;
635. **Mme Françoise COUILLAUD** ;
636. **Mme Mireille COULANGE** ;
637. **Mme Régine COULLIOUD** ;
638. **Mme Aude COULON** ;
639. **Mme Brigitte COULON** ;
640. **Mme Albane COUNIL** ;
641. **M. Daniel COUPAT** ;
642. **M. Alain COUPPÉ DE LAHONGRAIS** ;
643. **M. Henri COURIVAUD** ;
644. **Mme Christine COUROT** ;
645. **M. Jean-Michel COURT** ;
646. **M. Jérôme COURT** ;
647. **Mme Véronique COURTEMANCHE** ;
648. **M. Philippe COURTÈS** ;
649. **Mme Olivia COURTIAL** ;
650. **Mme Catherine COURTOIS** ;
651. **Mme Françoise COUSIN** ;
652. **M. Thibaut COUSIN** ;
653. **M. Denis COUTET** ;

654. **Mme Françoise COUTTIER** ;
655. **Mme Elsa COUTURIER** ;
656. **M. Philippe COUTURIER** ;
657. **M. Valéry COUTURIER** ;
658. **Mme Katrine CREVOT** ;
659. **M. Patrice CROCI** ;
660. **Mme Françoise CROISY** ;
661. **Mme Brigitte CROIXMARIE** ;
662. **Mme Isabelle CROMBET** ;
663. **M. Emmanuel CROMBEZ** ;
664. **M. Jean CROSNIER** ;
665. **Mme Isabelle CROUAN** ;
666. **M. Martin CROVILLE** ;
667. **Mme Madeleine CRUARD** ;
668. **M. Patrick CRUARD** ;
669. **Mme Delphine CUCY** ;
670. **M. Roland CURTET** ;
671. **M. Pascal CUSIN** ;
672. **M. Jean-Jacques CUVILLON** ;
673. **M. Jean-Claude D'ARCHIVIO** ;
674. **Mme Elisabeth DA COSTA** ;
675. **Mme Veronique DAGOT** ;
676. **Mme Chantal DAHAN** ;
677. **M. Jean-Marc DAHLEM** ;
678. **Mme Sylvie DAL COL** ;
679. **Mme Anne-Marie DALBAVIE** ;
680. **M. Mustapha DALI-AHMED** ;
681. **Mme Christine DALLET** ;
682. **M. Christophe DALMAR** ;
683. **M. Jérôme DALOTEL** ;
684. **Mme Dominique DAMBREVILLE** ;
685. **Mme Chantal DANDEL** ;
686. **Mme Anne-Marie DANDURAND** ;

687. **M. Bertrand DANGLADE** ;

688. **M. Jean DANGUY DES DÉSERTS** ;

689. **Mme Florence DANIEL** ;

690. **Mme Catherine DARBORD** ;

691. **M. Meriadek DARCEL** ;

692. **M. Maurice Yves DARCOURT LÉZAT** ;

693. **Mme Sylviane DARDILLAT** ;

694. **M. Alain DAREAU** ;

695. **M. Robin DARLINGTON** ;

696. **Mme Isabelle DARVE** ;

697. **Mme Delphine DATAMANTI** ;

698. **Mme Laurence DAUDE** ;

699. **M. Gérard DAUMAS** ;

700. **Mme Maryse DAUMONT** ;

701. **M. Jean François DAUPHIN** ;

702. **M. Jean-Christian DAUTHEVILLE** ;

703. **M. Frédéric DAVESNE** ;

704. **M. Alain DAVID** ;

705. **Mme Carole DAVID** ;

706. **M. Yvan DAYAN** ;

707. **Mme Marie-Christine DE BARRY** ;

708. **M. Thierry DE BEAUJON** ;

709. **M. Hubert DE BON** ;

710. **M. Hubert DE BRETAGNE** ;

711. **M. Rodolphe DE BRION** ;

712. **Mme Marie-Véronique DE CAMBOURG** ;

713. **Mme Laurence DE CANECAUDE** ;

714. **Mme Colette DE CANNIÈRE** ;

715. **M. Tristan DE CARNÉ** ;

716. **M. Bertrand DE CARPENTIER** ;

717. **M. Bruno DE COYE DE CASTELET** ;

718. **M. François DE DURAND** ;

719. **Mme Michèle DE FOUCAULT** ;

720. **M. Daniel DE GABAI** ;

721. **M. Olivier DE GHAISNE DE BOURMONT** ;

722. **Mme Edith DE GINESTET** ;

723. **M. Michel DE LA MARDIÈRE** ;

724. **M. Thierry DE LARMINAT** ;

725. **Mme Isabelle DE LORME** ;

726. **M. Bertrand DE MALEPRADE** ;

727. **M. Gabriel DE MARGUERYE** ;

728. **Mme Edith DE MASCUREAU** ;

729. **Mme Isabelle DE MAUBLANC DE BOISBOUCHER** ;

730. **Mme Dominique DE MEDLEGE** ;

731. **Mme Anne DE MURET DE LABOURET** ;

732. **M. Eric DE NAS DE TOURRIS** ;

733. **Mme Marie-Adélaïde DE REVIERS** ;

734. **M. Gilles DE ROBILLARD** ;

735. **M. Francois DE ROUGE** ;

736. **Mme Maryse DE TUGLIE** ;

737. **Mme Béatrice DE VAUTIBAULT** ;

738. **Mme Isabelle DE VILLENAUT** ;

739. **M. Thierry DE WISPELAERE** ;

740. **Mme Sylvie DEBBAGH** ;

741. **Mme Michele DEBBI** ;

742. **M. Jean DEBETZ** ;

743. **Mme Françoise DEBOLD** ;

744. **Mme Catherine DEBUSNE** ;

745. **Mme Brigitte DECANTE** ;

746. **Mme Anne-Marie DECHENAUD** ;

747. **Mme Caroline DECONINCK** ;

748. **Mme Pascale DECOSTER** ;

749. **M. Jean-Louis DECOUZE** ;

750. **Mme Sonia DECROS** ;

751. **Mme Sandrine DEDET** ;

752. **M. Frédéric DEFAY** ;

753. **Mme Liliane DEFAYOLLE** ;
754. **Mme Carmen DEHARO** ;
755. **M. Jean-Jacques DEKIMPE** ;
756. **M. Gabriel DEL BOCCIO** ;
757. **M. Rodolphe DELACROIX** ;
758. **Mme Bernadette DELAGE** ;
759. **M. Claude DELAGE** ;
760. **Mme Anne-Marie DELAIRE** ;
761. **Mme Marie-Claire DELANGLE** ;
762. **Mme Laura DELAPORTE** ;
763. **Mme Isabelle DELARUE** ;
764. **M. Jean DELATRE** ;
765. **M. Francois DELAUNAY** ;
766. **M. Luc DELAUNAY** ;
767. **Mme Colette DELCOURT** ;
768. **M. Alain DELCROIX** ;
769. **Mme Edith DELIMARD** ;
770. **Mme Geneviève DELIRY** ;
771. **M. Thierry DELIVEYNE** ;
772. **Mme Patricia DELLA-VECCHIA** ;
773. **Mme Josiane DELMAS** ;
774. **Mme Chantal DELOFFRE** ;
775. **M. Florian DELOUP** ;
776. **M. Patrick DELPRAT** ;
777. **M. Jean-Luc DELRIEU** ;
778. **Mme Jacqueline DELTOUR** ;
779. **Mme Claudine DELVALLEE** ;
780. **Mme Claire DELVILLE** ;
781. **Mme Pascale DELZEITH** ;
782. **Mme Patricia DEMANGEON** ;
783. **M. Emmanuel DEMAY DE GOUSTINE** ;
784. **Mme Christel DEMEAU** ;
785. **Mme Christiane DEMESSE** ;

786. **M. Claude DÉMÉSY** ;
787. **Mme Marie DEMICK** ;
788. **Mme Christine DEMOL** ;
789. **Mme Françoise DÉMOULIN** ;
790. **Mme Sylvie DENÉCHÈRE** ;
791. **M. Christian DENIS** ;
792. **M. Jean Claude DENIS** ;
793. **M. Thomas DENNEMONT** ;
794. **Mme Chantal DEPRES** ;
795. **Mme Anne-Marie DERBENT** ;
796. **M. Thierry DEREUX** ;
797. **Mme Hélène DEROO** ;
798. **Mme Coralyne DEROUSSIS** ;
799. **Mme Claire DES LONGCHAMPS** ;
800. **Mme Anne DESAUGE** ;
801. **Mme Colette DESCAMPS** ;
802. **M. Bernard DESCHAMPS** ;
803. **M. Hervé DESCHAMPS** ;
804. **M. Pierre DESCHAMPS** ;
805. **M. Jacques DESEAU** ;
806. **Mme Florence DESFARGEAS** ;
807. **Mme Catherine DESHZYS** ;
808. **M. Fabrice DESJARDINS** ;
809. **M. Charles DESPLANTES** ;
810. **Mme Corinne DESPLAT** ;
811. **M. Fabien DESPREZ** ;
812. **M. Cyril DESTANQUE** ;
813. **Mme Josiane DESTOUESSE** ;
814. **M. Olivier DETILLEUX** ;
815. **Mme Catherine DEVAUX** ;
816. **M. Thierry DEVEZE** ;
817. **M. Thomas DEVILLERS** ;
818. **M. Jean-François DEWILDE** ;

819. **Mme Sophie DI VINCENZO** ;

820. **Mme Muriel DIDIER** ;

821. **Mme Rolande DIETSCH** ;

822. **M. Fabrice DIEUSEYRE** ;

823. **M. Antoine DINAHET** ;

824. **Mme Colette DINH** ;

825. **M. David-Emmanuel DIVERNOIS** ;

826. **Mme Maryse DMITRASINOVIC** ;

827. **Mme Elisabeth DO-TRUONG** ;

828. **M. Julio DOCAMPO** ;

829. **Mme Muriel DODIN** ;

830. **M. Christophe DOGNIN** ;

831. **M. Alain DOINEL** ;

832. **M. Yann DOMARADZKI** ;

833. **Mme Nathalie DOMINIK** ;

834. **M. François DONOIS** ;

835. **Mme Marie-Claude DONZEL** ;

836. **Mme Christiane DOUCET** ;

837. **M. Michel DOUCET** ;

838. **Mme Colette DOUDET** ;

839. **Mme Colette DOURTHE** ;

840. **Mme Nadine DOUVRE** ;

841. **Mme Jocelyne DREANO** ;

842. **Mme Marie-Christine DREUX** ;

843. **Mme Geneviève DROMARD** ;

844. **M. Richard DROUIN** ;

845. **Mme Caroline DU CREST** ;

846. **Mme Marie DU PONT DE ROMÉMONT** ;

847. **Mme Martine DUBIEZ** ;

848. **M. Henri DUBOIS** ;

849. **M. Jean-Marc DUBOIS** ;

850. **Mme Marie-Laïta DUBOIS** ;

851. **M. Jean DUBREU** ;

852. **Mme Evelyne DUBUC** ;
853. **Mme Marie-Hélène DUC** ;
854. **Mme Catherine DUCA** ;
855. **Mme Brigitte DUCASSE** ;
856. **M. Hubert DUCLOS** ;
857. **Mme Valerie DUCOUSSO** ;
858. **M. Bertrand DUCULTY** ;
859. **Mme Isabelle DUFLOS** ;
860. **M. Louis DUFLOT** ;
861. **Mme Nathalie DUFRAISSE** ;
862. **Mme Ghislaine DUHAUVELLE** ;
863. **Mme Eliane DUHEC** ;
864. **M. Henri DUHIL** ;
865. **Mme Hélène DUHOO** ;
866. **Mme Helene DUJARDIN** ;
867. **M. Frédéric DULOU** ;
868. **M. Frédéric DUMAS** ;
869. **M. Jean-Claude DUMAS** ;
870. **Mme Isabelle DUMIOT** ;
871. **M. Alexandre Cyril Jacques Frédéric DUMONT** ;
872. **M. Didier DUMONT** ;
873. **M. Thierry DUMONT LANDRÉ** ;
874. **M. Daniel DUMONTET** ;
875. **M. Alain DUMORTIER** ;
876. **M. Philippe DUNO** ;
877. **M. Thierry DUPIRE** ;
878. **Mme Agnès DUPOND** ;
879. **Mme Joëlle DUPOUY** ;
880. **Mme Sophie DUPOUY** ;
881. **M. Christophe DUPRAT** ;
882. **M. Didier DUPRAY** ;
883. **M. David DUPRE LA TOUR** ;
884. **Mme Chantal DUPREZ** ;

885. **Mme Marie-Laure DUPUIS** ;

886. **Mme Anne-Marie DUPUY** ;

887. **M. Jerome DUPUY** ;

888. **Mme Claudine DUQUESNE** ;

889. **Mme Brigitte DUQUESNE STEIMEN** ;

890. **M. Emmanuel DUQUOC** ;

891. **Mme Corinne DURAND** ;

892. **M. Yves DURAND** ;

893. **Mme Anne DURANEL** ;

894. **Mme Annie DURANT** ;

895. **M. Jean-Louis DURET** ;

896. **M. Ludovic DURIEUX** ;

897. **Mme Catherine DURON** ;

898. **M. Jean-Francois DURR-PICHOT** ;

899. **M. Bernard DUSSAP** ;

900. **M. Gilbert DUTERTRE** ;

901. **M. Philippe DUTHOIT** ;

902. **Mme Marie-France DUVAL** ;

903. **M. Romuald DUVRAC** ;

904. **Mme Fatna DYMLING** ;

905. **Mme Agnès EDOUARD** ;

906. **M. Jacques EGLER** ;

907. **M. Philippe EGURBIDE** ;

908. **Mme Aude EHRHARDT** ;

909. **M. Laurent EICHENHOLC** ;

910. **Mme Isabelle EISCHEN** ;

911. **M. Rachid EL ALAOUI** ;

912. **Mme Sihem EL FITOURI** ;

913. **Mme Marie-Louise EL KHOURY** ;

914. **M. Abdelfattah EL OUADI** ;

915. **M. René EMERAS** ;

916. **Mme Cliette ENAULT** ;

917. **Mme Jocelyne ENCABO DE PABLO** ;

918. **M. Guillaume ENFRUN** ;
919. **Mme Catherine ENGELS** ;
920. **Mme Catherine EPPE** ;
921. **Mme Anne ESCHER** ;
922. **Mme Catherine ESCHER** ;
923. **M. Dominique ESMIEU** ;
924. **M. Bruno ESPAZE** ;
925. **M. Claude ESPINASSE** ;
926. **Mme Marie-Andrée ESPINASSE** ;
927. **Mme Fabienne ESQUIVILLON** ;
928. **Mme Jacqueline EUSEBE** ;
929. **Mme Marian EVANS** ;
930. **M. James EVEILLARD** ;
931. **Mme Maud EVENO** ;
932. **Mme Nathalie FABRE** ;
933. **M. Olivier FABRE** ;
934. **Mme Élisabeth FADUILHE-LANGFELDT** ;
935. **Mme Sophie FAGOT** ;
936. **Mme Sabrina FAISANT** ;
937. **M. Richard FAITG** ;
938. **Mme Benedicte FALGAS** ;
939. **Mme Agnès FALGOUX** ;
940. **M. Luc FANJEAUX** ;
941. **Mme Geneviève FARRACHI** ;
942. **Mme Catherine FARRIOL** ;
943. **Mme Irene FAUCHEUX** ;
944. **Mme Fethia FAULHABER** ;
945. **Mme Marie-Françoise FAUQUENOT** ;
946. **M. Alain FAURE** ;
947. **Mme Isabelle FAURE-MAISONNIAL** ;
948. **Mme Rachel FAUVINET** ;
949. **Mme Sandrine FAVA** ;
950. **M. Frédéric FAVIER** ;

951. **M. Frédéric FAVRAT** ;
952. **M. Simon FAYOLLE** ;
953. **M. Guy FEBVRE** ;
954. **Mme Catherine FEDY** ;
955. **M. Patrick FENET** ;
956. **Mme Christine FENT** ;
957. **M. Louis FERAL** ;
958. **Mme Françoise FERIR** ;
959. **Mme Karine FERNANDES-SOUTELO** ;
960. **Mme Claudine FERRAND** ;
961. **M. Jacques FERRÉ** ;
962. **M. André FERRER CATALA** ;
963. **Mme Liliane FERRER** ;
964. **Mme Marie Daisy FERRERE** ;
965. **Mme Christel FERSCHNEIDER** ;
966. **Mme Sylvie FEUGA** ;
967. **M. Christophe FEUILLOLEY** ;
968. **M. Christian FÉVRIER** ;
969. **Mme Claudie FICHOT** ;
970. **Mme Eliane FICHOT** ;
971. **Mme Sabine FILAUDEAU** ;
972. **Mme Josiane FILIO** ;
973. **M. Didier FIOT** ;
974. **Mme Mireille FIZET** ;
975. **Mme Joële FLANDRE** ;
976. **Mme Nicole FLÉCHON** ;
977. **Mme Martine FLEURY** ;
978. **Mme Elisabeth FLEURY REBERT** ;
979. **M. Guy FLEYRAT-COUSTILLAS** ;
980. **M. Alain FLOCK** ;
981. **M. Iosif Nicolae FLOREA** ;
982. **Mme Annick FLORES** ;
983. **Mme Nadine FLORES** ;

984. **Mme Hélène FLOUQUET** ;
985. **Mme Josette FOESSEL** ;
986. **M. Jerôme FONTAINE** ;
987. **Mme Thérèse FONTALBA** ;
988. **Mme Maria FONTENEAU** ;
989. **M. Pascal FONTENEAU** ;
990. **Mme Rachel FONTEYMOND** ;
991. **Mme Fanny FONTIMPE** ;
992. **M. Denis FORAT** ;
993. **M. Roland FORSTER** ;
994. **Mme Jocelyne FORTIN** ;
995. **Mme Maria Violetta FOS** ;
996. **Mme Brigitte FOSSET** ;
997. **M. Michel FOUANON** ;
998. **Mme Françoise FOUBERT** ;
999. **Mme Maryse FOURCADE** ;
1000. **M. Eric FOURNIER** ;
1001. **M. Jean-Claude FOURNIER** ;
1002. **Mme Véronique FOURNIER** ;
1003. **Mme Dominique FOUSSE** ;
1004. **M. Michel FOY** ;
1005. **M. Jorge FREITAS DINIS** ;
1006. **Mme Anne FREIXANET** ;
1007. **M. François FRESNEY** ;
1008. **M. Olivier FRESSE** ;
1009. **M. Jean FREYBURGER** ;
1010. **Mme Beatrice FRIEDMANN** ;
1011. **M. Alfred FROELIGER** ;
1012. **M. Jean-Noël FROGER** ;
1013. **Mme Marie-Louise FROISSART** ;
1014. **Mme Agnès FROLLEAU** ;
1015. **M. Jan FRONTEAU** ;
1016. **Mme Mathilde FRONTEAU** ;

1017. **Mme Michèle FROTIN** ;

1018. **M. Yves FRUCHON** ;

1019. **M. Marc FRUHAUFF** ;

1020. **Mme Françoise FRUTEAU DE LACLOS** ;

1021. **Mme Isabelle FUERXER** ;

1022. **M. Roland FULCHIRON** ;

1023. **Mme Lyne FURCO** ;

1024. **Mme Marie-Pierre FUZILLIER** ;

1025. **M. Dominique GABIN** ;

1026. **Mme Catherine GADEL** ;

1027. **Mme Véronique GADEN** ;

1028. **M. Laurent GAILLARD** ;

1029. **Mme Lucie GAILLARD** ;

1030. **M. Jean-Baptiste GAILLIARD** ;

1031. **Mme Marie Laure GAL** ;

1032. **M. François GALARD** ;

1033. **Mme Patricia GALFRÉ** ;

1034. **Mme Annie GALLEA** ;

1035. **M. Hubert GALLÉE** ;

1036. **M. Florent GALLET** ;

1037. **M. François GALLIX** ;

1038. **Mme Lise GALLOIS** ;

1039. **M. Olivier GALLUT** ;

1040. **Mme Corinne GALOUZEAU DE VILLEPIN** ;

1041. **M. Barthelemy GAMBA** ;

1042. **M. René GAMBA** ;

1043. **M. Guillaume GAMBLIN** ;

1044. **Mme Kathy GARABEDIAN** ;

1045. **Mme Claire GARCIA** ;

1046. **M. Lionel GARCIN** ;

1047. **Mme Katy GARDET** ;

1048. **M. Patrice GARDET** ;

1049. **Mme Marie GARDIN** ;

1050. **M. Pierre GARDONI** ;

1051. **Mme Catherine GARGAT** ;

1052. **M. Xavier GARIEL** ;

1053. **Mme Cathie GARNIER** ;

1054. **M. Jean GARNIER** ;

1055. **M. Pierre GARNIER** ;

1056. **Mme Sylvie GARNIER** ;

1057. **Mme Pascaline GAROCHE** ;

1058. **Mme Natacha GAROUCHE** ;

1059. **Mme Isabelle GARRIC** ;

1060. **Mme Stéphanie GARRIGOS** ;

1061. **M. Gérard GASTIN** ;

1062. **M. Thierry GAUDART** ;

1063. **Mme Nathalie GAUDRON** ;

1064. **Mme Marie-Ange GAULLIER** ;

1065. **M. Rainier GAUMY** ;

1066. **M. Emmanuel GAUQUELIN** ;

1067. **Mme Anne GAUTHERON** ;

1068. **M. Alain GAUTHIER** ;

1069. **Mme Dominique GAUTHIER** ;

1070. **Mme Françoise GAUTHIER** ;

1071. **Mme Anne-Marie GAUTIER** ;

1072. **M. Daniel GAUTIER** ;

1073. **M. Etienne GAUTIER** ;

1074. **M. Pierre GAUTRON** ;

1075. **Mme Sandrine GAUVAIN** ;

1076. **Mme Marguerite GAVILLET MATAR** ;

1077. **Mme Francette GAY** ;

1078. **M. Danio GAZE** ;

1079. **Mme Cécile GEAY** ;

1080. **Mme Marie-Pierre GEFFROS** ;

1081. **Mme Danièle GELLÉE** ;

1082. **M. Jean-François GENESTE** ;

1083. **Mme Marie-Noëlle GENIN** ;

1084. **Mme Anne GENINET** ;

1085. **Mme Martine GENRE** ;

1086. **Mme Catherine GEORGE** ;

1087. **Mme Isabelle GEORGES** ;

1088. **Mme Anne-Marie GEORGET** ;

1089. **Mme Pascale GERARD** ;

1090. **M. Christian GERARDIN** ;

1091. **M. Jean GERIN** ;

1092. **M. Patrick GERMAIN** ;

1093. **M. Maurice GERMONT** ;

1094. **M. Jean-Marc GESLIN** ;

1095. **Mme Christine GESRET** ;

1096. **Mme Frédérique GEST** ;

1097. **M. Jean-Philippe GESTA** ;

1098. **Mme Nancy GHERBI** ;

1099. **Mme Eliane GIFFARD** ;

1100. **Mme Laetitia GIL** ;

1101. **Mme Christiane GILGERT** ;

1102. **Mme Marie-Annik GILLE** ;

1103. **Mme Pascale GILLE** ;

1104. **Mme Valérie GILLES** ;

1105. **M. Eric GILLET** ;

1106. **Mme Marie-Luce GILLET** ;

1107. **M. Patrick GILLET** ;

1108. **M. Bertrand GILLOOTS** ;

1109. **M. Hugues GILLOT** ;

1110. **M. Christian GINDRE** ;

1111. **M. Bertrand GIRARD** ;

1112. **Mme Michaela GIRARD** ;

1113. **M. Bernard GIRAUD** ;

1114. **M. Denis GIRAUD** ;

1115. **M. Dominique GIRAUD** ;

1116. **M. Swen GIRAUDEAU** ;

1117. **M. Georges GIRAULT** ;

1118. **Mme Dominique GIRELLI** ;

1119. **M. Christian GIRIER** ;

1120. **M. André GIUDICELLI** ;

1121. **M. Ludovic GIVELET** ;

1122. **M. Michel GLEIZES** ;

1123. **M. Philippe GLEIZES** ;

1124. **Mme Martine GLISSOUX** ;

1125. **Mme Henriette GLORIÈS** ;

1126. **M. David GLORIEUX** ;

1127. **Mme Véronique GLOWACZ** ;

1128. **Mme Marie-Pia GOBAILLE** ;

1129. **Mme Geneviève GOBLED** ;

1130. **Mme Fabienne GODARD** ;

1131. **M. Francois GODDARD** ;

1132. **Mme Sophie GODEFROID** ;

1133. **Mme Chantal GOIRAND** ;

1134. **M. Jérôme GOLDSCHMITT** ;

1135. **M. Jean-Claude GOMEL** ;

1136. **Mme Caroline GOMEZ** ;

1137. **Mme Françoise GONON** ;

1138. **Mme Myriam GONTIER** ;

1139. **M. Alain GONZALEZ** ;

1140. **Mme Stéphanie GONZALEZ** ;

1141. **M. Joël GORD** ;

1142. **M. Jean-Yves GORRISSEN** ;

1143. **Mme Danielle GOSSET** ;

1144. **Mme Franck GOSSMANN** ;

1145. **M. Francis GOT** ;

1146. **M. Etienne GOUALC'H** ;

1147. **M. Thierry GOUDARD** ;

1148. **Mme Anne GOUDOT** ;

1149. **Mme Carole GOUÉZO** ;

1150. **M. Gilbert GOUPY** ;

1151. **Mme Valérie GOURDON** ;

1152. **M. Felix GOURY** ;

1153. **Mme Chantal GOUTELLE** ;

1154. **M. Philippe GOUTEUX** ;

1155. **Mme Martine GOUYETTE-BANNIER** ;

1156. **M. Thierry GOZLAN** ;

1157. **M. Jean Michel GRABET** ;

1158. **M. Roland GRACIOTTI** ;

1159. **M. Christian GRAEFF** ;

1160. **Mme Anne-Marie GRAFFION** ;

1161. **Mme Hélène GRAFTIEAUX** ;

1162. **M. Dominique GRAILLAT** ;

1163. **Mme Cécile GRAND** ;

1164. **M. Georges GRAND** ;

1165. **Mme Isabelle GRANDGEORGE** ;

1166. **Mme Brigitte GRANDOU** ;

1167. **Mme Fabienne GRANGER** ;

1168. **Mme Nathalie GRANGEREAU** ;

1169. **M. Geoffroy GRANGIER** ;

1170. **Mme Janine GRANIER** ;

1171. **M. Nicolas GRANIER** ;

1172. **Mme Francoise GRASER** ;

1173. **Mme Claudia GRASSHOFF** ;

1174. **Mme Isabelle GRASSO-FOUILLEUL** ;

1175. **Mme Marie-France GRATIER** ;

1176. **M. Jean-Claude GRAVALON** ;

1177. **M. Jean Marie GRAVEZ** ;

1178. **Mme Bernadette GRELIER** ;

1179. **M. Vincent GRELIER** ;

1180. **M. André GREWIS** ;

1181. **Mme Marie GRICOURT** ;

1182. **Mme Christel GRIGOLETTO** ;

1183. **M. Jean GRIMARD** ;

1184. **M. Fabrice GRIMAUD** ;

1185. **M. Olivier GRIMBERT** ;

1186. **M. Michel GRONDEIN** ;

1187. **Mme Noëlla GRONDIN** ;

1188. **Mme Solange GRONDIN** ;

1189. **M. Jean-François GROS** ;

1190. **M. Jérôme GROS** ;

1191. **M. Daniel GROSMAIRE** ;

1192. **Mme Agnès GROSSEL** ;

1193. **M. Jean GROUHEL** ;

1194. **M. Pierre GRUEL** ;

1195. **M. Vivien GRUSS** ;

1196. **Mme Sylvia GSTALTER** ;

1197. **Mme Marina GUEDINGAO** ;

1198. **Mme Anne GUEGAN** ;

1199. **M. Frederic GUEGUEN** ;

1200. **Mme Jocelyne GUEGUEN IZQUIERDO** ;

1201. **Mme Odile GUEMENE** ;

1202. **Mme Rachida GUEMMACHE** ;

1203. **M. Hervé GUÉNARD** ;

1204. **Mme Nathalie GUERBER** ;

1205. **M. Patrick GUERILLOT** ;

1206. **Mme Elisabeth GUERIN** ;

1207. **Mme Isabelle GUERIN** ;

1208. **M. Valère GUERIN** ;

1209. **Mme Marie GUERNALEC** ;

1210. **Mme Maryse GUIBLAIN** ;

1211. **M. Jacques GUICHOT** ;

1212. **Mme Danièle GUIEU** ;

1213. **M. Patrick GUIFFRA** ;

1214. **Mme Odile GUIGNABAUDET** ;

1215. **M. André GUILBAUD** ;

1216. **Mme Marie-Thérèse GUILBAUD** ;

1217. **Mme Nadine GUILBEAU** ;

1218. **M. Jean Louis GUILBERT** ;

1219. **M. Gonzague GUILHEM** ;

1220. **Mme Chantal GUILLAND** ;

1221. **M. Patrick GUILLEMOT** ;

1222. **Mme Isabelle GUILLOT** ;

1223. **M. Gael GUILLOU** ;

1224. **M. Michel GUILLOU** ;

1225. **Mme Veronique GUILMONT** ;

1226. **M. Étienne GUINOT** ;

1227. **Mme Florence GUITTONNY** ;

1228. **Mme Dominique GUTIERREZ** ;

1229. **Mme Véronique GUTIERREZ** ;

1230. **Mme Monique GUY** ;

1231. **M. Christophe GUYAU** ;

1232. **Mme Anne GUYONNEAU** ;

1233. **Mme Jacqueline GUYOT** ;

1234. **M. Elven GWYDDYAN** ;

1235. **Mme Marie Josee HABER** ;

1236. **M. Jean François HABIGAND** ;

1237. **Mme Laurence HACCANDY** ;

1238. **Mme Nagat HADFI** ;

1239. **M. Roger HAFFNER** ;

1240. **M. Thierry HAGELSTEIN** ;

1241. **Mme Marie-Noëlle HALLIER** ;

1242. **M. Robert HAMELIN** ;

1243. **Mme Virginie HAMERY** ;

1244. **Mme Gwenn HAMET** ;

1245. **Mme Marie-France HAMM** ;

1246. **Mme Christine HAMONIC** ;

1247. **M. Jonas HANDTMANN** ;

1248. **Mme Maryvonne HANSS** ;

1249. **M. Jean-Pierre HANUS** ;

1250. **M. Leo HARTMANN** ;

1251. **M. Alain HAVREZ** ;

1252. **Mme Claire HAYDONT** ;

1253. **Mme Pauline HAYE** ;

1254. **M. Philippe HAYER** ;

1255. **Mme Francoise HAYES** ;

1256. **Mme Marie-Christine HAZAËL-MASSIEUX** ;

1257. **M. Franck HEBERT** ;

1258. **Mme Catherine HEBRARD** ;

1259. **M. Michel HÉBRAS** ;

1260. **M. Jean-Marie HECHES** ;

1261. **M. François HECQUET** ;

1262. **Mme Bernadette HEGU** ;

1263. **Mme Monique HEINIGER** ;

1264. **Mme Christine HEINRICH** ;

1265. **M. Jean-Patrick HELARD** ;

1266. **M. François HÉLIE DE LA HARIE** ;

1267. **Mme Sylvaine HÉLIN** ;

1268. **M. Jean-François HÈME** ;

1269. **Mme Anne-Marie HENNEQUIN** ;

1270. **Mme Céline HENRION** ;

1271. **Mme Caroline HENRY** ;

1272. **M. Dominique HENRYON** ;

1273. **Mme Doris HENTSCH** ;

1274. **M. Marc HÉRAULT** ;

1275. **M. Pascal HERAULT** ;

1276. **Mme Martine HERBIET** ;

1277. **M. Jean HERMANN** ;

1278. **Mme Joséphine HERMANS** ;

1279. **M. Patrick HERNANDEZ** ;

1280. **M. Patrice HERRENT** ;

1281. **Mme Angelitas HERRERO** ;

1282. **M. Laurent HERVIEUX** ;

1283. **M. Cédric HERZIG** ;

1284. **Mme Karine HESRY** ;

1285. **M. Jean-Jacques HIGELIN** ;

1286. **Mme Florence HILLE** ;

1287. **M. Christian HINCKER** ;

1288. **Mme Izabella-Letitia HINGAN** ;

1289. **Mme Hélène HINGRE** ;

1290. **Mme Linh HOANG-THI** ;

1291. **M. Marcel HOCQUET** ;

1292. **Mme Dominique HODIQUET** ;

1293. **M. Francis HOEZ** ;

1294. **Mme Marie-Noëlle HOFFER** ;

1295. **Mme Andrea HOFFMANN** ;

1296. **Mme Magalie HOFFMANN DAZIANI** ;

1297. **Mme Françoise HOFFMANN** ;

1298. **Mme Sophie HOFMANN** ;

1299. **Mme Sophie HOGUAIS** ;

1300. **M. Francis HOH** ;

1301. **Mme Isabelle HOLTZ** ;

1302. **M. Philippe Michel HOPPLER** ;

1303. **M. Didier HOSOTTE** ;

1304. **M. Serge HOUEL** ;

1305. **M. Dominique HOUETTE** ;

1306. **Mme Véronique HOURADOU** ;

1307. **Mme Nadine HOVNANIAN** ;

1308. **M. Charles HUBER** ;

1309. **M. Lionel HUBER** ;

1310. **M. Christian HUBERT** ;

1311. **Mme Marie HUBERT** ;

1312. **Mme Marie-Claude HUBERT** ;

1313. **Mme Nicole HUBERT** ;

1314. **Mme Elisabeth HUDE** ;

1315. **Mme Lyse HUET** ;

1316. **Mme Marie-Claire HUET** ;

1317. **M. Patrice HUGUIN** ;

1318. **Mme Dominique HUNKA GELY** ;

1319. **Mme Catherine HURTEVENT** ;

1320. **M. Hervé HUS** ;

1321. **M. Thierry HUSSER** ;

1322. **Mme Christine HUVÉ** ;

1323. **Mme Murielle HYNEK** ;

1324. **Mme Farida IBERSIENE** ;

1325. **Mme Maria-Jesus IGLESIAS** ;

1326. **Mme Isabelle ILJA** ;

1327. **M. Michel IMART** ;

1328. **M. Stéphane IMBERTON** ;

1329. **Mme Anne IMHOF** ;

1330. **M. Louis-Marie INIZAN** ;

1331. **Mme Corinne INJEY** ;

1332. **Mme Carole IRMA** ;

1333. **M. Jean-Claude IRMA** ;

1334. **Mme Christine ISNARD** ;

1335. **M. Serge IVIAN** ;

1336. **Mme Gaëlle JABOEUF** ;

1337. **Mme América JACKSON** ;

1338. **M. Olivier JACKSON** ;

1339. **Mme Valérie JACOB** ;

1340. **Mme Dominique JACQUES** ;

1341. **Mme Christine JACQUET** ;

1342. **M. Michel JACQUET** ;

1343. **Mme Nathalie JACQUIER** ;

1344. **Mme Marie-Thérèse JACQUIN** ;

1345. **Mme Elisabeth JAEGER** ;

1346. **M. Francis JAEGLER** ;

1347. **Mme Marise JAGOT** ;

1348. **Mme Annick JAINDL** ;

1349. **M. David JALABERT** ;

1350. **Mme Nathalie JALLOT** ;

1351. **Mme Maryse JAMBUT** ;

1352. **Mme Patricia JAMES** ;

1353. **Mme Régine JANIN** ;

1354. **M. Daniel JANSSEN-BENNYNCK** ;

1355. **Mme Martine JARDIN** ;

1356. **M. Arnaud JARRY** ;

1357. **Mme Martine JARRY** ;

1358. **M. Christian JAUTROU** ;

1359. **M. Guy JAYET** ;

1360. **Mme Nathalie JEAN-ALEXIS** ;

1361. **M. Stéphane JEAN-MAIRET** ;

1362. **M. François JEANNIN** ;

1363. **M. Philippe JEANNIN** ;

1364. **Mme Marie JEGADO** ;

1365. **Mme Jocelyne JÉGOUX** ;

1366. **Mme Laurence JÉNOC** ;

1367. **Mme Daria JEZIERSKA** ;

1368. **M. Daniel JIMENEZ** ;

1369. **Mme Isabelle JITTEN** ;

1370. **Mme Clarisse JOLLY** ;

1371. **Mme Françoise JOLY** ;

1372. **M. Hugues JOLY** ;

1373. **M. Michel JOLY** ;

1374. **M. Marc JONCOUR** ;

1375. **M. Jean-Claude JOSEPH** ;

1376. **M. Jean-Pierre JOSEPH** ;

1377. **M. Marc JOSEPH** ;

1378. **M. Fabrice JOUBAIRE** ;

1379. **M. Olivier JOUBE** ;

1380. **M. Ludovic JOUBERT** ;

1381. **Mme Sylviane JOUBERT** ;

1382. **Mme Marie-Hélène JOUDIOU** ;

1383. **Mme Chantal JOURDES** ;

1384. **M. Alain JOUX** ;

1385. **Mme Marie-Thérèse JOUX** ;

1386. **Mme Morgane JUHEL** ;

1387. **M. François JUIGNET** ;

1388. **M. Christian JULIEN** ;

1389. **M. François JULIEN** ;

1390. **M. Claude JULLIAN** ;

1391. **M. Alix JULLIARD** ;

1392. **M. Pierre-Yves JULLIEN** ;

1393. **Mme Marie-Anne JUMEL** ;

1394. **Mme Isabelle KABAC** ;

1395. **Mme Christine KADHI** ;

1396. **M. Karim Philippe KADRI** ;

1397. **Mme Nathalie KAISER** ;

1398. **Mme Evelyne KALUZA** ;

1399. **Mme Tatiana KANAAN** ;

1400. **Mme Françoise KANDL** ;

1401. **M. Marc KASSAPIAN** ;

1402. **M. Jacek KAWARSKI** ;

1403. **M. Eric KAYAYAN** ;

1404. **Mme Annie KEREBEL** ;

1405. **M. Joel KERGOAT** ;

1406. **Mme Brigitte KERGOURLAY** ;

1407. **M. Jacques KERIBIN** ;

1408. **Mme Bernadette KERJEAN** ;

1409. **Mme Catherine KERN** ;

1410. **M. Jacques KERVEILLANT** ;

1411. **M. Robert KERZÉRHO** ;

1412. **Mme Coraline KETS** ;

1413. **M. Adel KHEREDDINE** ;

1414. **Mme Martine KHYZAR** ;

1415. **Mme Isabelle KLEIN** ;

1416. **Mme Dominique KLUGÉ** ;

1417. **Mme Marie KNECHT** ;

1418. **M. Gérard KNIBBE** ;

1419. **Mme Claire KOCAB** ;

1420. **M. Laurent KOCAB** ;

1421. **Mme Marguerite KOEHNLEIN** ;

1422. **Mme Johanna KOTTGEN** ;

1423. **M. Zorba KOUAIK** ;

1424. **Mme Catherine KRASSOVSKY** ;

1425. **M. Serge KREITER** ;

1426. **M. Laurent KUBIAK** ;

1427. **Mme Carmen KULLING** ;

1428. **Mme Hanna KUMP** ;

1429. **Mme Sylvie KUSTER** ;

1430. **Mme Claudia L'HARIDON** ;

1431. **Mme Françoise L'OLLIVIER** ;

1432. **Mme Sylvie LABOSSE** ;

1433. **M. Sylvain LABOURGOGNE** ;

1434. **Mme Bénédicte LABROT** ;

1435. **M. Eric LABROUSSE** ;

1436. **Mme Marie-Hélène LACARRA** ;

1437. **M. Hugo LACASSE** ;

1438. **Mme Isabelle LACHENAUD** ;

1439. **M. Frank LACHERÉ** ;

1440. **Mme Anne-Marie LACROIX** ;

1441. **Mme Marie-José LACROIX** ;

1442. **M. Michaël LACROIX** ;

1443. **M. Denis LAFARGE** ;

1444. **M. Bruno LAFEUILLE** ;

1445. **Mme Gisèle LAFFAGE BONARDEL** ;

1446. **M. Richard LAFFONT** ;

1447. **M. Bruno LAFLAQUIERE** ;

1448. **M. Eric LAFONTAINE** ;

1449. **Mme Christine LAFOREST** ;

1450. **M. Bruno LAGARDE** ;

1451. **M. Olivier LAGARDE** ;

1452. **M. Elian LAGARRIGUE** ;

1453. **M. Pierre LAGIER** ;

1454. **Mme Evelyne LAGIN** ;

1455. **M. Stéphane LAGNEL** ;

1456. **Mme Valérie LAGRIFOUL** ;

1457. **Mme Marie LAIGRE** ;

1458. **Mme Edith LAÎNÉ** ;

1459. **M. Jacques LAINÉ** ;

1460. **M. Thierry LAISNE** ;

1461. **M. Denis LALANNE** ;

1462. **Mme Pascale LALIN** ;

1463. **Mme Stephanie LALISSE** ;

1464. **Mme Sandrina LALOV** ;

1465. **Mme Aude LAMBERT** ;

1466. **Mme Corinne LAMBERT** ;

1467. **Mme Laurence LAMBERT** ;

1468. **Mme Monique LAMBERT** ;

1469. **Mme Jacqueline LAMELOT** ;

1470. **M. Christian LAMERANT** ;

1471. **Mme Arlette LAMEYRE** ;

1472. **Mme Michele LAMONGIE** ;

1473. **M. Jean-Marc LAMOURE** ;

1474. **Mme Nathalie LAMPIN** ;

1475. **Mme Françoise LAMY** ;

1476. **Mme Marie-Claire LAMY** ;

1477. **M. Eric LANCELOT** ;

1478. **Mme Isabelle LANCIEN** ;

1479. **M. Michel LANDRÉ** ;

1480. **Mme Elisabeth LANDWERLIN** ;

1481. **Mme Florence LANGENDORFF** ;

1482. **Mme Hannelore LANGER** ;

1483. **M. Gerard LANGLOIS** ;

1484. **Mme Séverine LANGLOIS-BAZILLE** ;

1485. **M. Christophe LANGROS** ;

1486. **M. Maxime LANGROS** ;

1487. **M. David LANIGAN** ;

1488. **M. Pierre LANNES** ;

1489. **Mme Muriel LANTERI** ;

1490. **M. Bernard LAOUENAN** ;

1491. **M. Benoit LAPEZE-CHARLIER** ;

1492. **M. Benoit LAPLANCHE** ;

1493. **M. Daniel LARGE** ;

1494. **Mme Christèle LAROCHE** ;

1495. **Mme Marion LAROCHE** ;

1496. **Mme Marine LARRE** ;

1497. **M. Olivier LASFARGEAS** ;

1498. **M. Marc LASPEYRES** ;

1499. **M. Claude LASSELIN** ;

1500. **Mme Marie-Thérèse LATÉCOÈRE** ;

1501. **M. François LATOUR** ;

1502. **Mme Christiane LAUCOURNET** ;

1503. **M. Patrick LAUER** ;

1504. **M. Thierry LAUGIER** ;

1505. **Mme Yvette LAUGIER** ;

1506. **M. Alexandre LAUNAY** ;

1507. **Mme Eliane LAURENCI** ;

1508. **Mme Nathalie LAURENS** ;

1509. **Mme Jeanne LAURENT** ;

1510. **Mme Nathalie LAURENT** ;

1511. **M. Louis LAURET** ;

1512. **Mme Laura LAUTELIN** ;

1513. **Mme Catherine LAVAL** ;

1514. **M. Michel LAVICTOIRE** ;

1515. **Mme Martine LAVIEVILLE** ;

1516. **M. Daniel LAVILLE** ;

1517. **Mme Diane LAVILLE** ;

1518. **M. Philippe LE BERRE** ;

1519. **Mme Valérie LE BOEUF** ;

1520. **M. Thierry LE BORGNE** ;

1521. **Mme Dominique LE BOURGEOIS-HODGSON** ;

1522. **Mme Françoise LE CRAS** ;

1523. **M. Armand Joseph LE CROM** ;

1524. **Mme Laurence LE DANTEC** ;

1525. **M. Loic LE DOUCE** ;

1526. **Mme Marie-Ange LE FLÈCHE** ;

1527. **Mme Gwenaëlle LE GALL** ;

1528. **M. Jacques LE GOFF** ;

1529. **Mme Gwenaëlle LE GOFF-VIARD** ;

1530. **M. René LE GUEN** ;

1531. **M. Silvère LE GUEN-TRÉGRET** ;

1532. **M. Philippe LE JEUNE** ;

1533. **M. Eric LE JUDEC** ;

1534. **Mme Christine LE LURON** ;

1535. **Mme Anne LE MERDY** ;

1536. **Mme Marine LE NEVEU** ;

1537. **Mme Marie Claire LE NOACH** ;

1538. **M. Luc LE PROVOST** ;

1539. **Mme Claire LE ROUX** ;

1540. **Mme Gaud LE ROUX** ;

1541. **M. Marc LE ROUX** ;

1542. **Mme Michelle-Françoise LE ROUX** ;

1543. **Mme Françoise LE ROUX-ULISSE** ;

1544. **M. Jean-Claude LE RUYET** ;

1545. **M. Jean-Marc LE SAUX** ;

1546. **M. Gilles LE SECH** ;

1547. **Mme Karine LE VIGOUROUX** ;

1548. **Mme Aurore LE YOUDEC** ;

1549. **Mme Marie-Hélène LE YOUDEC** ;

1550. **M. Claude LEBE** ;

1551. **M. Sylvain LEBOUCHER** ;

1552. **Mme Claire LEBOUTET** ;

1553. **Mme Geneviève LEBOUTEUX** ;

1554. **M. Frank LEBRET** ;

1555. **Mme Marie-Christine LEBRETON** ;

1556. **Mme Marie LEBRUN** ;

1557. **Mme Michèle LECAT-KEIM** ;

1558. **Mme Geneviève LECHARME** ;

1559. **M. Marc LÈCHE** ;

1560. **M. Alain LECHEVALLIER** ;

1561. **M. Dominique LECHEVALLIER** ;

1562. **Mme Catherine LECLERC** ;

1563. **Mme Florence LECLERC** ;

1564. **Mme Françoise LECLERE** ;

1565. **Mme Agnès LECOANET** ;

1566. **Mme Chantal LECOMTE** ;

1567. **M. Jean-François LECOMTE** ;

1568. **Mme Isabelle LECOQ** ;

1569. **Mme Nicole LECRIVAIN** ;

1570. **M. Frederic LEDON** ;

1571. **Mme Laure LEDUN** ;

1572. **Mme Marion LEFEEZ** ;

1573. **M. Patrick LEFEVRE** ;

1574. **Mme Elisabeth LEFÈVRE REICH** ;

1575. **M. Laurent LEFOL** ;

1576. **M. Christian LEFORT** ;

1577. **Mme Isabelle LEFORT** ;

1578. **Mme Maud LEGEAY** ;

1579. **M. Etienne LEGER** ;

1580. **Mme Maryline LEGER** ;

1581. **M. Pascal LÉGER** ;

1582. **M. Eric LEGOUBIN** ;

1583. **Mme Isabelle LEGRAND** ;

1584. **Mme Micheline LEGRAND** ;

1585. **M. Patrick LEGRAND** ;

1586. **M. Nicolas LEGRET** ;

1587. **M. François LEHERISSEL** ;

1588. **Mme Caroline LEHOUSSE** ;

1589. **M. Thierry LEHOUX** ;

1590. **Mme Christine LEJOSNE** ;

1591. **Mme Isabelle LEMAIGRE DUBREUIL** ;

1592. **Mme Danielle LEMAIRE** ;

1593. **M. Hubert LEMAIRE** ;

1594. **M. Jean LEMAIRE** ;

1595. **Mme Roberto Pierre LEMAIRE** ;

1596. **M. Damien LEMAL** ;

1597. **M. Raphaël LEMARQUIS** ;

1598. **M. Alain LEMESLE** ;

1599. **M. Thierry LEMOINE** ;

1600. **Mme Béatrice LEMONNIER** ;

1601. **Mme Martine LEMOSLE** ;

1602. **Mme Claire LENCLUD** ;

1603. **M. Frédéric LENFANT** ;

1604. **Mme Marie LENOIR** ;

1605. **Mme Isabelle LENZI** ;

1606. **Mme Martine LEPAGE** ;

1607. **Mme Agnès LEPELTIER** ;

1608. **Mme Marie Lise LEPEZ** ;

1609. **Mme Anne-Sophie LEPRÊTRE** ;

1610. **Mme Gisèle LEPRINCE** ;

1611. **Mme Martine LEROUX** ;

1612. **Mme Isabelle LEROUX PHILIBERT** ;

1613. **Mme Marie LEROY** ;

1614. **Mme Mathilde LEROY** ;

1615. **M. Jean LESAFFRE** ;

1616. **Mme Ludivine LESÉNÉCHAL** ;

1617. **Mme Nathalie LESGUILLIER** ;

1618. **M. Olivier LESIRE** ;

1619. **Mme Sophie LESPEIX** ;

1620. **Mme Pascale LESTERLE** ;

1621. **M. Benoit LESTIENNE** ;

1622. **M. Marc LETOURNEUR** ;

1623. **Mme Sylvie LETOUX** ;

1624. **M. Patrick LEVACHER** ;

1625. **Mme Céline LEVASSEUR** ;

1626. **M. Philippe LEVASSEUR** ;

1627. **Mme Valérie LEVERGNE** ;

1628. **M. Laurent LEVROT** ;

1629. **Mme Doriane LEVY** ;

1630. **M. Éric LÉVY** ;

1631. **M. François LHIOREAU** ;

1632. **M. Thierry LHUILLIER** ;

1633. **M. Damien LIARD** ;

1634. **M. Gwendal LIDEC** ;

1635. **Mme Chahla LIFA** ;

1636. **Mme Arzhelenn LIGAON** ;

1637. **M. Christian LIGOUT** ;

1638. **M. Arnaud LIMACHER** ;

1639. **Mme Béatrice LINAIS** ;

1640. **Mme Mireille LINTZ** ;

1641. **Mme Violette LINTZ** ;

1642. **Mme Arlette Christiane LIONS** ;

1643. **Mme Odile LISBONNE** ;

1644. **Mme Michèle LITZLER** ;

1645. **M. Bruno LIZZI** ;

1646. **Mme Sibylle LLEWELLYN** ;

1647. **Mme Martine LLOPIS** ;

1648. **M. Philippe LOBJEOIS** ;

1649. **Mme Lysiane LOCCI** ;

1650. **M. Frédéric LOINTIER** ;

1651. **M. Philippe LONGEPEE** ;

1652. **Mme Dominique LONGVILLE** ;

1653. **Mme Marie-Françoise LOOS** ;

1654. **M. Jean-Yves LOPEZ** ;

1655. **Mme Véronique LOPEZ** ;

1656. **M. Stanislas LOQUAY** ;

1657. **Mme Brigitte LORE** ;

1658. **M. François LORIN** ;

1659. **M. Christian LOTTE** ;

1660. **Mme Eliane LOUINEAU** ;

1661. **Mme Jenny LOUMAN** ;

1662. **M. Bruno LOURDELET** ;

1663. **Mme Pauline LOUSSOUARN-YVON** ;

1664. **Mme Cécile LOUVEL** ;

1665. **Mme Nadia LOUVET** ;

1666. **M. Christophe LOVISON** ;

1667. **M. David LUCAS** ;

1668. **Mme Veronique LUCAS** ;

1669. **Mme Marie-Angèle LUCCHESI** ;

1670. **M. Fabrice LUÇON** ;

1671. **M. Christophe LUDINANT** ;

1672. **M. Michaël LUDWIG** ;

1673. **Mme Laura-Maria LUPESCU** ;

1674. **Mme Bérénice LURTON** ;

1675. **M. Gonzague LURTON** ;

1676. **Mme Odile LURTON** ;

1677. **Mme Colette LUTTENBACHER** ;

1678. **Mme Sophie LYSIAK** ;

1679. **M. Jacques MABIT** ;

1680. **Mme Eliane MAC-LUCKIE** ;

1681. **Mme Marie MACÉ** ;

1682. **Mme Annabel MACGOWAN** ;

1683. **M. Maurice MACHEFAUX** ;

1684. **M. Sylvain MACHU** ;

1685. **M. Volker MADERT** ;

1686. **Mme Sylvie MADRANGES** ;

1687. **Mme Laurence MAFFÉÏS** ;

1688. **Mme Pascale MAGNAUD** ;

1689. **Mme Sophie MAGNIN** ;

1690. **Mme Céline MAGRINI-ROMAGNOLI** ;

1691. **Mme Karine MAHAUT** ;

1692. **M. Guy MAIGNE** ;

1693. **M. Luc MAILLARD** ;

1694. **M. Philippe MAILLARD** ;

1695. **M. Dominique MAIRE** ;

1696. **Mme Marina MAIRE** ;

1697. **Mme Marie Louise MAÎTRE** ;

1698. **M. Philippe MAÎTRE** ;

1699. **M. Dominique MALABRE** ;

1700. **M. Jacques MALEFOND** ;

1701. **M. Jean-Baptiste MALÉZIEUX** ;

1702. **M. Alain MALFANTI** ;

1703. **Mme Sylvie MALINGREY** ;

1704. **M. Valdis MALKEVICS** ;

1705. **Mme Anne MALLÉGOL** ;

1706. **Mme Micheline MALLET** ;

1707. **M. Noel MALLET** ;

1708. **Mme Valérie MALOTET** ;

1709. **M. Ivan MALTCHEFF** ;

1710. **M. Patrice MALVAULT** ;

1711. **Mme Liliane MAMATH** ;

1712. **Mme Florence MAMIE** ;

1713. **Mme Marleine MANARANCHE-BALLARIO** ;

1714. **Mme Fabienne MANCA** ;

1715. **M. Michel MANCUSO** ;

1716. **Mme Michèle MANDON** ;

1717. **Mme Christine MANIN** ;

1718. **M. Jean-Jacques MANISSIER** ;

1719. **Mme Sandrine MANNLEIN** ;

1720. **M. Richard MANSARD** ;

1721. **M. Didier MANTEAU** ;

1722. **M. Nicolas MANUEL** ;

1723. **Mme Estelle MARACHE** ;

1724. **Mme Caroline MARC** ;

1725. **M. Philippe MARCEAU** ;

1726. **Mme Christine MARCEL** ;

1727. **Mme Audrey MARCHAL** ;

1728. **Mme Jacqueline MARCHAND** ;

1729. **Mme Marie-Joëlle MARCHAND** ;

1730. **M. Michel MARCHAND** ;

1731. **M. Patrick MARCILLAUD** ;

1732. **Mme Françoise MARECHAL** ;

1733. **M. Arnaud MAREZ** ;

1734. **Mme Françoise MARHUENDA** ;

1735. **Mme Sylvie MARIA** ;

1736. **M. Tristan MARIAT** ;

1737. **Mme Martine MARICHAL** ;

1738. **M. Alain MARIE** ;

1739. **Mme Celine MARIE** ;

1740. **M. François MARIE** ;

1741. **Mme Annick Pierrette MARIN** ;

1742. **M. Gael MARIN** ;

1743. **M. Jean-Claude MARIN** ;

1744. **M. Gabriel MARION** ;

1745. **Mme Marie-Noëlle MARMET** ;

1746. **M. François MAROT** ;

1747. **M. Christian MARQUIS** ;

1748. **Mme Alice MARSAL** ;

1749. **M. Ghislain MARTEL** ;

1750. **Mme Paule MARTEL** ;

1751. **Mme Claire MARTIAL** ;

1752. **Mme Anne-Marie MARTIN** ;

1753. **M. Bruno MARTIN** ;

1754. **Mme Catherine MARTIN** ;

1755. **Mme Evelyne MARTIN** ;

1756. **Mme Joelle MARTIN** ;

1757. **Mme Julie MARTIN** ;

1758. **M. Pierre-Yves MARTIN** ;

1759. **M. Jean-François MARTINENT** ;

1760. **M. Christian MARTINEZ** ;

1761. **M. Laurent MARTINEZ** ;

1762. **Mme Viviane MARTINEZ** ;

1763. **Mme Nachité MARTINEZ-BARNARD** ;

1764. **Mme Nicole MARTY** ;

1765. **Mme Sylviane MARTY** ;

1766. **Mme Sylvie MARTY** ;

1767. **M. Alain MASKER** ;

1768. **M. Bernard MASLIAH** ;

1769. **Mme Nathalie MASSÉ** ;

1770. **M. Christian MASSIOT** ;

1771. **Mme Anne MASSON** ;

1772. **M. Martin MASSON** ;

1773. **M. Yves MASSON** ;

1774. **Mme Aline MASY** ;

1775. **M. Sébastien MATHÉ** ;

1776. **Mme Alix MATHIEU** ;

1777. **Mme Bénédicte MATHIEU** ;

1778. **M. Bernard MATHIEU** ;

1779. **M. Christophe MATHIEU** ;

1780. **M. Frédéric MATHIEU** ;

1781. **Mme Michèle MATHIS** ;

1782. **M. Jacques MATHON** ;

1783. **Mme Damienne MATTEÏ** ;

1784. **M. Claudy MAUBERGER** ;

1785. **Mme Veronique MAUCLAIRE** ;

1786. **Mme Chloé MAUDET** ;

1787. **M. Philippe MAUGUIN** ;

1788. **M. Jean MAUPU** ;

1789. **M. Joël MAURAS** ;

1790. **Mme Patrice MAURER** ;

1791. **M. Jean Pierre MAURICE** ;

1792. **Mme Marie-Hélène MAURIN** ;

1793. **Mme Marie-Elisabeth MAURY** ;

1794. **Mme Milève MAURY** ;

1795. **M. Pascal MAYAUD** ;

1796. **Mme Catherine MAYER** ;

1797. **Mme Karin MAYER** ;

1798. **Mme Marie-Claude MAYER** ;

1799. **M. Nathan MAZZU** ;

1800. **Mme Elisabeth MCCORMICK** ;

1801. **Mme Christine MECHTRI** ;

1802. **Mme Laure MEERT** ;

1803. **M. Gérard MEGA** ;

1804. **Mme Nathalie MEGE** ;

1805. **M. Pascal MEGE** ;

1806. **Mme Laurence MEINIER** ;

1807. **Mme Anne MÉLET** ;

1808. **M. Michel MÉLIO** ;

1809. **M. Patrick MELIS** ;

1810. **Mme Patricia MELOT** ;

1811. **Mme Anne MÉMET** ;

1812. **M. Joël MÉNARD** ;

1813. **M. Michel MENCAGLIA** ;

1814. **M. Pascal MENDEZ** ;

1815. **Mme Patricia MENEGATTI** ;

1816. **M. Jean-Christophe MENEVEAU** ;

1817. **M. Thierry MÉNIF** ;

1818. **Mme Christine MENNESSON** ;

1819. **Mme Pascale MENON** ;

1820. **M. Raynald MERABET** ;

1821. **Mme Anne-Marie MERARD** ;

1822. **M. Francois MERCIER** ;

1823. **M. Jean-Pierre MERCIER** ;

1824. **Mme Myriam MERCIER** ;

1825. **Mme Patricia MERCIER** ;

1826. **M. Sébastien MERCIER** ;

1827. **M. André MERGEN** ;

1828. **M. Alain MERLE** ;

1829. **M. Danyck MERLE** ;

1830. **Mme Dominique MERLET** ;

1831. **Mme Marie-Louise MERLIER** ;

1832. **M. Philippe MERLIER** ;

1833. **Mme Marie METGE** ;

1834. **Mme Claire METIFEU** ;

1835. **Mme Pascale METRAT** ;

1836. **M. Gérard MEYER** ;

1837. **M. Philippe MEYER** ;

1838. **Mme Marie-Christine MEZON-GUSTIN** ;

1839. **Mme Nathalie MICHALIK** ;

1840. **Mme Vanina MICHAUD** ;

1841. **M. Jacques MICHAUX** ;

1842. **M. Hervé MICHEAU** ;

1843. **Mme Martine MICHEL** ;

1844. **M. Alain MIERZWA** ;

1845. **Mme Andrée MILLARD** ;

1846. **M. Jean MILLET** ;

1847. **M. Alain MILLOT** ;

1848. **M. Albert MINEO** ;

1849. **M. Richard MINFELDE** ;

1850. **Mme Valérie MIRA** ;

1851. **M. Alessandro MIRONE** ;

1852. **M. Marie-Pierre MLYNARCZYK** ;

1853. **Mme Catherine MOGENET** ;

1854. **M. El Hassane MOHAMMADINE** ;

1855. **Mme Claire MOISON** ;

1856. **Mme Laurence MOJICA** ;

1857. **M. Louis MOLIÈRE** ;

1858. **M. Yvan MOLINIER** ;

1859. **M. Frédéric MOMMEJA** ;

1860. **Mme Isabelle MONAMI** ;

1861. **Mme Bernadette MONETTO** ;

1862. **M. Gilles MONGELLAZ** ;

1863. **M. Philippe MONIER** ;

1864. **M. Serge MONNEREAU** ;

1865. **Mme Laurence MONNERET** ;

1866. **Mme Maryse MONNERET** ;

1867. **Mme Sophie MONNERET** ;

1868. **M. Gérard MONNIER-BESOMBES** ;

1869. **M. Jean-Christophe MONNIN** ;

1870. **Mme Sandrine MONOD** ;

1871. **Mme Myriam MONTABONE** ;

1872. **M. Patrice MONTAGNE** ;

1873. **Mme Valérie MONTAILLIER** ;

1874. **Mme Odile MONTEIRO** ;

1875. **M. Didier MONTIEL** ;

1876. **M. Jean-François MONTIGNY** ;

1877. **Mme Corinne MORAND** ;

1878. **Mme Corinne MOREAU** ;

1879. **M. Jean-Luc MOREAU** ;

1880. **M. Robert MOREAU** ;

1881. **Mme Christiane MOREIRA POLONIA** ;

1882. **M. Guy MOREL** ;

1883. **Mme Anne-Marie MORETON** ;

1884. **Mme Françoise MORIER** ;

1885. **M. Alain MORIZOT** ;

1886. **Mme Céline MORLON** ;

1887. **Mme Djennet MORSI** ;

1888. **Mme Anne-Marie MORVAN** ;

1889. **M. Michel MOSNIER** ;

1890. **M. Laurent MOSSER** ;

1891. **Mme Ingrid MOULAERT** ;

1892. **Mme Anne MOULLEC** ;

1893. **M. Jean-Pierre MOULS** ;

1894. **Mme Françoise MOURAND** ;

1895. **Mme Isabelle MOURGUES** ;

1896. **M. Jean-Claude MOURLEYRE** ;

1897. **Mme Janine MOURTIER** ;

1898. **M. Jean-Baptiste MOUSSALLI** ;

1899. **Mme Lucie MOY** ;

1900. **M. Laurent MUCCHIELLI** ;

1901. **M. Jean-Claude MUFF** ;

1902. **M. Francois MULLER** ;

1903. **Mme Ida MULLER** ;

1904. **M. Michel MULLER** ;

1905. **Mme Andrée MUNCHENBACH-KELLER** ;

1906. **Mme Marie José MUNIER** ;

1907. **M. Leo MYERS** ;

1908. **Mme Caroline NAGGIAR** ;

1909. **M. Olivier NAINFA** ;

1910. **Mme Catherine NAIVIN** ;

1911. **M. Patrice NARBONNE** ;

1912. **M. Vivien NARDY** ;

1913. **M. Stéphane NATUR** ;

1914. **Mme Catherine NAUDET** ;

1915. **Mme Francine NAUDIN** ;

1916. **M. Faizric NAZIR** ;

1917. **M. Laurent NEGRIER** ;

1918. **Mme Mildred NEGRO** ;

1919. **Mme Camille NEHRING** ;

1920. **M. Alain NENNINGER** ;

1921. **M. Olivier NEYRAND** ;

1922. **Mme Angélique NEZZAR** ;

1923. **Mme Marylaine NGUYEN GIA CAN** ;

1924. **Mme Florence NGUYEN MINH** ;

1925. **M. Jean-Pierre NICAISE** ;

1926. **Mme Frédérique NICAISSE** ;

1927. **Mme Isabelle NICOL** ;

1928. **Mme Ghislaine NICOLAS** ;

1929. **M. André NICOTRA** ;

1930. **M. Jean-Robert NIEDDU** ;

1931. **Mme Marie-Hélène NIEDERHEF** ;

1932. **Mme Hélène NIMETZ** ;

1933. **Mme Charlotte NIVON** ;

1934. **M. Georges NOBLOT** ;

1935. **Mme Catherine NOEL** ;

1936. **Mme Evelyne NOIRTIN** ;

1937. **Mme Marie Cecile NOLTE** ;

1938. **Mme Caroline NONIER** ;

1939. **Mme Annie NORA** ;

1940. **Mme Anne-Marie NORDET** ;

1941. **M. Jean-Luc NORMAND** ;

1942. **Mme Valerie NORMAND** ;

1943. **Mme Odile NORMANT** ;

1944. **M. Fabien NOT** ;

1945. **Mme Laurence NOUAILHAC** ;

1946. **Mme Joelle NOUAILLE** ;

1947. **M. Pascal NOUGUÉRÈDE** ;

1948. **M. Yann NOURRY** ;

1949. **Mme Françoise NOWINZON** ;

1950. **Mme Adrienne NTSIABAKA** ;

1951. **M. Michael O BOYLE** ;

1952. **M. Jean-Louis ODDOS** ;

1953. **M. Gilles OEUVRAY** ;

1954. **Mme Marie-Bénédicte OGIEZ** ;

1955. **Mme Véronique OHSE** ;

1956. **M. Gilles OLIVIER** ;

1957. **Mme Nelly OLLIVEAU** ;

1958. **Mme Dominique OLLIVIER** ;

1959. **M. Florian ONNO** ;

1960. **Mme Catherine ORAIN** ;

1961. **Mme Francine OREVE** ;

1962. **M. Bernard ORY** ;

1963. **Mme Nadia OSMANI** ;

1964. **Mme Hélène OTNU** ;

1965. **Mme Rosa OUAHIOUNE** ;

1966. **M. Philippe OURSELIN** ;

1967. **M. Charles OZIEL** ;

1968. **M. Jean-François PACCAUD** ;

1969. **M. Hugo PADILLA** ;

1970. **Mme Karine PAGEAUT** ;

1971. **Mme Christine PAGEOT** ;

1972. **Mme Annie PAGÈS** ;

1973. **M. Guy PAGÈS** ;

1974. **Mme Anne PAGET** ;

1975. **M. Jean-Gérard PAILLONCY** ;

1976. **M. Franck PAINDAVOINE** ;

1977. **M. Franck PAÏTA** ;

1978. **Mme Bernadette PALERMINI** ;

1979. **M. Fabien PALIATA** ;

1980. **M. Michel PALIX** ;

1981. **M. Marc PALLUAT DE BESSET** ;

1982. **Mme Katie PALLUAULT** ;

1983. **M. Jacques PALOT** ;

1984. **Mme Angeline PANE** ;

1985. **Mme Christelle PANGALLO** ;

1986. **M. Pierre PANTALACCI** ;

1987. **Mme Agnes PAOLI BERNARDELLI** ;

1988. **M. Christian PAPET** ;

1989. **Mme Marie-Brigitte PAPIN** ;

1990. **Mme Florence PAPROCKI** ;

1991. **Mme Joëlle PAPROCKI** ;

1992. **M. Bruno PAREDES** ;

1993. **M. Gilles PARIS** ;

1994. **M. Bernard PARIZET** ;

1995. **M. Christian PARMANTIER** ;

1996. **M. Jacques PARMENTIER** ;

1997. **M. Jean PARON** ;

1998. **Mme Christine PARSY** ;

1999. **Mme Martine PASCAL** ;

2000. **Mme Maryse PASQUER** ;

2001. **Mme Nelly PASQUIER** ;

2002. **M. Serge PASSINI** ;

2003. **Mme Evelyne PATHIER** ;

2004. **Mme Brigitte PATOUILLARD** ;

2005. **Mme Denise PAULY** ;

2006. **M. Jean PAUPARDIN** ;

2007. **M. Jean-Christophe PAZZOTTU** ;

2008. **M. Gwenael PEDRON** ;

2009. **M. Dominique PELISSIER** ;

2010. **Mme Brigitte PELISSON** ;

2011. **M. Bernard PELLABEUF** ;

2012. **M. Jean-Luc PELLETIER** ;

2013. **M. Pascal PELLOQUIN** ;

2014. **Mme Claire PELOSSE** ;

2015. **M. Claude-Yves PELSY** ;

2016. **Mme Anne PELTIER** ;

2017. **Mme Marie-France PELTIER** ;

2018. **Mme Sonia PENET DE MONTERNO** ;

2019. **Mme Réjane PENNETEAU** ;

2020. **M. Jean-Pierre PEQUIGNOT** ;

2021. **M. Marc PERAY** ;

2022. **Mme Nadège PERCHAUD** ;

2023. **Mme Delphine PERCHE** ;

2024. **M. Claude PERES** ;

2025. **M. Patrick PEREZ** ;

2026. **M. Roger PERNEL** ;

2027. **M. Guillaume PERNIN** ;

2028. **Mme Claire PERNOT** ;

2029. **M. Jean-Paul PERONNET** ;

2030. **Mme Pascale PERRAUD** ;

2031. **Mme Catherine PERRET** ;

2032. **M. Christian PERRET** ;

2033. **Mme Jasmine PERRET** ;

2034. **Mme Brigitte PERRIER** ;

2035. **Mme Mireille PERRIER** ;

2036. **M. Christian PERRIN** ;

2037. **M. Pierre PERRIQUET** ;

2038. **Mme Françoise PERROT** ;

2039. **M. Pierre PERROT** ;

2040. **Mme Jacqueline PERROUSSET** ;

2041. **Mme Mathilde PERRUT** ;

2042. **M. François PESCHAUD** ;

2043. **Mme Dominique PESSEMESSE** ;

2044. **M. John PETERS** ;

2045. **Mme Emmanuelle PETIT** ;

2046. **M. Marie Eve PETIT** ;

2047. **Mme Nadine PETIT** ;

2048. **M. Nicolas PETIT** ;

2049. **Mme Florence PEUCH** ;

2050. **M. Alain PEYNAUD** ;

2051. **Mme Catherine PEYRÉ** ;

2052. **Mme Pascaline PEYRIEUX** ;

2053. **M. Jean-Louis PEYROU** ;

2054. **M. Patrice PEZET** ;

2055. **Mme Evelyne PFRIMMER** ;

2056. **Mme Marguerite PHILIP** ;

2057. **Mme Danielle PHILIPPE** ;

2058. **Mme Isabelle PHILIPPE** ;

2059. **M. Michael PHILIPPE** ;

2060. **Mme Marie-Elise PHILIPPON** ;

2061. **M. Jean PIC** ;

2062. **M. Alain PICARD** ;

2063. **Mme Claire PICARD** ;

2064. **M. Antoine PICARD D'ESTELAN** ;

2065. **Mme Patricia PICARD** ;

2066. **Mme Isabelle PICAULT** ;

2067. **M. Olivier PICCIN** ;

2068. **M. Nicolas PICHOU** ;

2069. **Mme Anne-Lise PICOT** ;

2070. **M. Pierre PICOT** ;

2071. **M. Jean PIERRARD** ;

2072. **Mme Francine PIERRE** ;

2073. **M. Jean-Michel PIERRE** ;

2074. **M. Michel PIGNON** ;

2075. **Mme Martine PIGOT** ;

2076. **Mme Véronique PIGUET** ;

2077. **M. Roland PILAIN** ;

2078. **Mme Guirec PILLET** ;

2079. **Mme Anne-Laure PILLOT** ;

2080. **M. Patrick PILUT** ;

2081. **Mme Françoise PINAULT** ;

2082. **M. Guillaume PINÇON** ;

2083. **M. Etienne PINET** ;

2084. **Mme Catherine PINHEIRO DE ABREU** ;

2085. **M. Didier PIQUEE** ;

2086. **Mme Françoise PIQUET-GAUTHIER** ;

2087. **Mme Virginie PIQUET-MICHOT** ;

2088. **M. Patrick PIRETTE** ;

2089. **Mme Cathy-Anne PIREYN** ;

2090. **Mme Pascale PISTORIO** ;

2091. **M. Yves PITHOIS** ;

2092. **M. Alain PITTET** ;

2093. **Mme Christine PIVERT** ;

2094. **Mme Sylvie PIVETEAU** ;

2095. **Mme Mireille PIZON** ;

2096. **Mme Denise PLANCHE** ;

2097. **Mme Marie PLÉ** ;

2098. **M. Jean Claude PLESSIER** ;

2099. **Mme Helene PLOTNICKY** ;

2100. **Mme Laurence POCHON BLASCO** ;

2101. **M. Rémi POINAS** ;

2102. **M. Martial POINDRON** ;

2103. **M. Patrick POIRÉE** ;

2104. **Mme Jocelyne POISSON** ;

2105. **M. Sébastien POISSON** ;

2106. **M. Pierre POLLET** ;

2107. **M. Charles POLYCARPE** ;

2108. **M. Walter POMATELLI** ;

2109. **Mme Chantal POMMEREAU** ;

2110. **Mme Jessica PONCE** ;

2111. **Mme Anne PONCET** ;

2112. **Mme Pascale PONS** ;

2113. **Mme Pascale PONSARD** ;

2114. **Mme Véronique PONTONNIER** ;

2115. **Mme Nicole PONZIO** ;

2116. **M. Frédéric PORET** ;

2117. **Mme Catherine PORTAL** ;

2118. **Mme Pascale PORTENEUVE** ;

2119. **Mme Nathalie POTEL** ;

2120. **Mme Angelika POTIER** ;

2121. **M. Jean-Louis POTIER** ;

2122. **Mme Nathalie POTIER** ;

2123. **Mme Elisabeth POTIN** ;

2124. **Mme Marie-Hélène POTTEAU** ;

2125. **Mme Régine POUCET** ;

2126. **Mme Corinne POUCHOULIN** ;

2127. **Mme Michèle POUGET** ;

2128. **M. Alex POULAIN** ;

2129. **Mme Myriam POULAIN** ;

2130. **M. Thierry POULAIN** ;

2131. **Mme Antonia POULEVA** ;

2132. **Mme Armelle POUMAILLOUX** ;

2133. **Mme Véronique POUPARD** ;

2134. **M. Laurent POURCEL** ;

2135. **Mme Claude POURCHER** ;

2136. **Mme Véronique POUSSANGE** ;

2137. **Mme Katia POUSSIER** ;

2138. **Mme Marie-Hélène POUYAT** ;

2139. **M. Stephane PRADEAU** ;

2140. **M. Gilles PRADIER** ;

2141. **Mme Marie-Noelle PRADIER** ;

2142. **Mme Sylvie PRAGER SÉCHAUD** ;

2143. **Mme Dominique PRAQUIN** ;

2144. **Mme Caroline PRAYAG** ;

2145. **Mme Yolanda PRECIADO** ;

2146. **Mme Sandrine PRENANT** ;

2147. **Mme Marie Ange PREVOST** ;

2148. **M. Rico PRIET** ;

2149. **M. Guy PRIVAL** ;

2150. **M. Gérard PRIVAT** ;

2151. **Mme Véronique PROPHETE** ;

2152. **Mme Dominique PROST** ;

2153. **Mme Noemie PROT** ;

2154. **M. Jean-Claude PROUTEAU** ;

2155. **Mme Sigrid PROUTEAU** ;

2156. **M. François PROVÉ** ;

2157. **M. Domenico PROVENZANO** ;

2158. **Mme Jeanine PROVENZANO** ;

2159. **M. Stéphane PRUVOST** ;

2160. **M. Yaen PUJOL** ;

2161. **M. Antonin PUJOS** ;

2162. **M. Ludovic PUTIGNY** ;

2163. **M. Thomas QU'HEN** ;

2164. **M. Dominique QUEIJA** ;

2165. **M. Frédéric QUEMENER** ;

2166. **M. Jean-Yves QUENTRIC** ;

2167. **Mme Clotilde QUER** ;

2168. **Mme Corinne QUERCIOLI** ;

2169. **Mme Louise QUERE** ;

2170. **Mme Anne QUESNEL** ;

2171. **Mme Brigitte QUESNEL** ;

2172. **Mme Sylvie QUESSADA** ;

2173. **M. Marc QUIDEAU** ;

2174. **Mme Elaine QUILLIN** ;

2175. **Mme Martine QUINCHON** ;

2176. **Mme Giovanna QUINTO** ;

2177. **M. Laurent QUIOC** ;

2178. **M. Christian RABILLER** ;

2179. **Mme Joëlle RABOT** ;

2180. **Mme Marie-Christine RABUT** ;

2181. **M. Jean-Marc RACOUSSOT** ;

2182. **Mme Dominique RADILOF** ;

2183. **Mme Martine RADOLA** ;

2184. **M. Hervé RAFFAELI** ;

2185. **Mme Béatrice RAFFIN** ;

2186. **Mme Patricia RAFFIN** ;

2187. **M. Philippe RAFFNER** ;

2188. **Mme Claudine RAGEY** ;

2189. **Mme Ghislaine RAGNO** ;

2190. **Mme Caroline RAGOT** ;

2191. **M. Fabrice RAIMOND** ;

2192. **Mme Florence RAIN** ;

2193. **Mme Anne Marie Holy RAJAONARISOA** ;

2194. **Mme Rita RAMADORI** ;

2195. **Mme Nicole RAMAGE** ;

2196. **Mme Jacqueline RAMPAL** ;

2197. **Mme Sylvie RANC** ;

2198. **M. Ronan RANGÉ** ;

2199. **Mme Isabelle RANJARD** ;

2200. **Mme Mireille RAVACHE** ;

2201. **M. Jean-Paul RAVEL** ;

2202. **Mme Annelore RAVENEAU** ;

2203. **Mme Christiane RAVIX** ;

2204. **Mme Magali RAYMOND** ;

2205. **Mme Florence RAYNALDY** ;

2206. **M. Olivier RAYNER** ;

2207. **M. Cyril RAYSSIGUIER** ;

2208. **Mme Marion REDER** ;

2209. **M. Igor REDON** ;

2210. **Mme Viviane REGIMBAU** ;

2211. **Mme Virginie REGLIER** ;

2212. **M. Benoit REIFF** ;

2213. **Mme Anne-Marie REILLY** ;

2214. **M. André REINALD** ;

2215. **Mme Chantal REINMUTH** ;

2216. **M. Paul-Etienne REMY** ;

2217. **Mme Dominique RENOU** ;

2218. **Mme Chantal REVAULT D'ALLONNES** ;

2219. **Mme Isabelle REVERDY** ;

2220. **M. Frederic REVERTE** ;

2221. **M. Vincent REVEST** ;

2222. **Mme Florence REY** ;

2223. **Mme Marie-Christine REY** ;

2224. **Mme Sylvie REY-GORREZ** ;

2225. **M. Jean-Paul REYMOND** ;

2226. **M. Bernard REYNAUD** ;

2227. **M. Laurent REYNAUD** ;

2228. **Mme Catherine REYNET** ;

2229. **M. Joël RHOUY** ;

2230. **Mme Dominique RIBEIRO** ;

2231. **M. Pierre RIBETTE** ;

2232. **M. Frédéric RIBOT** ;

2233. **M. Michel RICARD** ;

2234. **Mme Sylvette RICARD** ;

2235. **Mme Fabienne RICH** ;

2236. **M. Jean-Louis RICHARD** ;

2237. **M. Laurent RICHARD** ;

2238. **M. Yoann RICHARD** ;

2239. **M. Bruno RICHE** ;

2240. **Mme Jeanine RICHET** ;

2241. **M. Jean-Marc RICHIER** ;

2242. **Mme Christine RICHON** ;

2243. **M. Jean-François RICOIS** ;

2244. **Mme Bénédicte RICOT** ;

2245. **M. Guillaume RICOUR** ;

2246. **M. Bruno RIEG** ;

2247. **M. Nicolas RIGAS** ;

2248. **Mme Nicole RIGOULAY** ;

2249. **M. Alain RIGUET** ;

2250. **M. Jean-Pierre RIMSKY-KORSAKOFF** ;

2251. **Mme Myriam RINAUDO** ;

2252. **Mme Marie RINEAU** ;

2253. **M. Michel RIOCHE** ;

2254. **Mme Isabelle RIOU** ;

2255. **M. Pascal RIPOCHE** ;

2256. **Mme Sylvie Suzanne RIPPE** ;

2257. **Mme Marie Claire RISOLI** ;

2258. **Mme Isabelle RISTON** ;

2259. **Mme Sofia RIVERA** ;

2260. **M. Michel RIVIERE** ;

2261. **M. Roland RIVON** ;

2262. **Mme Elise ROATTINO** ;

2263. **Mme Marie ROBBE** ;

2264. **Mme Agnès ROBERT** ;

2265. **M. Jeremy ROBERT** ;

2266. **M. Marc ROBERT** ;

2267. **Mme Véronique ROBERT** ;

2268. **M. Hervé ROBILLARD** ;

2269. **M. Bruno ROBIN** ;

2270. **Mme Christine ROBIN** ;

2271. **Mme Catherine ROBINSON** ;

2272. **M. Claude ROCHETEAU** ;

2273. **M. Thierry ROCHETTE** ;

2274. **M. Philippe ROCOSA** ;

2275. **M. Victor RODRIGUES** ;

2276. **Mme Veronique RODRIGUEZ** ;

2277. **M. Eric ROGIER** ;

2278. **Mme Isabelle ROLIN** ;

2279. **M. Benoit ROLLAND** ;

2280. **M. Christophe ROLLAND** ;

2281. **M. Gilbert ROLLAND** ;

2282. **M. Jean-François ROLLAND** ;

2283. **M. François ROLLIN** ;

2284. **M. Thierry ROMAIN** ;

2285. **M. Stanislas ROMANKIEWICZ** ;

2286. **M. Francis RONGÈRE** ;

2287. **Mme Bernadette RONGIER** ;

2288. **Mme Isabelle ROORYCK** ;

2289. **Mme Anne-Marie ROPERT** ;

2290. **M. Joao Paulo ROSA DA COSTA** ;

2291. **Mme Linda ROSE-SEVE** ;

2292. **Mme Juliette ROSEAU** ;

2293. **M. Jean-Pierre ROSELLO** ;

2294. **Mme Sylvie ROSSET** ;

2295. **M. Etienne ROSSIGNEUX** ;

2296. **Mme Eliane ROSSIGNOL** ;

2297. **Mme Sandra ROSSIGNOL** ;

2298. **M. Jamil ROSTANE** ;

2299. **Mme Anne-Gaëlle ROTH** ;

2300. **Mme Sylvie ROTHERA** ;

2301. **M. Denis ROTILLON** ;

2302. **Mme Agnès ROUBY** ;

2303. **Mme Martine ROUCH** ;

2304. **M. Jean-François ROUDAUT** ;

2305. **Mme Francoise ROUET** ;

2306. **M. Xavier ROUGERIE** ;

2307. **M. Michel ROULOT** ;

2308. **Mme Frédérique ROUQUETTE** ;

2309. **Mme Axelle ROUSSE** ;

2310. **Mme Fabienne ROUSSE** ;

2311. **M. Christian ROUSSEAU** ;

2312. **Mme Geneviève ROUSSEL** ;

2313. **Mme Laurence ROUSSEL** ;

2314. **Mme Marie-Claire ROUSSEL** ;

2315. **Mme Muriel ROUSSEL** ;

2316. **M. Patrick ROUSSEL** ;

2317. **M. Paul ROUSSEL** ;

2318. **M. Philippe ROUSSEL** ;

2319. **M. Guy ROUSSET** ;

2320. **Mme Isabelle ROUSSET** ;

2321. **M. Michel ROUSSET** ;

2322. **Mme Shanti ROUVIER** ;

2323. **Mme Carole ROUX** ;

2324. **M. David ROUX** ;

2325. **M. Gilbert ROUX** ;

2326. **Mme Michèle ROUX** ;

2327. **M. Sébastien ROUX** ;

2328. **Mme Sophie ROUX** ;

2329. **Mme Claire ROUYER** ;

2330. **M. Laurent ROY** ;

2331. **Mme Martine ROYNARD** ;

2332. **Mme Annie ROZET** ;

2333. **M. Sylvain RUAT** ;

2334. **Mme Nathalie RUBY** ;

2335. **M. Loic RUCAY** ;

2336. **M. François RUCHETON** ;

2337. **Mme Marion RUDERMANN** ;

2338. **M. Didier RUÉDA** ;

2339. **Mme Andrea RUTHENBERG** ;

2340. **Mme Hélène SABATIER** ;

2341. **M. Michel SABOUL** ;

2342. **Mme Bénédicte SADOUX** ;

2343. **M. Michel SAFFROY** ;

2344. **M. Christophe SAGELOLY** ;

2345. **Mme Jeanine SAHUT** ;

2346. **Mme Claude SAILLANT** ;

2347. **M. Jérôme SAINT GIRONS** ;

2348. **M. Fabrice SAINT-ALBIN** ;

2349. **Mme Clelia SAINTIGNY** ;

2350. **M. Thierry SAINTILAN** ;

2351. **M. Jean SAITTA** ;

2352. **Mme Catherine SALATHÉ** ;

2353. **Mme Louise SALATHÉ** ;

2354. **M. Michel SALAUN** ;

2355. **Mme Pierrette SALAÜN** ;

2356. **Mme Catherine SALIN** ;

2357. **Mme Martine SALMIN** ;

2358. **M. Henri SALVAIRE** ;

2359. **Mme Bérangère SALVAT** ;

2360. **Mme Annick SALVI** ;

2361. **M. Médérick SAMBA** ;

2362. **M. Stéphane SAMMARCELLI** ;

2363. **Mme Helene SAN CLEMENTE** ;

2364. **Mme Angèle SANCHEZ** ;

2365. **Mme Anne SANCHEZ** ;

2366. **M. Jean-Marc SANCHEZ** ;

2367. **M. Rafael SANCHEZ** ;

2368. **Mme Valérie SANCHEZ** ;

2369. **M. Thierry SANDRETTO** ;

2370. **Mme Sylvie SANGLA** ;

2371. **Mme Hélène SANIAL** ;

2372. **Mme Michelle SANNIER-DROSSART** ;

2373. **Mme Christine SANQUER** ;

2374. **M. Jacques SANS** ;

2375. **Mme Corinne SANTIAGO** ;

2376. **Mme Léa SANZ** ;

2377. **Mme Magali SAPPA** ;

2378. **Mme Monique SARAS** ;

2379. **M. Jean-Luc SARRITZU** ;

2380. **M. Dominique SAUGIER** ;

2381. **M. Jean-François SAUMUREAU** ;

2382. **Mme Chantal SAUNIER** ;

2383. **Mme Martine SAUNIER** ;

2384. **M. Michel SAVAGE** ;

2385. **M. Alain SCAGLIOLA** ;

2386. **Mme Sonia SCHALLER** ;

2387. **Mme Guillemette Marie Edith SCHAUER** ;

2388. **Mme Tatiana SCHERBATCHEFF** ;

2389. **Mme Carole SCHEUFELE** ;

2390. **M. Bruno SCHIEHLE** ;

2391. **M. Jean-Marc SCHINCKEL** ;

2392. **Mme Monique SCHIRCK** ;

2393. **M. Henri SCHMELTZ** ;

2394. **M. Christian SCHMIDT** ;

2395. **Mme Marie SCHMIDT** ;

2396. **Mme Blandine SCHMITT** ;

2397. **Mme Liliane SCHMITT** ;

2398. **Mme Nathalie SCHNOEBELEN** ;

2399. **M. Eric SCHOESER** ;

2400. **Mme Pippa SCHONBECK** ;

2401. **M. Hans-Jurgen SCHREIER** ;

2402. **Mme Stefanie SCHWAB** ;

2403. **M. Cédric SCHWARTZ** ;

2404. **M. Harmen Jan SCHWITTERS** ;

2405. **Mme Bénédicte SCOTTO D'APOLLONIA** ;

2406. **M. Guillaume SEBILLEAU** ;

2407. **M. Thierry SEBIRE** ;

2408. **Mme Agnès SEGAUD** ;

2409. **Mme Michèle SEGURA** ;

2410. **Mme Hélène SEIGLE** ;

2411. **M. Jean Luc SELLITO** ;

2412. **Mme Kira SEMENOFF** ;

2413. **Mme Prisca SENCERT** ;

2414. **Mme Anne-Marie SEPTFONDS** ;

2415. **Mme Nadine SÉRAN** ;

2416. **Mme Chantal SÉROL** ;

2417. **Mme Paule Dominique SEROR** ;

2418. **M. Robert SEROR** ;

2419. **Mme Anne SERRANO** ;

2420. **Mme Caroline SERRANO** ;

2421. **M. Lilian SERRE** ;

2422. **M. Richard SESNY** ;

2423. **M. Michel SETAN** ;

2424. **M. Marc SIBILLOT** ;

2425. **Mme Annick SIBUÉ** ;

2426. **Mme Brigitte SICARD** ;

2427. **Mme Françoise SICURANI** ;

2428. **M. Daniel SIDLER** ;

2429. **Mme Valérie SIERRA** ;

2430. **Mme Dominique SILAIRE** ;

2431. **Mme Marie SILES** ;

2432. **M. Bertrand SILVESTRE** ;

2433. **M. Christian SIMON** ;

2434. **M. Stéphane SIMON** ;

2435. **Mme Aline SINNIG** ;

2436. **Mme Milena SINTIC** ;

2437. **Mme Laetitia SIVIGLIANI** ;

2438. **M. Jean-Louis SKARKA** ;

2439. **Mme Hélène SKOLKA** ;

2440. **Mme Angelina SMIRNOVA** ;

2441. **M. Jean Louis SOLATGES** ;

2442. **Mme Sylviane SOLEILHAVOUP** ;

2443. **Mme Fedia SOLTANI** ;

2444. **M. Dominique SONNEVILLE** ;

2445. **M. Olivier SOTIRIADES** ;

2446. **Mme Christiane SOUBEYRAND** ;

2447. **Mme Nadine SOUBEYRAND** ;

2448. **Mme Isabelle SOUCI** ;

2449. **Mme Denise SOULAN** ;

2450. **Mme Michelle SOULARUE** ;

2451. **M. Bruno SOULIER** ;

2452. **Mme Christine SOULIER** ;

2453. **Mme Joëlle SOYER** ;

2454. **M. Bruno SPAGNOLI** ;

2455. **M. Jeffery SPARLING** ;

2456. **Mme Sylvie SPATZ** ;

2457. **Mme Dominique SPICK** ;

2458. **Mme Isabelle STADELMANN** ;

2459. **Mme Sabine STAROSTKA** ;

2460. **M. Alain STEENS** ;

2461. **M. Alain STEENS** ;

2462. **Mme Rosine STEFANINI** ;

2463. **M. Joël STEFF** ;

2464. **M. Christophe STEIB** ;

2465. **Mme Anne STEIN** ;

2466. **M. Nicolas STERN** ;

2467. **Mme Fabienne STOESEL** ;

2468. **Mme Janine SUBIAS** ;

2469. **M. Bernard SUDAN** ;

2470. **Mme Manuelita SUÉDOIS** ;

2471. **Mme Isabelle SUHAS** ;

2472. **M. Patrice SUREL** ;

2473. **M. Jean Claude SURIAN** ;

2474. **M. Pierre Yves SURUGUES** ;

2475. **Mme Lucia SUSINI POLI** ;

2476. **Mme Isabelle SUTEAU** ;

2477. **Mme Anke SUTTER** ;

2478. **Mme Carole SZWARC** ;

2479. **Mme Marie Louise TAABLE** ;

2480. **Mme Pascale TABUREL** ;

2481. **Mme Liliane TADDEI** ;

2482. **M. Stéphane TADDIO** ;

2483. **M. Gino TAGLIAVENTO** ;

2484. **Mme Marie-Claire TAGNATI** ;

2485. **M. Cécil TALLON** ;

2486. **M. Marc TAMISIER** ;

2487. **M. François-Marie TANAZACQ** ;

2488. **Mme Christine TANQUEREY** ;

2489. **M. Jean-Philippe TARD** ;

2490. **M. Roger TARDY** ;

2491. **M. Olivier TASSEL** ;

2492. **M. Bernard TATIN** ;

2493. **Mme Eliane TATOT** ;

2494. **M. Jean-Luc TAUVEL** ;

2495. **Mme Caroline TERRENOIR** ;

2496. **M. Jean TERRIER** ;

2497. **Mme Christine TERRUSSOT** ;

2498. **M. Jacques TERZIAN** ;

2499. **M. Philippe TESSAROTTO** ;

2500. **M. Cédric TESSIER** ;

2501. **Mme Anne-Marie TEYSSIER** ;

2502. **Mme Brigitte TEYSSIER** ;

2503. **M. Loïc THAUVEL** ;

2504. **M. Bernard THELOY** ;

2505. **M. Jean-Jacques THEPAUT** ;

2506. **M. Andre THEUBET** ;

2507. **M. Pierre-Louis THEVENIN** ;

2508. **M. Jean-Christophe THEVENOT** ;

2509. **Mme Mélanie THIAVILLE** ;

2510. **Mme Marie Noëlle THIBAUD** ;

2511. **Mme Frédérique THIBAUDEAU** ;

2512. **Mme Patricia THIBAUT** ;

2513. **Mme Anne-Marie THIBOULT** ;

2514. **M. Jean-Michel THIERY** ;

2515. **Mme Carine THION** ;

2516. **Mme France THIRIEZ** ;

2517. **M. Antoine THIROUIN** ;

2518. **Mme Aurélie THIVOLLE** ;

2519. **M. Patrice THIZON** ;

2520. **Mme Aurore THOMAS** ;

2521. **Mme Stéphanie THOMAS** ;

2522. **Mme Marcie THOMASSON** ;

2523. **Mme Claudine THORE** ;

2524. **M. Stéphane THORE** ;

2525. **M. Jacques THOREAU** ;

2526. **Mme Dominique THOUVENOT** ;

2527. **M. Benoit-Joseph TILLOY** ;

2528. **Mme Corinne TILLOY** ;

2529. **M. Alain TISON** ;

2530. **M. Dominique TISSERAND** ;

2531. **Mme Lidia TISSERAND** ;

2532. **Mme Cécilia TIXIDOR** ;

2533. **Mme Fanny TIXIER** ;

2534. **M. Guillaume TIXIER** ;

2535. **Mme Odile TOLAINI** ;

2536. **M. Jean-Baptiste TOLLET** ;

2537. **M. René TOMASZEWSKI** ;

2538. **M. Christian TORRELL** ;

2539. **M. Lionel TORRENS** ;

2540. **Mme Frédérique TORTOSA** ;

2541. **M. Pauline TOUATI** ;

2542. **Mme Laura TOUDIC** ;

2543. **Mme Anne TOUGE** ;

2544. **M. Pascal TOURBIER** ;

2545. **Mme Iman TOURKI** ;

2546. **Mme Marie-Clémentine TOURNASSUS** ;

2547. **M. Christian TOURNIER** ;

2548. **M. Pierre TOURNIER** ;

2549. **M. Daniel TOURRET** ;

2550. **Mme Martine TOUSSAINT** ;

2551. **Mme Anne TOUZÉ** ;

2552. **M. Yves TOUZOT** ;

2553. **M. Vincent TRABAND** ;

2554. **M. Simon TRABUC** ;

2555. **M. Brieuc TREGOUET** ;

2556. **Mme Sylvie TREILLE** ;

2557. **M. Gilbert TRENEL** ;

2558. **Mme Véronique TRICOT** ;

2559. **M. Patrick TRIMOULET** ;

2560. **M. Marie-Annick TRINCAT** ;

2561. **Mme Rachel TROISI** ;

2562. **Mme Agnès TROISSANT** ;

2563. **M. Gilles TRONCHET** ;

2564. **M. André TROUILLOUD** ;

2565. **Mme Jeanne TULASNE** ;

2566. **Mme Isabelle TULOUP** ;

2567. **M. Cédric TURBÉ** ;

2568. **Mme Gabriella TUREK** ;

2569. **M. Jean-Michel TURSKY** ;

2570. **M. Richard ULISSE** ;

2571. **M. Jean-Louis ULRICH** ;

2572. **M. Thierry ULRICH** ;

2573. **Mme Nathalie UNAL** ;

2574. **M. Hak Seng UNG** ;

2575. **M. Matthias URBAN** ;

2576. **Mme Agnès VAGUET** ;

2577. **M. Behzad VAHIDA** ;

2578. **Mme Christine VAISSIÈRE** ;

2579. **M. Marc VALDENAIRE** ;

2580. **M. Aliro VALDES** ;

2581. **M. Henri VALENCIA** ;

2582. **Mme Helene VALETTE** ;

2583. **Mme Béatrice VALLÉE** ;

2584. **Mme Catherine VALLET** ;

2585. **M. Yves VAN CRANENBROECK** ;

2586. **M. Ivo VAN GILS** ;

2587. **Mme Anne VAN RUYSKENSVELDE** ;

2588. **M. Jacques VANDERBEKEN** ;

2589. **Mme Jean VANDERPERRE** ;

2590. **M. David VANDERZIEPE** ;

2591. **M. Damien VANNEUVILLE** ;

2592. **Mme Juliette VANNEUVILLE** ;

2593. **M. Cyrille VANNUFFEL** ;

2594. **M. Georges VANSON** ;

2595. **M. Marc VARTERESSIAN** ;

2596. **Mme Alice VASSEUR** ;

2597. **Mme Catherine VASSEUR** ;

2598. **Mme Anne VASSILIADIS** ;

2599. **Mme Mélanie VATINEL** ;

2600. **Mme Mirette VAUBIEN** ;

2601. **Mme Florence VAUDIAU** ;

2602. **M. Patrice VAUGEOIS** ;

2603. **Mme Danielle VAUTRIN** ;

2604. **Mme Brigitte VAUVERT** ;

2605. **Mme Marie-Josée VEDRINES** ;

2606. **Mme Chantal VELLAS** ;

2607. **M. Philippe VENARD** ;

2608. **Mme Emmanuelle VENCATAREDDY** ;

2609. **Mme Marie-Line VENEL** ;

2610. **M. Jean-Luc VENEZIA** ;

2611. **M. Marc VENTURINI** ;

2612. **Mme Joelle VERAIN** ;

2613. **Mme Catherine VERDASCA** ;

2614. **Mme Dominique VERDET** ;

2615. **M. Olivier VERDURAND** ;

2616. **M. Erwan VERET** ;

2617. **Mme Véronique VERGOZ** ;

2618. **Mme Anne VERGUET** ;

2619. **M. Vincent VERHEYDE** ;

2620. **Mme Sophie VERLYNDE** ;

2621. **M. Etienne VERNAZ** ;

2622. **Mme Adeline VERNET** ;

2623. **M. François VERNET** ;

2624. **M. Horace VERNET** ;

2625. **Mme Julie VERNET** ;

2626. **Mme Nadia VERNET** ;

2627. **M. Frédéric VERNIER** ;

2628. **M. Christian VERON** ;

2629. **Mme Rozenn VIALAR** ;

2630. **Mme Michelle VICARD** ;

2631. **M. Dominique VICCARO** ;

2632. **M. Alain VICENZI** ;

2633. **Mme Géraldine VICTOIR** ;

2634. **Mme Anne-Lise VIDAL** ;

2635. **M. Tony VIDEGRAIN** ;

2636. **Mme Nathalie VIEGAS** ;

2637. **Mme Marie-Alice VIEIRA TAVARES** ;

2638. **Mme Dominique VIEL** ;

2639. **Mme Odile VIEL** ;

2640. **M. Francis VIERGE** ;

2641. **M. Edouard VIET** ;

2642. **M. Jean Claude VIGIER** ;

2643. **Mme Corinne VIGNY** ;

2644. **M. Rene VIGUIER** ;

2645. **M. Daniel VILLAGE** ;

2646. **M. Gratien VILLAGEOIS** ;

2647. **Mme Carole VILLARD** ;

2648. **M. Pierre-Eric VILLE** ;

2649. **M. Christophe VILLEDARY** ;

2650. **Mme Pâquerette VILLIEN** ;

2651. **M. Stephane VIMARD** ;

2652. **Mme Marie-Joelle VINAY** ;

2653. **M. Didier VINCENT** ;

2654. **M. Jean-Baptiste VINCENT** ;

2655. **Mme Nelly VIOLETTE** ;

2656. **Mme Michelle VIOLLON** ;

2657. **Mme Martine VION** ;

2658. **M. Arnaud VISSERIAS** ;

2659. **Mme Christèle VISSERIAS** ;

2660. **Mme Pascale VIVIEN** ;

2661. **Mme Solange VIVIER** ;

2662. **M. Peter VIZARD** ;

2663. **Mme Viorica VLAD** ;

2664. **Mme Virginie VLIEGHE** ;

2665. **M. Jean-Pol VOELTZEL** ;

2666. **M. Régis VOIRIN** ;

2667. **M. Pierre-Yves VOISIN** ;

2668. **M. Jacques VOLLMER** ;

2669. **Mme Camille VOLPATO** ;

2670. **Mme Nathalie VORTEMANN** ;

2671. **Mme Michèle VOUTERS** ;

2672. **Mme Sylvie VUCIC** ;

2673. **Mme Raphaëlle VUCKICEVIC** ;

2674. **M. Jean Paul WAECHTER** ;

2675. **M. Jacques WAIZENEGGER** ;

2676. **M. Francis WALLETH** ;

2677. **M. Gilbert WALTHER** ;

2678. **M. Yvan WARTHER** ;

2679. **Mme Tania WATRELOT** ;

2680. **Mme Agnès WAUQUIEZ** ;

2681. **M. Sylvie WEBER** ;

2682. **Mme Marie WEIGEL** ;

2683. **M. Henri WEIKEN** ;

2684. **Mme Alienor WELSCHBILLG** ;

2685. **M. Olivier WENGER** ;

2686. **Mme Annik WENNAGEL** ;

2687. **Mme Odile WERDERER** ;

2688. **Mme Marie-Josée WERLE** ;

2689. **Mme Jacques WERQUIN** ;

2690. **Mme Claire WHITLEY** ;

2691. **Mme Monique WIART** ;

2692. **Mme Marilyne WIDCOQ** ;

2693. **Mme Brigitte WILHELM** ;

2694. **Mme Dominique WILLOT** ;

2695. **M. Philip WILLSON** ;

2696. **Mme Elisabeth WINGENDER** ;

2697. **M. Éric WIOTTE** ;

2698. **Mme Noëlle WIRTH** ;

2699. **M. Francis WITTIG** ;

2700. **Mme Dominique WOIRGARD** ;

2701. **Mme Ruth YASHKUNER** ;

2702. **Mme Odile YOUNG** ;

2703. **Mme Marie Claude ZAMMUTO** ;

2704. **M. Thierry ZANELLA** ;

2705. **M. Nicolas ZANNIN** ;

2706. **Mme Véronique ZARAGOZA** ;

2707. **Mme Biljana ZARIC** ;

2708. **M. Donatien ZÉBI** ;

2709. **Mme Pascale ZIMMER** ;

2710. **M. Sébastien ZINDEL** ;

2711. **Mme Edith ZIPPERLIN** ;

2712. **M. André ZULIANI** ;

2713. **M. Bruno ZUNINO** ;

2714. **Mme Cécile ZYLBERAJCH** ;

2715. **Mme Hélène ZYSMAN**.

POUR UN ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT SOLIDAIRE

Monsieur Richard Ferrand

Président du Conseil Constitutionnel

2, rue de Montpensier

75001 Paris

Paris, le 27 juillet 2026

Objet : Contribution extérieure du collectif *Pour un Accompagnement Soignant Solidaire* au sujet de la Loi relative au droit à l'aide à mourir.

Le collectif *Pour un Accompagnement Soignant Solidaire* (PASS)[1] s'est formé en septembre 2023 afin de diffuser une parole alors souvent tue, celle de soignants favorables à une évolution législative sur la fin de vie et l'aide à mourir. Il a réuni, dès le premier mois, plus de cent professionnels, médecins et non médecins, en activité et non militants, qui ne se retrouvaient pas dans la parole des opposants à l'évolution législative, en particulier de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

L'objet de ce bref message n'est pas de reprendre les éléments juridiques et légistiques largement développés par d'autres contributions (France Assos Santé, ADMD, Rapporteurs de la Proposition de loi). Nous n'avons ni les compétences ni la vocation de discuter ce qui est conforme ou non à la Constitution.

Notre seul but est de rappeler **les valeurs et principes qui guident notre pratique de soignants**.

Sur la primauté de la parole des patients.

Nous, soignants, sommes au service des personnes malades. Nous portons avec force la prééminence de la parole du patient lui-même, dans le respect - et la promotion - de son autonomie. Ceci s'applique avec une égale conviction en contexte de fragilité, et d'une vulnérabilité que nous ne mésestimons pas (maladie, souffrance, fin de vie). Les données probantes montrent en effet que les situations les plus avancées et complexes, y compris les atteintes neurocognitives, n'excluent pas *de principe* la préservation d'une part de discernement qui doit être recherchée et encouragée. Il en va de même pour les personnes sous protection juridique, qui restent dans un grand nombre de cas dotées de ce discernement, au moins dans certaines dimensions de leur existence.

Notre approche de la relation soigné-soignant s'inscrit donc dans le droit fil des acquis de la démocratie en santé et de la reconnaissance, par les lois successives depuis quelque vingt-cinq années, des droits de la personne malade.

Sur l'éthique médicale et la déontologie soignante.

Nos valeurs éthiques du soin, supportées par les lois, par le code de déontologie, apportent les plus grandes garanties quant à la méticulosité d'examen des situations médicales qui nous sont soumises. La reconnaissance des vulnérabilités, comme celle des singularités humaines, est indissociable de celle de l'autonomie de la personne. La culture qui nous anime s'appuie sur les dimensions centrales de *temporalité* et de *collégialité* : lorsqu'une situation est complexe, quand l'incertitude met au défi les acquis de la science (médico-techniques), l'art médical nous apprend à prendre le temps de la décision, à partager les questionnements, et à élargir le cercle de compétences. Ce tissu, ce maillage des savoirs diffère bien sûr entre hôpital et ville, zones urbaines et rurales, régions largement ou moins dotées en densité soignante ; mais le fil rouge est le même, qui limite le risque d'arbitraire et les inégalités.

Face à une demande d'aide à mourir, **loin de s'enfermer dans un cadre rigide et procédural de délais légaux**, cette éthique et ces valeurs soignantes garantiront l'examen scrupuleux de la temporalité de chaque situation singulière : outre les caractéristiques de la maladie, ce sont bien le temps de maturation préalable du patient, sa réitération, les articulations du schéma familial, les émotions en présence, et toutes les données définissant le profil, l'habitus de la personne, qui seront examinés avec prudence et en collégialité. Le délai de réponse du patient, d'un minimum de 48 heures, est bien un délai plancher, qui ne préjuge en rien de la date qu'il fixera ensuite pour la mise en œuvre d'une aide à mourir, ni sur l'effectivité même de cette demande. De nombreux patients, rassurés par cette possibilité, ne l'utiliseront pas, ou la diffèreront. Dans tous les cas, *c'est un chemin d'accompagnement humain, sensible, qui commence dès lors qu'une demande d'aide à mourir se fait, non un compte à rebours administratif qui se déclenche.* La conscience des soignants mérite qu'on lui accorde cette confiance.

De même, **la prise en charge de personnes sous mesure de protection juridique** n'a rien de nouveau dans nos exercices. Ce type particulier de vulnérabilité, comme tous les autres, a toujours fait l'objet d'une attention scrupuleuse, d'une évaluation du discernement, et d'*une recherche constante d'équilibre entre libre arbitre et hétéronomie de la personne*. Il en sera de même face à une éventuelle demande d'aide à mourir.

Enfin, notre vocation est bien d'offrir la plus large possibilité d'accès aux soins, à *tous les soins*, *en tous lieux*. **Si la clause de conscience est individuellement sacrée, son extension à une institution tout entière**, pour des raisons confessionnelles ou autres, aurait pour terrible conséquence de priver certains patients d'un accès à tous les soins qu'ils nécessitent, dont les soins palliatifs. Outre qu'il s'agit, là encore, d'une approche orthogonale à *notre conception holistique du soin*, le paradoxe serait inacceptable d'un accroissement des inégalités sociales et territoriales, à l'heure où précisément on cherche à réduire celles-ci.

La question de l'aide à mourir est indissociable de celle très générale de la prise en charge de la fin de vie. La multiplication des contraintes à l'application de cette loi, vouée à accorder de nouveaux droits aux personnes malades, aggraverait les inégalités et l'arbitraire. Les soignants que nous sommes estimons qu'il relève de notre éthique, de notre déontologie professionnelle, de participer à l'accompagnement des personnes en fin de vie quelles que soient les modalités de cet accompagnement. Avec comme seule boussole le respect de la volonté de la personne, dans les conditions d'un exercice précis et encadré de notre rôle soignant.

Nous demandons que confiance soit faite à notre éthique professionnelle.

---

[1] *Le Monde, 8 septembre 2023.* https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/09/07/nous-professionnels-de-sante-devons-accompagner-les-malades-sans-espoir-de-guerison-dans-leur-demande-d-aide-active-a-mourir_6188210_3232.html#:~:text=Un%20collectif%20rassemblant%20plus%20de,%C3%A0%2008h00%20Lecture%204%20min

Le Monde, 25 mars 2024. https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/03/25/fin-de-vie-le-projet-de-loi-permettrait-des-avancees-societale-et-medicale-qui-n-etaient-jusque-la-pas-prises-en-compte_6224053_3232.html

Libération, 28 octobre 2024. https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/fin-de-vie-cessons-dinstrumentaliser-la-parole-soignante-20241028_OSHYQALKQZHPXJQXO2HMCYO6JI/

La Croix, 15 avril 2025. https://www.la-croix.com/a-vif/loi-sur-la-fin-de-vie-distinguons-le-reel-du-fantasme-20250415

EUROPEAN CENTRE FOR LAW & JUSTICE

Nicolas Bauer
Docteur en droit public
Chercheur associé

Conseil constitutionnel
2, rue de Montpensier
75001 Paris

Strasbourg, 24 juillet 2026

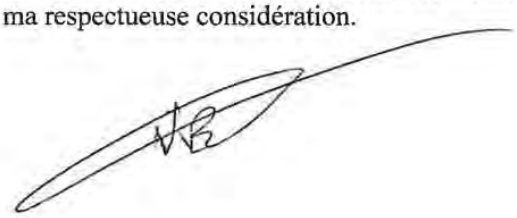
Objet : Contribution extérieure de l'ECLJ
Affaire n° 2026-910 DC – Loi relative au droit à l'aide à mourir

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

J'ai l'honneur de vous remettre au nom du *European Centre for Law and Justice* (ECLJ) notre contribution extérieure dans l'affaire susmentionnée.

Nous remercions le Conseil de l'attention qu'il portera à cette contribution et espérons que celle-ci lui sera utile.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, à l'expression de ma respectueuse considération.



2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 28 juillet 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

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

Loi relative au droit à l'aide à mourir

(affaire n° 2026-910 DC)

Juillet 2026

CENTRE EUROPEEN POUR LE DROIT ET LA JUSTICE
4, Quai Koch, 67000 STRASBOURG, FRANCE – Tél : +33 (0) 3 88 24 94 40 – Fax : +33 (0)3 88 22 74 12

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

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

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

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

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

Le texte adopté ouvre accès à l'aide à mourir pour toute personne « atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée […] ou en phase terminale ». Les expressions « affection grave et incurable », « pronostic vital engagé », « phase avancée », « souffrance insupportable », « processus irréversible », ou encore celle de discernement « gravement » altéré ne correspondent pas à des seuils médicaux objectivables de manière uniforme et sont susceptibles d'interprétations variables selon les pathologies et surtout, selon les praticiens.

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

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

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

CENTRE EUROPEEN POUR LE DROIT ET LA JUSTICE
4, Quai Koch, 67000 STRASBOURG, FRANCE – Tél : +33 (0) 3 88 24 94 40 – Fax : +33 (0)3 88 22 74 12

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dès lors,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfin, l'article 5, al. 7 de la loi déférée prévoit que « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique » puis attend du médecin qu'il « vérifie ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil ». À ce jour, le registre susmentionné n'existe pas. La protection des personnes vulnérables est donc défaillante, théorique et ne pourra être effective, dans le meilleur des cas, qu'après que ledit registre aura été créé. Ladite disposition porte ainsi atteinte au principe de sécurité juridique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Or, les deux personnes consultées

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

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

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

Au surplus, cette consultation peut être réalisée en visioconférence.

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

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

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

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

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

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

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

La loi n'impose aucune formalité particulière lors de la confirmation de la demande à l'issue du délai de réflexion de deux jours, prévu à l'article 6, al. 17. Le législateur n'a pas exigé que cette confirmation fasse l'objet d'un nouvel entretien approfondi, ni d'un formalisme particulier. Aucun témoin n'est requis.

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

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

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

La brièveté de l'ensemble du processus est inédite. Le 18 juillet 2025, le Comité des droits des personnes handicapées, a attiré l'attention du Gouvernement sur l'extrême brièveté du délai minimal séparant la décision favorable de la mise en œuvre de l'aide à mourir. L'appel du Comité est resté sans réponse.

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

La loi ne prévoit aucune information obligatoire des membres de la famille préalablement à la décision d'autorisation de l'aide à mourir. Il est ainsi légalement possible qu'un membre de la famille apprenne le décès de son proche après l'administration de la substance létale.

Cela constitue une violation du droit au respect de la vie privée et familiale aussi bien du patient concerné que de ses proches. En particulier, le dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 protège la famille en tant que cellule collective, dont le développement passe nécessairement par la participation active de ses membres aux moments décisifs de l'existence. La fin de vie constitue un tel moment. Or même si la personne demandant l'aide à mourir souhaite que soit recueilli « l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou, à défaut, d'un proche », le médecin conserve le pouvoir de ne pas satisfaire cette demande (art. 6, al. 13).

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

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

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

La loi réprime le fait d'exercer une « pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale » à l'encontre d'un patient souhaitant recourir à l'aide à mourir, sans prévoir aucune exception en faveur de l'entourage familial et affectif agissant dans un but bienveillant. Des actes qui constituent l'exercice de la liberté d'assistance – exprimer son attachement à la vie du proche, lui témoigner que la perte serait insurmontable, l'informer des possibilités de soins palliatifs renforcés – tombent ainsi sous le coup de la loi pénale.

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

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

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

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

L'absence d'information sur « des modalités d'action de la substance létale » avant la confirmation de la décision de mourir ne permet pas à la personne concernée de porter un jugement pleinement éclairé sur la gravité de son acte, et sur ses risques. De plus, cette absence d'information est incompatible avec l'obligation d'information du patient résultant du droit français et européen. Ainsi, l'article 5 de la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine, ratifiée par la France en 2011, stipule que « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. » En outre, la loi ne fait pas obligation au médecin d'informer la personne des risques et possibles souffrances liées aux diverses méthodes d'administration de la substance létale. Or, les études scientifiques confirment que ces risques sont bien réels, et varient selon les méthodes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le pharmacien participe directement à la réalisation de l'acte létal en ce qu'il prépare le poison et qu'il est le seul à pouvoir le faire. L'absence de participation immédiate à l'administration de la substance létale ne retire rien au caractère direct et proche de sa participation à l'acte objecté puisque, sans la préparation du poison par le pharmacien, l'aide à mourir ne peut être effective. Étant donné leur rôle essentiel dans l'ensemble du processus, la liberté de conscience des pharmaciens doit être respectée (Sur ce sujet, voir : Nicolas Bauer et Agnès Certain, « Responsabilités, droits et devoirs du pharmacien » *in* Emmanuel Hirsch (dir.), *Fins de la vie : les devoirs d'une démocratie*, Éditions du Cerf, 2025, pp. 407-418). Or, en vertu des articles 8 et 14 de la loi, contrairement aux médecins, qui peuvent objecter à la participation directe au processus d'administration de l'aide à mourir, les pharmaciens ont l'obligation légale et professionnelle de coopérer à l'euthanasie et au suicide assisté. L'imposition d'une telle obligation constitue une violation manifeste de leur liberté de conscience garantie à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ainsi qu'à l'alinéa 5 du Préambule de la Constitution de 1946.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grégor Puppinck

Conseil constitutionnel
2, rue de Montpensier
75001 Paris

24 juillet 2026

Objet : Affaire n° 2026-910 DC, loi relative au droit à l'aide à mourir
Contribution extérieure

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

J'ai l'honneur de vous remettre une contribution extérieure en défense du droit des organisations religieuses à ne pas être contraintes de participer à la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté.

Cette contribution est soutenue et co-signée par 37 juristes internationaux, anciens juges à la Cour européenne des droits de l'homme, anciens commissaires européens, professeurs de droit et spécialistes reconnus en matière de droits de l'homme et de liberté de religion. Tous estiment nécessaire de garantir la liberté des établissements confessionnels face à l'euthanasie et au suicide assisté. La liste des juristes soutenant cette contribution figure au bas de celle-ci.

Nous remercions les membres du Conseil constitutionnel de l'attention qu'il portera à notre contribution.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel, à l'expression de ma respectueuse considération.

Grégor Puppinck

5182040011G0001120205

Contribution extérieure au Conseil constitutionnel, concernant l'examen de la loi relative au droit à l'aide à mourir, en défense du droit des organisations religieuses à ne pas être contraintes de participer à la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté

Nous, soussignés, anciens juges à la Cour européenne des droits de l'homme, magistrats honoraires, professeurs, juristes et chercheurs issus de diverses institutions universitaires à travers le monde, avons appris avec une profonde inquiétude que, le 15 juillet 2026, le Parlement français a adopté la *Loi relative au droit à l'aide à mourir*, légalisant ainsi l'euthanasie et le suicide assisté.

Dès le stade des travaux parlementaires sur cette proposition de loi, de nombreux juristes, organisations de la société civile et de défense des droits de l'homme ont publiquement averti que certaines dispositions du texte étaient inconciliables avec les obligations internationales de la France en matière de droits de l'homme. Conscients de ces préoccupations et nourrissant des doutes persistants quant à la compatibilité de la loi adoptée avec la Constitution, les droits fondamentaux et les libertés individuelles, plusieurs autorités politiques ont décidé de saisir le Conseil constitutionnel afin qu'il en contrôle la conformité à la Constitution.

Sans minimiser la force des arguments avancés par les auteurs des saisines concernant l'incompatibilité de la loi déférée avec la Constitution française, la présente contribution volontaire vise à attirer l'attention du Conseil constitutionnel sur la menace particulière que le texte adopté fait peser sur les libertés d'association et de religion, ainsi que sur le principe, reconnu notamment en droit international, de l'autonomie institutionnelle des communautés religieuses et des associations confessionnelles. À cette fin, nous souhaitons mettre en lumière plusieurs aspects du nouveau cadre législatif qui révèlent son incompatibilité manifeste avec la Constitution française et les normes du droit international et européen des droits de l'homme.

Avant toute chose, nous déplorons profondément que la nouvelle loi ne comporte aucune disposition protégeant les établissements de santé et les établissements médico-sociaux contre l'obligation d'accueillir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté en leur sein.

L'article 14 de la Loi relative au droit à l'aide à mourir impose à tous les établissements de santé et établissements médico-sociaux d'autoriser la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté dans leurs locaux. Cette obligation s'applique notamment à tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées, aux structures d'accueil pour personnes en situation de handicap ou en situation d'urgence, qu'ils soient publics ou privés (y compris ceux qui ne bénéficient d'aucun financement public). En d'autres termes, elle concerne l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux, quelle que soit leur nature ou leur finalité. La loi ne prévoit aucune dérogation à cette obligation au bénéfice des institutions dont l'identité repose sur une religion ou des convictions. Cette obligation s'applique donc directement aux congrégations religieuses consacrées aux soins de santé ainsi qu'à d'autres organisations confessionnelles, telles que les Petites Sœurs des Pauvres.

Il convient de souligner que l'obligation imposée à ces institutions s'accompagne d'un ensemble de devoirs connexes destinés à assurer le bon déroulement de la procédure d'administration de la mort. En pratique, il incombe notamment aux établissements concernés d'assurer la présence physique de leur personnel pendant la procédure, de prendre en charge les éventuelles complications, de gérer les relations avec la famille et les membres du personnel de l'établissement, d'assumer la prise en charge du corps du défunt ou encore de fournir la substance létale lorsque l'établissement dispose d'une pharmacie interne. Tout manquement à ces obligations est susceptible d'engager leur responsabilité juridique.

Contraindre des institutions religieuses et des organisations confessionnelles à autoriser et à faciliter la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté dans leurs locaux, ainsi qu'à veiller au bon déroulement de cette procédure, en violation de leurs convictions, revient à les forcer à agir gravement contre leur conscience et à renoncer à leur identité religieuse. Une telle obligation constitue une ingérence manifeste dans leur liberté de pensée, de conscience et de religion, proclamée par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 18) et garantie notamment par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 18), la Convention américaine relative aux droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 9) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 10).

Contraindre des institutions confessionnelles à consentir à ce que l'euthanasie et le suicide assisté soient pratiqués dans leurs locaux et à participer de facto à l'ensemble du processus d'administration de la mort est également contraire au principe d'autonomie des institutions religieuses et des organisations confessionnelles, consacré par de nombreux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Selon ce principe, qui trouve son fondement tant dans la liberté de religion que dans la liberté d'association, toutes deux de valeur constitutionnelle, les institutions religieuses et les entités à caractère confessionnel doivent pouvoir fonctionner dans le respect de leurs convictions et déterminer librement leur structure et leur organisation.

Dans la mesure où la loi adoptée méconnaît le principe de l'autonomie institutionnelle, elle doit être regardée comme contraire non seulement à la liberté de religion, mais également à la liberté d'association reconnue par le Conseil constitutionnel, et proclamée par la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 20) et garantie notamment par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 22), la Convention américaine relative aux droits de l'homme (article 16), la Convention européenne des droits de l'homme (article 11) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 12).

Dans sa jurisprudence, la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé à plusieurs reprises que « L'autonomie des communautés religieuses est indispensable au pluralisme dans une société démocratique » (voir notamment les arrêts *Hasan et Chaush c. Bulgarie* et *Fernández Martínez c. Espagne*). Au-delà de son ancrage constant dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (voir également, notamment, le récent Avis consultatif sur le statut des biens monastiques), le principe de l'autonomie des communautés et organisations religieuses a également été consacré dans l'ordre juridique de l'Union européenne ainsi que

dans les différents instruments adoptés par les organes conventionnels des Nations unies et d'autres structures de coopération inter-gouvernementale.

En droit de l'Union européenne, le principe de l'autonomie des institutions religieuses et des organisations confessionnelles trouve une expression explicite à l'article 4, paragraphe 2, de la directive 2000/78/CE établissant un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail. Aux termes de cette disposition, « une différence de traitement fondée sur la religion ou les convictions d'une personne ne constitue pas une discrimination lorsque, par la nature de ces activités ou par le contexte dans lequel elles sont exercées, la religion ou les convictions constituent une exigence professionnelle essentielle, légitime et justifiée eu égard à l'éthique de l'organisation ».

Le droit de l'Union prévoit ainsi une dérogation spécifique au principe de non-discrimination au bénéfice des institutions confessionnelles. Dans sa jurisprudence, en se référant notamment à l'article 10 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne garantissant la liberté de religion, la Cour de justice de l'Union européenne a, à plusieurs reprises, souligné le rôle essentiel de cette dérogation dans l'application des règles relatives à l'égalité de traitement (*Egenberger*, *IR*, *Katholische Schwangerschaftsberatung*). Il convient de relever qu'à la suite des conclusions de la Commission européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Rommelfanger c. Allemagne*, la Cour de justice de l'Union européenne a expressément reconnu qu'un hôpital catholique constitue une organisation confessionnelle et bénéficie, à ce titre, du régime particulier fondé sur le principe de l'autonomie institutionnelle (*IR*).

Le principe de l'autonomie religieuse a également été reconnu par le Comité des droits de l'homme des Nations unies. Dans son Observation générale n° 22 relative à l'article 18 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Comité souligne que « la pratique et l'enseignement de la religion ou de la conviction comprennent les actes indispensables aux groupes religieux pour mener leurs activités essentielles » (point 4).

À cet égard, il convient également de rappeler que, lors de la réunion de Vienne de la Conférence sur la sécurité et la coopération en Europe (CSCE), les États participants se sont engagés sans équivoque à respecter l'autonomie des Églises et des communautés religieuses (Document final de la réunion de Vienne de 1986 des représentants des États participants à la Conférence sur la sécurité et la coopération en Europe, principe 16).

Au-delà du contexte du droit international, l'importance du principe de l'autonomie religieuse dans la vie des sociétés démocratiques a été reconnue par les plus hautes juridictions nationales et les cours constitutionnelles, tant sur le continent européen qu'outre-Atlantique. Le principe de l'autonomie religieuse a été consacré à de nombreuses reprises par la Cour constitutionnelle fédérale allemande (17 février 1965, *BVerfGE* 18, 385) et, plus récemment, par la Cour de cassation française, statuant dans sa formation la plus solennelle (Assemblée plénière, 4 avril 2025, n° 21-24.439). La valeur constitutionnelle de ce principe a également été reconnue par la Cour suprême des États-Unis dans l'arrêt de principe *Kedroff v. St. Nicholas Cathedral* (24 novembre 1952, 344 U.S. 94).

En second lieu, et dans le même ordre d'idées, nous souhaitons attirer l'attention du Conseil constitutionnel sur le fait que l'adoption de mesures susceptibles de restreindre des droits de

l'homme internationalement reconnus exige, en toutes circonstances, une mise en balance préalable des droits et intérêts concurrents. Les États ne sont pas autorisés à faire prévaloir arbitrairement les droits de certaines personnes sur ceux d'autres groupes de la société. Ils sont tenus de rechercher une conciliation entre les droits concurrents et ne peuvent se contenter de justifier la prééminence de l'un d'eux sur les autres.

En l'espèce, le législateur aurait dû établir un cadre juridique régissant l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté qui concilie les droits des institutions religieuses avec ceux des personnes souhaitant recourir à l'aide à mourir, tout en assurant le respect des uns comme des autres. Cet objectif aurait pu être atteint, par exemple, en confiant à une autorité publique la responsabilité d'orienter les personnes concernées vers un établissement approprié. L'absence de conciliation entre ces droits concurrents démontre que le législateur n'a pas ménagé un juste équilibre entre les droits et les intérêts en présence.

Dans le même esprit, et au surplus, l'imposition de cette nouvelle obligation aux associations religieuses et aux organisations confessionnelles constitue une violation manifeste du principe de proportionnalité, qui est l'un des fondements du droit international des droits de l'homme. Selon une jurisprudence constante des juridictions internationales de protection des droits de l'homme, toute mesure étatique restreignant la liberté d'une personne doit être prévue par la loi, poursuivre un but légitime, être nécessaire dans une société démocratique et être proportionnée à l'objectif légitime poursuivi. En l'espèce, la restriction apportée à la liberté de religion et à l'autonomie des institutions privées est manifestement disproportionnée, dès lors qu'il existait d'autres moyens, moins restrictifs, de garantir l'accès à l'aide à mourir.

À la lumière de ce qui précède, nous invitons respectueusement le Conseil constitutionnel à reconnaître que la *Loi relative au droit à l'aide à mourir* porte atteinte aux libertés de religion et d'association, ainsi qu'à l'existence autonome des institutions confessionnelles et, en conséquence, à déclarer cette loi contraire à la Constitution française. Nous sommes convaincus que le Conseil constitutionnel est particulièrement bien placé pour remplir sa mission constitutionnelle consistant à préserver les droits fondamentaux, les valeurs du pluralisme démocratique et de l'État de droit.

5192600012000012045

Liste des 37 signataires

Prénom	**Nom**	**Qualité**
Javier	Borrego-Borrego	Ancien juge à la CEDH Ancien juge au tribunal suprême (Espagne) Avocat au barreau de Madrid Espagne
Antonella	Mularoni	Ancien juge à la CEDH Avocate République de Saint-Marin

Paulo	Pinto de Albuquerque	Ancien juge à la CEDH Professeur de droit à l'Université catholique portugaise Portugal
Krzysztof	Wojtyczek	Ancien juge à la CEDH Professeur de droit constitutionnel Université Jagellonne de Cracovie Pologne
Michel	Bastit	Professeur de philosophie, Université de Bourgogne
Remigio	Berenger	Professeur titulaire de droit ecclésiastique de l'État Université CEU, Valence, Espagne
Pierre	Bonin	Professeur d'histoire du droit Ecole de droit de la Sorbonne Paris
Tonio	Borg	Ancien Commissaire européen Ancien Vice-Premier ministre de Malte, Ministre et Député Professeur de droit public Université de Malte
Augustin	Boulanger	Maître de conférences en droit privé, ICES, La Roche-sur-Yon
Pierre Louis	Boyer	Doyen honoraire de la Faculté de droit Maître de conférences HDR, Le Mans Université
Vincent	Cador	Docteur en droit France
Stéphane	Caporal-Greco	Professeur agrégé de droit public Université Jean Monnet, Saint-Etienne
Ligia	Castaldi	Professeur de droit international Ave Maria School of Law Floride, États-Unis
Julien	Couard	Maître de conférences Faculté de Droit de Toulon
Maria	d'Arienzo	Professeur de droit ecclésiastique, droit canonique et droits confessionnels, Département de droit, Université de Naples Italie

Cyrille	Dounot	Professeur d'histoire du droit et des institutions, Université Toulouse Capitole
Guillaume	Drago	Professeur de droit public Université Paris Panthéon-Assas, France
Olivier	Echappé	Conseiller-doyen honoraire à la Cour de cassation Professeur honoraire à l'Institut catholique de Paris
Jan	Figel	Ancien Commissaire européen Premier Envoyé spécial pour la liberté de religion ou de conviction (FoRB) hors de l'UE Président du *Forum for Religious Freedom Europe* (FOREF)
Jean Christophe	Galloux	Professeur à l'université de Paris Panthéon-Assas Membre de l'Académie nationale de pharmacie Ancien membre du Conseil supérieur de la magistrature
Philippe	Greiner	Doyen honoraire de la Faculté de Droit canonique, Institut catholique de Paris Doyen du Chapitre cathédral de Rennes
Weronika	Kudla	Professeur assistant Université pontificale Jean-Paul II de Cracovie Pologne
Jean-Michel	Lemoyne de Forges	Professeur émérite, Université Panthéon-Assas
Laurent	Leveneur	Professeur à l'Université Paris Panthéon-Assas
Javier	Martinez-Torron	Président du Consortium international d'études sur le droit et la religion (*International Consortium for Law and Religion Studies*) Professeur de droit, Université Complutense, Madrid, Espagne
Christine	Mengès-Le Pape	Professeur d'histoire du droit, École de droit de Toulouse,
Juan G.	Navarro Floria	Membre de l'Académie nationale de droit et des sciences sociales de Buenos Aires Professeur titulaire ordinaire, Université pontificale catholique, Buenos Aires Argentine
Rafael	Palomino Lozano	Professeur au Département de droit international, droit ecclésiastique et philosophie du droit, Université Complutense de Madrid Espagne

5192060012000120505

Francisca	Pérez-Madrid	Professeur titulaire de droit et religion (Chaire de droit ecclésiastique de l'État), Faculté de droit, Université de Barcelone Espagne
Philippe	Pichot	Maître de conférences HDR en histoire du droit Université de Brest.
Grégor	Puppinck	Docteur en droit Directeur de l'ECLJ Membre du Panel d'experts de l'OSCE sur la liberté de conscience et de religion (2016-2019) Initiateur de cette contribution extérieure
Giovanna	Razzano	Professeur titulaire de droit constitutionnel et public Université « La Sapienza » de Rome Membre du Comité national de bioéthique
Jean-Claude	Ricci	Agrégé des facultés de droit Professeur émérite des universités Directeur honoraire de l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence
Etienne	Richer	Doyen de la Faculté de droit canonique, Institut catholique de Toulouse
Alain	Sériaux	Agrégé des Facultés de Droit Professeur émérite de droit privé et de sciences criminelles Université d'Aix-Marseille
Alicja	Słowik	Docteur en droit Chercheur à l'ECLJ
Philippe	Stoffel-Munck	Avocat à la Cour Professeur à l'Université Panthéon Sorbonne (Paris I) Co Directeur du Collège de droit de la Sorbonne

VILLE DE LA ROCHELLE

Communauté d'Agglomération de La Rochelle

Olivier Falorni
Maire de La Rochelle
Président de la communauté d'agglomération de La Rochelle
3, place de l'Hôtel de ville
17000 La Rochelle

M. Richard Ferrand
Président du Conseil constitutionnel
2, rue de Montpensier
75001 Paris

La Rochelle, le 26 juillet 2026

Monsieur le président,

En application de l'article 61, alinéa 2 de la Constitution, le Premier ministre a déféré au Conseil constitutionnel trois dispositions contenues dans les articles 5, 6, 7, 10, 12 et 14 de la loi relative au droit à l'aide à mourir en vous demandant de les déclarer contraires à la Constitution.

Compte tenu du caractère extraordinaire de la démarche consistant, pour le Premier ministre, à demander au Conseil constitutionnel de constater l'inconstitutionnalité de dispositions dont son propre Gouvernement a justifié la présence dans la loi déférée tout au long de la navette parlementaire, le rapporteur général et les rapporteurs du texte à l'Assemblée nationale vous ont transmis des observations en réponse aux arguments présentés dans la saisine du chef du Gouvernement.

Aussi, en tant qu'auteur et premier rapporteur général de la proposition de loi dont est issu le texte qui vous est déféré, j'ai l'honneur de vous faire savoir que je m'associe pleinement à la démarche de mes anciens collègues et que je souscris à l'ensemble de leurs observations. Je vous demande en conséquence d'écarter les griefs soulevés par le Premier ministre et de déclarer l'ensemble de la loi relative au droit à l'aide à mourir conforme à la Constitution.

Je vous prie de croire, Monsieur le président, à l'assurance de ma haute considération.

Bien respectueusement

Olivier Falorni

SELARL
Frédéric VERRA et Marine CHOLLET
AVOCATS

11, rue des Bégonias
54130 SAINT-MAX

contact@verra-chollet.fr – 09.85.06.99.24

CONSEIL CONSTITUTIONNEL
2 Rue de Montpellier
75010 PARIS

Envoi par mail : contributions-exterieures@conseil-constitutionnel.fr

Saint-Max, le 29 juillet 2026

N/Réf. **:** *ULTIME LIBERTE - CONSEIL CONSTITUTIONNEL*
26.086
FV/ FV

Objet : **Contribution extérieure – Affaire n° 2026-910 DC – Association Ultime Liberté**

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

Je vous prie de bien vouloir trouver en pièces jointes la contribution extérieure présentée par l'association Ultime Liberté dans le cadre de l'affaire n° 2026-910 DC relative à la loi relative au droit à l'aide à mourir et les documents justificatifs qui l'accompagnent.

Je vous remercie de bien vouloir m'accuser réception du présent envoi.

Respectueusement,

Frédéric VERRA

SELARL
V E R R A
C H O L L E T
A V O C A T S
11, rue des Bégonias
54130SAINT-MAX
contact@verra-chollet.fr

Affaire : ULTIME LIBERTÉ
Dossier n° : 21.128
CONSEIL CONSTITUTIONNEL
Affaire n° 2026-910 DC
Loi relative au droit à l'aide à mourir

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

POUR :

L'ASSOCIATION « ULTIME LIBERTÉ » (sigle : UL)

Association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la préfecture de la Haute-Marne le 23 octobre 2009 et publiée au Journal officiel du 5 décembre 2009,
dont les statuts en vigueur ont été adoptés par l'assemblée générale extraordinaire, procès-verbal de dépouillement du 8 juillet 2022,
dont le siège social est situé 40, rue Ampère, 52000 CHAUMONT,
prise en la personne de ses coprésidents en exercice, Madame Josyane ABTROUN et Monsieur Patrice BERNARDO.

Ayant pour avocat :

La SELARL Frédéric VERRA et Marine CHOLLET,
représentée par Maître Frédéric VERRA,
Avocat au Barreau de NANCY
11, rue des Bégonias
54130 SAINT-MAX

Saint-Max, le 29 juillet 2026

SOMMAIRE

– I. L'institution d'une aide à mourir n'est contraire, par principe, à aucune exigence constitutionnelle

– II. La définition de l'aide à mourir et le champ de l'autorisation pénale sont suffisamment précis

– III. Les conditions médicales d'accès assurent une conciliation constitutionnellement admissible

– IV. La procédure garantit le caractère personnel, libre, éclairé, actuel et révocable de la volonté

– V. La loi assure une protection adaptée des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique

– VI. Les règles contentieuses respectent la Constitution et le caractère strictement personnel de la demande

– VII. Les libertés de conscience et les libertés institutionnelles font l'objet d'une conciliation proportionnée

– VIII. Les griefs complémentaires relatifs au contrôle, au financement et aux assurances ne justifient aucune censure

– IX. Aucune censure d'ensemble n'est encourue, ni par voie d'inséparabilité, ni au titre de la procédure d'adoption

– Conclusions

À MONSIEUR LE PRÉSIDENT ET AUX MEMBRES DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

OBSERVATIONS LIMINAIRES

1. L'association Ultime Liberté, déclarée le 23 octobre 2009 et régie par la loi du 1er juillet 1901, a pour objet statutaire d'obtenir, pour toute personne majeure et capable, la reconnaissance juridique de la liberté de disposer de sa personne, de son corps et de sa vie, ainsi que de la liberté de choisir le moment, le lieu et les modalités de sa mort ; d'encourager la création de réseaux d'entraide et de solidarité ; de respecter le choix de fin de vie de chacun et d'aider au respect de celui de ses membres ; et de mener ou de soutenir toute action auprès des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des médias pour la prise en considération de ces objectifs (article I-2 des statuts, pièce n° 1). Le même article dispose expressément que l'association « s'interdit toute incitation au suicide » et qu'elle demeure indépendante et neutre à l'égard de tout mouvement politique, idéologique ou religieux.

2. La loi déférée intéresse ainsi directement l'objet statutaire de l'association et l'expérience collective dont elle est dépositaire. La présente contribution est exclusivement consacrée à l'examen constitutionnel du texte adopté ; elle ne tend ni à banaliser le suicide, ni à soustraire l'aide à mourir aux

garanties médicales et juridiques que sa gravité commande. L'association observe au demeurant que l'accompagnement qu'elle organise en son sein obéit à des principes – initiative exclusive de la personne, prohibition de toute incitation, de toute influence et de toute accélération de la décision, expression libre, éclairée et réitérée de la volonté, collégialité, confidentialité et stricte gratuité – qui rejoignent ceux dont le législateur a entouré le dispositif déféré.

3. La loi déférée procède d'un choix de société relevant au premier chef de la compétence du Parlement. Ce choix consiste à permettre, dans des circonstances médicales strictement définies, qu'une personne majeure, capable d'exprimer une volonté libre et éclairée, atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital et confrontée à une souffrance légalement qualifiée, puisse demander l'accès à une substance létale selon une procédure médicalisée, traçable et contrôlée.

4. L'association ne dissimule pas que le dispositif adopté demeure, à ses yeux, excessivement restrictif et médicalisé, notamment en ce qu'il subordonne l'accès à des critères pathologiques cumulatifs et exige une volonté actuelle qui exclut la mise en œuvre de directives anticipées lorsque la personne n'est plus en état de s'exprimer. Cette appréciation politique et éthique est distincte de l'examen de constitutionnalité. Elle souligne néanmoins qu'une loi entourée de conditions aussi nombreuses, d'une procédure aussi formalisée et de contrôles aussi divers ne saurait être présentée comme abandonnant les personnes vulnérables ou organisant un accès discrétionnaire à la mort.

5. Cinq saisines ont été enregistrées au greffe du Conseil constitutionnel. Celle du président du Sénat, du 16 juillet 2026, invite principalement le Conseil à contrôler la précision de la définition de l'aide à mourir et de l'impossibilité physique d'auto-administration, les critères médicaux d'accès, les garanties entourant la volonté libre et éclairée, la protection des majeurs protégés, l'attribution du contentieux au juge administratif au regard des articles 66 de la Constitution et 16 de la Déclaration de 1789, ainsi que la clause de conscience individuelle et institutionnelle. Celle de plus de soixante sénateurs, du 17 juillet 2026, développe une contestation générale de la loi – dignité, légalité criminelle, protection de la vie et des personnes vulnérables, accès aux soins palliatifs, directives anticipées, encadrement du rôle du médecin, droits des proches, fraternité et libertés institutionnelles – et conclut à sa censure totale. Celle du Premier ministre, du même jour, plus circonscrite, vise le délai minimal de réflexion, la protection des majeurs protégés et l'obligation faite aux établissements ; elle demande des censures partielles ou, à titre subsidiaire, des réserves d'interprétation.

6. Les deux saisines de députés complètent et systématisent ces critiques. La première conteste notamment l'emploi de la notion de « fin de vie », la définition et le régime pénal de l'aide à mourir, les critères de phase avancée et de souffrance, l'information et la collégialité, la persistance de la volonté, les lieux d'administration, le rôle des pharmaciens, l'établissement du certificat de décès, les voies de recours, la clause de conscience, la composition et les pouvoirs de la commission de contrôle, la prise en charge financière et le régime des assurances décès. La seconde vise les articles 2, 4, 5, 6, 9, 12, 14 et 18 et articule huit séries de moyens : incompétence négative au regard de la liberté personnelle et de la dignité, imprécision des critères, légalité et proportionnalité des peines, liberté de conscience et égalité, recours juridictionnel effectif, compétence de l'autorité judiciaire, liberté contractuelle et maintien des conventions légalement conclues.

7. Afin d'éviter toute ambiguïté née des numérotations divergentes employées par les saisines, la présente contribution se réfère prioritairement au contenu matériel des dispositions. Ainsi, la disposition relative à la couverture des assurances décès est examinée indépendamment du numéro d'article qui lui est attribué dans chacun des recours.

8. L'association Ultime Liberté invite le Conseil constitutionnel à écarter les demandes de censure générale. La Constitution n'impose ni la légalisation ni l'interdiction de l'aide à mourir. Elle exige que le législateur concilie les principes constitutionnels en présence et qu'il entoure le dispositif de garanties suffisantes. Or, envisagée dans son ensemble, la loi opère précisément cette conciliation.

9. À titre subsidiaire seulement, si le Conseil estimait que certaines dispositions appellent une précision, des réserves d'interprétation ciblées seraient suffisantes. Elles devraient préserver l'économie de la loi, ne pas instituer un pouvoir de veto au profit de tiers et ne pas transformer la vulnérabilité ou l'existence d'une mesure de protection en présomption d'incapacité.

10. Une observation liminaire s'impose sur la portée des demandes de censure du Premier ministre. La censure des mots « d'au moins deux jours à compter de la notification » aurait pour seul effet de supprimer tout délai minimal de réflexion ; celle des dispositions relatives aux majeurs protégés supprimerait l'information de la personne chargée de la mesure de protection, le recueil de ses observations, la notification qui lui est faite et son recours suspensif. Dans les deux cas, la censure aboutirait à un résultat exactement inverse de la protection recherchée. Seule la voie des réserves d'interprétation, que le Premier ministre envisage lui-même à titre subsidiaire, est cohérente avec l'objectif de garantie invoqué.

11. Une précision de méthode s'impose enfin. Dans le cadre de l'article 61 de la Constitution, les normes de référence du contrôle sont celles du bloc de constitutionnalité. Depuis la décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, il est constant qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel d'examiner la conformité d'une loi aux stipulations d'un traité ou d'un accord international (décision n° 2010-605 DC du 12 mai 2010) : l'incompatibilité éventuelle d'une loi avec un engagement international ne constitue pas, par elle-même, un grief d'inconstitutionnalité. S'agissant du droit de l'Union, son contrôle ne s'exerce que dans l'hypothèse d'une transposition et sous la seule réserve des principes inhérents à l'identité constitutionnelle de la France (décision n° 2004-496 DC du 10 juin 2004). Les nombreuses références conventionnelles dont les saisines font état – Convention européenne des droits de l'homme, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Convention relative aux droits des personnes handicapées, droit dérivé de l'Union – ne sauraient donc, par elles-mêmes, fonder une censure. La présente contribution ne les invoque, symétriquement, qu'à titre d'éclairage : elles établissent qu'aucun standard européen ne condamne le dispositif déféré, non qu'un tel standard le commanderait.

12. Une seconde précision concerne le grief d'incompétence négative, qui traverse l'ensemble des saisines. Ce grief n'est opérant, dans le cadre de l'article 61, que si l'insuffisance alléguée affecte par elle-même un droit ou une liberté que la Constitution garantit. Il ne suffit donc pas de relever qu'une notion appelle une appréciation clinique, qu'un décret interviendra ou qu'une hypothèse n'a pas été expressément réglée : il faut établir que le législateur a abandonné au pouvoir réglementaire, au juge ou au professionnel le soin de fixer lui-même la garantie fondamentale. Ainsi qu'il sera vérifié disposition par disposition, aucune des règles critiquées ne procède à un tel abandon.

13. Enfin, le standard applicable à la conciliation entre exigences constitutionnelles de même rang est celui de l'absence de déséquilibre manifeste. Il ne conduit pas à rechercher si une autre conciliation eût été concevable, plus prudente ou plus protectrice, mais si celle que le législateur a retenue excède manifestement ce que la Constitution permet. Or les saisines opposent pour l'essentiel au texte des architectures alternatives – expertise psychiatrique systématique, autorisation préalable d'un juge, délai de réflexion allongé, pronostic exprimé en mois, clause de conscience institutionnelle. Ces propositions, dont plusieurs ont été débattues puis écartées au cours de la navette, relèvent du choix parlementaire et non du contrôle de constitutionnalité.

I. L'INSTITUTION D'UNE AIDE À MOURIR N'EST CONTRAIRE, PAR PRINCIPE, À AUCUNE EXIGENCE CONSTITUTIONNELLE

A. Le législateur dispose d'une marge d'appréciation en matière médicale et bioéthique

14. En vertu de l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques et les principes fondamentaux de la santé publique. Le Conseil constitutionnel a rappelé, notamment dans ses décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 et n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, qu'il revient au Parlement de déterminer les conditions dans lesquelles sont prises les décisions médicales relatives à la fin de vie, dans le respect de la dignité de la personne humaine et de la liberté personnelle.

15. Cette compétence ne confère pas au Conseil constitutionnel un pouvoir général d'appréciation et de décision identique à celui du Parlement. Son contrôle porte sur la conciliation opérée entre les exigences constitutionnelles, non sur le point de savoir si un autre modèle législatif aurait pu être préférable. Les comparaisons avec des délais ou des procédures retenus dans d'autres États peuvent éclairer le débat politique ; elles ne créent pas, par elles-mêmes, une norme constitutionnelle française.

16. Cette retenue est constante depuis la décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975 relative à la loi sur l'interruption volontaire de grossesse : l'article 61 de la Constitution ne confère pas au Conseil constitutionnel un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement. Elle a été réaffirmée en matière bioéthique (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, cons. 10) comme à propos des choix de société (décision n° 2013-669 DC du 17 mai 2013, cons. 14). Les sénateurs requérants en conviennent d'ailleurs lorsqu'ils rappellent qu'il n'appartient pas au Conseil de « remettre en cause » l'appréciation du législateur ; cette prémisse, exacte, condamne la demande de censure générale qu'ils en déduisent pourtant.

17. Dans son avis du 4 avril 2024, l'Assemblée générale du Conseil d'État a expressément estimé qu'aucune règle ni aucun principe constitutionnel ou conventionnel ne faisait obstacle à un dispositif instaurant, en fin de vie, une assistance au suicide et une euthanasie à la demande de la personne, sous réserve d'une volonté libre et éclairée et de garanties renforcées pour les personnes vulnérables. Cette appréciation ne lie certes pas le Conseil constitutionnel, mais elle confirme que le débat porte sur les garanties du dispositif et non sur une prohibition constitutionnelle de principe.

B. La dignité de la personne humaine ne se confond pas avec une obligation absolue de maintien en vie

18. La sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation constitue un principe de valeur constitutionnelle. Toutefois, ce principe n'a jamais été interprété comme imposant le maintien biologique de toute vie, quelles que soient la volonté de la personne, la nature de son affection et l'intensité de ses souffrances. Le droit positif reconnaît déjà qu'un patient capable peut refuser un traitement, y compris lorsque ce refus est susceptible d'abréger sa vie. Il autorise également, dans certaines circonstances, l'arrêt des traitements et la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

19. La dignité protège la personne ; elle ne saurait être mobilisée pour effacer sa qualité de sujet moral et juridique. La vulnérabilité résultant de la maladie commande des garanties, non une substitution systématique de la volonté d'autrui à celle de l'intéressé. La conception inverse conduirait à considérer que la personne malade ou handicapée serait, du seul fait de son état, moins apte que toute autre à déterminer ce qu'elle estime supportable et conforme à sa propre conception de la dignité.

20. L'association Ultime Liberté ne soutient pas que la dignité imposerait constitutionnellement l'aide à mourir. Elle soutient, plus exactement, que la dignité ne commande pas son interdiction. Le législateur pouvait donc choisir d'organiser un droit strictement encadré, en conciliant la liberté personnelle, la protection de la santé, la sauvegarde des personnes vulnérables et les convictions des professionnels.

21. L'assimilation parfois suggérée entre le dispositif déféré et les politiques criminelles d'élimination imposée conduites par des régimes totalitaires est juridiquement et historiquement impropre. Ces politiques reposaient sur la négation de la volonté et de l'égale valeur des personnes, sélectionnées par l'État ou par des autorités médicales. La loi déférée repose, à l'inverse, sur une demande personnelle, expresse, actuelle, révocable, soumise à des critères médicaux cumulatifs et à plusieurs vérifications. Elle prohibe toute appréciation de la valeur sociale, économique ou fonctionnelle d'une existence.

22. La décision n° 2018-761 QPC du 1er février 2019, invoquée au soutien d'une prétendue primauté de la dignité sur la liberté, enseigne l'inverse de ce qui lui est fait dire. Le Conseil s'y est borné à juger que la conciliation opérée par le législateur – qui entendait protéger les personnes prostituées contre l'exploitation par des tiers, le proxénétisme et la traite – n'était pas manifestement déséquilibrée. Elle illustre la déférence du juge constitutionnel envers l'arbitrage législatif, non une hiérarchie abstraite entre principes ; et elle concernait la protection contre autrui, non la négation d'un choix personnel exprimé dans un cadre médical entouré de garanties. Le principe de dignité n'a jamais été mobilisé pour censurer une loi élargissant, sous conditions strictes, l'autonomie de la personne sur sa propre existence.

C. La Constitution ne consacre pas un droit général de protéger la personne contre elle-même

23. Les saisines invoquent un droit de chacun à la protection de sa vie, « y compris contre soi-même », ainsi qu'une obligation générale de prévention du suicide. La protection de la vie et de la santé constitue assurément un objectif majeur de l'action publique. Il n'en résulte toutefois pas une obligation constitutionnelle d'imposer à toute personne capable la poursuite de son existence contre sa volonté dans toutes les circonstances.

24. La loi ne transforme pas toute demande suicidaire en droit opposable. Elle institue un régime d'exception, lié à une affection grave et incurable engageant le pronostic vital, à une phase avancée ou terminale, à une souffrance qualifiée et à une aptitude à manifester une volonté libre et éclairée. Le suicide de droit commun, la crise suicidaire et l'aide à mourir médicalement encadrée ne sont donc pas juridiquement confondus.

25. Les obligations positives de protection des personnes vulnérables, dégagées notamment par la jurisprudence européenne, justifient que l'État mette en place une procédure propre à vérifier la liberté et l'information du choix. Elles n'interdisent pas à l'État de reconnaître l'autonomie d'une personne capable lorsque de telles garanties existent.

26. La jurisprudence européenne, abondamment citée par les saisines, confirme cette lecture. Dans l'arrêt Mortier c. Belgique (4 octobre 2022, n° 78017/17), la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le cadre législatif belge de l'euthanasie n'était pas, en tant que tel, contraire à l'article 2 de la Convention, la dépénalisation assortie de conditions et de garanties relevant de la marge d'appréciation des États. L'arrêt Karsai c. Hongrie (13 juin 2024, n° 32312/23) a rappelé l'ampleur de cette marge. Quant à l'observation générale n° 36 du Comité des droits de l'homme, citée par les sénateurs requérants, elle présuppose la faculté des États d'autoriser l'aide médicale à mourir et se borne à exiger de « solides garanties légales et institutionnelles » – précisément celles que la loi déférée organise.

D. La loi met en œuvre la liberté personnelle, qui figure au nombre des exigences constitutionnelles à concilier

27. La liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, comporte le droit pour chacun de consentir aux actes touchant à son corps et de refuser ceux qu'il n'accepte pas. Le droit de la santé en tire déjà des conséquences considérables : aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, laquelle peut le retirer à tout moment, y compris lorsque ce retrait abrège sa vie. La loi déférée ne rompt pas avec cette logique : elle la prolonge dans une situation clinique étroitement circonscrite.

28. La jurisprudence européenne dont les saisines font grand usage conforte cette lecture. Dès l'arrêt Pretty c. Royaume-Uni (29 avril 2002, n° 2346/02), la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que, si l'article 2 de la Convention ne saurait être interprété comme conférant un droit de mourir, la notion d'autonomie personnelle protégée par l'article 8 recouvre la faculté pour chacun de mener sa vie de la manière qu'il a choisie, y compris en refusant ce qu'il tient pour une fin indigne ou pénible. L'arrêt Haas c. Suisse (20 janvier 2011, n° 31322/07) en a déduit que le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin relève du champ de l'article 8, sous réserve qu'il soit en mesure de forger librement sa volonté – condition dont la loi déférée fait précisément l'objet d'une vérification réitérée.

29. Il ne s'agit pas de soutenir que la Constitution imposerait la reconnaissance d'un tel droit : l'association a indiqué le contraire. Il s'agit d'observer que la loi déférée ne se heurte pas à un principe constitutionnel qu'elle méconnaîtrait, mais donne effet à l'un de ceux entre lesquels le législateur devait arbitrer. Un texte qui met en œuvre la liberté personnelle, sous des conditions médicales cumulatives, une procédure formalisée et un contrôle, ne saurait être regardé comme opérant une conciliation manifestement déséquilibrée au détriment des exigences qui lui font contrepoids.

II. LA DÉFINITION DE L'AIDE À MOURIR ET LE CHAMP DE L'AUTORISATION PÉNALE SONT SUFFISAMMENT PRÉCIS

A. L'intitulé du chapitre consacré à la « fin de vie » ne crée aucune indétermination normative

30. La première saisine de députés reproche à l'article 1er d'introduire les mots « fin de vie » dans l'intitulé du chapitre du code de la santé publique alors que les personnes éligibles ne seraient pas nécessairement à quelques jours ou quelques semaines de leur décès. Le grief confond toutefois l'intitulé d'un chapitre avec les conditions normatives d'accès au dispositif. Le titre facilite l'organisation et la lecture du code ; il n'ouvre aucun droit autonome et n'élargit pas le champ fixé par les articles L. 1111-12-1 et suivants.

31. Ce champ résulte de critères cumulatifs : affection grave et incurable engageant le pronostic vital, phase avancée ou terminale, processus irréversible et aggravatif, souffrance légalement qualifiée et volonté libre et éclairée. L'expression « fin de vie » peut, en médecine, renvoyer soit à un horizon temporel, soit à une trajectoire pathologique. Le législateur a retenu la seconde approche sans abandonner l'exigence que le pronostic vital soit engagé. Cette option peut être discutée ; elle n'est ni équivoque ni dépourvue de portée.

32. L'objectif d'accessibilité et d'intelligibilité n'impose donc pas que l'intitulé du chapitre reproduise l'ensemble des critères ou qu'il se réduise à la seule phase agonique. Les dispositions opératoires, et non le seul titre, permettent au professionnel, à la personne et au juge de déterminer les situations concernées.

B. Le législateur a défini matériellement les actes autorisés

33. L'article 2 définit le droit à l'aide à mourir comme le droit, pour une personne qui en a exprimé la demande, d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée afin de se l'administrer ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, de se la faire administrer par un médecin ou

un infirmier. La norme identifie ainsi la finalité de l'acte, la substance employée, les deux modes d'administration, les personnes habilitées et le renvoi aux conditions de fond et de procédure.

34. L'objectif constitutionnel d'accessibilité et d'intelligibilité n'impose pas au législateur d'employer les termes « suicide assisté » et « euthanasie ». Une catégorie juridique peut recevoir une dénomination autonome dès lors que son contenu normatif est suffisamment déterminé. Le Conseil d'État avait d'ailleurs admis l'usage de l'expression « aide à mourir » sous réserve que les pratiques couvertes soient matériellement décrites, ce que fait le texte adopté.

35. Le reproche selon lequel la loi « masquerait » la réalité des actes relève d'une appréciation sémantique ou politique. Le texte indique sans ambiguïté que la substance est létale et qu'elle est destinée à être auto-administrée ou administrée par un médecin ou un infirmier afin de provoquer le décès. La loi n'autorise ni l'administration d'une substance non létale en vue d'un résultat indéterminé, ni un acte accompli en dehors des conditions qu'elle fixe.

C. L'articulation avec l'article 122-4 du code pénal délimite le champ de l'autorisation

36. Le II de l'article L. 1111-12-1 précise que les personnes qui concourent à l'exercice du droit 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. Le champ de l'autorisation est ainsi doublement borné : par le renvoi exprès aux seules dispositions relatives aux conditions d'accès et à la procédure, à l'exclusion des règles de traçabilité, de recours et de contrôle, et par l'exigence que ces conditions aient été effectivement respectées. Ce renvoi est clair : l'autorisation légale ne bénéficie qu'aux actes accomplis conformément aux conditions d'accès, aux étapes procédurales, aux règles de prescription, de préparation, d'administration, de traçabilité et de contrôle.

37. L'existence d'incriminations générales de meurtre, d'empoisonnement, de provocation au suicide ou de non-assistance ne crée aucune contradiction normative. L'article 122-4 a précisément pour fonction d'écarter la responsabilité lorsque l'acte est prescrit ou autorisé par la loi. Le juge pénal demeure compétent pour vérifier, en cas de fraude, de violence, d'erreur ou de violation substantielle des conditions légales, si l'acte est resté dans le périmètre de l'autorisation.

38. L'autorisation de répondre à une demande remplissant les conditions légales n'emporte pas, par elle-même, autorisation de provoquer autrui à formuler une telle demande. Le maintien des incriminations de provocation au suicide et d'abus de faiblesse protège précisément la formation libre de la volonté. La distinction entre l'accompagnement d'une demande personnelle et l'incitation exercée sur une personne est intelligible ; elle relève, comme dans de nombreux domaines du droit pénal, de l'objet et des circonstances du comportement.

39. Le principe de légalité des délits et des peines exige que le champ d'une immunité soit fixé avec une précision suffisante, non qu'il soit dépourvu de toute notion nécessitant une appréciation. Le droit pénal et le droit médical emploient couramment des notions telles que la nécessité, la proportionnalité, le consentement, la particulière vulnérabilité, l'incurabilité ou le pronostic vital. La circonstance que leur application suppose l'expertise du professionnel puis, le cas échéant, le contrôle du juge ne les rend pas arbitraires.

40. Les précédents invoqués par les sénateurs requérants ne sont pas transposables. Dans la décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998, la censure a sanctionné le renvoi à un arrêté ministériel du soin de fixer la liste des associations bénéficiaires de l'immunité : le champ de l'exonération dépendait d'une autorité administrative. Dans la décision n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, les notions censurées, telles que le « travail collaboratif », n'étaient éclairées ni par le texte ni par les travaux parlementaires. Rien de tel en l'espèce : les conditions de l'autorisation sont fixées par la loi elle-même, matériellement définies et éclairées par des débats d'une ampleur exceptionnelle, poursuivis au cours de deux lectures dans chaque assemblée, d'une commission mixte paritaire, d'une nouvelle lecture dans chacune des assemblées et d'une lecture définitive.

Le Conseil admet au demeurant que la loi pénale recoure à des notions supposant une appréciation, dès lors qu'elles ne sont pas arbitraires (décision n° 2001-455 DC du 12 janvier 2002, s'agissant du harcèlement moral ; décision n° 2004-492 DC du 2 mars 2004, s'agissant de la bande organisée).

41. La loi renforce au surplus la prévisibilité du dispositif par un système d'information retraçant sans délai chacune des étapes, par des recommandations de bonnes pratiques relatives aux substances et à leur utilisation, par un contrôle a posteriori individualisé et par le signalement à l'autorité ordinale ou au procureur des faits susceptibles de constituer un manquement ou une infraction.

D. Le grief tiré de la proportionnalité des peines est inopérant et, en tout état de cause, infondé

42. La seconde saisine de députés soutient que la cause d'irresponsabilité fonctionnerait selon un mécanisme de « tout ou rien » : toute méconnaissance, même procédurale, exposerait le professionnel aux peines encourues pour les infractions de droit commun. Ce moyen ne peut prospérer. L'article 2 n'institue aucune incrimination et ne fixe aucune peine ; il détermine le champ d'une autorisation légale. Le principe de nécessité et de proportionnalité des peines ne saurait être utilement dirigé contre une disposition qui soustrait certains actes à la responsabilité pénale.

43. En outre, l'irrégularité d'une étape ne suffit pas, à elle seule, à entraîner mécaniquement une condamnation pour empoisonnement. Il appartient à l'autorité de poursuite puis au juge pénal, dans le respect de l'interprétation stricte, de caractériser tous les éléments de l'infraction invoquée, d'apprécier la portée du manquement au regard de l'autorisation légale et d'individualiser la réponse. Les conséquences d'un défaut de traçabilité, d'une irrégularité de réunion ou d'une violation d'une condition substantielle ne se confondent donc pas nécessairement.

44. La Constitution n'imposait pas au législateur d'établir, dans la loi nouvelle, une nomenclature exhaustive de chaque irrégularité et de sa conséquence pénale, civile, disciplinaire ou administrative. Une telle casuistique aurait au contraire fragilisé la cohérence de l'article 122-4 du code pénal et la compétence du juge pour qualifier les faits concrets.

E. L'impossibilité physique d'auto-administration est une condition objective

45. Le président du Sénat soutient que la loi ne préciserait pas si l'impossibilité d'auto-administration doit être permanente, temporaire ou circonstancielle. Le texte exige une impossibilité « physique ». Cette qualification exclut une simple préférence, une appréhension morale ou l'angoisse du moment. Elle renvoie à l'aptitude corporelle effective de la personne à accomplir le geste requis au moment de l'administration.

46. Le législateur n'avait pas à dresser une liste exhaustive des déficiences motrices, neurologiques ou fonctionnelles susceptibles de rendre le geste impossible. Une telle liste aurait été rapidement incomplète et médicalement inadaptée. Il lui suffisait de fixer le critère essentiel : l'administration par un tiers n'est possible que lorsque l'auto-administration est physiquement impossible.

47. L'absence d'exigence de permanence ne constitue pas une lacune. La question pertinente est celle de l'impossibilité effective à la date retenue. Une incapacité temporaire peut être tout aussi réelle qu'une incapacité permanente ; inversement, une impossibilité disparue ne saurait justifier l'administration par un tiers. Cette appréciation est vérifiée par le professionnel accompagnant la personne, qui doit encore s'assurer, le jour de l'administration, de la confirmation de sa volonté.

F. L'article 3 ne transforme pas artificiellement l'aide à mourir en traitement médical

48. L'article 3 complète le droit à une fin de vie digne et au meilleur apaisement possible de la souffrance en indiquant qu'il comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues par la nouvelle section. Cette insertion ne qualifie pas l'aide à mourir de traitement ou de soin.

Elle rattache simplement l'accès au dispositif au chapitre du code de la santé publique consacré aux droits de la personne malade.

49. La loi distingue d'ailleurs constamment les traitements, les soins palliatifs et l'administration de la substance létale. L'architecture du code n'est donc ni incohérente ni inintelligible. Le choix de codification vise au contraire à rendre accessibles, dans un ensemble normatif unique, les droits relatifs à la volonté et à la fin de vie.

50. Aucune des garanties existantes n'est au demeurant affaiblie. Le droit de refuser ou d'interrompre un traitement, le droit à l'accompagnement et au soulagement de la douleur, la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, la procédure collégiale d'arrêt des traitements et le régime des directives anticipées demeurent en vigueur dans leur rédaction antérieure. La loi ajoute une voie nouvelle, subordonnée à des conditions propres ; elle n'en retranche aucune et ne substitue l'aide à mourir à aucun droit acquis. Le grief tiré d'un brouillage ou d'un recul du droit de la fin de vie manque ainsi en fait.

III. LES CONDITIONS MÉDICALES D'ACCÈS ASSURENT UNE CONCILIATION CONSTITUTIONNELLEMENT ADMISSIBLE

A. Les critères sont cumulatifs et ne visent ni la maladie ni le handicap pris isolément

51. L'article L. 1111-12-2 impose cinq conditions cumulatives : majorité ; nationalité française ou résidence stable et régulière ; affection grave et incurable engageant le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ; souffrance liée à cette affection, réfractaire aux traitements ou insupportable lorsque la personne a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement ; aptitude à manifester une volonté libre et éclairée. Une souffrance psychologique seule ne peut jamais suffire.

52. Les saisines isolent certaines expressions sans tenir compte de leur combinaison. Une affection grave mais curable ne suffit pas. Une affection incurable n'engageant pas le pronostic vital ne suffit pas. Une perte d'autonomie ou un handicap ne suffit pas. Une souffrance psychologique seule ne suffit pas. Enfin, aucune situation médicale ne permet l'accès si la personne n'est pas apte à manifester une volonté libre et éclairée.

53. Le dispositif ne procède donc d'aucune appréciation dépréciative de la vie des personnes handicapées. L'éligibilité n'est fondée ni sur l'utilité sociale, ni sur la dépendance, ni sur la qualité de vie appréciée par un tiers. La qualité de vie est un élément de caractérisation de l'aggravation clinique, tandis que la décision appartient à la personne elle-même sous contrôle médical.

54. Exclure de manière générale les personnes handicapées ou dépendantes au motif de leur vulnérabilité créerait, au contraire, une discrimination paternaliste : leur autonomie serait présumée moindre et leur volonté juridiquement suspecte en raison de leur état. La Constitution commande l'égalité des droits et une protection adaptée, non l'effacement de la capacité décisionnelle.

B. La notion de phase avancée est suffisamment définie

55. La phase avancée n'est pas laissée sans contenu. La loi la caractérise par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade affectant sa qualité de vie. Cette définition s'ajoute à l'exigence d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital.

56. Le recours à des notions cliniques ne caractérise pas une incompétence négative. Le législateur n'est pas tenu de transformer toute appréciation médicale en seuil numérique. La diversité des pathologies, de leurs trajectoires et des réponses thérapeutiques rendrait d'ailleurs un horizon uniforme

artificiel. Le pronostic individuel ne peut pas toujours être prédit avec une précision calendaire supérieure à celle que permet l'appréciation clinique.

57. L'avis du Conseil d'État du 4 avril 2024 ne consacre pas une exigence constitutionnelle de douze mois. Il examinait un projet qui employait les termes « court ou moyen terme » et en précisait le sens médical. Le Parlement a ensuite retenu une autre architecture, associant l'engagement du pronostic vital à une phase avancée définie par l'irréversibilité et l'aggravation. L'avis consultatif ne saurait figer la compétence du législateur ni transformer une rédaction antérieure en norme de constitutionnalité.

58. La circonstance que certaines personnes puissent avoir une espérance de vie supérieure à un an ne suffit pas à rendre le critère imprécis. Le législateur a pu considérer que l'accès ne devait pas dépendre exclusivement d'un compte à rebours pronostique, mais de l'entrée effective dans un processus irréversible et aggravatif associé à une souffrance légalement qualifiée.

59. Les normes de référence du contrôle ayant été rappelées en liminaire, il suffit d'observer que l'avis du Conseil d'État n'y figure pas et ne saurait, à lui seul, fonder un grief d'inconstitutionnalité sur le fondement de l'article 61 de la Constitution. Le 3° de l'article L. 1111-12-2 comporte en outre un double verrou que les saisines dissocient artificiellement : l'engagement du pronostic vital, d'une part ; d'autre part, soit la phase terminale, soit une phase avancée elle-même définie par l'entrée dans un processus irréversible marqué par une aggravation affectant la qualité de vie. L'hypothèse d'un accès ouvert à des personnes « qui ne sont pas en fin de vie » procède d'une lecture amputée de la première de ces conditions.

60. Le contrôle demeure concret : le médecin doit recueillir les informations médicales nécessaires auprès des établissements et professionnels qui prennent en charge la personne ; un spécialiste de la pathologie, indépendant hiérarchiquement du médecin décisionnaire, participe au collège ; la décision est motivée ; la commission de contrôle peut saisir l'ordre professionnel ou le procureur.

C. Le critère de souffrance est compatible avec l'exigence de précision

61. La souffrance constitue, par nature, une expérience personnelle. Le droit de la santé ne peut l'appréhender sans tenir compte de la parole du patient. La loi combine toutefois une dimension subjective et des éléments objectifs : la souffrance doit être liée à l'affection grave et incurable engageant le pronostic vital ; elle doit être réfractaire aux traitements ou être jugée insupportable par la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement ; la souffrance psychologique seule est exclue.

62. La notion de souffrance réfractaire est connue de la pratique médicale et du droit de la fin de vie. Quant au caractère insupportable, il ne peut être apprécié indépendamment de la personne qui l'éprouve. Exiger un seuil uniforme fixé par un tiers reviendrait à substituer une échelle abstraite à l'expérience du malade.

63. La loi ne confère pas pour autant un droit automatique fondé sur une simple déclaration. Le médecin vérifie le lien avec l'affection, les traitements et dispositifs disponibles, l'information donnée, la volonté libre et éclairée ainsi que l'ensemble des autres conditions. Le collège pluriprofessionnel contribue à cette appréciation.

D. L'accès aux soins palliatifs est garanti sans devenir une condition d'éligibilité discriminatoire

64. L'article L. 1111-12-3 impose au médecin d'informer la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs, de s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès, de l'informer sur les traitements et dispositifs d'accompagnement disponibles et de proposer à la personne ainsi qu'à ses proches une orientation vers un psychologue ou un psychiatre.

65. Ces obligations assurent que la demande ne soit pas examinée dans l'ignorance des alternatives. Elles ne subordonnent pas l'autonomie à l'acceptation de soins que la personne peut légalement refuser. La liberté du patient inclut le droit de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement, après information.

66. Transformer l'accès effectif à une structure palliative déterminée en condition préalable aurait des effets contraires à l'égalité. Les personnes résidant dans les territoires les moins dotés seraient privées du droit reconnu par la loi du seul fait d'une carence de l'offre de soins. La réponse constitutionnellement cohérente aux inégalités territoriales est de développer les soins palliatifs, non de suspendre indéfiniment l'autonomie des malades qui en subissent les conséquences.

67. Le législateur a d'ailleurs traité le volet palliatif par un texte distinct : la loi du 26 mai 2026 garantissant l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, promulguée avant l'adoption de la loi déférée. Les constats de la Cour des comptes et du Comité consultatif national d'éthique invoqués par les requérants fondent cette loi de programmation ; ils ne sauraient fonder la censure d'un texte qui organise, pour chaque demandeur, l'information sur les soins palliatifs et, s'il le souhaite, l'accès effectif à ceux-ci. Le grief d'égalité se retourne au surplus contre ses auteurs : subordonner le droit à la disponibilité locale d'une offre palliative complète ferait dépendre son exercice du lieu de résidence et instituerait la discrimination territoriale dénoncée. Enfin, l'arrêt Karsai c. Hongrie, qui souligne l'importance des soins palliatifs pour une fin de vie digne, ne les érige nullement en condition préalable d'un dispositif d'aide à mourir.

68. Il appartient néanmoins au médecin de vérifier que la demande ne résulte pas d'une information déficiente, d'un abandon de soins ou d'une pression. Le dispositif lui impose de s'assurer, à la demande de la personne, de l'accès aux accompagnements proposés et de mettre fin à la procédure si les conditions ne sont plus remplies.

E. La condition de nationalité ou de résidence stable et régulière ne méconnaît pas le principe d'égalité

69. Le 2° de l'article L. 1111-12-2 réserve l'accès aux personnes de nationalité française et à celles qui résident de façon stable et régulière en France. Cette condition, qui commande l'économie du dispositif, repose sur une différence de situation objective. La procédure suppose en effet un rattachement effectif au système de santé français : recueil du dossier auprès des établissements et professionnels qui prennent la personne en charge, réunion d'un collège comprenant un spécialiste de la pathologie, réévaluation en cas de confirmation tardive, traçabilité intégrale dans un système d'information national et contrôle a posteriori de chaque procédure. Aucune de ces garanties n'est praticable à l'égard d'une personne dépourvue d'un tel rattachement.

70. Le critère est en outre en rapport direct avec l'objet de la loi. Il prévient la formation de demandes émanant de personnes que le médecin ne peut ni connaître, ni suivre, ni protéger contre d'éventuelles pressions, et il évite que le dispositif ne soit détourné de sa finalité, qui est d'apporter une réponse à une souffrance qualifiée au terme d'un parcours de soins documenté. Le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que la différence de traitement soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit. Tel est ici le cas.

IV. LA PROCÉDURE GARANTIT LE CARACTÈRE PERSONNEL, LIBRE, ÉCLAIRÉ, ACTUEL ET RÉVOCABLE DE LA VOLONTÉ

A. La demande est personnelle, formalisée et recueillie en présence du médecin

71. La demande ne peut être présentée qu'à un médecin en activité qui n'est ni parent, ni allié, ni conjoint, ni concubin, ni partenaire de pacte civil de solidarité, ni ayant droit de la personne. Elle ne peut être présentée ou confirmée lors d'une téléconsultation. Lorsque la personne ne peut se déplacer, le médecin doit se rendre à son domicile ou dans son lieu de prise en charge.

72. Après l'information prévue par la loi, la personne 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. Contrairement à ce que soutient la saisine sénatoriale, l'écrit constitue donc le mode de principe. L'alternative protège les personnes dont le handicap moteur, sensoriel ou neurologique empêche la rédaction ou la signature.

73. Imposer un écrit manuscrit dans toutes les situations exclurait précisément certaines personnes en raison de leur handicap et pourrait méconnaître le principe d'égalité. La forme alternative n'est pas une absence de preuve : elle est recueillie par le médecin, consignée dans le dossier et dans le système d'information, dont la loi exige la traçabilité à chaque étape. Le décret en Conseil d'État peut en préciser la forme et le contenu sans fixer à la place du législateur la garantie fondamentale, déjà déterminée par la loi.

74. La comparaison avec le testament, les contrats ou les prêts est peu pertinente. La demande d'aide à mourir n'est ni un acte patrimonial ni une opération contractuelle. Elle s'inscrit dans une relation médicale, est documentée par des professionnels soumis à des obligations déontologiques et fait l'objet de confirmations successives.

75. Le parallèle avec le don d'organes entre vifs n'est pas plus opérant : le recueil judiciaire du consentement y garantit la liberté d'un sacrifice corporel consenti au profit d'un tiers, configuration dans laquelle le risque de pression exercée par le bénéficiaire est structurel. La demande d'aide à mourir est au contraire une décision strictement personnelle, sans bénéficiaire, formalisée par écrit – l'expression adaptée n'étant qu'un correctif d'égalité pour les personnes empêchées –, réitérée à trois reprises au moins et intégralement tracée dans le système d'information prévu à l'article L. 1111-12-9. Quant à l'exigence de témoins privés, elle affaiblirait la garantie plus qu'elle ne la renforcerait, en introduisant dans le colloque singulier des tiers dont la loi cherche précisément à neutraliser les pressions éventuelles.

B. L'information est substantielle et progressive

76. Avant la formalisation, le médecin informe la personne sur son état de santé, ses perspectives d'évolution, les traitements et dispositifs d'accompagnement, les soins palliatifs, la possibilité d'une orientation psychologique ou psychiatrique, la faculté de renoncer à tout moment, les conditions d'accès et les modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir.

77. Après confirmation, le médecin complète cette information par une présentation orale et écrite des modalités d'action de la substance létale et détermine, en accord avec la personne, les modalités d'administration. La succession de ces informations est cohérente : les données générales utiles à la décision sont délivrées avant la formalisation ; les éléments opérationnels précis relatifs à une substance prescrite le sont après que l'éligibilité a été reconnue et la volonté confirmée.

78. Les recommandations de la Haute Autorité de santé doivent définir les substances et les bonnes pratiques portant sur leurs conditions d'utilisation. La loi ne laisse donc pas les modalités médicales sans encadrement. La personne reste libre de différer ou de renoncer après avoir reçu l'information complémentaire.

C. La Constitution n'impose ni expertise psychiatrique systématique ni protocole uniforme de vérification

79. Les saisines de députés déduisent de l'absence d'examen psychiatrique obligatoire, de formation légale spécialisée du médecin et de questionnaire imposé le jour de l'administration que la volonté ne serait pas suffisamment garantie. Elles transforment ainsi des modalités possibles de mise en œuvre en exigences constitutionnelles, alors qu'aucune norme de référence n'impose une architecture unique.

80. La condition générale demeure que la personne soit apte à manifester une volonté libre et éclairée. La phrase selon laquelle une personne dont le discernement est gravement altéré ne peut être reconnue comme remplissant cette condition énonce une exclusion certaine ; elle ne signifie nullement qu'une altération moins qualifiée serait toujours compatible avec l'aide à mourir. Toute altération qui, dans le cas concret, empêche la compréhension de la nature, de la portée ou des conséquences de la décision fait obstacle à la condition autonome de volonté libre et éclairée.

81. Une expertise psychiatrique systématique présumerait au contraire que toute demande procède d'un trouble mental et traiterait indistinctement des situations très différentes. La loi impose l'examen du dossier, l'intervention d'un spécialiste de la pathologie, permet d'associer des psychologues et prévoit une orientation vers un psychologue ou un psychiatre. Lorsqu'un trouble, une hésitation ou un élément du dossier fait naître un doute sérieux sur le discernement, le médecin ne peut conclure favorablement sans lever ce doute par les avis appropriés. Cette exigence peut, au besoin, faire l'objet d'une réserve ciblée ; elle ne justifie pas une censure générale.

82. La même réponse vaut pour les modes d'expression adaptés. Leur admission évite d'exclure les personnes qui ne peuvent écrire ou signer en raison d'un handicap. Le recueil en présence du médecin, la consignation dans le dossier et le système d'information, ainsi que les confirmations successives, assurent la preuve et la traçabilité. La loi n'avait pas à dresser une liste fermée de gestes, dispositifs ou techniques de communication, nécessairement incomplète et rapidement obsolète.

D. La procédure collégiale constitue une garantie substantielle

83. Pour vérifier les conditions médicales et la volonté libre et éclairée, le médecin met en place une procédure collégiale. Le collège comprend au moins le médecin décisionnaire, un médecin spécialiste de la pathologie qui n'intervient pas dans le traitement et n'a aucun lien hiérarchique avec lui, ainsi qu'un auxiliaire médical ou un aide-soignant intervenant dans le traitement de la personne ou, à défaut, un autre auxiliaire médical.

84. Le médecin spécialiste examine la personne, sauf s'il estime cet examen inutile. Le collège peut être complété par d'autres professionnels de santé, des professionnels médico-sociaux et des psychologues intervenant dans le traitement. Le médecin décisionnaire sollicite en outre les informations médicales nécessaires auprès des professionnels et établissements qui suivent la personne.

85. La décision demeure celle du médecin, à l'issue de la procédure collégiale. Cette responsabilité personnelle n'est pas une concentration arbitraire de pouvoirs. En matière médicale, il est légitime qu'un professionnel identifié assume la décision, la motive et en réponde, après avoir recueilli des avis indépendants et les données nécessaires. Une décision collégiale à la majorité n'est pas constitutionnellement exigée.

86. La loi n'avait pas à prévoir toutes les conséquences possibles d'un désaccord au sein du collège. La décision motivée doit rendre compte des éléments médicaux et des avis recueillis ; elle est soumise au contrôle juridictionnel et au contrôle a posteriori. Un médecin qui ignorerait sans justification des avis convergents s'exposerait à ce contrôle et, le cas échéant, à une responsabilité déontologique ou pénale.

87. Le grief tiré d'une « concentration des fonctions » entre les mains d'un praticien unique méconnaît l'économie du texte. La composition minimale du collège est fixée par la loi et non laissée au choix du médecin : le spécialiste de la pathologie doit être extérieur au traitement de la personne et dépourvu de tout lien hiérarchique avec le décisionnaire, et il examine la personne sauf s'il ne l'estime pas nécessaire ; les informations médicales détenues par l'ensemble des professionnels sont partagées sans que le secret puisse être opposé. Le contrôle ne repose pas davantage sur les seules déclarations du décisionnaire : chaque acte est enregistré sans délai dans le système d'information par les professionnels concernés, le médecin ou l'infirmier accompagnant établit son propre compte rendu et la commission de contrôle vérifie, pour chaque procédure, le respect de l'ensemble des conditions, avec accès au dossier médical. Quant à l'exemple espagnol d'un contrôle a priori, il relève de la comparaison des législations, non des exigences constitutionnelles françaises.

88. La visioconférence n'est autorisée qu'en cas d'impossibilité de réunion physique. La demande et sa confirmation ne peuvent, quant à elles, être recueillies à distance. Le dispositif distingue ainsi l'échange avec la personne, qui exige une présence, et la concertation entre professionnels, qui peut exceptionnellement recourir à un moyen de communication à distance.

E. Le délai de deux jours est un minimum et non un délai d'exécution

89. Le V de l'article L. 1111-12-4 prévoit qu'après un délai d'au moins deux jours à compter de la notification de la décision favorable, la personne peut confirmer sa demande. Le texte ne lui impose pas de confirmer au terme de ce délai et ne prescrit aucune administration immédiate. La date est ensuite convenue avec le professionnel, en accord avec la personne.

90. Le délai de deux jours intervient après une séquence déjà substantielle : information préalable, formalisation de la demande, collecte du dossier médical, réunion du collège, appréciation des cinq conditions, décision motivée prise dans un délai pouvant aller jusqu'à quinze jours, puis notification écrite et orale. La réflexion ne commence donc pas au jour de la décision favorable.

91. La comparaison avec les délais de rétractation en matière de crédit ou d'assurance ne fournit aucun standard constitutionnel. Ces délais répondent à la protection d'un consommateur dans une opération économique standardisée. La décision médicale est individualisée, précédée d'un processus d'information et demeure révocable jusqu'au dernier instant.

92. La demande principale du Premier ministre – la censure des mots « d'au moins deux jours à compter de la notification » – révèle la fragilité du grief : elle aboutirait à supprimer tout délai minimal de réflexion, résultat exactement inverse de la protection invoquée. Cette impasse confirme que la difficulté alléguée ne peut être traitée, le cas échéant, que par la réserve d'interprétation proposée ci-après, dont le Premier ministre admet lui-même le principe à titre subsidiaire.

93. La loi garantit en outre la persistance de la volonté : si la confirmation intervient plus de trois mois après la décision, le médecin réévalue le caractère libre et éclairé, en renouvelant si nécessaire la procédure collégiale ; le jour de l'administration, le professionnel vérifie une nouvelle fois que la personne confirme sa volonté ; la personne peut demander un report ; tout refus ou toute renonciation met fin à la procédure.

94. Le délai de trois mois ne constitue pas une période pendant laquelle les conditions seraient figées. Elles doivent demeurer réunies jusqu'à l'administration. Si l'état de santé, les perspectives thérapeutiques, le discernement ou la volonté évoluent de manière pertinente, le médecin doit en tirer les conséquences et mettre fin à la procédure ou renouveler les vérifications nécessaires. En l'absence d'élément nouveau, la Constitution n'impose pas de recommencer intégralement, à intervalles fixes, une procédure déjà accomplie, alors que la volonté est de nouveau confirmée le jour même.

95. Le professionnel veille également à ce que la personne ne subisse aucune pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration. S'il constate des pressions en faveur de l'administration, il suspend la procédure. Le médecin peut y mettre fin et doit signaler au procureur les pressions établies ayant conduit à l'arrêt.

96. À titre subsidiaire, la disposition peut être interprétée comme imposant au médecin de différer la confirmation ou la mise en œuvre aussi longtemps que l'état de la personne, une hésitation, un trouble psychique ou les circonstances de la demande ne permettent pas de tenir pour certaine la persistance d'une volonté libre et éclairée. Une telle réserve préciserait le caractère minimal du délai sans imposer une durée uniforme et potentiellement inadaptée aux personnes dont le pronostic est très court.

F. Les directives anticipées ne créent aucune contradiction

97. Les directives anticipées sont destinées à produire effet lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. L'aide à mourir suppose au contraire une demande actuelle et l'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée. Les deux régimes ont donc des champs distincts.

98. Une personne capable peut à tout moment modifier ou révoquer ses directives anticipées. Sa demande actuelle, formalisée après information, ne saurait être neutralisée par un document antérieur exprimant une volonté différente dans un autre contexte. Inversement, les directives anticipées ne peuvent être utilisées pour obtenir l'aide à mourir lorsque la personne n'est plus capable de présenter et de confirmer personnellement sa demande.

99. Le silence de la loi sur cette articulation ne crée donc ni vide normatif ni incompétence négative. Les principes déjà inscrits dans le code de la santé publique permettent de résoudre les hypothèses évoquées par la saisine.

100. Cette absence d'articulation n'est pas une lacune mais la conséquence de la construction des deux régimes : les directives anticipées, régies par l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, produisent effet pour le cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté ; l'aide à mourir exige une demande actuelle, personnelle, confirmée puis réitérée le jour même de l'administration. Un document antérieur ne peut donc ni déclencher ni neutraliser une procédure subordonnée à une volonté présente, et réciproquement. Le régime des directives anticipées, dont la décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 a constaté les garanties, demeure au surplus inchangé : aucune disposition transitoire n'était requise pour des actes qui conservent intégralement leur objet et leurs effets.

V. LA LOI ASSURE UNE PROTECTION ADAPTÉE DES PERSONNES FAISANT L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

A. Une mesure de protection ne vaut pas présomption d'incapacité à décider

101. Le régime des majeurs protégés doit concilier protection et autonomie. Une mesure de sauvegarde, de curatelle ou de tutelle peut être limitée à certains actes patrimoniaux ou prévoir une assistance relative à la personne sans abolir toute capacité de discernement. Il serait contraire à l'individualisation de la protection de présumer que toute personne protégée est incapable d'exprimer une volonté relative à sa santé.

102. Les décisions strictement personnelles ne peuvent, en principe, être prises par représentation. La demande d'aide à mourir ne peut donc être formulée par le tuteur, le curateur, la famille ou une personne de confiance. Seule la personne concernée peut la présenter, la formaliser, la confirmer et la réitérer au moment de l'administration.

103. Cette solution est commandée par l'article 458 du code civil, aux termes duquel l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais

donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée ; l'article 459, qui organise l'assistance ou la représentation pour les autres décisions relatives à la personne, ne saurait dès lors être mobilisé pour permettre au protecteur de se substituer à l'intéressé. La personne chargée de la protection éclaire et alerte ; elle ne peut se substituer à l'intéressé pour demander l'aide à mourir, la refuser à sa place ou autoriser l'acte.

104. La saisine du Premier ministre soutient que toute altération du discernement serait susceptible de compromettre l'expression d'une volonté libre. Cette proposition est exacte comme appel à la vigilance, mais elle ne saurait devenir une règle d'exclusion automatique. Un discernement peut être affecté sur certains aspects sans être aboli ni insuffisant pour comprendre la nature, la portée et les conséquences d'une décision déterminée.

105. Dans une matière distincte, le Conseil constitutionnel a jugé que, lorsque les éléments de la procédure font apparaître qu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, l'absence d'information de son curateur ou de son tuteur peut la priver de l'assistance nécessaire à l'exercice effectif de ses droits lorsque son discernement ou ses facultés sont altérés (décision n° 2023-1076 QPC du 18 janvier 2024, M. Moussa H., paragr. 9 et 10). Cette jurisprudence, invoquée par le Premier ministre, commande l'aménagement de garanties adaptées à la situation concrète de la personne ; elle ne consacre ni une présomption générale d'incapacité des majeurs protégés, ni un pouvoir de substitution du protecteur pour les décisions dont la nature implique un consentement strictement personnel. Or c'est précisément cet aménagement que la loi organise : information adaptée aux facultés de discernement, information du protecteur et recueil de ses observations communiquées au collège, notification écrite de la décision motivée, recours suspensif. L'exigence d'effectivité ainsi posée commande l'adaptation des garanties, non l'exclusion du droit.

B. Les garanties particulières sont multiples

106. Le médecin demande si la personne fait l'objet d'une mesure de protection et doit vérifier cette information par le registre prévu à l'article 427-1 du code civil, selon une entrée en vigueur aménagée au plus tard au 31 décembre 2028. L'existence de cette disposition transitoire répond au grief selon lequel le registre ne serait pas encore opérationnel : le législateur a précisément différé l'obligation de consultation jusqu'à sa disponibilité.

107. Le médecin délivre à la personne protégée une information adaptée à ses facultés de discernement. Cette adaptation ne signifie pas que le discernement serait nécessairement insuffisant ; elle met en œuvre l'obligation de rendre l'information effectivement accessible, conformément au principe d'autonomie.

108. La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche ne peut être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. Pour apprécier cette condition, le médecin recueille le dossier médical, consulte un spécialiste de la pathologie dans le cadre du collège et peut inviter un médecin inscrit sur la liste de l'article 431 du code civil ou recueillir son avis.

109. L'absence de consultation automatique d'un médecin inscrit sur la liste de l'article 431 du code civil ne prive pas la procédure de garantie. Ce médecin intervient habituellement pour éclairer le juge sur l'ouverture ou l'adaptation d'une mesure de protection ; sa consultation n'est pas, par nature, la seule voie permettant d'apprécier un consentement médical déterminé. En revanche, lorsque la mesure, le dossier ou les observations du protecteur révèlent un doute sérieux, un avis spécialisé devient nécessaire avant toute décision favorable.

110. La personne chargée de la mesure de protection est informée, ses observations sont recueillies et communiquées au collège ; la décision motivée lui est notifiée ; elle peut contester, dans un délai de deux jours, la décision favorable devant le juge administratif ; la saisine en référé suspend la procédure.

111. Ces garanties sont plus substantielles qu'une simple information. Elles permettent au protecteur d'alerter le médecin et le collège, d'exposer les éléments relatifs au discernement ou aux pressions et de provoquer un contrôle juridictionnel avant l'acte.

C. Des réserves ciblées peuvent, le cas échéant, préciser le dispositif sans instaurer de veto

112. Si le Conseil estimait qu'une précision est nécessaire, l'association Ultime Liberté ne s'opposerait pas à une réserve selon laquelle le médecin et le collège doivent examiner effectivement les observations du protecteur et en tenir compte dans l'appréciation motivée de la volonté libre et éclairée. « Tenir compte » ne signifie pas suivre ces observations ni conférer au protecteur un pouvoir de décision.

113. Une seconde réserve pourrait imposer la consultation d'un médecin inscrit sur la liste de l'article 431 du code civil lorsqu'il existe, au regard de la mesure de protection, du dossier médical ou des observations recueillies, un doute sérieux sur le discernement. Une consultation systématique dans tous les dossiers serait toutefois disproportionnée et reposerait sur une présomption d'incapacité attachée au seul statut juridique.

114. La consultation obligatoire du protecteur lors de chaque confirmation n'est pas indispensable. La personne a déjà été informée, le protecteur a présenté ses observations et reçu la décision, et il dispose d'un recours suspensif. Une intervention répétée ne doit pas se transformer en autorisation préalable ni exposer la personne à une pression. Le médecin demeure tenu de vérifier la persistance de la volonté et peut solliciter de nouvelles observations lorsque les circonstances l'exigent.

115. Le recours du protecteur doit porter sur la légalité de la décision, ce qui inclut le respect de la condition de volonté libre et éclairée, la prise en compte des éléments médicaux, l'absence d'erreur de droit ou d'appréciation et la régularité de la procédure. Il n'appartient pas au juge de substituer une appréciation abstraite de « l'intérêt » de la personne à une volonté valablement exprimée.

116. Les demandes de censure formulées par le Premier ministre appellent la même observation qu'en liminaire : censurer les dispositions organisant l'information de la personne chargée de la mesure de protection, le recueil de ses observations, la notification qui lui est faite, son information en cas d'arrêt de la procédure et son recours suspensif reviendrait à supprimer les garanties spécifiques dont l'insuffisance prétendue est dénoncée, ou à exclure les majeurs protégés du dispositif sur le fondement d'une présomption d'incapacité contraire à l'individualisation de la protection résultant des articles 415, 428 et 458 du code civil. Les réserves envisagées à titre subsidiaire par le Premier ministre recoupent, pour l'essentiel, celles que l'association propose ci-dessus ; celle relative à une nouvelle consultation du protecteur au stade de la confirmation appelle les réserves exprimées au sujet du risque de transformation de cette consultation en autorisation préalable.

VI. LES RÈGLES CONTENTIEUSES RESPECTENT LA CONSTITUTION ET LE CARACTÈRE STRICTEMENT PERSONNEL DE LA DEMANDE

A. L'article 66 de la Constitution n'impose pas la compétence du juge judiciaire

117. L'article 66 confie à l'autorité judiciaire la protection de la liberté individuelle au sens constitutionnel, principalement lorsque sont en cause une détention ou une contrainte physique imposée. L'aide à mourir demandée par une personne capable ne constitue ni une privation de liberté décidée par l'État, ni une hospitalisation sans consentement.

118. La gravité ou l'irréversibilité d'une décision ne suffisent pas à la faire entrer dans le champ de l'article 66. La jurisprudence relative aux soins psychiatriques sans consentement concerne précisément une mesure coercitive imposée à une personne. Elle n'est pas transposable à une procédure sollicitée et confirmée par l'intéressé.

119. La conception stricte de la liberté individuelle au sens de l'article 66 est au demeurant constante : depuis la décision n° 2015-527 DC du 22 décembre 2015, le Conseil réserve cette qualification aux mesures privatives de liberté, les autres atteintes aux droits de la personne relevant de la liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789. L'extension proposée par les requérants à toute « disposition du corps humain » est dépourvue de fondement dans la jurisprudence, et l'aide à mourir, sollicitée, confirmée et révocable à tout instant, est aux antipodes d'une détention arbitraire.

120. L'avis du Conseil d'État recommandant de maintenir les règles habituelles de répartition entre les ordres de juridiction reposait sur une appréciation de bonne administration de la justice et sur l'insuffisance de l'étude d'impact ; il ne constatait pas une impossibilité constitutionnelle d'attribuer le contentieux au juge administratif.

121. Le législateur a pu rechercher l'unité d'un contentieux portant sur une procédure définie par le code de la santé publique, soumise à une commission nationale et susceptible de concerner des structures publiques et privées. Le juge administratif dispose des pouvoirs du référé-suspension et du référé-liberté ; sa saisine suspend la procédure pour les majeurs protégés.

122. Le Conseil juge de longue date que le législateur peut, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre principalement intéressé (décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, Conseil de la concurrence). Le contentieux d'une procédure intégralement organisée par le code de la santé publique, soumise à une commission nationale de contrôle et ouverte aux référés administratifs, y compris le référé-liberté, se prête à une telle unification.

123. Le choix de l'ordre juridictionnel pourrait être discuté au regard de l'opportunité ou de la simplicité. Il ne méconnaît pas, pour autant, une compétence constitutionnellement réservée au juge judiciaire.

B. La limitation du recours des tiers protège l'autonomie, la vie privée et le secret médical

124. La demande d'aide à mourir est strictement personnelle. Lorsqu'une personne est capable d'exprimer sa volonté, ses proches ne disposent pas d'un droit constitutionnel à être informés, consultés ou autorisés à contester sa décision contre son gré. Leur reconnaître un recours général créerait un pouvoir d'obstruction au profit de tiers dont les intérêts, convictions ou relations avec la personne peuvent être contradictoires.

125. La décision n° 2017-632 QPC et les affaires relatives à Vincent Lambert concernaient une personne hors d'état d'exprimer sa volonté. Dans ce contexte, la consultation des proches et leur accès au juge permettent de rechercher la volonté du patient et de contrôler une décision prise pour lui. La situation est fondamentalement différente lorsque la personne présente, formalise et confirme elle-même sa demande.

126. Les références européennes des requérants se retournent contre leur thèse. Dans l'arrêt Koch c. Allemagne (19 juillet 2012, n° 497/09), la Cour a condamné le refus des juridictions d'examiner au fond la demande relative à l'acquisition d'une substance létale : ce précédent consacre le droit du demandeur à un examen effectif de sa demande, non un droit d'opposition des proches. Dans l'arrêt Mortier c. Belgique, la Cour a expressément écarté toute violation de l'article 8 tirée de l'absence d'information des enfants de la patiente, le médecin ayant respecté la volonté de celle-ci de ne pas les prévenir. Quant à l'arrêt Lambert et autres c. France (Gde ch., 5 juin 2015, n° 46043/14), la qualité pour agir des proches y procédait de l'impossibilité, pour le patient, d'exprimer lui-même sa volonté – hypothèse étrangère au dispositif déféré.

127. Le droit de mener une vie familiale normale ne confère pas à la famille un droit de codécision sur les choix médicaux d'un adulte capable. La protection constitutionnelle de la famille ne saurait effacer la vie privée, le secret médical et l'autonomie corporelle de chacun de ses membres.

128. La loi n'interdit pas toute alerte. Les proches peuvent communiquer au médecin des informations relatives à une pression, à un abus de faiblesse, à une altération du discernement ou à une fraude. Ils peuvent saisir le procureur s'ils estiment qu'une infraction est commise. Le professionnel doit suspendre la procédure lorsqu'il constate des pressions en faveur de l'administration et le médecin doit signaler au parquet les faits ayant conduit à l'arrêt.

129. Pour les personnes protégées, le législateur a ouvert un recours spécifique au protecteur, précisément parce que la mesure juridique et la vulnérabilité constatée justifient une garantie complémentaire. Cette différence de régime est objective et directement liée à l'objet de la loi.

C. Le recours est effectif

130. Aux termes de l'article L. 1111-12-10, la décision de refus, comme la décision mettant fin à la procédure, peut être contestée par la personne devant la juridiction administrative selon les dispositions de droit commun, y compris par la voie du référé-liberté. La décision favorable concernant une personne protégée peut être contestée par le protecteur dans un délai de deux jours et la saisine en référé suspend la procédure.

131. Le délai spécial de deux jours ouvert au protecteur d'une personne protégée doit être apprécié avec l'ensemble du dispositif : le protecteur a été informé en amont, ses observations ont été recueillies, la décision motivée lui est notifiée et son recours en référé suspend la procédure. La brièveté poursuit l'objectif légitime de ne pas prolonger indéfiniment une procédure concernant une personne dont le pronostic vital est engagé. Elle ne saurait toutefois être interprétée comme permettant une administration avant l'expiration du délai ou, en cas de saisine à temps, avant que le juge des référés ait statué.

132. Pour la personne non protégée, l'absence de recours d'un tiers n'équivaut pas à l'absence de contrôle. La décision est précédée d'une procédure médicale, tracée dans un système d'information et soumise à la commission de contrôle et d'évaluation instituée par l'article L. 1111-12-13, qui comprend au moins deux médecins, un membre du Conseil d'État, un membre de la Cour de cassation, deux représentants d'associations agréées d'usagers et deux personnalités qualifiées. Les manquements peuvent être signalés aux ordres et au procureur.

133. L'article 16 de la Déclaration de 1789 protège le droit des personnes intéressées à un recours effectif. Il ne crée pas un droit d'action pour toute personne invoquant un intérêt affectif ou moral à contester la décision personnelle d'un adulte capable. Le législateur pouvait réserver le recours à l'auteur de la demande et, par exception, à son protecteur.

VII. LES LIBERTÉS DE CONSCIENCE ET LES LIBERTÉS INSTITUTIONNELLES FONT L'OBJET D'UNE CONCILIATION PROPORTIONNÉE

A. La clause individuelle protège les professionnels directement engagés

134. L'article L. 1111-12-12 garantit que les professionnels de santé appelés à recevoir la demande, à vérifier les conditions, à participer à la procédure, à prescrire ou à accompagner ne sont jamais tenus d'y participer. Cette clause répond à la liberté de conscience reconnue par l'article 10 de la Déclaration de 1789 et le cinquième alinéa du Préambule de 1946.

135. L'obligation d'informer sans délai du refus et de communiquer le nom de professionnels disposés à participer n'oblige pas l'objecteur à accomplir l'acte ni à partager les convictions d'autrui. Elle organise la continuité de l'accès à la loi et évite qu'une objection individuelle ne se transforme en

obstacle institutionnel. Le registre des professionnels volontaires permet précisément d'identifier les personnes susceptibles d'être communiquées.

136. La liberté de conscience n'implique pas nécessairement le droit d'empêcher qu'un acte légal soit accompli par un tiers volontaire. Le Conseil constitutionnel l'a rappelé en refusant de reconnaître une clause de conscience aux officiers de l'état civil lorsque le bon fonctionnement et la neutralité du service public justifiaient l'accomplissement de leurs fonctions (décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013).

B. L'absence de clause spécifique pour les pharmaciens ne méconnaît pas la Constitution

137. La préparation et la délivrance de la substance létale présentent indéniablement une dimension éthique. Toutefois, le législateur pouvait distinguer les professionnels prenant part à l'évaluation individuelle, à la décision, à l'accompagnement ou à l'administration, et les pharmaciens intervenant dans un circuit national sécurisé sur la base d'une prescription régulièrement établie.

138. La préparation est réalisée par des pharmacies à usage intérieur désignées par arrêté ministériel selon des recommandations de la Haute Autorité de santé ; la pharmacie d'officine n'intervient, le cas échéant, que pour la délivrance au médecin ou à l'infirmier. Le pharmacien ne décide pas de l'éligibilité, ne recueille pas la volonté, n'accompagne pas la personne et n'administre pas la substance.

139. Cette différence de situation est en rapport direct avec l'objet de la clause. Le principe d'égalité n'impose pas une identité de régime à tous les professionnels dont l'intervention se situe, à des degrés différents, dans la chaîne matérielle d'un dispositif.

140. La Constitution n'impose pas davantage que chaque mission professionnelle légalement définie soit assortie d'une clause de conscience. Le législateur conserve une marge pour organiser un circuit suffisamment disponible et sécurisé. Des aménagements de service ou une répartition entre établissements peuvent être prévus dans l'application du texte, sans que l'absence d'un droit individuel de blocage rende la loi inconstitutionnelle.

141. Le Conseil d'État avait d'ailleurs estimé, dans son avis du 4 avril 2024 (point 38), que les missions de réalisation de la préparation magistrale et de délivrance de la substance ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens. La solution s'impose a fortiori au regard de la décision n° 2013-353 QPC : si la Constitution n'exige pas de clause de conscience au profit de l'officier de l'état civil qui célèbre personnellement l'acte auquel il déclare objecter, elle ne saurait en exiger une au profit du pharmacien d'une pharmacie à usage intérieur exécutant, sur prescription régulière et selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, une préparation au sein d'un circuit national sécurisé.

C. Les professionnels non sanitaires conviés au collège ne sont pas placés dans la même situation

142. Les psychologues et professionnels médico-sociaux visés par la loi ne sont pas membres obligatoires du collège. Le médecin peut les convier lorsqu'ils interviennent dans le traitement ou l'accompagnement de la personne. Leur rôle est consultatif et porte sur les éléments qu'ils connaissent ; ils ne prennent pas la décision et ne participent pas nécessairement à l'acte.

143. Il ne résulte pas du texte qu'une personne extérieure aux professions de santé pourrait être contrainte, sous sanction, d'accepter une invitation. Si une ambiguïté devait subsister, une réserve pourrait préciser qu'aucun professionnel non sanitaire ne peut être personnellement contraint de participer au collège contre ses convictions. Une telle réserve suffirait sans étendre la clause à des actes purement consultatifs ou créer une censure.

D. L'obligation faite aux établissements est justifiée par l'effectivité du droit et le respect du lieu de vie

144. Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement social ou médico-social, celui-ci constitue souvent son domicile réel, parfois depuis plusieurs années. Exiger systématiquement son transfert pour exercer le droit reconnu par la loi pourrait provoquer une rupture de soins, une souffrance supplémentaire, une exposition du secret médical ou une impossibilité matérielle.

145. L'obligation litigieuse est limitée. Elle impose au responsable de permettre l'intervention des professionnels volontaires et l'accès des personnes choisies par le patient. Elle n'oblige pas les médecins, infirmiers ou salariés de l'établissement à participer. Elle ne qualifie pas l'aide à mourir de prestation propre de l'établissement et ne lui impose pas d'adopter une doctrine favorable.

146. La comparaison avec l'interruption volontaire de grossesse n'est pas décisive. L'IVG est une activité médicale réalisée par l'établissement et ses équipes. Dans le dispositif déféré, l'établissement peut être seulement le lieu de résidence de la personne, tandis que l'acte est accompli par des professionnels extérieurs et volontaires.

147. Le choix du lieu ne confère par ailleurs aucun droit d'accès forcé à toute structure où exerce un professionnel de santé. La date et le lieu sont déterminés en accord avec le médecin ou l'infirmier, dans le respect du droit de propriété, des règles de fonctionnement de la structure et de la sécurité de l'acte. La formule légale permet d'adapter l'organisation à la diversité des territoires ; elle n'autorise ni l'usage unilatéral d'un cabinet, d'une pharmacie ou d'un laboratoire, ni l'intervention dans un lieu inapproprié.

148. La loi n'avait pas davantage à réglementer spécialement l'éventualité d'une captation ou d'une diffusion publique. Le droit au respect de la vie privée, le secret médical, les règles relatives à l'image, la déontologie professionnelle et les règlements des établissements demeurent applicables. L'exclusion des voies et espaces publics et l'accord du professionnel suffisent, au niveau de la loi, à prévenir une mise en œuvre incompatible avec la dignité et l'intimité de la personne.

149. La décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 fournit au demeurant le précédent le plus proche, quoique rendu à propos des seuls établissements publics de santé : le Conseil y a admis la suppression de la faculté, pour les chefs de service des établissements publics de santé, de s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans leur service, la liberté de conscience étant suffisamment garantie dès lors qu'aucun praticien n'est personnellement tenu d'y concourir. La loi déférée offre une garantie supérieure encore : non seulement nul n'est tenu de participer, mais l'acte lui-même est accompli par des professionnels extérieurs volontaires.

150. La liberté d'entreprendre, la liberté d'association et le droit de propriété peuvent être limités pour un motif d'intérêt général à condition que l'atteinte soit proportionnée. L'égal accès au droit, la continuité de l'accompagnement, la protection de la santé et le respect du domicile de la personne constituent de tels motifs. L'accès ponctuel de professionnels habilités à un lieu affecté à l'hébergement et aux soins ne constitue ni une dépossession ni une servitude patrimoniale comparable à une privation de propriété.

151. Reconnaître une clause institutionnelle absolue ferait dépendre l'exercice d'un droit personnel de la doctrine de la personne morale gestionnaire. Les personnes âgées, handicapées ou gravement malades, précisément les moins mobiles, seraient exposées à une inégalité selon le projet de l'établissement dans lequel elles résident et l'offre disponible sur leur territoire.

152. Les libertés collectives des associations et le libre exercice des cultes méritent considération, mais ils n'impliquent pas qu'un établissement puisse imposer ses convictions à tous les résidents pour des

décisions strictement personnelles. La personne accueillie ne perd pas ses droits fondamentaux en entrant dans une structure confessionnelle ou fondée sur une éthique particulière.

153. Les précédents invoqués par les saisines ne commandent pas une autre solution. La décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 protège la libre constitution des associations et leur organisation interne ; elle ne consacre pas le pouvoir, pour une personne morale gestionnaire, d'empêcher l'exercice par un résident d'un droit strictement personnel dans son lieu de vie. Les décisions n° 77-87 DC du 23 novembre 1977 et n° 84-185 DC du 18 janvier 1985, relatives au caractère propre des établissements d'enseignement privés, sanctionnent l'imposition d'un contenu ou d'un projet ; or l'obligation litigieuse n'impose à l'établissement ni doctrine, ni prestation, ni participation de ses personnels : elle régit le seul accès ponctuel de professionnels extérieurs et de proches. Au regard du standard constamment appliqué aux limitations apportées à la liberté d'entreprendre et à l'usage de la propriété pour un motif d'intérêt général, l'encadrement ainsi apporté à l'activité des établissements est proportionné aux motifs d'intérêt général poursuivis – égal accès au droit, continuité de l'accompagnement, respect du domicile de la personne. Enfin, l'argument de droit comparé est inopérant devant le Conseil constitutionnel et inexact en fait : dans les États cités, la faculté de refus institutionnel s'accompagne de mécanismes de transfert effectif, que le législateur français a précisément écartés au profit du respect du lieu de vie et que la réserve proposée ci-après permettrait, au besoin, d'aménager. Aucun précédent n'est, il est vrai, exactement superposable à l'hypothèse d'un établissement privé doté d'un caractère propre ; la solution ici proposée ne procède donc pas de la transposition d'une décision antérieure, mais de l'application combinée de la liberté d'association, de la liberté de conscience, de la liberté d'entreprendre et du droit de propriété, dont aucune ne subit d'atteinte disproportionnée du fait d'un droit d'accès ponctuel de professionnels extérieurs et de proches.

154. L'invocation, par l'une des saisines, d'une directive européenne relative à l'égalité de traitement dans l'emploi est également inopérante dans le cadre du contrôle de l'article 61. La loi déférée n'a ni pour objet ni pour effet de transposer cette directive. Le Conseil constitutionnel n'est pas, dans cette procédure, le juge général de la conformité d'une loi aux engagements européens ; aucun principe inhérent à l'identité constitutionnelle de la France n'est ici utilement invoqué.

E. Une réserve étroite peut organiser une solution alternative consensuelle, sans droit de refus unilatéral

155. À titre très subsidiaire, le Conseil pourrait préciser que les dispositions ne font pas obstacle à ce qu'une réalisation dans un autre lieu soit proposée lorsque la personne l'accepte expressément, que son état permet un transfert sans risque ni souffrance disproportionnée, que la continuité de l'accompagnement est garantie et qu'une solution effective est organisée sans délai.

156. Une telle réserve ne devrait jamais permettre à l'établissement d'imposer le transfert, de retarder la procédure ou de conditionner l'hébergement à une renonciation. Elle ne pourrait jouer si l'établissement constitue le seul lieu matériellement accessible, si la personne refuse le déplacement ou si celui-ci est médicalement ou humainement inadapté.

157. Cette interprétation préserverait une marge d'organisation pour les établissements privés tout en garantissant que leurs convictions ne neutralisent pas le droit de la personne. Elle est préférable à la censure pure et simple du II de l'article L. 1111-12-12, qui supprimerait toute protection de l'effectivité du droit dans les lieux de vie collectifs.

VIII. LES GRIEFS COMPLÉMENTAIRES RELATIFS AU CONTRÔLE, AU FINANCEMENT ET AUX ASSURANCES NE JUSTIFIENT AUCUNE CENSURE

A. Le principe de fraternité ne protège pas les pressions exercées sur la personne

158. La saisine sénatoriale invoque le principe de fraternité (décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018) à l'encontre d'une incrimination des « pressions morales ou psychologiques » qui figurerait à l'article L. 1115-4 du code de la santé publique. Ce grief manque en fait : le chapitre relatif aux dispositions pénales a été supprimé au cours de la navette et ne figure pas dans le texte définitivement adopté, qui ne comporte aucune incrimination nouvelle. Les seules conséquences que la loi attache aux pressions exercées sur la personne sont protectrices de celle-ci : suspension de l'administration par le professionnel qui les constate, arrêt de la procédure par le médecin et signalement au procureur de la République sur le fondement des incriminations de droit commun – abus de faiblesse et provocation au suicide, réprimés par les articles 223-15-2 et 223-13 du code pénal – dont les requérants soulignent eux-mêmes qu'elles assurent déjà la protection recherchée.

159. À titre surabondant, à supposer même qu'une telle incrimination existât, la décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017 a jugé conforme à la Constitution l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse aux pressions morales et psychologiques, sous le bénéfice d'une interprétation préservant la liberté d'expression. L'expression d'une affection, la proposition d'un soutien, l'information sur les soins disponibles ou l'exposition respectueuse d'un désaccord ne sauraient, en toute hypothèse, être assimilées à des pressions ; la fraternité protège la liberté d'aider autrui dans un but humanitaire, elle ne confère aucun droit d'entraver, par la contrainte morale, la libre décision d'une personne capable.

160. La loi protège symétriquement la personne contre les pressions pour procéder et contre les pressions pour renoncer. Elle ne privilégie donc pas la mort ; elle protège l'autonomie de la décision dans les deux sens.

B. Le droit à une vie familiale normale ne crée pas un droit de participation obligatoire de la famille

161. Le dixième alinéa du Préambule de 1946 garantit les conditions nécessaires au développement de la famille. Il ne permet pas de soumettre les choix médicaux d'un adulte capable à l'information ou à l'accord de ses proches. Une telle obligation pourrait porter atteinte à la vie privée, au secret médical et à la liberté de personnes dont les relations familiales sont conflictuelles, inexistantes ou dangereuses.

162. La loi permet à la personne de demander le recueil de l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou d'un proche et d'être entourée des personnes de son choix. Elle respecte ainsi la diversité des situations familiales sans imposer une participation contraire à la volonté de l'intéressé.

C. Le droit de propriété du proche ou de l'établissement n'est pas méconnu

163. L'administration dans la résidence d'un proche ne peut être décidée unilatéralement : le lieu est déterminé en accord avec le médecin ou l'infirmier et suppose, en pratique comme en droit commun, l'accord de la personne qui dispose des lieux. La loi n'institue aucun droit d'entrée forcée dans le domicile privé d'un tiers.

164. Pour les établissements, l'obligation d'accès est attachée à leur fonction d'hébergement ou de soins et à la présence d'une personne qui y réside. Elle constitue une réglementation de l'usage professionnel des locaux, justifiée par l'intérêt général, et non une privation de propriété au sens de l'article 17 de la Déclaration de 1789.

D. Les renvois au décret relèvent de la mise en œuvre et non des garanties fondamentales

165. Le législateur a fixé les bénéficiaires, les cinq conditions d'accès, la nature de la demande, l'obligation d'information, la composition minimale du collège, le rôle du médecin, le délai de décision, le délai minimal de réflexion, les confirmations successives, les règles de prescription, d'administration, de cessation, de recours, de conscience et de contrôle.

166. Le décret précisera la forme et le contenu des documents, les modalités d'information, la procédure pratique de vérification et l'accès au registre. Ces matières relèvent de l'application technique d'un cadre déjà substantiellement déterminé. Elles n'abandonnent pas au pouvoir réglementaire le soin de définir le droit ou le champ essentiel de l'autorisation pénale.

167. L'entrée en vigueur différée de la consultation du registre jusqu'au plus tard le 31 décembre 2028 démontre que le Parlement a lui-même traité la difficulté transitoire. Les autres moyens de vérification, notamment l'interrogation de la personne, le dossier médical et l'information du protecteur, demeurent applicables.

E. Le contrôle a posteriori complète utilement les garanties préalables

168. La saisine critique l'absence d'autorisation préalable par une juridiction ou une commission indépendante. Aucune exigence constitutionnelle n'impose qu'un juge autorise toute décision médicale grave prise par une personne capable. Le droit au refus de traitement, la chirurgie à risque ou d'autres actes irréversibles reposent sur le consentement et la responsabilité médicale, sans homologation judiciaire systématique.

169. La loi combine des garanties préalables – demande personnelle, information, dossier médical, collège, décision motivée, réflexion, confirmations – avec une traçabilité intégrale et un contrôle a posteriori par une commission pluraliste. Cette commission peut saisir les ordres professionnels et le procureur. Ce contrôle favorise l'uniformité des pratiques et permet l'évaluation publique du dispositif.

170. L'arrêt Mortier c. Belgique, loin de condamner l'architecture d'un contrôle a posteriori, en a validé le principe : la violation constatée procédait du défaut d'indépendance concret de la commission belge, dont les membres pouvaient contrôler, à la faveur de l'anonymat des déclarations, des actes auxquels ils avaient eux-mêmes participé, ainsi que de la durée de l'instruction pénale subséquente. La loi déférée échappe par construction à ce grief : la commission comprend, aux termes mêmes de la loi, un membre du Conseil d'État et un membre de la Cour de cassation ; le décret en Conseil d'État doit fixer des règles de fonctionnement « propres à garantir son indépendance et son impartialité » ; le contrôle porte nominativement sur chaque procédure, à partir d'un système d'information intégralement tracé et avec accès au dossier médical, et débouche, le cas échéant, sur la saisine de la chambre disciplinaire de l'ordre compétent ou du procureur de la République.

171. La restriction de l'accès direct au dossier médical aux médecins membres de la commission ne crée ni rupture d'égalité ni paralysie du contrôle. Les membres médecins et non médecins ne sont pas placés dans la même situation au regard du secret médical et de l'analyse clinique. Les premiers peuvent examiner les données de santé et en restituer les éléments pertinents à la délibération ; les seconds apportent leur compétence juridique, éthique, administrative ou sociale. La pluralité des fonctions justifie une pluralité d'accès sans priver la commission de sa capacité de saisir l'ordre compétent ou le procureur.

172. De même, l'absence d'ordre professionnel pour certains auxiliaires ne leur confère aucune immunité. Selon leur statut, ils demeurent soumis aux règles professionnelles, au pouvoir disciplinaire de leur employeur, à la responsabilité civile ou administrative et, le cas échéant, à la loi pénale. Le législateur n'était pas tenu de créer un ordre professionnel ou une procédure disciplinaire spéciale pour chaque catégorie participant au collège.

173. Enfin, la loi fixe la mission de la commission, les données qui lui sont transmises, ses pouvoirs de contrôle et de signalement, la présence de membres issus du Conseil d'État et de la Cour de cassation et l'exigence d'indépendance et d'impartialité. Le nombre exact de membres, les modalités de désignation et le fonctionnement interne peuvent relever d'un décret en Conseil d'État sans que soient abandonnées au pouvoir réglementaire les garanties fondamentales.

174. L'intervention systématique d'un juge avant chaque acte pourrait médicaliser le contentieux, rallonger les délais, transformer une décision personnelle en autorisation étatique et créer des inégalités d'accès. Le Parlement pouvait retenir une autre architecture, sous réserve de recours ciblés et d'un contrôle effectif.

F. Le certificat de décès et le système d'information préservent la transparence

175. La première saisine de députés soutient que l'article relatif au certificat de décès assimilerait nécessairement l'aide à mourir à une mort naturelle et fausserait les données épidémiologiques. Cette lecture ne résulte pas du texte. Le renvoi à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales soumet l'établissement du certificat aux règles de droit commun ; il ne fixe pas, à lui seul, la qualification statistique ou médico-légale de la cause du décès.

176. La loi prévoit en parallèle un système d'information spécifique retraçant chaque procédure et un contrôle individualisé par la commission. L'identification des décès résultant de l'aide à mourir ne dépend donc pas de la seule présentation du certificat destiné à l'état civil. Les modalités techniques de codage, de transmission et de conservation des données peuvent être définies par voie réglementaire et par les standards médicaux applicables, sans qu'une classification détaillée doive figurer dans la loi.

177. L'hypothèse d'une dissimulation statistique ou d'une impossibilité de saisir le parquet est ainsi contredite par l'architecture même du dispositif : déclaration sans délai des étapes, compte rendu de l'administration, accès médical au dossier, contrôle de chaque procédure et faculté de signalement.

G. La prise en charge par la sécurité sociale ne méconnaît ni l'intelligibilité de la loi ni la protection de la santé

178. La prise en charge financière organisée par l'article 18 de la loi, qui rétablit le 3° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale et exclut toute participation de l'assuré comme tout dépassement d'honoraires, ne transforme pas l'aide à mourir en traitement curatif et ne crée aucune incohérence. Le onzième alinéa du Préambule de 1946 garantit la protection de la santé ; il n'interdit pas au législateur de faire supporter par la solidarité nationale les frais d'une procédure légalement organisée dans le code de la santé publique, réservée à des personnes atteintes d'une affection grave et incurable et mise en œuvre par des professionnels de santé.

179. La sécurité sociale ne couvre pas exclusivement des actes destinés à guérir. Elle prend en charge des actes de prévention, d'accompagnement, de soulagement et des prestations liées à l'état de santé. Le fait que la personne puisse avoir refusé ou interrompu un traitement ne rompt pas le lien entre la dépense et sa situation médicale ; le droit du patient au refus de soins serait vidé de sa portée si ce choix permettait de lui opposer une exclusion financière.

180. La prise en charge poursuit au contraire un objectif d'égalité : l'exercice du droit ne doit pas dépendre des ressources de la personne. Les saisissants ne démontrent aucune contrariété entre cette solidarité financière et une exigence constitutionnelle.

H. La couverture des assurances décès répond à un motif d'intérêt général suffisant et respecte le principe d'égalité

181. L'article 19 de la loi complète l'article L. 132-7 du code des assurances et l'article L. 223-9 du code de la mutualité en prévoyant que l'assurance en cas de décès couvre le décès résultant de la mise en

œuvre de l'aide à mourir ; son III rend cette règle applicable aux contrats en cours à l'entrée en vigueur de la loi. Les deux saisines de députés l'attaquent sous des angles distincts : l'une invoque une rupture d'égalité avec les suicides de droit commun ; l'autre une atteinte à la liberté contractuelle et au maintien des conventions légalement conclues.

182. La différence de traitement repose pourtant sur une différence objective en rapport direct avec l'objet de la loi. Le décès couvert résulte d'une procédure légale d'exception, réservée à une affection grave et incurable engageant le pronostic vital, précédée d'une vérification médicale et de confirmations successives. Il ne se confond ni avec une crise suicidaire ni avec un suicide accompli en dehors de tout contrôle. Le législateur pouvait donc neutraliser les clauses relatives au suicide afin que l'exercice du droit n'ait pas pour effet automatique de priver les bénéficiaires de la garantie souscrite.

183. L'objectif d'intérêt général est double : assurer l'effectivité du droit et éviter une inégalité patrimoniale entre les personnes éligibles selon la date de leur contrat, la rédaction d'une clause ou leur capacité à supporter les conséquences financières de leur choix. L'application aux contrats en cours est nécessaire à cet objectif ; la limiter aux contrats futurs aurait laissé subsister pendant de nombreuses années des régimes opposés pour des personnes placées dans la même situation médicale et légale.

184. L'atteinte demeure circonscrite. La loi ne remet pas en cause les primes déjà versées, les garanties étrangères au décès ni les contrats arrivés à leur terme ; elle règle pour l'avenir une hypothèse de réalisation du risque dans un nombre de situations strictement encadré. Les saisines n'apportent aucun élément actuariel propre à établir un bouleversement disproportionné de l'économie générale des contrats. La seule circonstance que les organismes n'aient pas anticipé une évolution législative ne leur confère pas un droit au maintien intangible du cadre juridique.

185. Enfin, la règle d'assurance n'a ni pour objet ni pour effet de qualifier le décès de « naturel ». Elle détermine seulement les rapports entre l'assureur, l'assuré et le bénéficiaire. Les griefs tirés de l'égalité, de la liberté contractuelle et de l'article 16 de la Déclaration de 1789 doivent donc être écartés.

I. L'habilitation à légiférer par ordonnance pour l'outre-mer satisfait aux exigences de l'article 38 de la Constitution

186. La loi habilite enfin le Gouvernement à étendre et adapter le dispositif, par ordonnance et dans un délai d'un an, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna, et à procéder aux adaptations nécessaires à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte. L'article 38 de la Constitution impose au Gouvernement d'indiquer avec précision la finalité des mesures et leur domaine d'intervention, sans l'obliger à faire connaître la teneur des ordonnances. Ces exigences sont satisfaites : la finalité – l'application outre-mer d'un texte dont le contenu est intégralement déterminé par le législateur – et le domaine – les dispositions de la loi et celles des autres codes nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État – sont expressément définis ; le délai d'habilitation et celui du dépôt du projet de loi de ratification sont fixés. L'habilitation, limitée à l'extension et à l'adaptation, ne saurait autoriser le Gouvernement à modifier les conditions d'accès ni les garanties procédurales, qui demeurent celles fixées par la loi.

IX. AUCUNE CENSURE D'ENSEMBLE N'EST ENCOURUE, NI PAR VOIE D'INSÉPARABILITÉ, NI AU TITRE DE LA PROCÉDURE D'ADOPTION

A. La demande de censure totale ne repose sur aucun grief propre à la loi tout entière

187. Les sénateurs requérants concluent à la censure de la loi dans son ensemble. Une telle conclusion suppose, soit qu'un grief affecte le texte tout entier – irrégularité de la procédure d'adoption, méconnaissance du domaine de la loi, contrariété du principe même du dispositif à une exigence

constitutionnelle –, soit que les dispositions déclarées contraires à la Constitution soient inséparables des autres. Aucune de ces conditions n'est ici réunie.

188. Le principe même de l'institution d'une aide à mourir n'est contraire, ainsi qu'il a été exposé, à aucune exigence constitutionnelle : ni la sauvegarde de la dignité, ni le droit à la protection de la santé, ni le onzième alinéa du Préambule de 1946, ni aucun principe fondamental reconnu par les lois de la République ne prohibent qu'un législateur autorise, sous des conditions strictes et au terme d'une navette complète – deux lectures dans chaque assemblée, commission mixte paritaire, nouvelle lecture dans chacune des assemblées, puis lecture définitive –, ce que le droit antérieur interdisait. Une demande de censure totale qui ne repose que sur un désaccord – fût-il profond et sincère – avec le choix ainsi opéré invite en réalité le Conseil à exercer le pouvoir général d'appréciation que l'article 61 de la Constitution lui refuse.

B. Les dispositions de la loi sont divisibles

189. À supposer que le Conseil censure l'une ou l'autre des dispositions critiquées, l'inséparabilité ne saurait être retenue. La loi articule des ensembles normatifs autonomes : la définition de l'aide à mourir et le champ de l'autorisation pénale ; les conditions d'accès ; la procédure d'examen de la demande ; les garanties propres aux majeurs protégés ; les règles de prescription, de préparation, de délivrance et d'administration de la substance ; la clause de conscience et l'accès aux lieux de vie ; le contrôle a posteriori ; l'établissement du certificat de décès ; la prise en charge par l'assurance maladie ; la couverture des contrats d'assurance décès. La disparition de l'un de ces blocs – celui relatif aux contrats d'assurance, par exemple, dont l'objet est purement patrimonial – laisserait subsister un dispositif cohérent et immédiatement applicable.

190. La navette confirme cette divisibilité : la suppression, en cours de discussion, du chapitre relatif aux dispositions pénales n'a affecté ni l'économie ni l'applicabilité du texte, qui a été définitivement adopté sans qu'il fût nécessaire d'en reprendre la structure. D'éventuelles censures partielles obéiraient à la même logique, le cas échéant assorties de la seule conséquence d'une renumérotation.

C. Aucune irrégularité de la procédure d'adoption n'est établie

191. Enfin, dans la mesure où des griefs de procédure seraient soulevés ou relevés d'office, ils ne pourraient prospérer. La proposition de loi a été examinée selon la procédure de droit commun : deux lectures dans chaque assemblée, réunion d'une commission mixte paritaire, nouvelle lecture dans chacune des assemblées, puis lecture définitive dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 45 de la Constitution, après un travail préparatoire d'une ampleur exceptionnelle. Les dispositions du texte définitif présentent toutes un lien, à tout le moins indirect, avec celles qui figuraient dans le texte initial, au sens de l'article 45 de la Constitution ; les principales modifications intervenues en lecture – au premier rang desquelles la suppression de l'article 17, qui portait le chapitre relatif aux dispositions pénales, et celle de l'article 20 – sont des suppressions ou des atténuations, non des adjonctions étrangères à l'objet du texte. Les exigences de clarté et de sincérité du débat parlementaire ont ainsi été respectées.

CONCLUSIONS

192. Il résulte de l'ensemble de ces observations, y compris de l'examen des deux saisines de députés enregistrées le 20 juillet 2026, que la loi relative au droit à l'aide à mourir ne consacre ni un droit général au suicide ni une faculté discrétionnaire de donner la mort. Elle institue un dispositif d'exception, fondé sur des conditions médicales cumulatives, une demande personnelle formalisée, une information étendue, une procédure collégiale, une décision motivée, des confirmations successives, la faculté permanente de renoncer, la prévention des pressions, la traçabilité, le contrôle et des voies de recours.

193. La loi réalise ainsi une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, la liberté personnelle, la protection de la santé et des personnes vulnérables, le droit à un recours effectif et la liberté de conscience. Les dispositions relatives au contrôle, au certificat de décès, à la prise en charge financière et aux assurances poursuivent des objectifs d'effectivité, de transparence et d'égalité sans porter d'atteinte disproportionnée aux droits invoqués.

194. L'association Ultime Liberté invite en conséquence le Conseil constitutionnel à déclarer conformes à la Constitution les dispositions contestées et, pour les motifs exposés au IX ci-dessus, à écarter toute demande de censure globale ou par voie d'inséparabilité.

195. À titre subsidiaire, si le Conseil estimait certaines précisions nécessaires, l'association l'invite à privilégier les réserves d'interprétation suivantes, sans remise en cause de l'économie de la loi :

– le délai de deux jours prévu au V de l'article L. 1111-12-4 constitue un minimum et ne fait pas obstacle à ce que le médecin diffère la confirmation ou la mise en œuvre aussi longtemps que la persistance d'une volonté libre et éclairée n'est pas certaine ;

– pour une personne faisant l'objet d'une mesure de protection, les observations du protecteur doivent être effectivement examinées ; un avis médical spécialisé, psychiatrique ou émanant d'un médecin inscrit sur la liste de l'article 431 du code civil selon la nature du doute, doit être recueilli lorsqu'un doute sérieux existe sur le discernement, sans que le protecteur dispose d'un pouvoir de substitution ou de veto ;

– aucun professionnel non sanitaire simplement convié au collège ne peut être personnellement contraint d'y participer contre ses convictions ;

– une solution dans un autre lieu peut être proposée à un résident d'un établissement privé seulement avec son accord exprès, lorsqu'elle est médicalement compatible, organisée sans délai et sans rupture de l'accompagnement ; l'établissement ne peut imposer un transfert ni faire obstacle à l'exercice effectif du droit.

PAR CES MOTIFS, l'association Ultime Liberté prie le Conseil constitutionnel de déclarer la loi relative au droit à l'aide à mourir conforme à la Constitution, et, subsidiairement, de n'assortir cette conformité que de réserves ciblées préservant l'autonomie de la personne et l'effectivité du droit institué.

Fait à Saint-Max, le 29 juillet 2026.

Pour l'association Ultime Liberté,
Son avocat,
Maître Frédéric VERRA

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

1. Constitution du 4 octobre 1958, articles 34, 38, 45, 61 et 66.

2. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, articles 2, 4, 6, 8, 10, 16 et 17.

3. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéas 1er, 5, 10 et 11.

4. Code de la santé publique, articles L. 1110-5, L. 1110-5-2, L. 1111-4 et L. 1111-11, ainsi que les articles L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13 dans leur rédaction issue de la loi déférée.

5. Code civil, articles 415, 425, 427-1, 428, 431, 458 et 459.

6. Code pénal, articles 122-4, 221-1, 221-5, 223-13 et 223-15-2.

7. Code de la sécurité sociale, articles L. 160-8, L. 160-15, L. 161-37 (23°) et L. 162-5-13, dans leur rédaction issue de l'article 18 de la loi déférée.

8. Code des assurances, article L. 132-7, et code de la mutualité, article L. 223-9, dans leur rédaction issue de l'article 19 de la loi déférée.

9. Code général des collectivités territoriales, article L. 2223-42 ; code de l'action sociale et des familles, article L. 312-1.

10. Conseil constitutionnel, décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, Liberté d'association.

11. Conseil constitutionnel, décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, Interruption volontaire de grossesse.

12. Conseil constitutionnel, décision n° 77-87 DC du 23 novembre 1977, Liberté d'enseignement et de conscience.

13. Conseil constitutionnel, décision n° 84-185 DC du 18 janvier 1985, Loi Chevènement.

14. Conseil constitutionnel, décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, Conseil de la concurrence.

15. Conseil constitutionnel, décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Lois relatives à la bioéthique.

16. Conseil constitutionnel, décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998, Loi relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

17. Conseil constitutionnel, décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

18. Conseil constitutionnel, décision n° 2001-455 DC du 12 janvier 2002, Loi de modernisation sociale.

19. Conseil constitutionnel, décision n° 2004-492 DC du 2 mars 2004, Loi portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

20. Conseil constitutionnel, décision n° 2004-496 DC du 10 juin 2004, Loi pour la confiance dans l'économie numérique.

21. Conseil constitutionnel, décision n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, Loi relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information.

22. Conseil constitutionnel, décision n° 2010-605 DC du 12 mai 2010, Loi relative à l'ouverture à la concurrence des jeux d'argent et de hasard en ligne.

23. Conseil constitutionnel, décision n° 2013-669 DC du 17 mai 2013, Loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.

24. Conseil constitutionnel, décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, M. Franck M. et autres.

25. Conseil constitutionnel, décision n° 2015-527 DC du 22 décembre 2015, Loi prorogeant l'application de la loi relative à l'état d'urgence.

26. Conseil constitutionnel, décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017, Loi relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

27. Conseil constitutionnel, décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés.

28. Conseil constitutionnel, décision n° 2018-717/718 QPC du 6 juillet 2018, M. Cédric H. et autre.

29. Conseil constitutionnel, décision n° 2018-761 QPC du 1er février 2019, Association Médecins du monde et autres.

30. Conseil constitutionnel, décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, Mme Zohra M. et autres.

31. Conseil constitutionnel, décision n° 2023-1076 QPC du 18 janvier 2024, M. Moussa H.

32. Cour européenne des droits de l'homme : Pretty c. Royaume-Uni (29 avril 2002, n° 2346/02) ; Haas c. Suisse (20 janvier 2011, n° 31322/07) ; Koch c. Allemagne (19 juillet 2012, n° 497/09) ; Lambert et autres c. France (Gde ch., 5 juin 2015, n° 46043/14) ; Mortier c. Belgique (4 octobre 2022, n° 78017/17) ; Karsai c. Hongrie (13 juin 2024, n° 32312/23).

33. Comité des droits de l'homme des Nations unies, observation générale n° 36 (2019) sur le droit à la vie, paragraphe 9.

34. Conseil d'État, Assemblée générale, avis du 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, spécialement points 20 à 40.

35. Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs (NOR : SFHX2515568L).

36. Assemblée nationale, proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir : T.A. n° 122 (1re lecture), T.A. n° 243 (2e lecture), T.A. n° 323 du 30 juin 2026 (nouvelle lecture) et T.A. n° 332 du 15 juillet 2026 (lecture définitive) ; Sénat, T. n° 43 (1re lecture), T. n° 109 (2e lecture) et T. n° 156 (nouvelle lecture) ; commission mixte paritaire, rapports n° 2861 (AN) et n° 680 et 681 (Sénat).

37. Saisines du président du Sénat (16 juillet 2026), de plus de soixante sénateurs et du Premier ministre (17 juillet 2026), ainsi que les deux saisines de députés enregistrées le 20 juillet 2026, dans l'affaire n° 2026-910 DC.

38. Statuts de l'association Ultime Liberté, version adoptée le 8 juillet 2022, spécialement les articles I-2 (objet), I-3 (siège) et III-2 (conseil d'administration) – pièce n° 1.

BORDEREAU DE PIÈCES

Pièce n° 1 : Statuts de l'association Ultime Liberté, version 2022, adoptée par l'assemblée générale extraordinaire et validée par le procès-verbal de dépouillement du 8 juillet 2022 (7 pages).

Pièce n° 2 : Délibération du conseil d'administration du 21 juillet 2026 approuvant le dépôt de la présente contribution (1 page).

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 29 juillet 2026

ASSOCIATION « ULTIME LIBERTE »

(Sigle : UL)

STATUTS

Adoptés par l'Assemblée Générale constitutive du 23 octobre 2009
Déclarée à la Préfecture de Haute Marne le 23 octobre 2009
Inscription au Journal officiel du 5 Décembre 2009

.....

Modification pour changement du Siège Social décidée
par l'Assemblée Générale du 22 Octobre 2016

.....

Modification des Statuts décidée par l'Assemblée Générale Extraordinaire du 1 juillet 2020, adoptée suite au vote par correspondance des adhérents,

les rendant valides à partir du procès-verbal de dépouillement.

.....

La présente version 2022 des statuts a été adoptée par l'Assemblée Générale Extraordinaire suite au vote par correspondance validé par le procès verbal de dépouillement du 8 juillet 2022.

Les règles de fonctionnement sont détaillées dans un Règlement Intérieur

TITRE I
CONSTITUTION - OBJETS

Article I - 1 : CONSTITUTION

Il a été fondé en 2009, une association régie par la loi du 1er juillet 1901
et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre : « Ultime Liberté », et comme sigle « UL ».
Elle a été déclarée à la Préfecture de Haute Marne le 23 octobre 2009
et son inscription au Journal Officiel date du 5 décembre 2009
(N° Registre National des Associations : W521002381)

Article I - 2 : OBJET

Conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et aux nombreux textes juridiques internationaux définissant les droits de la personne humaine, l'association « Ultime Liberté » poursuit les objectifs suivants :

- **Obtenir** pour toute personne majeure et capable, tel que défini par les articles 1145 et 1150 du Code Civil la reconnaissance juridique de :

  - La liberté de disposer de sa personne, de son corps, et de sa vie, et donc de sa mort

  - La liberté de choisir le moment, le lieu et les modalités de sa mort,

  - La liberté reconnue par une loi de recourir à un suicide assisté ou à une euthanasie volontaire lorsque l'intéressé se trouve dans un état où il ne peut plus communiquer et qu'il a exprimé clairement sa volonté,

  - La liberté d'accéder aux produits létaux, dans des conditions de sécurité précisées dans le cadre d'une loi reconnaissant la liberté de la personne de se donner la mort.

- **Encourager** la création de réseaux d'entraide et de solidarité,

- **Respecter** le choix de fin de vie de chacun, en utilisant tous les moyens légaux actuellement disponibles sur d'autres territoires que le territoire français,

- **Aider au respect** des choix de fin de vie de tout membre de l'association.

- **Réfléchir** au cas des personnes non reconnues comme majeures et capables

L'association s'interdit toute incitation au suicide.

L'association peut mener et soutenir toute action auprès des pouvoirs publics, des partis politiques, des professionnels de santé, des médias, pour la prise en considération de ses présents objectifs.
L'association peut organiser ou participer à des manifestations tendant aux mêmes objectifs ; apporter son soutien à un de ses membres mis en cause dans une action conforme à l'esprit de ses objectifs.
L'association est indépendante et neutre à l'égard de tout mouvement politique, idéologique ou religieux.

Article I - 3 : SIEGE SOCIAL

Le siège social est fixé à ce jour au 40 rue Ampère à Chaumont (Haute-Marne) lequel constitue l'adresse postale de l'association.
Il peut être transféré à une autre adresse, chaque fois que nécessaire par décision du Conseil d'administration : la Préfecture du lieu précédent et celle du nouveau lieu doivent en être informées ainsi que tous les membres adhérents.

Article I - 4 : DUREE

La durée de l'association est illimitée.

TITRE II
COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

Article II - 1 : ADHESION

Toute personne, sans distinction, peut solliciter son adhésion à l'association et en devenir membre adhérent.

En sollicitant son adhésion tout nouveau membre s'engage à adhérer aux objectifs de l'association et s'acquitter de la cotisation prévue.
L'adhésion peut être refusée par le Conseil d'administration sans avoir à justifier des raisons et des motivations.
Les membres de l'association doivent être des personnes physiques.
Ils peuvent être résidents n'importe où dans le monde.

Article II – 2 : PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE ADHERENT

La qualité de membre adhérent se perd par la démission ou le non renouvellement de la cotisation, le décès, la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motifs graves ou contraires à l'éthique de l'association.

Article II – 3 : RESSOURCES

Les ressources de l'association se composent :

- des cotisations de ses membres :
  seuls les membres adhérents sont tenus de verser une cotisation.
- de la vente de documents et autres textes qu'elle pourra publier,
- de sommes collectées à l'occasion de son organisation de manifestations.
- de dons manuels et d'une façon générale de toute ressource publique ou privée autorisée par les textes législatifs et règlementaires.

Article II – 4 : AFFILIATION

L'association peut adhérer, en France ou à l'étranger, en tant que personne morale, à d'autres associations, Unions ou Fédérations poursuivant des objectifs semblables ou voisins des siens.
De même des personnes morales peuvent établir des conventions avec Ultime Liberté.

TITRE III
FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION

Article III – 1 : ASSEMBLEE GENERALE

L'ensemble des membres adhérents constitue l'Assemblée Générale de l'association.
Tous les membres à jour de leur cotisation peuvent de droit participer à l'Assemblée générale.
Toutes les décisions relevant de la compétence de cette assemblée ne peuvent être prises qu'à l'issue d'un vote par correspondance de l'ensemble des membres adhérents inscrits dans le fichier et à jour de leur cotisation annuelle.

Chaque année, l'Assemblée Générale doit être consultée par correspondance sur un certain nombre de sujets : rapport moral, rapport d'activités, rapport financier ainsi que d'autres décisions éventuelles.

Les propositions soumises au vote sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

L'Assemblée Générale élit les membres du Conseil d'Administration qui assure la gestion administrative et financière de l'association.
Le Conseil d'Administration assure ses fonctions de façon collégiale.

Les résultats de ces différents votes sont proclamés lors d'une réunion annuelle à laquelle sont conviés tous les membres adhérents. Le Conseil d'Administration définit l'ordre du jour de cette réunion ainsi que la convocation à cette réunion.

Les membres adhérents peuvent également être convoqués à des Assemblées Générales Extraordinaires dont les décisions sont prises lors d'un vote par correspondance.

Article III – 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le fonctionnement de l'association est assuré par le Conseil d'Administration.
Ce conseil d'au moins 6 membres et d'au maximum 12 est élu par l'ensemble des membres adhérents lors d'un vote par correspondance tous les deux ans qui renouvelle la moitié des membres du C.A.
Chaque membre est élu pour un mandat de 4 ans renouvelable.
Pour être élu·e, un·e candidat·e doit avoir eu au minimum 50% des suffrages exprimés.
Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau composé d'un·e Président·e ou deux Coprésident·e·s, d'un·e Trésorier·e et un·e Trésorier·e Adjoint·e, d'un·e Secrétaire et d'un·e Secrétaire Adjoint·e.

Le Conseil d'Administration assure la gestion courante de l'association.
Il peut engager des salarié·e·s pour assurer la bonne gestion de l'association.
Le Conseil d'Administration peut attribuer à titre temporaire à certains de ses membres des fonctions particulières en tant que « Délégué·e Référent·e ».
Le Conseil d'Administration peut également constituer à titre temporaire des « Commissions » auxquelles il confie des missions particulières.
En cas de décès, de démission ou de tout abandon de son mandat d'un membre du Conseil d'Administration, le Conseil d'Administration peut coopter un membre actif pour remplir la fonction jusqu'à la prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

Article III – 3 : FONCTIONNEMENT DES ANTENNES :

Certains membres peuvent choisir de s'engager plus activement dans la réalisation des objets de l'association.

Des membres adhérents d'un même secteur géographique peuvent proposer au Conseil d'Administration la constitution d'une « Antenne » précisant sa localisation et fonctionnant **en collégialité** avec une répartition des différentes fonctions pour assurer l'interface avec un·e Délégué·e Référent.e du Conseil d'Administration désigné·e pour assurer la coordination entre ces antennes locales et pour faciliter les échanges entre elles.

De telles antennes facilitent les contacts avec des organismes et personnalités locales, la presse locale, sous le contrôle du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration organise des séances de formation initiale et continue pour les personnes qui souhaitent s'engager dans l'accompagnement. Elles peuvent alors apporter leur aide aux autres membres adhérents qui ont recours à elles, dans le respect d'une « Charte de l'accompagnement ».

Article III – 4 : COMMISSION DES CONFLITS :

Il est créé une « Commission des conflits » qui a une mission de médiation au sein de l'association. Elle rend compte directement au Conseil d'Administration qui prend en charge les mesures de nature à régler les désaccords.

Article III – 5 : REGLEMENT INTERIEUR

Le Conseil d'Administration établit un Règlement Intérieur respectant les Statuts et précisant les règles de fonctionnement de l'association.
Ce Règlement Intérieur est validé par l'Assemblée Générale Ordinaire en vote par correspondance.
Le Conseil d'Administration peut en cours d'année introduire des modifications du Règlement Intérieur nécessaires pour la bonne marche de l'association et les appliquer. Il doit en informer les adhérents et les faire valider par l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle suivante.

Article III – 6 : SITE INTERNET

L'association dispose d'un site internet, aux fins d'information de ses membres, mais également plus largement en direction de toute personne qui s'interroge sur sa fin de vie. Dans cet espace sont partagés des articles, des pages d'actualités nationales ou internationales, sans oublier des communications associatives et un accès possible aux coordonnées des antennes et à leurs activités.
Un·e gestionnaire du site est nommé·e par le Conseil d'Administration à qui il (elle) rend compte.

TITRE IV
DISSOLUTION

Article IV - 1 : DISSOLUTION

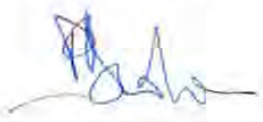
La dissolution de l'association doit être prononcée lors d'une Assemblée Générale Extraordinaire.
Elle nomme un·e ou plusieurs liquidateurs (liquidatrices).
L'actif net, s'il y a lieu, est dévolu au profit d'associations poursuivant des buts similaires ou caritatifs, conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.
Ces associations seront alors nommément désignées lors de ladite Assemblée Générale Extraordinaire.
L'actif ne peut être dévolu à un membre de l'association, même partiellement, sauf reprise d'un apport.
Les résultats du vote de la dissolution seront joints à la déclaration à la Préfecture.

* * * * * *

Fait à : CHAUMONT le 8 juillet 2022

La Coprésidente : Josyane ABTROUN

Le Coprésident : Patrice BERNARDO



Association ULTIME Liberté
Maison des associations
24, rue des platanes
52000 CHAUMONT
Tél. 07 50 05 89 84
infos@ultimeliberte.net http://ultimeliberte.net

DELIBERATION

Le Conseil d'Administration de l'association ULTIME LIBERTE approuve le dépôt d'une contribution auprès du Conseil Constitutionnel pour faire valoir son analyse du texte de loi voté le 15 juillet 2026 par l'Assemblée Nationale, de répondre aux griefs développés dans les saisines et d'appeler l'attention du Conseil sur les garanties constitutionnelles attachées notamment à la liberté personnelle, à l'autonomie de la personne et à la dignité.

A Chaumont le 21 juillet 2026

Le Secrétaire général
Pierre Blanchet

2026-910 DC - Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 29 juillet 2026

Contribution extérieure auprès du
CONSEIL CONSTITUTIONNEL
sur la saisine n° 2026-910 DC

Produite par : Le Groupe d'information et de soutien des immigré·es (Gisti)

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

Le Parlement a adopté, le 15 juillet 2026, la proposition de loi n° 3059 relative au droit à l'aide à mourir. En vertu de l'article 61 de la Constitution, le Conseil constitutionnel a été saisi par le Président du Sénat, par le Premier Ministre ainsi que par soixante sénateurs et par deux groupes de soixante députés pour contrôler la constitutionnalité du texte avant promulgation. Dans le cadre de ce contrôle, qui concernera notamment les conditions d'accès à l'aide à mourir prévues à l'article 4 de la loi, **la présente contribution extérieure vise à démontrer l'inconstitutionnalité d'une partie de ce texte, en tant qu'il exclut de l'accès à l'aide à mourir les personnes étrangères en situation administrative irrégulière**.

I) Exposé du contenu des dispositions contestées

L'article 4 de la loi présentement examinée prévoit cinq conditions pour l'accès à l'aide à mourir. La personne doit :

« *1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;*
« 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
« 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ;
« 4° Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
« 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

Si les points 3° et 4° de ce texte ont suscité d'amples débats lors des travaux parlementaires, les deux premiers, et notamment le 2° sur lequel porte la présente contribution, ont été l'objet de moindres discussions.

La double condition prévue au 2° de l'article 4 semble vouloir empêcher ce qui a pu être qualifié dans l'hémicycle de « tourisme » de la mort, à savoir éviter des personnes ne se rendent en France dans le seul but d'obtenir une aide à mourir, tout en préservant un « droit » à cette aide pour les personnes de nationalité française, même résidant à l'étranger.

Ont ainsi été retenues, **alternativement**, une condition de nationalité ou une condition de résidence « **stable et régulière** », une position qui n'avait fait l'objet d'aucune critique de la part du Conseil d'État dans son avis sur la question.

Certains amendements cependant été soutenus, avec avis défavorable du Gouvernement, afin de modifier cette double condition :

- soit pour limiter l'accès à l'aide à mourir aux seules personnes de nationalité française. C'était le cas, par exemple, de l'amendement n° 519 défendu à l'Assemblée nationale lors de la première séance du 19 mai 2025 ;
- soit pour préciser la durée de résidence exigible. L'amendement n°688, défendu à l'Assemblée nationale lors de la première séance du 19 mai 2025 visait ainsi à préciser que la personne demanderesse devait résider en France depuis au moins cinq ans, l'amendement n°592 visait à y substituer un critère de suivi médical régulier en France ;
- soit, à l'inverse, pour supprimer ces deux critères (voir par exemple les amendements AS416 et AS508 défendus devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale) ou les rendre alternatifs (amendement n° 1447 – AN première séance du 19 mai 2025).

Certains parlementaires ont pris la parole au cours des débats, pour contester cette condition de régularité du séjour :

- Mme Simonnet, lors de la première séance de l'Assemblée nationale du 12 mai 2025 a ainsi défendu la position d'une suppression de la condition de régularité du séjour : « *Plusieurs débats restent ouverts, que nous devons mener par amendements. C'est le cas de l'extension de ce nouveau droit aux personnes qui n'ont pas la nationalité française ou qui ne disposent pas d'un titre de séjour régulier. Il n'est pas supportable, face aux pires souffrances, de trier les vies selon les papiers. J'en appelle à votre humanité à toutes et à tous : ne cédez pas, ne vous alignez pas sur l'agenda de l'extrême droite ! Face au désespoir d'une situation irrémédiable, face à la mort, qui pourrait accepter qu'une personne se voie refuser ce qui est accordé à une autre, sous prétexte qu'elle n'a pas ses papiers ? Il faut impérativement que le texte soit changé sur ce point, car rien ne peut justifier une telle inhumanité. Jamais en France, dans nos hôpitaux publics, le personnel soignant n'a accepté et n'acceptera de trier en fonction de l'origine ou de la situation administrative* ».

- Mme Rousseau, lors de cette même séance, a affirmé : « *Une personne étrangère ne cotisant pas en France peut arriver aux urgences d'un hôpital, elle sera soignée. (…) Pour aucun soin, à aucune étape médicale on ne demande la carte d'identité ou la nationalité du patient. En l'occurrence, il s'agira de personnes sur le point de mourir dont les souffrances sont réfractaires à tout traitement, dont la maladie est incurable, qui se trouvent en phase terminale. Et nous allons leur dire que parce qu'elles ne sont pas Françaises, elles n'ont pas droit à l'aide à mourir ? C'est contraire à toute la philosophie de la France, à la philosophie des Lumières, au pacte social que nous avons conclu avant et après-guerre.* »

Au regard des débats parlementaires, et malgré quelques ambiguïtés qui seront pointées ci-après, le terme de « résidence régulière », renvoie donc bien au statut administratif des personnes de nationalité étrangères, qui ne pourraient donc accéder à l'aide à mourir que si elles sont autorisées à résider sur le territoire.

II) Sur le caractère anticonstitutionnel de cette disposition

Si le Conseil a bien souvent rappelé que, dans des domaines relevant de choix dits « de société », il ne s'attribuait pas le même pouvoir d'appréciation que celui du Parlement, il a malgré tout exercé son contrôle dans des domaines relevant de la bioéthique et, singulièrement, de la fin de vie (décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 et n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022). Il a, notamment, affirmé que le pouvoir du législateur de fixer les conditions « dans lesquelles la poursuite ou l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie peuvent être décidés » s'exerçait dans le respect des droits et libertés garantis par la Constitution et, en particulier, du **principe de liberté personnelle, de dignité et d'égalité devant la loi**.

En l'occurrence, nous avançons que refuser l'accès au droit à l'aide à mourir aux personnes étrangères en situation irrégulière porte une atteinte non justifiée à ces principes.

Le principe constitutionnel d'égalité ne s'oppose, certes, ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des motif d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit. Le Conseil constitutionnel a rappelé que, dans un certain nombre de domaines – tout ce qui a trait à l'entrée et au séjour notamment – les étrangers sont placés dans une situation différente de celle des nationaux et peuvent donc être régis par des règles différentes de celles qui s'appliquent aux nationaux. Pour autant, la nationalité n'est pas un critère qui permet d'établir systématiquement une **différence de traitement.**

La disposition ici discutée, conduit à traiter différemment, dans l'accès à la fin de vie :

- les personnes de nationalité française et les personnes étrangères puisque les secondes ne peuvent accéder à ce droit qu'en cas de résidence stable en France alors que les premières y ont accès sans condition de résidence ;
- des personnes étrangères entre elles, en fonction, non seulement de la stabilité de leur résidence en France, mais encore de la régularité de leur séjour.

Or, cette double distinction peut être contestée quant à ses justifications :

- Le fait d'attribuer ce droit à toutes les personnes de nationalité française, sans condition de résidence, semble vouloir en faire un droit de statut personnel, et a pu être justifié par le fait de vouloir permettre aux Français et Françaises résidant à l'étranger de pouvoir choisir de mourir auprès de leur famille en France[1]. Une position cohérente avec le fait que ce nouveau droit est explicitement rattaché à un droit des patients, lié au principe de liberté personnelle et au principe de dignité. Or, cette justification pourrait pareillement justifier que ce droit soit ouvert à tout résident de longue durée en France, quel que soit son statut, dès lors que cette résidence stable implique potentiellement la présence de proches auprès desquels la personne pourrait vouloir passer ses derniers instants.

- L'exigence d'une certaine *stabilité du séjour*, s'agissant des personnes étrangères, peut s'interpréter comme le refus du législateur que celles-ci viennent en France dans l'unique but

[1] V. Sénat, rapport de la commission des affaires sociales, n° 264, 7 janvier 2026,

de procéder à un acte d'aide à mourir. Cette position, qui s'inscrit dans le sillage de celle qui avait prévalu lors de la légalisation de l'IVG [2] peut trouver une justification. En revanche il n'y a pas de raison d'exclure de l'exercice de ce droit reconnu comme fondamental des personnes qui *résident effectivement* en France de façon stable et durable. On ne peut guère au demeurant les soupçonner d'avoir choisi de s'installer en France dans la seule perspective de pouvoir un jour exercer un tel droit !

Si la régularité du séjour pourrait s'entendre comme un facteur d'autonomie, les personnes en situation irrégulière pouvant apparaître comme plus vulnérables et donc moins à même de prendre librement la décision de demander l'aide à mourir, cette justification n'a du reste pas été invoquée par le Gouvernement, qui a entretenu une forme de flou sur les fondements de cette condition. Elle ne saurait en tout état de cause conduire à priver de l'accès à cette aide toutes les personnes dépourvues de titre de séjour sous le prétexte de vouloir les protéger.

Lors des débats, le Gouvernement comme le rapporteur à l'Assemblée nationale, ont ainsi pu défendre la condition de stabilité et de régularité du séjour en la rattachant à la question de **l'affiliation à la sécurité sociale**, notamment pour répondre à l'argument selon lequel il peut être difficile, pour des professionnels de santé, de juger de la régularité du séjour. Mme Catherine Vautrin a ainsi affirmé devant la représentation nationale que « *c'est l'affiliation à l'assurance maladie qui détermine la résidence stable et régulière, puisque, par définition, elle permet de constater que le patient est bien dans notre pays et qu'il y est effectivement soigné. Au-delà de son aspect administratif, cet élément veut dire que le médecin suit le patient et le connaît, ce qui est extrêmement important dans le cadre de la démarche dont nous parlons* » (première séance du 19 mai 2025 à l'Assemblée nationale). Le rapporteur général, M. Olivier Falorni affirmait, au soutien de cette condition : « *S'appuyer sur la notion de résidence stable et régulière permet par ailleurs d'assurer une coordination avec l'assurance maladie, qui vérifiera le respect de l'ouverture des droits sans imposer aux médecins une nouvelle charge de travail* » (même séance).

Ces affirmations suscitent une forme de confusion, puisqu'elles semblent suggérer que la condition de régularité, rapportée à l'affiliation à la Sécurité sociale, serait la preuve, d'une part, de la contribution du patient demandeur à la solidarité nationale et, d'autre part, du fait que l'aide à mourir s'inscrirait dans un parcours de soins plus long.

Or, la **régularité du séjour n'implique pas nécessairement l'affiliation à la Sécurité sociale, pas plus d'ailleurs que ne l'implique la nationalité française**. À l'inverse, une personne étrangère en situation irrégulière peut parfaitement faire l'objet d'un long suivi en France, être couverte par une couverture santé par le biais de l'AME et/ou de prestataires privés, et, par ailleurs, être contribuante net à la Sécurité sociale par le biais des cotisations issues du travail, même si elle n'en est pas bénéficiaire. Par ailleurs, l'affiliation à la Sécurité sociale peut parfois se prolonger plusieurs mois après la fin du droit au séjour[3].

Il apparaît donc que la différence de traitement opérée par la disposition discutée ne trouve aucune justification tenant à l'objet de la loi et qu'elle implique, dès lors, une rupture d'égalité

---

[2] V. Marie Mathieu, « Le droit à l'IVG : les étrangères aussi ! ». *Plein droit,* 2024/4 n° 143, 2024, p.18-21. On relève que la condition de régularité du séjour a été supprimée en 2000.

[3] Article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

injustifiée dans l'accès aux droits fondamentaux à la liberté personnelle et à la dignité sur lesquels est fondé ce nouveau droit à l'aide à mourir, et alors que les personnes concernées seraient, tant sur le plan de leur situation de santé que de leur autonomie individuelle, dans la même situation que des personnes de nationalité française ou d'autres personnes étrangères en situation régulière.

En prévoyant *l'interdiction* pure et simple de ces actes, la loi porte en outre atteinte à la liberté de conscience des soignants, dans l'impossibilité de répondre aux souffrances de leurs patients, non en raison de motifs médicaux ou de conditions tenant à garantir le libre consentement des personnes, mais uniquement en raison du statut administratif du patient, ce qui constitue une exception notable dans le champ du droit de la santé.

C'est pourquoi nous demandons que soient déclarés contraires à la Constitution les mots « *et régulière* » au 2° de l'article 4 de la loi déférée ou, *a minima*, qu'une réserve d'interprétation lise les termes « résidence stable et régulière » au sens de « résidence habituelle », sans considération pour la situation administrative des personnes.

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 30 juillet 2026

SPECIAL PROCEDURES
UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS COUNCIL

Contribution extérieure de Nazila Ghanea, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la liberté de religion ou de conviction, au Conseil constitutionnel français

Introduction

1. La Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la liberté de religion ou de conviction, Nazila Ghanea, a l'honneur de présenter le présent mémoire d'*amicus curiae* au Conseil constitutionnel français, en contribution extérieure, conformément à l'article 13 du Règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, dans le cadre de son examen de la loi relative au droit à l'aide à mourir, approuvée par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026 (affaire 2026-910 DC). Elle vise à fournir un avis expert et indépendant, fondé sur les normes internationales relatives aux droits de l'homme, afin d'éclairer les délibérations du Conseil. La Rapporteuse spéciale ne se prononce pas sur le bien-fondé éthique ou politique de la légalisation de l'aide à mourir en tant que telle. Ces observations ont été rédigées en anglais et traduites en français.

2. Le mandat du Rapporteur spécial des Nations Unies sur la liberté de religion ou de conviction a été créé par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies en 1986 et a été régulièrement renouvelé par le Conseil des droits de l'homme, en dernier lieu dans la résolution 58/5. La Rapporteuse spéciale fait partie du « système des procédures spéciales », qui constitue « un élément central du dispositif des Nations Unies pour les droits de l'homme et couvre tous les droits de l'homme, que ce soient les droits civils, culturels, économiques, politiques ou sociaux »[1]. Ils agissent en qualité d'experts indépendants en matière de droits humains, sélectionnés pour leur « a) compétence ; b) expérience dans le domaine couvert par le mandat ; c) indépendance ; d) impartialité ; e) intégrité personnelle ; f) objectivité ». Ils « s'engagent à défendre

[1] Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (« HCDH »), Procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme, https://www.ohchr.org/en/hrbodies/sp/pages/introduction.aspx

l'indépendance, l'efficacité, la compétence et l'intégrité en faisant preuve de probité, d'impartialité, d'honnêteté et de bonne foi » et « ne perçoivent pas de rémunération financière »[2].

3. Nazila Ghanea a été nommée Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la liberté de religion ou de conviction par le Conseil des droits de l'homme le 1er août 2022 et devrait exercer ses fonctions jusqu'au 31 juillet 2028.

4. Dans l'exercice de son mandat, la Rapporteuse spéciale jouit du statut juridique d'experte en mission pour les Nations Unies, au sens des articles VI et VII de la Convention sur les privilèges et immunités des Nations Unies, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 février 1946. Conformément à l'article VI, paragraphe 22, de la Convention, en sa qualité d'experte en mission pour les Nations Unies, la Rapporteuse spéciale jouit des privilèges et immunités nécessaires à l'exercice indépendant de ses fonctions, notamment de l'immunité de juridiction à l'égard des propos tenus ou écrits et des actes accomplis dans l'exercice de sa mission.

5. Le présent mémoire d'*amicus curiae* est soumis volontairement, sans préjudice des privilèges et immunités dont bénéficient l'Organisation des Nations Unies, ses fonctionnaires et ses experts en mission, conformément à la Convention de 1946 sur les privilèges et immunités des Nations Unies, et ne saurait être interprété comme une renonciation, expresse ou tacite, à ces privilèges et immunités.

6. La Rapporteuse spéciale précise en outre qu'aucune autorisation relative à la position et aux opinions exprimées dans le présent document, en pleine conformité avec l'indépendance de son mandat, n'a été sollicitée ou accordée par l'Organisation des Nations Unies, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, ni par aucun des fonctionnaires associés à ces organes.

La liberté de religion ou de conviction protège aussi bien les croyants que les non-croyants

7. L'article 18 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) protège la liberté de pensée, de conscience, de religion et de conviction en termes généraux, englobant les convictions théistes, non théistes et athées, ainsi que la liberté de ne professer aucune religion ou conviction. La manifestation de la liberté de religion ou

[2] HCDH, Procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme.

de conviction est détaillée dans le PIDCP et inclut le culte et l'accomplissement des rites, les pratiques et l'enseignement. L'objection de conscience relève clairement de l'accomplissement des rites et de la pratique.

8. Les questions relatives à la fin intentionnelle de la vie humaine soulèvent des convictions morales et existentielles profondes. Pour de nombreuses traditions religieuses, la participation à l'euthanasie ou au suicide assisté est incompatible avec leur foi. D'autres parviennent à des conclusions similaires pour des raisons philosophiques laïques. À l'inverse, certaines personnes considèrent l'aide à mourir comme compatible avec leurs convictions religieuses ou éthiques.

9. À cet égard, il est important de reconnaître le droit à l'objection de conscience, en droit comme en pratique, en ce qui concerne le refus de participer à des actes contraires à ses convictions religieuses, et de veiller à ce que ladite législation soit mise en œuvre de manière non discriminatoire, en adoptant des mesures d'aménagement raisonnable lorsque cela est possible afin de permettre aux personnes d'agir conformément à leurs convictions. Un cadre de pluralisme véritable doit être préservé, dans lequel l'État n'impose pas la participation et n'entrave pas non plus l'accès légal par des mesures discriminatoires.

La protection contre la participation forcée

10. La liberté de religion ou de conviction comprend la protection contre toute contrainte visant à obliger une personne à agir à l'encontre de sa conscience. Ce principe s'étend au-delà des professions de foi formelles et englobe tout comportement qui violerait gravement des convictions profondément ancrées.

11. En conséquence, la législation autorisant l'aide à mourir doit garantir une protection effective de l'objection de conscience aux personnes directement impliquées dans sa mise en œuvre, notamment les médecins, infirmiers et infirmières, pharmaciens et pharmaciennes, et les autres professionnels de santé dont la participation serait incompatible avec leurs convictions religieuses ou de conscience.

12. Cette protection doit être concrète et effective, conformément à l'article 18, paragraphe 2, du PIDCP, et garantir que les objecteurs ne fassent l'objet d'aucune sanction professionnelle, discrimination ou contrainte indirecte du seul fait de l'exercice de leur conscience.

La liberté institutionnelle

13. La liberté de religion ou de conviction protège également l'autonomie des communautés et institutions religieuses dans les domaines étroitement liés à leur identité religieuse.

14. Les hôpitaux, hospices et maisons de retraite confessionnels ne devraient pas être contraints d'autoriser ou de faciliter l'aide à mourir dans leurs locaux si cela contredisait fondamentalement leur éthique religieuse ou les empêcherait de poursuivre leur activité.

15. Le respect de l'autonomie institutionnelle s'inscrit dans le cadre plus large de la protection accordée aux communautés religieuses en vertu du droit international des droits de l'homme et contribue au pluralisme.

Équilibre des droits

16. La protection de la conscience ne saurait avoir pour conséquence de priver de leurs effets les droits créés par la loi. De même, la reconnaissance juridique de l'aide à mourir ne saurait porter atteinte aux libertés fondamentales protégées par les obligations internationales de la France.

17. Il est donc nécessaire de veiller à ce que la législation établisse un équilibre proportionné entre :

    - l'accès légal à l'aide à mourir lorsqu'elle est autorisée ;
    - la protection de la liberté de pensée, de conscience, de religion ou de conviction des professionnels et dans le cadre de l'exercice des services professionnels ;
    - l'égalité et la non-discrimination ; et
    - l'intégrité et l'indépendance de la profession médicale.

18. Un tel équilibre est conforme au principe de laïcité, entendu comme exigeant la neutralité de l'État à l'égard des convictions religieuses et philosophiques concurrentes, et non leur exclusion de la sphère publique.

Conclusion

19. La Rapporteuse spéciale fait respectueusement valoir que le droit à la liberté de religion ou de conviction exige, au minimum :

    a) une protection robuste de l'objection de conscience individuelle des professionnels de santé directement impliqués dans l'aide à mourir ;

    b) une protection contre toute discrimination ou tout désavantage professionnel résultant de l'exercice de l'objection de conscience ;

    c) le respect de l'autonomie des établissements de santé confessionnels, conformément à leur identité religieuse ou éthique ; et

    d) une interprétation de la législation qui préserve les obligations de la France au titre de l'article 18 du PIDCP.

20. La reconnaissance de l'aide à mourir et la protection robuste de la liberté de religion ou de conviction ne sont pas mutuellement exclusives. Toutes deux découlent de l'engagement constitutionnel en faveur de la dignité humaine, de la liberté de conscience et du respect du pluralisme dans une société démocratique.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Nazila Ghanea

Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la liberté de religion ou de conviction

À Oxford, Royaume-Uni

30 juillet 2026

2026-910 DC- Reçu au greffe du Conseil Constitutionnel le 5 août 2026

ALLIANCE DEFENDING FREEDOM INTERNATIONAL

Au Conseil Constitutionnel

Contribution extérieure au titre de l'art. 13 du Règlement intérieur du Conseil constitutionnel[1]
(*amicus curiae*)

relative à

Loi relative à l'aide à mourir (2026-910 DC)

déposée le 5 août 2026

1. Introduction

ADF International est une organisation de plaidoyer juridique fondée sur la foi qui protège les libertés fondamentales et promeut la dignité inhérente de toute personne. Outre son statut consultatif auprès de l'ECOSOC des Nations Unies (sous la dénomination « Alliance Defending Freedom ») et son accréditation auprès de l'Organisation des États américains, ADF International est inscrite au Registre de transparence de l'Union européenne, participe à la Plateforme des droits fondamentaux de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE et intervient dans la dimension humaine de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe. ADF International est particulièrement qualifiée pour fournir une analyse juridique substantielle au Conseil, ayant plaidé, assisté et exercé une intervention dans plus de soixante affaires devant la Cour européenne des droits de l'homme ; notamment, dans l'affaire *Mortier c. Belgique*, req. n° 78017/17, en qualité d'avocat principal (Counsel of Record), et en qualité de tiers intervenant dans l'affaire *Dániel Karsai c. Hongrie*, req. n° 32312/23. Nous soumettons respectueusement la présente contribution au Conseil, en nous appuyant sur notre expertise internationale et comparée en matière de droit à la vie, d'aide au suicide et de libertés garanties de conscience et de religion affectées par la légalisation de l'euthanasie. La loi relative à « l'aide à mourir » ne se contente pas de dépénaliser l'aide au suicide, mais crée également, pour certains patients, un nouveau droit de créance (claim-right) à obtenir une substance létale pour mettre fin à leur vie, et contraint le personnel de santé ainsi que les établissements de santé à administrer les préparations destinées à mettre fin à la vie du patient qui en fait la demande.

La présente contribution : (i) expose les obligations négatives et positives de l'État en matière de droit à la vie dans le cadre de l'aide au suicide ; (ii) analyse l'absence des garanties effectives prévues par la Loi relative à l'aide à mourir (2026-910 DC, ci-après : « la loi déférée ») ; (iii)

[1] *Règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution*, Décision n° 2022-152 ORGA du 11 mars 2022.

examine les restrictions portées aux libertés de conscience et de religion, tant dans leur dimension individuelle que collective, qu'introduit la loi déférée.

2. Droit à la vie et obligations positives de l'État

Il est superflu de rappeler que les pouvoirs publics (législatif, exécutif et judiciaire) doivent s'abstenir de donner la mort. Telle est la dimension défensive du droit à la vie – ne pas être tué par l'État.[2] Toutefois, les trois pouvoirs constitués doivent également protéger positivement la vie humaine contre d'autres sources de risque, par la voie législative (notamment le code pénal et la réglementation administrative de sécurité), par l'action de la police et de l'administration (notamment l'enquête pénale), et par l'office du juge. Lorsque la menace contre la vie émane de l'État ou de tiers auteurs d'infractions, la question ne soulève guère de difficulté. Cependant, les autorités publiques protègent également leurs propres citoyens contre les comportements auto-destructeurs par, inter alia, la réglementation de la circulation et de la sécurité. À titre d'exemples, l'on peut citer l'obligation de port du casque ou de la ceinture de sécurité, ainsi que la réglementation des lieux de travail ou des manifestations sportives. Dans les institutions placées sous la responsabilité directe des autorités publiques, tels les établissements hospitaliers et pénitentiaires, des mesures sont mises en œuvre afin de prévenir le suicide des patients et des détenus.[3] Au surplus, indépendamment de ces dispositifs concernant les personnes placées sous la garde particulière de la puissance publique, la Haute Autorité de santé a mis en place un programme de prévention du suicide pour l'ensemble de la population.[4]

Il existe une obligation positive particulière incombant aux États de protéger la vie lorsque l'État est « informé » (on notice) qu'un individu ou un groupe se trouve dans une situation de

---

[2] Cf. *Lambert et autres c. France,* [GC], req. 46043/14, 5.6.2015, § 117: «La Cour rappelle que la première phrase de l'article 2, qui se place parmi les articles primordiaux de la Convention en ce qu'il consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe (*McCann et autres c. Royaume-Uni*, 27 septembre 1995, §§ 146-147, série A no 324), impose à l'État l'obligation non seulement de s'abstenir de donner la mort « intentionnellement » (obligations négatives), mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (obligations positives) (*L.C.B. c. Royaume-Uni*, 9 juin 1998, § 36, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-III).»

[3] *Pretty c. Royaume-Uni*, req. 2346/02, 29.4.2002, §38: «Cette obligation va au-delà du devoir primordial d'assurer le droit à la vie en mettant en place une législation pénale concrète, dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations. Elle peut également impliquer, dans certaines circonstances bien définies, une obligation positive pour les autorités de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée par les agissements criminels d'autrui (arrêts *Osman c. Royaume-Uni*, 28 octobre 1998, *Recueil* 1998-VIII, p. 3159, § 115, et *Kılıç c. Turquie*, no 22492/93, §§ 62 et 76, CEDH 2000-III). Plus récemment, dans l'affaire *Keenan* précitée, l'article 2 a été jugé s'appliquer à la situation d'un détenu souffrant d'une maladie mentale qui donnait des signes indiquant qu'il pourrait attenter à ses jours (§ 91).»

[4] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363217/fr/prevention-du-suicide

vulnérabilité particulière (comme ce serait le cas lorsqu'une personne menace de se suicider, ou lorsque des menaces de violence sont formulées à l'encontre d'un événement déterminé). Le principe de la dignité de la personne humaine (Préambule de la Constitution de 1946)[5] et l'inviolabilité du corps humain (art. 16-1 du code civil) sont des normes d'ordre public. Conformément à ces principes, l'État ne prête pas son concours à des conduites auto-destructrices. Bien plus, le droit français va au-delà : en vertu de l'article 223-6 du code pénal, quiconque pouvant porter assistance à une personne en péril grave sans risque pour soi-même et s'abstenant volontairement de le faire est passible de sanctions — obligation qui s'étend à la personne tentant de mettre fin à ses jours. Tant le Conseil constitutionnel[6] que la Cour européenne des droits de l'homme ont consacré ces obligations positives de l'État dans une jurisprudence abondante.[7]

La situation de fin de vie ne constitue nullement une exception à cette règle. Le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité humaine — objectif de valeur constitutionnelle depuis la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 — conjugué à l'inviolabilité de la personne humaine (art. 16 du code civil) et au devoir d'assistance (art. 223-6 du code pénal), constitue le fondement constitutionnel interne de l'obligation de l'État de protéger la vie à tous ses stades, y compris en fin de vie. Ce cadre interne est confirmé par la Cour européenne des droits de l'homme : au titre des obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention, les autorités publiques doivent garantir des soins palliatifs de haute qualité aux personnes atteintes d'une maladie incurable (*Dániel Karsai c. Hongrie*, req. n° 32312/23, § 154).

À la différence de l'affaire *Lambert*, dans laquelle le litige — tant devant le Conseil d'État que devant la Cour européenne des droits de l'homme — portait sur la qualification des soins prodigués (hydratation et alimentation) en tant qu'*obstination déraisonnable* [8]; la loi déférée crée un nouveau « droit » de solliciter l'administration d'une substance létale en vue de mettre activement fin à la vie du demandeur et exclut simultanément toute responsabilité pénale des personnes coopérant au processus d'autorisation, de délivrance et d'administration de la préparation létale. Elle impose même aux pharmaciens et au personnel médical de participer à la procédure d'administration de la mort.[9]

---

[5] « le respect de la dignité de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public » (CE, Ass., 27 octobre 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*, n° 136727).

[6] Décisions n° 94-343/344 DC ("Bioéthique"), n° 2013-674 DC, n° 2017-632 QPC, n° 2022-1022 QPC.

[7] Cf. *Pretty c. Royaume-Uni*, no. 2346/02, ECHR 2002-III (29 avril 2002), *Lambert et autres c. France* [GC], no. 46043/14, ECHR 2015 (5 juin 2015), *Mortier c. Belgique*, no. 78017/17, 4 octobre 2022, *Karsai c. Hongrie*, no. 32312/23, 13 juin 2024.

[8] *Lambert et autres*, § 120 *in fine*.

[9] Cf. Arrêt CE, 19 juillet 2017, n° 402472, § 6: « l'article L. 1110-2 énonce que la personne malade a droit au respect de sa dignité ; que l'article L. 1110-9 garantit à toute personne dont l'état le requiert le droit d'accéder à des soins palliatifs qui sont, selon l'article L. 1110-10, des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

La question est dès lors de savoir si l'État est autorisé à administrer (ou à délivrer) une substance mortifère à une personne souffrante, atteinte d'une maladie incurable, qui entend mettre fin à ses jours (art. 2 à 4). Une telle coopération létale méconnaît directement le principe constitutionnel d'inviolabilité de la personne humaine (art. 16 du code civil) et l'obligation négative de l'État de s'abstenir de donner intentionnellement la mort — obligation que le Conseil constitutionnel a rattachée au principe de dignité humaine (décision n° 94-343/344 DC) et dont la Cour européenne des droits de l'homme a confirmé qu'elle ne saurait relever d'aucune des exceptions envisagées à l'article 2 de la Convention, lesquelles doivent être interprétées de manière stricte.[10] L'état de santé de la personne n'atténue en rien la protection conférée par le droit à la vie ; bien au contraire, il est susceptible de déclencher les obligations positives de l'État de prendre des mesures supplémentaires afin de protéger la vie, notamment par la fourniture des soins palliatifs de haute qualité (CE, 19 juillet 2017, n° 402472, *Karsai*, 2024, § 154).

Le raisonnement sous-jacent qui semble justifier cette protection amoindrie des personnes vulnérables repose sur l'inégale capacité des « personnes valides à se donner la mort » par rapport aux « personnes dans l'incapacité de le faire ».[11] Or, il n'existe aucun droit au suicide au titre de la Convention.[12] Par conséquent, il ne saurait y avoir de discrimination dans l'exercice prétendu d'un droit inexistant de disposer de sa propre vie.

3. Insuffisance des garanties

Au surplus, à supposer même, *arguendo*, qu'une loi de cette nature puisse être constitutionnellement admissible par principe, la loi déférée n'en encourt pas moins la censure, dès lors que les garanties qu'elle institue sont insuffisantes pour prévenir l'administration d'une substance létale à des personnes qui ne l'ont pas sollicitée ou qui ne remplissent pas les conditions de l'article 4 ni ne définit avec le degré de précision requis les personnes susceptibles d'en bénéficier. Le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité humaine (décision n° 94-343/344 DC) exige que toute mesure législative mettant en cause le droit à la vie soit entourée de garanties effectives proportionnées à la gravité des conséquences. Ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme l'a jugé, dans une affaire où ADF International représentait le requérant en qualité de conseil principal, Mortier c. Belgique : « la dépénalisation de l'euthanasie doit être

[10] *Pretty*, § 37: « Il définit les circonstances limitées dans lesquelles il est permis d'infliger intentionnellement la mort, et la Cour a appliqué un contrôle strict chaque fois que pareilles exceptions ont été invoquées par des gouvernements défendeurs (*ibidem*, p. 46, §§ 149-150). »

[11] *Pretty*, § 87.

[12] *Pretty*, § 39, 54: « L'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie [...] l'article 2 de la Convention […] ne confère nullement à l'individu un droit à exiger de l'Etat qu'il permette ou facilite son décès. »

accompagnée de la mise en place de garanties appropriées et adéquates afin de prévenir les abus et d'assurer ainsi le respect du droit à la vie ».[13]

En outre, le contrôle exercé sur la loi déférée ne saurait se limiter à la seule erreur manifeste d'appréciation. Le Conseil constitutionnel a constamment exercé un contrôle de proportionnalité renforcé lorsque des libertés fondamentales et des valeurs constitutionnelles sont en cause (cf. décision n° 2008-562 DC relative à la rétention de sûreté ; décision n° 2020-800 DC relative aux mesures d'urgence sanitaire). En l'espèce, l'acte est irréversible (la mort), il met directement en cause un principe de valeur constitutionnelle (la dignité, au sens de la décision du 27 juillet 1994), et il restreint l'exercice de libertés fondamentales (la liberté de conscience, art. 10 DDHC). La gravité de ces intérêts conjugués impose un contrôle de proportionnalité et non un contrôle restreint. Le Gouvernement ne saurait abriter l'insuffisance des garanties derrière la marge d'appréciation ordinaire du législateur lorsque le droit à la vie lui-même est en jeu.

Le Sénat, soixante sénateurs et le Premier ministre[14], ainsi que d'autres contributions extérieures[15], ont déjà exposé en détail au Conseil les carences des garanties établies par la loi déférée :

i) Les conditions d'accès à la substance létale sont vagues et subjectives (« souffrance qui ne peut être apaisée », « pronostic à court ou moyen terme »), engendrant une incertitude intrinsèque qui fait obstacle à un contrôle juridictionnel effectif ;

ii) La procédure collégiale médicale ne constitue pas un contrepoids adéquat : les deux médecins appelés à confirmer la demande ne sont pas tenus d'être indépendants l'un de l'autre ni de l'équipe soignante, et il ne leur est pas imposé de disposer d'une expertise relative à la pathologie sous-jacente du patient ;

iii) Le délai de réflexion (deux jours après confirmation) est manifestement insuffisant pour prémunir contre des décisions impulsives influencées par une détresse psychologique transitoire ou une prise en charge algologique inadéquate ;

iv) Aucune évaluation psychiatrique ou psychologique obligatoire n'est prévue afin de s'assurer que la demande procède d'une volonté libre et éclairée, non altérée par un état dépressif ou toute autre affection psychique susceptible de traitement ;

v) La loi ne prévoit aucun contrôle indépendant ex ante par une autorité juridictionnelle ou quasi juridictionnelle : la décision repose exclusivement sur l'équipe médicale, sans aucune forme de contrôle adjudicatif externe préalablement à l'administration de la substance létale ;

---

[13] § 139.

[14] https://www.senat.fr/salle-de-presse/communiques-de-presse/presse/16-07-2026/saisine-du-conseil-constitutionnel-par-gerard-larcher-president-du-senat.html

[15] Cf. ECLJ, *Contribution extérieure sur la Loi relative au droit à l'aide à mourir*, 28.7.2026, http://media.aclj.org/pdf/1-Contribution-ECLJ---CC---euthanasie.pdf

vi) Le droit de révoquer le consentement à tout moment est certes énoncé par la loi, mais le mécanisme procédural permettant d'enregistrer la révocation et d'interrompre le processus une fois la préparation létale délivrée n'est pas précisé avec la rigueur qu'exige le principe de sécurité juridique ; [16]

vii) Le dispositif de signalement et de suivi (commission ex post) est dépourvu de pouvoir coercitif et ne saurait suppléer l'absence de garanties effectives ex ante.

Dans l'affaire *Mortier c. Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme a examiné le cadre belge en matière d'euthanasie — considérablement plus détaillé que la loi déférée — et a conclu à la violation de l'article 2 de la Convention précisément en raison de l'insuffisance des garanties procédurales *ex ante*[17] et des carences du mécanisme de contrôle *ex post*.[18] Le système belge exigeait : l'avis indépendant d'un second médecin, un délai de réflexion d'un mois pour les patients non terminaux, une demande écrite circonstanciée, la consultation obligatoire de l'équipe soignante, et un contrôle ex post par une Commission fédérale disposant d'un pouvoir de saisine du ministère public. Malgré ces protections plus élaborées, la Cour a jugé que le cadre ainsi appliqué ne fournissait pas les garanties requises par l'article 2 de la Convention. La loi déférée française offre des protections procédurales moindres que le système belge que la Cour européenne des droits de l'homme a jugé insuffisant.

L'obligation de l'État de sauvegarder le droit à la vie emporte non seulement le devoir de s'abstenir de donner la mort, mais également celui de mettre en place un cadre législatif conçu pour assurer une protection effective. Lorsqu'un régime législatif autorise l'administration de substances létales, les garanties procédurales doivent être « pratiques et effectives, et non théoriques et illusoires » (*Mortier c. Belgique*, § 136).[19]

Le mécanisme de contrôle ex post institué par la loi déférée aggrave le vice constitutionnel. Une commission ex post examinant des cas d'administration létale déjà réalisés — alors que le patient est déjà décédé — ne saurait fournir la « protection effective » du droit à la vie qu'exigent la Constitution et la Convention. Le caractère irrémédiable de la mort impose que tout régime de garanties opère ex ante, avant l'accomplissement de l'acte irréversible, et non après celui-ci. Le contrôle ex post ne peut tout au plus que contribuer à la responsabilité systémique et à la détection de pratiques abusives, mais il ne saurait sauvegarder la vie de la personne dont les droits ont déjà été définitivement méconnus.

L'absence d'exigence d'un pronostic concret affaiblit davantage encore le dispositif de garanties. La loi déférée recourt au standard imprécis d'un pronostic « à court ou moyen terme » sans définir

---

[16] "le droit à un recours juridictionnel effectif impose que cette décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile"

[17] § 166.

[18] *Ibid*., § 183.

[19] P. 5.

ces notions temporelles ni exiger qu'elles fassent l'objet d'une évaluation médicale rigoureuse. Un régime de garanties constitutionnellement adéquat — en particulier lorsqu'il entoure une mesure d'une gravité aussi irréversible — doit permettre un contrôle juridictionnel effectif, ce qui présuppose des normes suffisamment claires et précises (art. 34 de la Constitution ; principe de clarté de la loi, décision n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006). L'indétermination des critères d'éligibilité rend le contrôle juridictionnel structurellement inefficace.

En effet, la difficulté à élaborer un régime protégeant les personnes vulnérables a été déterminante dans le rejet récent des lois sur l'aide au suicide par le peuple slovène lors d'un référendum, ainsi que par les parlements écossais et de Westminster (le projet de loi n'ayant pas été adopté dans le délai requis), et dans le recul des dispositions relatives à l'AMM (aide médicale à mourir) en Alberta, au Canada.

4. Atteintes aux libertés de conscience et de religion

La loi déférée soulève des griefs constitutionnels supplémentaires au regard de la liberté de conscience (art. 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789) et de la liberté religieuse (art. 1er de la Constitution de 1958), tant dans leur dimension individuelle que dans leur dimension collective ou institutionnelle. La loi déférée porte atteinte à ces libertés de deux manières : d'une part, en limitant la clause de conscience personnelle aux seuls médecins (art. 14 I) et en excluant les autres professionnels de santé qui sont pareillement tenus de participer à l'administration de la substance létale ; d'autre part, en imposant aux établissements — y compris ceux à caractère confessionnel — d'autoriser la procédure dans leurs locaux (art. 14 II), annihilant ainsi l'autonomie institutionnelle qui découle de l'exercice collectif de la liberté religieuse.

Ainsi que la saisine du Sénat l'a déjà souligné, la clause de conscience de l'article 14 I est limitée aux seuls médecins, excluant ainsi les pharmaciens, les infirmiers et les autres personnels de santé tenus de coopérer à la délivrance et à l'administration de la substance létale. Cette exclusion est constitutionnellement problématique dans la mesure où la liberté de conscience est garantie à toute personne sans distinction de profession (art. 10 DDHC), et toute restriction apportée à cette liberté doit être nécessaire, proportionnée et assortie de garanties adéquates (décision n° 2001-446 DC relative à la loi bioéthique). La loi déférée n'offre aucune justification de cette différence de traitement.

La logique de l'objection de conscience présuppose qu'une obligation est légalement imposée mais que la personne peut, en raison de convictions morales ou religieuses profondément ancrées[20], être dispensée d'accomplir personnellement l'acte.[21][22] Cette logique s'applique avec une force égale à l'ensemble des professionnels de santé que la loi déférée contraint à participer à la chaîne d'actes conduisant au décès du patient — qu'ils rédigent une prescription, délivrent la préparation létale,

[20] *Enver Aydemir c. Turquie*, 2016, § 81.

[21] *Adyan and Others c. Arménie*, 2017, §§ 67-68; *Teliatnikov c. Lituanie*, 2022, § 106.

[22] *Bayatyan c. Arménie* [GC], 2011, § 125; *Dyagilev c. Russie*, 2020, § 62.

ou en supervisent l'ingestion ou l'injection. L'absence de clause protégeant ces professionnels méconnaît le principe d'égale protection de la liberté de conscience et introduit une distinction hiérarchique injustifiée entre les personnels de santé.

Il convient de souligner que la question préalable n'est pas seulement de savoir si la clause de conscience est suffisamment large, mais si l'obligation sous-jacente d'administrer ou de coopérer à l'administration d'une substance létale est elle-même constitutionnellement valide. Si — comme nous le soutenons — l'État est constitutionnellement empêché de donner la mort (voir section 2 ci-dessus), alors la participation obligatoire à une telle administration aggrave la méconnaissance de la Constitution au lieu de constituer une obligation licite dont il serait possible d'être dispensé.[23]

La solution retenue par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Pichon et Sajous c. France* (déc., req. n° 49853/99, 2 octobre 2001) — qui n'a pas conclu à une violation lorsque des pharmaciens avaient refusé de délivrer des contraceptifs — est inopérante en l'espèce.

En l'espèce, l'acte se définit par son objet : il est irrévocable, il est dirigé vers la mort, et il fait du pharmacien non un fournisseur périphérique, mais un agent intentionnel dans le fait de provoquer la mort. La gravité, l'irréversibilité et la spécificité morale de cet acte le distinguent catégoriquement de la délivrance de produits pharmaceutiques considérés dans l'affaire *Pichon et Sajous* et engagent la clause de conscience à son niveau le plus fondamental.

S'agissant de la dimension collective, l'article 14 II de la loi déférée impose à l'ensemble des établissements de santé — sans exception pour ceux dont la mission fondatrice est inspirée par des convictions religieuses ou éthiques — de veiller à ce que la procédure d'administration létale soit réalisée dans leurs locaux. Cette disposition porte directement atteinte à l'autonomie institutionnelle des organisations confessionnelles de soins de santé, laquelle est protégée au titre de la dimension collective de la liberté religieuse (art. 1er de la Constitution ; art. 9 de la Convention européenne des droits de l'homme lu à la lumière de l'article 11 relatif à la liberté d'association).

Ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme l'a jugé dans l'affaire *Associated Society of Locomotive Engineers and Firemen (ASLEF) c. Royaume-Uni*, req. n° 11002/05, § 39 : « L'article 11 ne saurait être interprété comme imposant aux associations ou aux organisations l'obligation d'admettre dans leurs rangs toute personne souhaitant adhérer. Lorsque des associations sont formées par des personnes qui, épousant certaines valeurs ou certains idéaux, ont l'intention de poursuivre des buts communs, il serait contraire à l'essence même de la liberté en jeu de les empêcher de choisir leurs membres. »[24]

---

[23] Nous ne prenons pas en compte le personnel militaire en temps de guerre (art. 15 de la CEDH et protocoles n° 6 et 13 de la CEDH).

[24] *ASLEF c. Royaume-Uni,* requête n° 11002/05, 27 février 2007, § 39. En ce qui concerne plus particulièrement l'article 9 de la CEDH, voir *Svyato-Mykhaylivska Parafiya c. Ukraine, Église métropolitaine de Bessarabie c. Moldavie, Sindicatul « Păstorul cel Bun » c. Roumanie.* Voir également l'affaire *Fernández Martínez c. Espagne,*

Par analogie, un établissement confessionnel de soins dont la charte fondatrice et l'identité institutionnelle reposent sur l'inviolabilité de la vie humaine ne saurait être contraint d'accueillir dans ses locaux une procédure dont l'objet exclusif est de donner la mort. Une telle contrainte anéantit la substance de la liberté religieuse institutionnelle et la réduit à un simple droit individuel à une croyance privée, vidé de son contenu collectif et organisationnel. La loi déférée ne prévoit aucune exemption, aucun aménagement et aucun contrôle de proportionnalité pour les établissements dont l'identité est constituée par des engagements religieux ou éthiques incompatibles avec l'administration de la mort, et dont le personnel, ainsi que, dans de nombreux cas, les patients, choisissent de s'associer à un établissement en connaissance de son éthique, ou même précisément en raison de celle-ci.

5. Analyse comparée

Les évolutions récentes au sein des États membres du Conseil de l'Europe sont instructives. Si un nombre restreint d'États membres ont légalisé une forme d'aide à mourir, l'écrasante majorité continue de prohiber tant l'euthanasie que l'aide au suicide. En outre, plusieurs juridictions ayant envisagé ou adopté une telle législation se sont heurtées à des difficultés constitutionnelles et pratiques considérables qui confirment les préoccupations soulevées dans la présente contribution.

Parmi les quarante-six États membres du Conseil de l'Europe, l'euthanasie n'est autorisée que dans quatre d'entre eux (Belgique, Pays-Bas, Espagne et Luxembourg) et l'aide au suicide dans deux autres (Suisse, sous des régimes cantonaux spécifiques, et Autriche)Les quarante et un États membres restants maintiennent des incriminations pénales pour les deux pratiques — notamment la Pologne[25], la République tchèque[26] la Slovaquie,[27] la Hongrie,[28] la Roumanie,[29] la Grèce,[30] la

ainsi que l'Avis consultatif sur le statut des lieux monastiques et la compétence des tribunaux pour connaître d'un litige les concernant.

[25] § 150 Códe Penal.

[26] § 144 Códe Penal.

[27] § 154 Códe Penal.

[28] Section 162 Códe Penal.

[29] Article 182 Códe Penal.

[30] Articles 300-301 Códe Penal.

Bulgarie,[31] la Croatie,[32] la Finlande,[33] la Suède,[34] la Norvège,[35] et les pays baltes.[36]. Ce consensus écrasant — représentant environ 89 % des États membres du Conseil de l'Europe — milite fortement contre l'existence d'un consensus européen en faveur de l'admissibilité de la mise à mort administrée par l'État.

Plusieurs pays ont activement rejeté ou débattent actuellement de législations sur l'aide à mourir. Le Danemark maintient son incrimination pénale de l'aide au suicide.[37] Le Conseil danois d'éthique a recommandé de ne pas légaliser en 2023.[38] La Finlande a rejeté plusieurs projets de loi, ainsi que le Parlement écossais, plus tôt cette année. À Westminster, un projet de loi sur le suicide assisté a échoué en raison du nombre de préoccupations soulevées par voie d'amendements, qui n'ont pu être résolues avant la fin de la session.[39] Les préoccupations relatives à la sécurité des personnes vulnérables, à l'érosion de l'éthique médicale et à la difficulté de concevoir des garanties adéquates se retrouvent dans l'ensemble de ces débats nationaux.

L'expérience slovène récente est particulièrement pertinente : Cet État membre de l'Union européenne a adopté une loi sur l'euthanasie en juillet 2025, laquelle a ensuite été soumise à référendum. L'électorat a massivement rejeté cette loi, entraînant son abrogation.[40]

Si l'on peut parler d'un consensus européen en la matière, c'est un consensus en faveur de la protection de la vie: premièrement, elle confirme que le législateur français n'agit pas dans le cadre d'un ordre normatif stabilisé partagé par ses homologues européens ; deuxièmement, selon la jurisprudence de la Cour, selon la jurisprudence de la Cour, l'État demeure tenu par ses obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention de protéger la vie par des garanties effectives au titre de l'article 2 de la Convention de protéger la vie par des garanties effectives, pas plus qu'elle n'exonère le législateur des exigences de la Constitution française relatives à la protection de la dignité et à la proportionnalité des restrictions aux libertés fondamentales.

---

[31]Article 127 Códe Penal.

[32]Article 96 Códe Penal.

[33] La Finlande a rejeté plusieurs projets de loi. Toutefois, une initiative populaire sur ce sujet est actuellement en cours d'examen. La Finlande a rejeté plusieurs projets de loi. Toutefois, une initiative populaire sur ce sujet est actuellement en cours d'examen. Cf. https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Sivut/Tallenne-eutanasialakia-koskevasta-julkisesta-kuulemisesta-katsottavissa_11062025.aspx;
https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/KAA_4+2024.aspx

[34] Sections 4b and 7a Códe Penal.

[35] Articles 277-278 Códe Penal.

[36] Cf. https://wfrtds.org/worldmap/

[37] Sections 239-240 Códe Penal.

[38]https://www.etiskraad.dk/udgivelser/aktiv-doedshjaelp-og-doeende/udtalelse-om-doedshjaelp-2023

[39]https://bills.parliament.uk/bills/3774; https://www.parliament.scot/bills-and-laws/bills/s6/assisted-dying-for-terminally-ill-adults-scotland-bill

[40] https://www.zanima.me/slovenija-daje-upanje-svetu-da-je-mogoce-ustaviti-pohod-ideologije-smrti/

6. Conclusion

Pour l'ensemble de ces motifs, nous soumettons respectueusement que la loi déférée est contraire à la Constitution à plusieurs égards. Elle méconnaît le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité humaine (*objectif de valeur constitutionnelle*, décision n° 94-343/344 DC), l'inviolabilité de la personne humaine (art. 16 du code civil) et l'obligation positive de l'État de protéger la vie — obligations que la Cour européenne des droits de l'homme a confirmées au titre de l'article 2 de la Convention.

À supposer même, *arguendo*, qu'une telle législation puisse être constitutionnellement admissible par principe, les garanties prévues par la loi déférée sont manifestement insuffisantes pour satisfaire à l'exigence constitutionnelle de garanties effectives. La loi ne résiste pas au contrôle de proportionnalité renforcé applicable aux mesures de cette gravité : les critères d'éligibilité manquent de précision, aucun contrôle adjudicatif indépendant ex ante n'est prévu, le délai de réflexion est inadéquat et le mécanisme de contrôle ex post ne saurait remédier à la privation irréversible de la vie.

En outre, la loi déférée porte une atteinte injustifiée à la liberté de conscience (art. 10 DDHC) et à la liberté religieuse (art. 1er de la Constitution) en limitant la clause de conscience aux seuls médecins et en contraignant les établissements confessionnels à accueillir des procédures létales en méconnaissance de leur autonomie institutionnelle et de leur identité fondatrice.

En conséquence, nous invitons respectueusement le Conseil à déclarer l'incompatibilité de la loi déférée avec la Constitution, soit par voie de censure totale ou partielle, soit, subsidiairement, au moyen d'une réserve d'interprétation qui imposerait, à tout le moins : (a) l'extension de la clause de conscience à l'ensemble des professionnels de santé ; (b) la reconnaissance de l'objection de conscience institutionnelle au bénéfice des établissements confessionnels ; (c) l'instauration d'un contrôle ex ante obligatoire par une autorité juridictionnelle ou quasi juridictionnelle indépendante ; et (d) la clarification des critères d'éligibilité selon un standard permettant un contrôle juridictionnel effectif.

Respectueusement soumis pour le compte de l'intervenant,

Ass. Prof. Dr. Guillermo A. Morales Sancho, ADF International

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 10 août 2026

CONTRIBUTION EXTÉRIEURE

À l'attention du Conseil constitutionnel - Affaire n° 2026-910 DC
Loi relative au droit à l'aide à mourir (T.A. n° 332 du 15 juillet 2026 ; saisine du 16 juillet 2026)

Contribution présentée par Valérie FERRIER, journaliste (depuis 35 ans), spécialisée dans les questions scientifiques et médicales.

OBJET : conformité à la Constitution de l'article 16 de la loi déférée, en tant qu'il confie à la Haute Autorité de Santé la définition des substances létales et l'élaboration des recommandations relatives à leurs conditions d'utilisation

> *"For all the suffering that we see, there is also suffering that we don't see" (Au-delà de toute la souffrance que nous voyons, il y a aussi la souffrance que nous ne voyons pas).*
>
> Corrina Barrett Lain (Professeure de droit, Titulaire de Chaire à l'Université de Richmond (États-Unis). Extrait de "The untold story of lethal injection", avril 2025.

Introduction

La présente contribution n'a pas vocation à discuter l'opportunité politique, philosophique ou morale de la légalisation de l'aide à mourir. Son objet est exclusivement constitutionnel.

Bien que la citation du professeur Corrina Barrett Lain s'inscrive, à l'origine, dans le contexte de l'analyse clinique et juridique des injections létales, le constat transposable qu'elle formule éclaire directement la question soumise aujourd'hui au Conseil constitutionnel : celle des

conditions scientifiques et des garanties concrètes entourant un acte ayant pour finalité de provoquer délibérément la mort d'une personne.

La présente démonstration repose sur un moyen juridique précis : la méconnaissance par le législateur de l'étendue de sa propre compétence, sur le fondement de l'article 34 de la Constitution (grief d'incompétence négative), combinée aux exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (Préambule de 1946, al. 1er), de protection de la santé (Préambule de 1946, al. 11) et de respect de la liberté personnelle (DDHC de 1789, art. 2).

Cette contribution procède d'un constat issu de l'analyse des travaux parlementaires, des documents préparatoires publiés par les autorités sanitaires françaises, de rapports officiels émanant des États ayant légalisé l'aide à mourir, ainsi que de la littérature scientifique internationale consacrée aux protocoles d'administration des substances létales.

Ce constat est simple : pour la première fois dans notre droit, le législateur autorise un acte ayant pour finalité de provoquer délibérément la mort d'une personne, alors que les recommandations destinées à déterminer les substances utilisables et leurs conditions d'administration n'étaient pas achevées lors de l'adoption définitive de la loi.

L'article 16 de la loi déférée confie, en effet, à la Haute Autorité de Santé (HAS) la mission de définir les substances létales susceptibles d'être utilisées et d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur leurs conditions d'utilisation. Il s'agit, pour être précise, de l'article 16, paragraphe I, de la loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée définitivement par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026.

Cet article insère un 23° à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, confiant à la HAS la mission de :

> *« Définir les substances létales susceptibles d'être utilisées [...] et élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances »*

Ces recommandations doivent également porter sur les conditions de leur utilisation — ce qui fonde notamment les recommandations relatives à leur administration — en tenant compte des comptes rendus établis après l'utilisation de la substance létale, prévus au V de l'article L. 1111-12-7 du code de la santé publique. *(Référence officielle : texte adopté n° 332 du 15 juillet 2026, article 16, page 15).*

La difficulté soulevée ici ne tient pas au principe du recours à l'expertise scientifique, mais à la délimitation des compétences imposée par la Constitution. En vertu de l'article 34 de la

Constitution, il appartient au législateur de fixer lui-même les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques et la protection des exigences de valeur constitutionnelle qui s'y rattachent.

En renvoyant intégralement à une autorité scientifique le soin de déterminer, après le vote de la loi, les substances utilisables, leurs associations, leurs voies d'administration et les conduites à tenir en cas de complication — sans fixer au préalable dans la loi les exigences méthodologiques et les principes essentiels qui doivent encadrer ces recommandations —, le Parlement s'est dépossédé d'une garantie substantielle relevant de son domaine exclusif.

La loi renvoie, en effet, à la Haute Autorité de Santé (HAS), le soin de déterminer, après son adoption, les recommandations destinées aux professionnels appelés à mettre en œuvre cette nouvelle pratique.

À première vue, un tel renvoi pourrait apparaître comme un simple choix d'organisation entre le législateur et une autorité scientifique. L'analyse de l'expérience accumulée dans les États ayant légalisé l'aide à mourir invite toutefois à porter un autre regard sur cette question.

Depuis près de trente ans, les protocoles d'administration des substances létales n'y sont pas demeurés inchangés. Ils ont fait l'objet de révisions successives, motivées par les progrès de la pharmacologie, l'évolution des produits disponibles, mais aussi par les difficultés rencontrées dans la pratique clinique et les enseignements tirés de l'expérience de terrain. Loin de constituer un ensemble de règles définitivement stabilisées lors de l'adoption de la loi, ils demeurent un objet permanent d'observation, d'évaluation et d'adaptation scientifique.

Cette constatation ne conduit pas à remettre en cause les choix opérés par ces différents législateurs. Elle invite, en revanche, à s'interroger sur la nature juridique des protocoles eux-mêmes.

La loi déférée autorise, sous certaines conditions, l'administration d'une substance destinée à provoquer le décès d'une personne. Contrairement à la plupart des actes médicaux, cette intervention présente une caractéristique déterminante : son effet recherché est irréversible. Une fois les substances administrées, il n'existe plus aucune possibilité de revenir en arrière sur leurs effets ni d'en corriger les conséquences.

Cette irréversibilité confère une portée particulière aux garanties qui entourent la mise en œuvre de la loi.

Il appartient au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, de ne pas priver de garanties légales les exigences constitutionnelles en cause. En matière de fin de vie, cette compétence doit s'exercer dans le respect, notamment, de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de la protection de la santé et de la liberté personnelle. Le législateur peut, certes, confier à une autorité extérieure les choix pharmacologiques et l'actualisation des recommandations ; il lui appartient toutefois de fixer lui-même les garanties essentielles qui encadrent cette habilitation.

Lorsque les conditions scientifiques de mise en œuvre d'un acte, ayant pour finalité de provoquer la mort d'une personne, demeurent durablement évolutives, leur définition peut-elle être regardée comme une simple modalité technique d'application de la loi ? Ou concerne-t-elle des garanties dont il appartenait au législateur de fixer lui-même les éléments essentiels en vertu de l'article 34 de la Constitution ?

C'est à cette seule question que la présente contribution est consacrée.

I. Les protocoles élaborés par la Haute Autorité de Santé participent aux garanties légales de mise en œuvre de l'aide à mourir

Toute la question est ainsi celle de la nature des protocoles dont l'élaboration est confiée à la Haute Autorité de Santé.

S'ils ne constituaient que des recommandations techniques, comparables à des référentiels de bonnes pratiques, leur élaboration pourrait légitimement relever d'une autorité scientifique. En revanche, s'ils déterminent concrètement les conditions dans lesquelles la loi autorise l'administration d'une substance destinée à provoquer la mort, ils participent directement aux garanties légales dont il appartenait au législateur de fixer les éléments essentiels.

L'analyse de leur contenu conduit à retenir, sans équivoque, cette seconde qualification.

Les protocoles appelés à être élaborés par la Haute Autorité de Santé ne se bornent pas à organiser matériellement l'exécution de la loi. Ils devront notamment déterminer les substances susceptibles d'être utilisées, les critères permettant de choisir entre elles, les doses et les associations médicamenteuses, les voies d'administration adaptées à l'état clinique du patient, les modalités de préparation des produits, les conditions de surveillance précédant le décès, les conduites à tenir en cas de difficulté d'administration ou de complication, les conditions dans lesquelles une

administration complémentaire pourra être réalisée ainsi que les modalités de constatation de l'issue de la procédure.

Aucun de ces éléments n'est accessoire. Ensemble, ils définissent les conditions scientifiques, pharmacologiques et cliniques dans lesquelles sera mise en œuvre l'autorisation donnée par la loi. Ils ne se réduisent donc pas à de simples modalités d'organisation ; ils conditionnent concrètement les garanties entourant l'exécution d'un acte dont la finalité est de provoquer irréversiblement la mort d'une personne.

Cette analyse est, au demeurant, confortée par l'expérience des États ayant légalisé l'aide à mourir.

Si ces protocoles relevaient de simples modalités techniques, leur contenu serait aujourd'hui stabilisé. Or, l'expérience étrangère révèle, au contraire, qu'aucun des États concernés ne les considère comme définitivement établis. Les protocoles font l'objet d'évaluations continues, d'adaptations successives et de révisions régulières, afin d'intégrer l'évolution des connaissances scientifiques, des données pharmacologiques et des retours d'expérience issus de leur mise en œuvre.

Cette évolution permanente montre que ces protocoles ne constituent pas un simple mode opératoire. Ils traduisent, à un moment donné, les choix scientifiques regardés comme offrant les garanties les plus appropriées pour encadrer une pratique dont la conséquence recherchée est irréversible. Dès lors, le renvoi opéré au profit de la Haute Autorité de Santé porte nécessairement sur des choix qui participent eux-mêmes à la définition des garanties concrètes de la loi.

Cette qualification éclaire la portée de la chronologie retenue par le législateur.

Habituellement, lorsqu'une pratique médicale est autorisée par la loi, le Parlement intervient alors que les principales données scientifiques permettant son application sont déjà identifiées, même si elles demeurent susceptibles d'évoluer au rythme des progrès de la médecine. En l'espèce, la situation est différente. La chronologie de l'élaboration des recommandations éclaire la difficulté. La Haute Autorité de santé a été saisie par le ministre chargé de la santé le 9 février 2026. Elle a publié une note de cadrage le 4 juin 2026 et annoncé début juillet, la publication de ses recommandations pour la fin de l'année 2026. Les travaux scientifiques n'étaient donc qu'à peine ébauchés lors de l'adoption définitive de la loi, intervenue le 15 juillet 2026.

Au moment où le Parlement s'est prononcé, les protocoles destinés à encadrer l'administration des substances létales n'existaient pas encore. Les molécules finalement retenues, les associations, les voies d'administration, les adaptations aux situations cliniques, la conduite à tenir en cas de difficulté et les modalités de révision du protocole ne figuraient pas dans la loi

soumise au vote. Tous ces éléments devaient être élaborés ultérieurement par la Haute Autorité de Santé.

Il ne s'agit pas de mettre en cause la compétence scientifique de cette institution. La difficulté ne réside pas dans une absence de tout travail préparatoire. Elle réside dans la dissociation entre l'autorisation législative de la pratique et la détermination définitive de ses conditions scientifiques de mise en œuvre. Ces conditions supposent des arbitrages entre substances, stratégies pharmacologiques, voies d'administration, réponses aux incidents possibles... ; elles reposent sur un état des connaissances nécessairement évolutif.

Lors de l'adoption définitive, une partie substantielle des garanties scientifiques concrètes demeurait ainsi à déterminer. Cette indétermination ne concernait pas seulement l'organisation matérielle du dispositif : elle portait sur les conditions destinées à assurer la fiabilité de l'administration, la maîtrise de ses complications et le respect de la dignité de la personne. Or, comme le souligne Ferdinand Mélin-Soucramanien, *« la garantie du principe de dignité de la personne humaine est (...aussi assurée par) celle du droit d'être traité humainement »*.

La question soumise au Conseil constitutionnel peut dès lors être formulée avec précision. Le législateur pouvait-il autoriser un acte ayant pour objet de provoquer irréversiblement la mort d'une personne tout en renvoyant à une phase ultérieure la détermination des garanties scientifiques qui conditionnent concrètement sa réalisation ? Le législateur pouvait-il renvoyer à la HAS la détermination de ces conditions sans fixer lui-même les exigences minimales gouvernant l'élaboration, la publicité, l'évaluation, la révision et le contrôle des recommandations à venir ?

La singularité de la loi déférée tient ainsi moins à une inversion absolue de la chronologie qu'à l'insuffisante articulation entre la décision législative et la finalisation ultérieure des garanties scientifiques. Le grief porte sur l'absence de principes législatifs suffisamment précis encadrant cette finalisation et ses révisions futures.

La question constitutionnelle est dès lors clairement circonscrite.

Si les recommandations de la HAS participent aux garanties entourant l'exercice du droit institué par la loi, le législateur pouvait-il en renvoyer la définition à une autorité scientifique, sans préciser les exigences essentielles auxquelles elles doivent satisfaire au regard de l'article 34 de la Constitution et des exigences constitutionnelles attachées à la dignité, à la protection de la santé et à la liberté personnelle ?

Les développements qui suivent montrent que l'expérience, désormais acquise dans les États ayant légalisé l'aide à mourir, confirme pleinement cette qualification. Partout où cette pratique est autorisée, les protocoles d'administration demeurent un objet permanent

d'observation, d'évaluation et de révision, précisément parce qu'ils déterminent les garanties concrètes entourant la mise en œuvre de l'acte.

II. L'expérience étrangère, acquise avant l'adoption de la loi, démontrait déjà que les protocoles d'administration constituent un objet permanent d'élaboration, d'évaluation et de révision

Lorsque le Parlement Français a adopté la loi déférée, plusieurs États disposaient déjà de nombreuses années, parfois de plusieurs décennies, d'expérience pratique.

Le législateur ne statuait donc pas dans un domaine entièrement inédit. Il pouvait connaître les enseignements tirés des systèmes étrangers ayant été confrontés aux mêmes interrogations scientifiques et cliniques.

Or, ces enseignements présentent une remarquable convergence.

Quels que soient les modèles juridiques retenus, les autorités sanitaires, les organismes professionnels et les équipes de recherche n'ont jamais considéré les protocoles d'administration comme définitivement stabilisés.

Bien avant la France, d'autres pays se sont engagés sur la voie de l'aide à mourir médicalisée, parmi lesquels quatre exemples qui font l'objet de ce chapitre :

- **l'Oregon** (États-Unis) : **1994** (adoption par référendum du *Death with Dignity Act*), entré en vigueur en 1997 après des recours judiciaires. Il s'agit du suicide assisté, pas de l'euthanasie.
- **les Pays-Bas** : **2001** (loi adoptée), **entrée en vigueur en 2002**. Premier pays à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté sous conditions.
- **la Belgique** : **2002**. Légalisation de l'euthanasie (le suicide assisté n'est pas réglementé par une loi spécifique, mais il peut relever du même cadre juridique dans certains cas).
- **le Canada** : **2016** (*Medical Assistance in Dying* – MAID). La loi autorise l'euthanasie (administration par un professionnel) et le suicide assisté sous certaines conditions.

L'expérience de ces États fait apparaître des difficultés analogues, récurrentes, et qui perdurent jusqu'à aujourd'hui, tenant, notamment, aux incertitudes physiopathologiques, aux complications imprévues et aux tensions d'approvisionnement en certains produits.

Quelle que soit la diversité des systèmes juridiques retenus, tous ont entrepris et poursuivent une activité permanente d'observation des pratiques, de collecte des incidents, d'analyse pharmacologique et de révision des recommandations cliniques.

Si les protocoles constituaient de simples modalités techniques d'exécution, leur contenu serait aujourd'hui largement fixé dans les États qui disposent de plusieurs décennies de pratique.

Or, ce n'est nulle part le cas.

Cette convergence internationale attire l'attention en ce qu'elle révèle que les protocoles ne constituent pas un simple mode opératoire accessoire. Ils demeurent un objet autonome de recherche scientifique dont l'évolution est directement alimentée par les difficultés rencontrées au cours de leur mise en œuvre. La quête du Graal que serait le protocole d'euthanasie parfait, jusqu'à ce jour, est restée vaine.

A. L'expérience de l'Oregon : après trente ans de pratique, les protocoles d'administration constituent toujours un objet permanent de recherche scientifique

L'expérience de l'Oregon présente, dans le cadre du présent contrôle de constitutionnalité, une valeur particulière. Premier État à avoir effectivement mis en œuvre un régime légal d'aide médicalisée à mourir, il offre désormais près de trente années de recul. Cette ancienneté permet d'apprécier non seulement le fonctionnement général du dispositif, mais également l'évolution des garanties scientifiques qui entourent sa mise en œuvre.

Cette expérience revêt une importance directe pour la présente instance. Le législateur français a renvoyé à la Haute Autorité de Santé le soin d'élaborer les protocoles d'administration des substances létales après l'adoption de la loi. La question n'est donc pas de savoir si ces protocoles présentent une utilité médicale. Elle consiste à déterminer leur nature juridique : constituent-ils de simples modalités techniques d'exécution ou participent-ils, au contraire, des garanties légales indispensables à l'exercice d'une liberté dont la conséquence recherchée est irréversible ?

L'expérience de l'Oregon apporte à cette question une réponse particulièrement éclairante. Si les protocoles ne relevaient que d'une technique désormais parfaitement maîtrisée, près de trois décennies d'application auraient dû conduire à leur stabilisation. Les données institutionnelles, la littérature scientifique et les recommandations professionnelles montrent exactement l'inverse. Les protocoles continuent d'être observés, discutés, modifiés et perfectionnés au regard des enseignements tirés de la pratique clinique. Ils demeurent ainsi un objet permanent de recherche scientifique.

I. Une surveillance institutionnelle continue depuis l'entrée en vigueur du *Death with Dignity Act*

Loin de considérer que l'adoption de la loi aurait définitivement résolu les difficultés scientifiques liées à l'administration des substances létales, le législateur de l'Oregon a institué un dispositif permanent de suivi de son application.

Depuis 1998, l'Oregon Health Authority est chargée de recueillir les données relatives à chaque mise en œuvre du *Death with Dignity Act* et de publier un rapport annuel. Cette mission ne consiste pas uniquement à établir le nombre de prescriptions délivrées ou de décès intervenus. Elle vise également à suivre les caractéristiques médicales de la procédure elle-même afin d'en apprécier le déroulement concret et d'identifier les évolutions susceptibles d'améliorer les pratiques.

Cette surveillance est demeurée ininterrompue depuis l'entrée en vigueur de la loi. Vingt-sept rapports annuels successifs ont été publiés, couvrant l'ensemble de la période 1998-2024. Cette continuité institutionnelle constitue déjà, en elle-même, un enseignement. Si les protocoles d'administration relevaient d'une technique définitivement stabilisée, un tel suivi détaillé aurait progressivement perdu son intérêt. Le maintien de cette observation, pendant près de trente ans, traduit au contraire la conviction des autorités sanitaires que les modalités d'administration demeurent un sujet d'évaluation scientifique.

Les rapports annuels ne se limitent d'ailleurs pas à un recensement statistique des décès. Ils recueillent notamment les substances effectivement prescrites, leur évolution au cours du temps, ainsi que, lorsque les informations sont disponibles, le délai séparant l'ingestion des médicaments du décès. Ce dernier indicateur est particulièrement révélateur. Son maintien constant dans les rapports officiels montre que la prévisibilité pharmacologique de la procédure continue d'être regardée comme une donnée essentielle de son évaluation.

Les résultats publiés confirment cette nécessité de surveillance.

Les rapports américains mettent également en évidence une évolution continue des substances utilisées. Les premières années d'application reposaient principalement sur le recours au sécobarbital, puis au pentobarbital. La disparition progressive de ces spécialités a conduit les praticiens à élaborer de nouvelles associations médicamenteuses. Les rapports de l'Oregon permettent ensuite de suivre l'adoption successive des protocoles DDMP, DDMA puis DDMAPh, lequel représentait près de 87 % des administrations documentées en 2024. Les recommandations professionnelles publiées en 2025 évoquent déjà l'apparition d'une nouvelle combinaison, dénommée DDHAPh.

Cette succession de protocoles présente une portée qui dépasse largement l'évolution de la pharmacopée disponible. Elle révèle que les modalités d'administration ne sont pas regardées comme définitivement acquises. Chaque nouvelle association médicamenteuse fait l'objet d'une observation clinique, d'une comparaison avec les protocoles antérieurs et, le cas échéant, d'une nouvelle adaptation des recommandations professionnelles.

Il importe de souligner que cette évolution ne résulte pas uniquement de contraintes d'approvisionnement pharmaceutique. Les organisations professionnelles américaines spécialisées dans l'aide médicalisée à mourir ont progressivement constitué des bases de données cliniques destinées à comparer les résultats obtenus avec les différents protocoles. Elles analysent, notamment, les délais jusqu'à la perte de conscience, les délais jusqu'au décès, les difficultés d'administration et les facteurs associés aux décès prolongés. Les recommandations actuellement diffusées sont expressément présentées comme des recommandations fondées sur les données de l'expérience clinique (*evidence-based best practices*), et non comme la simple reconduction de pratiques empiriques.

Ainsi, près de trente années après la légalisation, l'expérience de l'Oregon conduit à un premier constat. Les protocoles d'administration demeurent soumis à une surveillance institutionnelle permanente, à une collecte continue de données et à une réévaluation scientifique régulière. Cette seule circonstance suffit à démontrer qu'ils ne peuvent être assimilés à de simples modalités techniques définitivement fixées lors de l'adoption de la loi.

Cette première observation appelle toutefois une analyse plus approfondie. Si les protocoles continuent d'évoluer, c'est parce que l'expérience clinique met régulièrement en évidence des difficultés d'administration, des complications et des situations imprévues qui conduisent les praticiens à adapter leurs recommandations. L'examen de ces incidents permet de mesurer plus précisément la nature des garanties scientifiques en cause.

II. Les incidents cliniques observés démontrent que les protocoles d'administration demeurent un objet permanent d'évaluation

La surveillance organisée par l'Oregon Health Authority ne poursuit pas un objectif exclusivement statistique. Elle répond à une finalité de santé publique : identifier les difficultés rencontrées lors de l'administration des substances létales, mesurer leur fréquence, suivre leur évolution et améliorer les recommandations cliniques. Cette démarche explique que, près de trente ans après l'entrée en vigueur du *Death with Dignity Act*, les rapports annuels continuent de recueillir des informations détaillées relatives au déroulement des administrations.

Les données publiées montrent d'abord que l'administration des substances létales ne suit pas un déroulement uniforme.

En 2024, 376 patients sont décédés après avoir ingéré les médicaments prescrits. Pour les 261 dossiers dans lesquels cette information était disponible, soit environ 69 % des cas, le délai entre l'ingestion et le décès variait de sept minutes à vingt-six heures, avec une médiane de cinquante-trois minutes. Le délai jusqu'à la perte de conscience présentait également une variabilité importante, comprise entre une et cinquante-cinq minutes, pour une médiane de cinq minutes. L'Oregon Health Authority continue de publier ces indicateurs chaque année, signe qu'ils constituent toujours des paramètres essentiels de l'évaluation des protocoles d'administration.

Cette variabilité n'est pas un phénomène récent. Dès l'étude portant sur les dix-huit premières années d'application du *Death with Dignity Act*, les auteurs relevaient que le délai entre l'ingestion et le décès pouvait varier d'une minute à 6 240 minutes, soit plus de quatre jours, pour une médiane de vingt-cinq minutes.

Les rapports annuels permettent également de mesurer la nature des incidents rencontrés.

Les données cumulées publiées dans le rapport 2024 recensent 59 difficultés d'ingestion ou régurgitations, 5 crises convulsives, 20 autres complications et 9 reprises de conscience après l'administration des médicaments létaux. Ces événements sont recensés depuis plusieurs années afin d'être suivis dans le temps et comparés entre les différents protocoles utilisés.

Ces chiffres doivent toutefois être relativisés. Pour ce qui est des complications, les rapports indiquent ainsi que, sur les 3 171 décès pour lesquels cette rubrique est renseignée, 2 037 sont classés dans la catégorie « Unknown », faute d'informations suffisantes permettant d'établir si une complication est survenue ou non. À l'inverse, 1 122 dossiers mentionnent expressément l'absence de complication. Cette proportion importante de données manquantes interdit de tirer des conclusions sur la fréquence exacte des incidents observés ; elle ne remet toutefois nullement en cause leur intérêt scientifique. Au contraire, le maintien de cette collecte pendant près de trente ans démontre que ces événements sont considérés par les autorités sanitaires comme des indicateurs cliniques suffisamment importants pour justifier une surveillance continue.

Les rapports montrent, d'ailleurs, que ces difficultés ne se limitent pas aux premières années d'application de la loi. En 2024 encore, sept patients ont présenté des difficultés d'ingestion ou des régurgitations, un patient a présenté une crise convulsive et un autre une complication d'une autre nature. En 2023, les chiffres étaient respectivement de huit, un et un. L'existence persistante de tels incidents, malgré près de trois décennies d'expérience, confirme que la pratique demeure un objet permanent d'observation et d'amélioration.

Ces constats ont directement alimenté la recherche clinique. Les travaux publiés à partir des données de l'Oregon ont progressivement identifié plusieurs facteurs susceptibles d'allonger le délai jusqu'au décès ou de compromettre l'absorption des médicaments : gastroparésie, occlusion

intestinale, vomissements, cachexie, troubles de la déglutition, pathologies digestives, ainsi qu'une tolérance élevée aux opioïdes ou aux benzodiazépines. Les recommandations professionnelles invitent désormais les prescripteurs à rechercher systématiquement ces facteurs avant toute prescription, à adapter les doses lorsque cela est nécessaire et, dans certaines situations, à envisager une autre voie d'administration. Les protocoles contemporains résultent ainsi d'un processus continu de réévaluation fondé sur les observations accumulées depuis 1998.

L'expérience de l'Oregon fait ainsi apparaître une véritable chaîne scientifique. Les incidents observés sont enregistrés par l'autorité sanitaire ; ces données alimentent les travaux de recherche ; les résultats de ces recherches conduisent à l'évolution des recommandations professionnelles ; ces nouvelles recommandations donnent naissance à de nouveaux protocoles, lesquels font à leur tour l'objet d'une surveillance. Les protocoles d'administration ne constituent donc pas de simples modalités techniques d'exécution de la loi. Ils sont eux-mêmes un objet permanent d'observation scientifique et participent directement des garanties entourant la mise en œuvre d'un acte dont la conséquence recherchée est irréversible.

III. L'évolution des protocoles d'administration toujours actuelle

L'expérience acquise en Oregon montre que les protocoles d'administration n'ont jamais été figés. Depuis l'entrée en vigueur du *Death with Dignity Act*, les praticiens ont successivement modifié la composition des préparations létales, leurs modalités d'administration et les critères de sélection des patients afin de répondre aux difficultés mises en évidence par la pratique clinique. Les protocoles actuellement recommandés sont ainsi le résultat d'une évolution continue fondée sur l'observation scientifique et non d'un choix initial demeuré inchangé.

Au cours des premières années d'application de la loi, les médecins prescrivaient essentiellement un barbiturique à forte dose, le plus souvent du sécobarbital, puis du pentobarbital. Ces molécules, administrées seules, présentaient l'avantage d'une efficacité connue mais sont progressivement devenues difficilement disponibles et particulièrement coûteuses. Cette situation a conduit les praticiens à rechercher des associations médicamenteuses susceptibles d'offrir une efficacité comparable.

Cette chronologie montre que les protocoles n'ont cessé d'être révisés. Les publications de l'Academy of Aid-in-Dying Medicine retracent elles-mêmes cette évolution : remplacement du DDMP par le DDMA en décembre 2019, abandon du DDMP2 en juillet 2020, ajout du phénobarbital en janvier 2021, nouvelles données confirmant l'intérêt du DDMAPh en août et décembre 2021, actualisation des recommandations en octobre 2022, puis étude spécifique

consacrée en 2025 à la substitution de l'hydromorphone à la morphine. Cette succession de mises à jour illustre l'existence d'un processus permanent d'évaluation scientifique des protocoles.

L'évolution ne concerne pas uniquement la composition des préparations. Les recommandations professionnelles imposent désormais une évaluation préalable de nombreux facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité du protocole : gastroparésie, occlusion intestinale, dysphagie, vomissements, cachexie, maladies digestives, tolérance aux opioïdes ou aux benzodiazépines, ainsi que les autres « facteurs de décès prolongé » identifiés par l'Academy.

Elles prévoient également une prémédication antiémétique systématique par ondansétron et métoclopramide, l'adaptation éventuelle des doses, voire le recours à une autre voie d'administration lorsque la voie orale apparaît inadaptée. Les protocoles ne se réduisent donc pas à une combinaison de substances létales ; ils constituent un ensemble cohérent de règles pharmacologiques et cliniques destinées à améliorer la sécurité et la prévisibilité de la procédure.

Cette évolution permanente est alimentée par un dispositif structuré de collecte des données. L'Academy recueille, pour chaque administration, des informations relatives au protocole utilisé, aux doses administrées, aux facteurs de risque, aux difficultés d'ingestion, au délai jusqu'à la perte de conscience, au délai jusqu'au décès, aux complications observées et aux événements inattendus. Les données ainsi collectées sont analysées afin d'actualiser les recommandations professionnelles et de proposer, lorsque cela apparaît nécessaire, de nouveaux protocoles.

Les principales étapes de cette évolution sont les suivantes :

Période	Protocole	Composition	Justification scientifique
Jusqu'en 2015	Barbituriques	Sécobarbital ou pentobarbital	Protocoles historiques progressivement abandonnés en raison de leur coût et de difficultés d'approvisionnement.
2015	DDMP	Diazépam (1 g), Digoxine (100 mg), Morphine (15 g), Propranolol (2 g)	Première association destinée à remplacer les barbituriques devenus difficilement accessibles.
2019	DDMA	Diazépam (1 g), Digoxine (100 mg), Morphine (15 g), Amitriptyline (8 g)	Le propranolol est remplacé par l'amitriptyline afin d'améliorer la fiabilité pharmacologique du protocole ; les recommandations de l'Academy abandonnent progressivement le DDMP2 au profit du DDMA.

Janvier 2021	DDMAPh	Diazépam (1 g), Digoxine (100 mg), Morphine (15 g), Amitriptyline (8 g), Phénobarbital (5 g)	L'ajout du phénobarbital est proposé après l'analyse des premières données multicentriques afin de réduire les décès prolongés et d'améliorer la prévisibilité des résultats.
2024-25	DDHAPh	Diazépam, Digoxine, Hydromorphone (en remplacement de la morphine), Amitriptyline, Phénobarbital	La substitution de l'hydromorphone fait l'objet d'une évaluation spécifique à partir des nouvelles données recueillies par l'Academy. En 2025, ce protocole représente déjà 13 % des prescriptions en Oregon.

L'expérience de l'Oregon révèle ainsi que les protocoles d'administration ne constituent pas de simples modalités techniques d'application de la loi. Ils sont le produit d'une recherche clinique permanente, fondée sur l'analyse des incidents observés et sur l'amélioration continue des pratiques.

Parce qu'ils déterminent les conditions concrètes de mise en œuvre d'un acte ayant pour conséquence recherchée la mort du patient, ils participent directement des garanties scientifiques entourant l'exercice de l'aide à mourir.

Leur définition ne peut dès lors être regardée comme un simple détail d'exécution pouvant être abandonné sans encadrement suffisant à une autorité administrative.

IV. Portée constitutionnelle de l'expérience de l'Oregon

L'expérience acquise en Oregon depuis près de trente ans conduit à un constat particulièrement éclairant pour l'appréciation de la loi déférée.

En premier lieu, elle démontre que les protocoles d'administration ne constituent pas un simple choix technique entre plusieurs combinaisons médicamenteuses. Leur élaboration repose sur un processus continu de recherche scientifique associant autorités sanitaires, praticiens et sociétés savantes. Les données recueillies lors de chaque administration alimentent des travaux de recherche qui conduisent, en retour, à modifier les substances utilisées, leurs dosages, les traitements préparatoires, les critères d'évaluation des patients ainsi que les recommandations destinées aux médecins prescripteurs.

En deuxième lieu, cette expérience montre que les protocoles ne peuvent être considérés comme définitivement stabilisés. Malgré près de trois décennies d'application du *Death with Dignity Act*, les recommandations professionnelles continuent d'évoluer. Les protocoles successifs – des barbituriques au DDMP, puis au DDMA, au DDMAPh et enfin au DDHAPh – illustrent une adaptation permanente aux connaissances scientifiques les plus récentes. Cette évolution n'est pas accessoire : elle répond directement aux difficultés observées lors des administrations et vise à améliorer la prévisibilité des effets recherchés tout en limitant les incidents identifiés par l'expérience clinique.

En troisième lieu, l'exemple de l'Oregon révèle que le protocole d'administration ne se réduit pas à la détermination d'une préparation pharmacologique. Il comprend également l'évaluation préalable de l'état clinique du patient, la recherche des facteurs susceptibles d'allonger le délai jusqu'au décès ou de compromettre l'absorption des médicaments, les traitements préparatoires destinés à prévenir les vomissements et les régurgitations, les adaptations nécessaires en fonction des comorbidités ou des traitements en cours, ainsi que les conduites à tenir en présence d'une administration incomplète ou d'une évolution inattendue. Le protocole constitue ainsi un ensemble cohérent de garanties scientifiques destinées à encadrer la mise en œuvre d'un acte dont la conséquence est irréversible.

Ces enseignements présentent une portée directe au regard des exigences de l'article 34 de la Constitution.

En renvoyant à la Haute Autorité de santé le soin de définir les protocoles d'administration des substances létales, le législateur ne se borne pas à déléguer la détermination de modalités purement techniques d'exécution de la loi. Il confie à une autorité administrative indépendante la définition de garanties scientifiques dont dépend directement la manière dont sera mis en œuvre un acte portant irréversiblement atteinte au droit à la vie.

Or l'expérience étrangère montre précisément que ces garanties ne sont ni accessoires, ni figées. Elles évoluent au rythme des connaissances scientifiques, des incidents observés et des travaux de recherche conduits sur les pratiques médicales. Elles participent ainsi des garanties fondamentales entourant l'exercice de l'aide à mourir.

L'exemple de l'Oregon ne démontre donc pas seulement que les protocoles évoluent. Il établit qu'ils constituent eux-mêmes l'un des principaux instruments de protection des personnes ayant recours à l'aide à mourir. Dans ces conditions, leur définition ne saurait être regardée comme une simple mesure d'application de la loi, mais relève des garanties qu'il appartient au législateur de déterminer ou, à tout le moins, d'encadrer avec une précision suffisante.

B. L'expérience belge confirme le caractère substantiel et évolutif des protocoles d'administration

I. Un contrôle légal structuré qui ne s'accompagne pas d'un protocole d'administration fixé par la loi

La Belgique a dépénalisé l'euthanasie par la loi du 28 mai 2002. Celle-ci encadre principalement les conditions tenant à la demande du patient, à sa situation médicale, aux consultations préalables et au contrôle exercé après l'acte. Elle ne détermine cependant pas précisément les produits susceptibles d'être employés, leurs modalités d'association, leur ordre d'administration ni les précautions cliniques requises dans les différentes situations susceptibles de se présenter.

Le contrôle institutionnel repose sur la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Le médecin ayant pratiqué une euthanasie doit lui transmettre un document d'enregistrement dans le délai fixé par la loi. La Commission vérifie si les conditions légales et procédurales ont été respectées. Elle peut demander des informations complémentaires et, lorsqu'elle estime que les exigences légales n'ont pas été observées, transmettre le dossier à l'autorité judiciaire compétente.

Le système belge organise ainsi un contrôle approfondi de la décision de pratiquer une euthanasie. Il impose notamment que la demande soit volontaire, réfléchie, répétée et exempte de pression extérieure, que la situation médicale soit sans issue et que le patient éprouve une souffrance constante, insupportable et inapaisable résultant d'une affection grave et incurable.

En revanche, les modalités pharmacologiques et cliniques de réalisation de l'acte ne sont pas fixées par la loi du 28 mai 2002. Les documents diffusés aux professionnels de santé relèvent principalement des recommandations de bonne pratique. Ils précisent notamment les différentes phases de la procédure médicale, les catégories de médicaments susceptibles d'être employées, la nécessité de vérifier l'état du patient avant de poursuivre l'acte ainsi que les pratiques considérées comme inadaptées ou insuffisamment fiables.

Ces recommandations distinguent généralement une éventuelle phase préparatoire, une phase destinée à provoquer une perte profonde et durable de conscience, puis une phase conduisant au décès. Elles envisagent également plusieurs voies d'administration et attirent l'attention des professionnels sur les différences de rapidité, de prévisibilité et de surveillance qui les caractérisent.

Cette distinction est essentielle pour l'analyse constitutionnelle. Les garanties relatives à la demande, à la situation médicale du patient et aux consultations préalables sont définies par le

législateur. En revanche, les garanties relatives à l'exécution concrète de l'acte — choix des catégories de produits, séquençage de la procédure, vérifications cliniques, prise en compte des caractéristiques du patient et conduite à tenir en cas de difficulté — résultent principalement de recommandations professionnelles évolutives.

Dans sa dernière mise à jour daté de 2026 le site belge de Santé Publique mentionne :

"Il n'existe pas de directive officielle en Belgique, mais des recommandations de bonne pratique :

1. *Induction du sommeil (prémédication) – optionnelle*
- *Médicaments utilisés : midazolam, sufenta, diazépam, morphine (rarement).*
- *Objectif : donner une impression d'endormissement avant le décès.*
2. *Induction du coma et arrêt cardiorespiratoire – indispensable*
- *Médicaments : thiopental, propofol, pentobarbital (sirop possible).*
- *Après vérification du coma profond : administration d'un relaxant musculaire (cisatracurium, rocuronium, atracurium...).*

À éviter : morphine ou diazépam seuls pour l'induction du coma, ou chlorure de potassium pour l'arrêt cardiaque".

L'absence de protocole détaillé dans la loi ne signifie donc pas que les modalités d'administration seraient indifférentes ou purement accessoires. Elle signifie que des éléments déterminants pour la sécurité, la prévisibilité et le déroulement concret de l'acte sont renvoyés à des normes professionnelles extérieures au texte législatif.

Les derniers chiffres 2025 de l'euthanasie en Belgique témoignent de l'hétérogénicité persistante des pratiques : "Le thiopental (49,9 %) et le propofol (49,5 %) sont les deux anesthésiants les plus utilisés même si les médecins continuent d'évoquer des difficultés logistiques liées à l'usage du thiopental (conditionnement en boîtes de 10 doses à un prix élevé et non remboursé)."

Produits utilisés TOTAL 4486 (%) :

Propofol + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse 2220 (49,5%)

Thiopental + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse 1544 (34,4%)

Thiopental par voie intraveineuse seul 674 (15,0)%

Barbituriques par voie orale 19 (0,4%)

Morphinique et/ou anxiolytique + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse 19 (0,4%)

Autres 10 (0,2%).

Pour cette seule année 2025, et dans ce seul pays qu'est la Belgique, plus de 6 modes opératoires différents sont recensés.

Malgré la diversité de leurs législations, ces États sont confrontés à une même difficulté : définir les conditions scientifiques dans lesquelles doit être mis en œuvre un acte destiné à provoquer irréversiblement la mort d'une personne.

Or, les réponses qu'ils apportent présentent une convergence remarquable.

Ces expériences établissent, sous des angles complémentaires, une même réalité : les protocoles d'administration constituent partout un objet autonome d'élaboration scientifique, d'évaluation permanente et d'amélioration continue. Leur évolution ne traduit pas une imperfection passagère des dispositifs législatifs ; elle procède de la nature même des garanties qui entourent la mise en œuvre d'un acte irréversible.

C'est à la lumière de cette convergence qu'il convient d'apprécier la portée du renvoi opéré, en droit français, au profit de la Haute Autorité de Santé.

C. Les Pays-Bas : des protocoles d'administration intégrés aux exigences légales de diligence

I. Une loi qui encadre les conditions de l'aide à mourir sans fixer les modalités médicales de son exécution

La loi néerlandaise du 12 avril 2001 relative au contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide, entrée en vigueur le 1er avril 2002, fixe les conditions dans lesquelles un médecin peut mettre fin à la vie d'un patient sans engager sa responsabilité pénale. Elle impose notamment que la demande soit volontaire et mûrement réfléchie, que les souffrances soient insupportables et sans perspective d'amélioration, que le patient ait été pleinement informé

de sa situation, qu'aucune autre solution raisonnable n'existe et qu'un second médecin indépendant ait confirmé le respect de ces conditions.

En revanche, la loi ne détermine pas les modalités concrètes d'administration des substances utilisées, leur succession, les adaptations pouvant être rendues nécessaires par la situation clinique du patient ni les vérifications médicales devant accompagner l'exécution de l'acte. Ces éléments relèvent principalement des recommandations élaborées par les organisations professionnelles, en particulier la Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) et la Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

Le législateur néerlandais a ainsi distingué les garanties juridiques entourant la décision de pratiquer une euthanasie des recommandations médicales destinées à assurer sa réalisation dans des conditions conformes aux données acquises de la science.

II. Les recommandations professionnelles constituent une référence du contrôle exercé par les autorités compétentes

L'expérience néerlandaise présente une particularité significative au regard de la présente saisine.

Après chaque euthanasie ou assistance au suicide, le médecin transmet un rapport aux Regional Euthanasia Review Committees (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie – RTE). Ces commissions sont chargées de vérifier si les critères légaux de diligence ont été respectés.

Or, dans l'exercice de cette mission, les commissions ne se limitent pas à apprécier les seules conditions juridiques prévues par la loi. Elles examinent également si l'exécution de l'acte est conforme aux standards médicaux applicables et se réfèrent explicitement aux recommandations professionnelles élaborées par la KNMG et la KNMP pour apprécier le caractère soigneux de l'intervention.

Les décisions publiées par les commissions montrent que les modalités concrètes de réalisation de l'acte peuvent faire l'objet d'observations, de demandes d'explications ou, le cas échéant, conduire à considérer que les exigences de diligence n'ont pas été entièrement respectées.

Les protocoles d'administration ne constituent ainsi pas de simples documents techniques dépourvus de portée juridique. Ils participent directement à l'appréciation de la conformité de l'acte aux exigences fixées par la loi.

Cette articulation est particulièrement révélatrice : alors même que le législateur n'a pas inscrit ces protocoles dans la loi, les autorités chargées du contrôle de sa mise en œuvre considèrent qu'ils participent des garanties indispensables entourant un acte irréversible.

III. Des recommandations continuellement révisées à la lumière de l'expérience clinique

Là encore, les recommandations professionnelles néerlandaises ne présentent aucun caractère figé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2002, elles ont fait l'objet de plusieurs révisions successives destinées à intégrer les progrès des connaissances scientifiques, l'expérience acquise par les praticiens ainsi que les difficultés rencontrées dans certaines situations cliniques.

Les versions successives des recommandations ont ainsi précisé les conditions dans lesquelles les protocoles doivent être adaptés selon l'état du patient, les différentes voies d'administration susceptibles d'être retenues, les mesures destinées à garantir le caractère prévisible de la procédure ainsi que la conduite à tenir dans des situations exceptionnelles.

La révision publiée en 2025 illustre particulièrement cette démarche. Les organisations professionnelles ont indiqué que cette actualisation résultait du retour d'expérience accumulé depuis les versions antérieures et avait pour objet d'apporter des précisions complémentaires sur plusieurs situations rares rencontrées dans la pratique médicale.

Les protocoles apparaissent ainsi comme des instruments scientifiques évolutifs, régulièrement adaptés afin d'améliorer la sécurité, la prévisibilité et la qualité de la prise en charge. Leur contenu évolue indépendamment de toute modification de la loi, en fonction des connaissances médicales disponibles et de l'expérience clinique.

Aux Pays Bas, comme ailleurs, des complications et échecs du suicide médicalement assisté sont documentés dans la littérature médicale. Dans une étude rétrospective néerlandaise, portant sur 114 suicides assistés, des complications ont été rapportées dans 7 % des cas et des problèmes d'achèvement dans 16 % ; dans 18 % des cas, le médecin a finalement administré lui-même le produit létal. Les auteurs soulignaient en outre que le caractère autodéclaré des données pouvait conduire à sous-estimer le nombre ou la gravité des incidents. »

Ces chiffres sont issus de l'étude de Groenewoud et al. publiée en 2000 exploite bien deux enquêtes réalisées en 1990-1991 et 1995-1996, soit avant l'entrée en vigueur de la loi actuelle. Les auteurs le précisent explicitement dans leur méthodologie.

À cette époque, l'euthanasie et l'assistance au suicide demeuraient des infractions pénales aux Pays-Bas. Mais, à partir de décisions judiciaires rendues depuis les années 1970-1980, une pratique de non-poursuite conditionnelle s'était progressivement installée : un médecin pouvait pratiquer une euthanasie et ne pas être poursuivi s'il respectait certains critères de prudence (« due care »), déclarait le décès et se soumettait à une procédure de contrôle. Les données ont

maintenant 30 à 35 ans. On ne devrait pas utiliser sans précaution les taux de complications de cette étude pour décrire les pratiques néerlandaises actuelles. Les données ont maintenant 30 à 35 ans.

Les incidents n'ont pas disparu pour autant, plus fréquentes pour le suicide assisté que pour l'euthanasie. Concernant ce dernier spécifiquement (pour la période récente (2014/2025) le taux de "non-complétion" n"cessitant un passage à l'euthanasie se situe dans la fourchette 7-15 % (souvent autour de 10 %). Le médecin intervient alors par injection. En 2024, 9,6 % des cas de suicide assistés ont été ainsi convertis.

En réalité, ces chiffres sont à prendre avec prudence. Les complications (vomissements pour la voie orale, difficultés veineuses, délais prolongés, risque de conscience résiduelle au moment du myorelaxant...) sont reconnues mais probablement sous estimées dans les statistiques agrégées, car les RTE (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, que l'on peut traduire par Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie) se concentrent sur la diligence plutôt que sur l'inventaire exhaustif des incidents techniques mineurs. Ce qui inspire à Manuela Callari ce titre d'un article publié par Medscape en février 2026 : "Is Assisted death Always a peaceful death ? Lack of Data Means We Simply Don't Know".

On peut relever que les autorités néerlandaises elles-mêmes reconnaissent explicitement la possibilité d'échecs d'exécution. La directive KNMG/KNMP a été révisée en 2021, puis encore précisée en 2025-2026. Elle prévoit désormais expressément le cas où, après l'injection de l'inducteur de coma, le niveau d'inconscience n'est pas suffisant, ainsi que celui où, après administration du myorelaxant, le patient ne meurt pas. Dans ces situations, le médecin doit poser une nouvelle voie veineuse et recommencer toute la procédure depuis le début, avec une « trousse de secours » contenant une seconde série complète de médicaments.

Ce n'est pas simplement une précaution théorique. Les commissions régionales de contrôle, les RTE, ont publié plusieurs cas récents où cela s'est réellement produit.

En 2024, par exemple, un patient n'est pas entré dans un coma suffisamment profond après la première injection. Après une nouvelle administration, un myorelaxant lui a été injecté, mais il n'est toujours pas mort. Une nouvelle perfusion a finalement été posée et une seconde dose de myorelaxant administrée. La commission a jugé l'exécution non conforme, notamment parce que l'induction du coma n'avait pas été répétée correctement avant cette dernière injection.

Un autre cas publié en 2025 est particulièrement parlant. Après administration de 2 000 mg de thiopental et 150 mg de rocuronium, la patiente n'est pas décédée. Il s'est finalement avéré que la perfusion n'était probablement plus intraveineuse. L'ensemble de la procédure a duré 65 minutes. La commission a considéré qu'il n'était pas suffisamment établi que la patiente était

profondément inconsciente avant la dernière injection de curare et a donc jugé l'exécution médicalement non conforme.

Et un jugement publié en février 2026 concerne encore une autre patiente : l'inducteur de coma avait été administré par une perfusion qui s'est révélée ne pas fonctionner correctement ; le médecin a attendu son effet, posé ensuite un autre accès et administré le myorelaxant. La procédure a duré environ 23 minutes. Là encore, la RTE estime qu'il n'était pas possible d'exclure avec suffisamment de certitude que la patiente ait ressenti les effets indésirables du myorelaxant.

Les interrogations portant sur une apparence extérieure faussement paisible prend une dimension beaucoup plus solide qu'une simple hypothèse. La directive néerlandaise explique pourquoi il faut absolument vérifier une inconscience suffisamment profonde avant d'administrer le curare : celui-ci provoque une paralysie complète des muscles squelettiques, y compris respiratoires. Si la sédation n'est plus suffisamment profonde, il existe un risque que le patient éprouve l'effet du paralysant tout en étant incapable de manifester cette expérience. La RTE formule elle-même ce risque explicitement dans plusieurs décisions.

absence de mouvement ≠ preuve absolue d'absence d'expérience consciente

C'est précisément pour cette raison que le contrôle de la profondeur du coma est un élément central du protocole néerlandais. Il y a même eu une évolution réglementaire extrêmement récente. Depuis le 1er juillet 2025, la RTE applique une nouvelle « règle des 30 minutes » : si 30 minutes ou davantage s'écoulent entre l'administration de l'inducteur de coma et celle du dernier myorelaxant, la procédure est considérée comme médicalement non conforme. La raison donnée est justement que l'effet hypnotique peut diminuer et que le patient pourrait alors ressentir l'effet du paralysant.

Si le problème était techniquement « résolu », les autorités néerlandaises n'auraient vraisemblablement pas eu besoin, en 2025-2026, de préciser comment recommencer une euthanasie lorsque l'induction du coma échoue ou lorsque le patient ne meurt pas après l'administration du curare.

IV. Portée constitutionnelle

L'exemple néerlandais confirme et approfondit les enseignements tirés de l'Oregon et de la Belgique. Dans ces trois systèmes juridiques, pourtant construits selon des modèles institutionnels différents, les protocoles d'administration font l'objet d'une évolution continue fondée sur les progrès des connaissances médicales, les retours d'expérience des praticiens et l'amélioration des recommandations professionnelles.

Les Pays-Bas vont cependant plus loin. Les recommandations relatives aux modalités d'administration ne constituent pas seulement des guides de bonne pratique : elles servent de référence aux autorités chargées d'apprécier si les exigences légales de diligence ont été respectées. Elles participent ainsi directement au contrôle de la régularité de l'acte. Pourtant, les incidents existent toujours ; ils sont suffisamment réels pour avoir conduit à des modifications très récentes des recommandations ; et le système de contrôle, focalisé sur la conformité, ne fournit pas, à lui seul, leur fréquence totale.

D. Le Canada : une articulation explicite entre garanties légales, normes professionnelles et surveillance continue

I. Un cadre législatif fédéral qui fixe les conditions essentielles sans déterminer les protocoles cliniques

Au Canada, l'aide médicale à mourir est autorisée depuis 2016 dans le cadre d'une exception aux infractions pénales réprimant l'aide au suicide et le fait de causer la mort d'autrui. Le Code criminel détermine les conditions d'admissibilité, les garanties procédurales ainsi que les obligations incombant aux médecins et aux infirmiers praticiens. Il exige notamment que la demande soit volontaire, que la personne soit capable de consentir, qu'elle soit atteinte de problèmes de santé graves et irrémédiables et qu'elle ait reçu une information suffisante sur les moyens disponibles pour soulager ses souffrances.

Le législateur fédéral n'a cependant pas fixé lui-même les modalités cliniques détaillées de l'administration de l'aide médicale à mourir. Le Code criminel prévoit plus largement que celle-ci doit être fournie avec des connaissances, des soins et une compétence raisonnables, conformément aux lois, règles ou normes provinciales applicables.

Le modèle canadien repose ainsi sur une répartition explicite des compétences normatives. La loi pénale détermine les conditions essentielles permettant de déroger à l'interdit de donner la mort, tandis que les provinces, les territoires, les organismes professionnels et les autorités sanitaires précisent les conditions de mise en œuvre médicale de l'acte. Santé Canada indique à cet égard que les provinces et territoires peuvent adopter des politiques et des normes supplémentaires, notamment en matière de formation des prestataires et de modalités de fourniture de l'aide médicale à mourir, sans pouvoir autoriser ce que le Code criminel interdit.

Cette organisation montre déjà que les conditions cliniques de l'administration ne sont pas regardées comme de simples opérations matérielles. Elles relèvent de normes professionnelles dont le respect participe de la licéité de l'intervention.

II. La reconnaissance officielle de normes professionnelles participant à la protection du public

L'expérience canadienne est particulièrement significative en ce qu'elle reconnaît expressément la fonction normative des standards professionnels applicables à l'aide médicale à mourir.

En 2023, Santé Canada a publié un Modèle de norme de pratique élaboré par un groupe de travail indépendant composé notamment de cliniciens, de juristes et d'experts en réglementation. Ce document a pour objet d'harmoniser les pratiques, de préciser les attentes professionnelles applicables aux évaluateurs et aux prestataires et d'aider les autorités de réglementation à assurer la protection du public.

La norme distingue elle-même les prescriptions obligatoires, exprimées par le terme « doit », des recommandations laissant une marge d'appréciation clinique. Elle exige notamment que l'aide médicale à mourir soit fournie avec les connaissances, les soins et la compétence raisonnables et que les praticiens disposent d'une formation, d'une expérience et de qualifications suffisantes pour intervenir de manière sûre dans les circonstances particulières de chaque cas.

Ces exigences ne sont pas dépourvues de portée juridique ou disciplinaire. Santé Canada précise que, lorsqu'une interrogation surgit sur le caractère approprié de la conduite d'un professionnel, les organismes de réglementation se réfèrent aux normes de pratique et aux principes généraux de l'éthique médicale afin de déterminer si le praticien a agi conformément à ses obligations.

Le système canadien confirme ainsi que les normes professionnelles relatives à la prestation de l'aide médicale à mourir participent directement au contrôle de la compétence, de la prudence et de la régularité de l'acte.

III. Une normalisation appelée à évoluer avec le cadre juridique et l'expérience clinique

Le développement des normes canadiennes révèle également leur caractère évolutif.

Depuis l'introduction de l'aide médicale à mourir, le cadre juridique a été modifié afin de tenir compte des décisions juridictionnelles, de l'élargissement des catégories de personnes susceptibles d'y accéder et de la complexité croissante des évaluations. La réforme fédérale de 2021 a notamment supprimé, pour certaines demandes, la condition tenant au caractère raisonnablement prévisible de la mort naturelle. Cette évolution a conduit les autorités à élaborer des standards communs destinés à encadrer des situations plus complexes et à harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire.

Le Modèle de norme de pratique de 2023 et le document d'accompagnement destiné aux professionnels traduisent cette adaptation. Ils apportent des précisions sur l'appréciation de la capacité à consentir, du caractère volontaire de la demande, de l'incurabilité, de l'irréversibilité du déclin et des moyens raisonnables permettant de soulager les souffrances.

Le Canada a parallèlement institué un système national de surveillance et de rapports reposant sur la transmission obligatoire d'informations par les médecins, les infirmiers praticiens, les pharmaciens et d'autres professionnels concernés. Santé Canada indique que ce dispositif vise à renforcer la transparence, la confiance du public et la connaissance des conditions dans lesquelles l'aide médicale à mourir est demandée et fournie.

Les rapports annuels alimentent ainsi une connaissance continue de la pratique. Le sixième rapport, publié en novembre 2025 et portant sur l'année 2024, présente les données les plus récentes relatives aux demandes, aux évaluations, aux conditions médicales, aux souffrances invoquées et aux garanties procédurales mises en œuvre.

Cette organisation institutionnelle établit un lien direct entre l'observation de la pratique, l'identification des difficultés et l'évolution des normes professionnelles. Les conditions cliniques de l'aide médicale à mourir ne sont donc pas conçues comme un ensemble figé, mais comme des garanties susceptibles d'être précisées et adaptées à mesure que se développent l'expérience, les connaissances et les situations auxquelles les praticiens sont confrontés.

IV. Portée constitutionnelle

L'expérience canadienne montre tout d'abord que la loi ne peut se limiter à autoriser l'acte et à en définir abstraitement les bénéficiaires. Le législateur canadien a lui-même exigé que l'aide médicale à mourir soit fournie avec des connaissances, des soins et une compétence raisonnables, conformément aux normes applicables. Il a ainsi reconnu que la conformité de l'acte dépend également des conditions médicales concrètes de sa réalisation.

Elle montre ensuite que les normes professionnelles constituent des instruments de protection du public. Elles déterminent les compétences requises, précisent les obligations des

évaluateurs et des prestataires et servent de référence aux organismes chargés de contrôler la conduite des professionnels.

Elle montre enfin que ces normes doivent être continuellement adaptées. L'évolution du droit, l'élargissement des situations cliniques, les données issues de la surveillance nationale et l'expérience des praticiens conduisent nécessairement à préciser les garanties entourant l'intervention.

Le Canada confirme ainsi que les règles relatives à la mise en œuvre médicale de l'aide à mourir ne peuvent être réduites à de simples modalités techniques. Elles participent directement de la sécurité, de la prévisibilité et de la légalité d'un acte ayant pour conséquence irréversible de provoquer le décès d'une personne.

Il en résulte que, lorsque le législateur institue un tel dispositif, il lui appartient de déterminer lui-même les garanties essentielles entourant son exécution et d'encadrer suffisamment les conditions dans lesquelles les normes scientifiques et professionnelles pourront être élaborées, contrôlées et révisées. Un renvoi général à une autorité administrative chargée de définir ultérieurement l'ensemble des protocoles ne saurait suffire dès lors que ces protocoles conditionnent matériellement la protection du droit à la vie.

L'apport propre du Canada réside surtout dans la reconnaissance légale des normes provinciales, leur usage par les régulateurs professionnels et l'existence d'une surveillance nationale continue.

Conclusion de la partie consacrée aux expériences internationales

L'étude comparée de l'Oregon, de la Belgique, des Pays-Bas et du Canada fait apparaître une convergence particulièrement nette.

Dans chacun de ces systèmes, les modalités médicales de mise en œuvre de l'aide à mourir ne sont pas demeurées figées depuis leur légalisation. Elles ont été précisées, corrigées ou révisées à la lumière des connaissances scientifiques, des difficultés rencontrées dans la pratique, de l'évolution des produits disponibles et des retours d'expérience des professionnels.

Les formes institutionnelles diffèrent. En Oregon, l'évolution des protocoles procède principalement de l'observation clinique et de la recherche médicale. En Belgique, des recommandations professionnelles ont continué à se développer alors même que le cadre législatif

demeurait largement stable. Aux Pays-Bas, les standards médicaux servent de référence aux commissions chargées de contrôler le respect des exigences légales de diligence. Au Canada, les normes de pratique sont expressément articulées avec les obligations légales, la régulation professionnelle et un dispositif national de surveillance.

Ces différences renforcent, plutôt qu'elles ne fragilisent, la démonstration. Elles montrent que, quels que soient le modèle juridique retenu et l'autorité chargée de leur élaboration, les protocoles d'administration remplissent partout une même fonction : prévenir les défaillances, encadrer l'appréciation clinique, assurer la prévisibilité de l'acte et protéger la personne contre les risques inhérents à une intervention irréversible.

Il ne s'agit donc pas de simples prescriptions matérielles comparables à des mesures ordinaires d'exécution. Leur contenu détermine les conditions concrètes dans lesquelles la mort est provoquée, les vérifications qui doivent précéder la poursuite de la procédure et la conduite à tenir lorsque son déroulement s'écarte de ce qui était attendu.

L'expérience internationale établit en outre que ces garanties sont, par nature, évolutives. Elles procèdent d'un processus continu d'évaluation scientifique et de révision professionnelle. Cette circonstance ne saurait toutefois justifier leur abandon intégral à une autorité administrative. Elle impose au contraire que le législateur définisse lui-même les garanties essentielles, les objectifs auxquels les protocoles doivent répondre, les conditions de leur élaboration, les exigences minimales qu'ils doivent respecter ainsi que les modalités de leur contrôle et de leur révision.

Dès lors, en renvoyant à la Haute Autorité de santé la détermination des substances susceptibles d'être utilisées et de leurs conditions d'administration, sans fixer dans la loi un encadrement suffisamment précis des garanties entourant cet acte, le législateur ne se borne pas à confier à une autorité spécialisée le soin de régler des modalités techniques. Il lui abandonne la définition d'éléments qui conditionnent directement la sécurité, la prévisibilité et la régularité d'une intervention ayant pour objet de provoquer la mort.

Cette carence affecte une garantie substantielle relevant du domaine de la loi

Cette expérience comparée montre que les protocoles d'administration ne peuvent être regardés comme de simples modalités matérielles d'exécution. Ils déterminent les conditions dans lesquelles est mise en œuvre une décision ayant pour objet de provoquer irréversiblement le décès d'une personne. Ils constituent dès lors des garanties substantielles entourant l'exercice de la liberté reconnue par la loi et la protection du droit à la vie.

Il s'ensuit que le législateur ne saurait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence, abandonner entièrement à une autorité administrative la définition de ces garanties, alors même

que leur contenu évolue continuellement sous l'effet des connaissances scientifiques et qu'elles conditionnent la sécurité, la prévisibilité et la régularité de la mise en œuvre de l'aide à mourir.

Avec l'Oregon, se trouve établi le fait scientifique de l'évolution des protocoles ; avec la Belgique, il apparait que cette évolution existe même lorsque la loi est stable ; avec les Pays-Bas, on voit que ces protocoles sont suffisamment importants pour être intégrés au contrôle juridique lui-même :

malgré des systèmes juridiques différents, les protocoles d'administration évoluent partout, sont élaborés par des instances scientifiques et, aux Pays-Bas, servent même de référence au contrôle du respect de la loi. C'est un argument puissant pour soutenir qu'ils relèvent de garanties substantielles qui ne peuvent être abandonnées au seul pouvoir réglementaire.

III. L'expérience des exécutions par injection létale aux États-Unis révèle l'insuffisance des connaissances scientifiques et la nécessité d'un encadrement préalable des protocoles destinés à provoquer la mort

Les protocoles d'injection létale mis en œuvre aux États-Unis présentent un intérêt particulier pour l'examen de la loi déférée. Il ne s'agit nullement d'assimiler l'aide à mourir à l'exécution d'une condamnation pénale, dont les finalités, le fondement juridique et la portée éthique sont radicalement différents.

Cette expérience mérite toutefois d'être prise en considération en raison d'une difficulté scientifique commune : dans les deux situations, l'administration volontaire de substances pharmacologiques a pour finalité de provoquer directement le décès d'une personne.

Or l'histoire des injections létales montre que l'élaboration d'un tel protocole ne constitue pas une simple opération technique. Les substances utilisées, leur association, leur dosage, leur ordre d'administration, les modalités d'établissement de la voie veineuse ainsi que les procédures de surveillance ont fait l'objet de modifications répétées. Les États américains ont successivement adopté des protocoles à trois substances, des protocoles reposant sur une seule molécule, puis de nouvelles combinaisons intégrant notamment le midazolam, le pentobarbital ou des préparations réalisées par des pharmacies de composition.

Ces évolutions ont certes été favorisées par les difficultés d'approvisionnement, mais elles résultent également des complications observées lors de certaines exécutions. Des condamnés sont

demeurés conscients, ont présenté des mouvements, des halètements, des convulsions apparentes ou des signes de détresse prolongée. Ces incidents ont montré que l'apparence médicalisée de l'injection ne garantissait ni la parfaite maîtrise de ses effets physiologiques ni l'absence de souffrances sévères.

A. Les difficultés rencontrées ont fait des protocoles d'administration eux-mêmes un objet du contrôle constitutionnel

Les difficultés rencontrées n'ont pas seulement conduit les administrations pénitentiaires à modifier leurs pratiques.

Elles ont également donné naissance à un important contentieux constitutionnel fondé sur le Huitième amendement de la Constitution des États-Unis, qui prohibe les peines « cruelles et inhabituelles ».

Les requérants soutenaient que certains protocoles les exposaient à un risque de souffrances incompatibles avec cette exigence constitutionnelle. Les juridictions ont ainsi été conduites à examiner non seulement la légalité du principe de l'injection létale, mais aussi le contenu même des protocoles : nature des substances employées, doses administrées, capacité des produits à supprimer la conscience, qualification des intervenants, établissement des voies veineuses, surveillance du condamné et conduite à tenir en cas d'incident.

Dans son arrêt *Baze v. Rees* (2008), la Cour suprême a jugé qu'un protocole pouvait être contraire au Huitième amendement lorsqu'il exposait le condamné à un risque substantiel de douleur sévère qu'une méthode alternative, réalisable et immédiatement disponible, permettrait de réduire de manière significative. Cette analyse a été confirmée dans *Glossip v. Gross* (2015), puis précisée dans *Bucklew v. Precythe* (2019), où la Cour a admis que les caractéristiques physiologiques propres à un condamné pouvaient être prises en compte pour apprécier la constitutionnalité d'un protocole d'exécution.

Ainsi, le droit constitutionnel américain ne traite pas le protocole comme une simple modalité d'application de la peine capitale. Celui-ci devient lui-même un objet du contrôle constitutionnel, dès lors que sa composition et ses conditions de mise en œuvre déterminent les conditions physiologiques dans lesquelles la mort est provoquée.

Les incidents les plus graves ont d'ailleurs conduit plusieurs États à suspendre les exécutions pendant de longues périodes afin de réexaminer leurs procédures. Après l'exécution de Joseph Wood en Arizona en 2014, les exécutions furent interrompues pendant près de huit années. En

Oklahoma, les difficultés survenues lors de l'exécution de Clayton Lockett puis l'erreur de substance administrée à Charles Warner entraînèrent également une longue suspension et une révision complète du protocole. Le Tennessee suspendit à son tour les exécutions en 2022 après la découverte de manquements affectant la préparation et le contrôle des produits.

Il serait toutefois inexact d'en déduire que les juridictions américaines auraient considéré l'injection létale comme intrinsèquement contraire à la Constitution. La portée de cette expérience est différente. Elle montre que l'insuffisante maîtrise scientifique d'un protocole destiné à provoquer la mort peut conduire à des incidents majeurs, à la suspension de son utilisation et à un contrôle juridictionnel portant sur les conditions mêmes dans lesquelles le décès est provoqué.

L'enseignement qui s'en dégage est directement transposable à la présente affaire. Dès lors que les protocoles déterminent les conditions physiologiques dans lesquelles intervient un acte ayant pour finalité de provoquer la mort, ils ne peuvent être regardés comme de simples modalités techniques d'exécution. Ils constituent l'une des garanties substantielles de la pratique elle-même.

B. Les travaux du Professeur Joël Zivot montrent que les effets physiopathologiques réels des protocoles ne peuvent être déduits de leur seule conception théorique

Le Docteur Joël Zivot est médecin anesthésiste-réanimateur, professeur d'anesthésiologie et de chirurgie à l'Université Emory (Atlanta, États-Unis). Ses travaux portent notamment sur la physiologie des états critiques, l'éthique médicale et l'analyse médico-légale des protocoles d'injection létale. À ce titre, il est intervenu comme expert dans plusieurs contentieux relatifs à la peine capitale, ce qui l'a conduit à examiner de nombreuses autopsies de personnes exécutées par injection létale. Ses recherches visent moins à discuter le principe de la peine de mort qu'à étudier, à partir des données anatomopathologiques disponibles, les effets physiopathologiques réels des substances administrées.

Les travaux du Professeur Joel Zivot confèrent à l'expérience américaine une portée qui dépasse le seul contexte de la peine capitale.

À l'occasion d'expertises réalisées dans plusieurs contentieux relatifs aux injections létales, Joel Zivot a examiné les rapports d'autopsie de personnes exécutées. Son attention s'est portée sur une anomalie récurrente : le poids très anormalement élevé des poumons. Les examens anatomopathologiques ont alors montré qu'il correspondait, dans de nombreux cas, à un œdème aigu du poumon (OAP) caractérisé par une accumulation massive de liquide dans les alvéoles. Dans un article qu'il publie en 2023 "The Physician in the Execution Chamber : No Such Thing as the

normal pain of dying", Zivot écrit : *"La présence d'un liquide mousseux, techniquement connu sous le nom d'oedème pulmonaire, a été une découverte surprenante lors des autopsies après injection létale. L'oedème pulmonaire a été observé, à la fois lors d'exécutions au pentobarbital (seule molécule utilisée), et lors d'exécutions au midazolam, aux paralysants et au potassium (...) Il est probable que pendant l'exécution certains prisonniers prennent conscience de ce liquide mousseux et, dans ces cas l'expérience de la mort ressemble davantage à une noyade qu'à une simple perte de conscience. Les morts par "quasi-noyade", sont terrifiantes et douloureuses".* Récemment interviewé en Angleterre, dans le contexte des débats parlementaires sur le projet de loi "aide à mourir", le Dr Zivot prévient : *"L'aide à mourir paralyse, ensuite vous suffoquez. Avec l'Aide à mourir au Canada, la véritable façon dont vous mourez est qu'on vous administre une drogue qui vous paralyse, qui vous empêche de bouger, qui vous empêche de respirer. Cette drogue par elle-même, n'est pas antalgique et ne crée aucune forme d'anesthésie. Vous pouvez être parfaitement conscient, incable de respirer et vous mourez de suffocation".*

Cette observation est importante, car les débats portant sur les injections létales s'étaient jusqu'alors principalement concentrés sur le choix des substances, leur dosage et leur aptitude supposée à entraîner une perte de conscience. Les autopsies révélaient, quant à elles, un phénomène physiopathologique majeur, largement invisible au cours de l'exécution : une inondation pulmonaire susceptible de provoquer une sensation de suffocation ou de « noyade interne ».

Avec Mark Edgar et David Lubarsky, Joel Zivot a ensuite analysé plusieurs centaines de rapports d'autopsie rendus publics concernant des personnes exécutées par différents protocoles d'injection létale. Les auteurs ont observé une fréquence élevée d'œdèmes pulmonaires, globalement de l'ordre de 84 % dans la série étudiée et, fait remarquable, quelque soit la molécule employée : thiopental, pentobarbital, etomidate...mais aussi midazolam, ce qui est particulièrement préoccupant compte tenu de sa banalisation dans les protocoles de fin de vie français). Cette étude constitue l'une des plus importantes séries autopsiques disponibles dans un domaine où les données scientifiques demeurent exceptionnellement rares.

Ces observations présentent un intérêt particulier. Elles suggèrent que les effets physiopathologiques d'un protocole ne peuvent être déduits de la seule composition pharmacologique des substances administrées. Malgré les modifications successives des protocoles et le remplacement de certaines molécules, des mécanismes lésionnels comparables peuvent persister. Un protocole peut ainsi donner extérieurement l'apparence d'une mort paisible alors que les constatations post mortem révèlent une atteinte pulmonaire majeure.

Certes, la constatation d'un œdème pulmonaire ne permet pas, à elle seule, de reconstituer le degré de conscience de la personne, les sensations effectivement éprouvées ni la chronologie exacte des phénomènes ayant précédé le décès. En revanche, elle établit que les effets réels d'un

protocole peuvent différer des hypothèses qui avaient présidé à son élaboration et que certaines conséquences essentielles ne deviennent identifiables qu'au moyen d'investigations anatomopathologiques réalisées après la mort.

L'enseignement de ces travaux dépasse ainsi le seul cas des injections létales américaines. Il montre qu'un protocole destiné à provoquer le décès ne peut être considéré comme scientifiquement validé sur le seul fondement de sa cohérence pharmacologique. Seule l'observation de ses effets réels, complétée par un retour d'expérience et, lorsque cela est possible, par des investigations post mortem, permet d'en apprécier pleinement les conséquences physiopathologiques.

C. Les autopsies : une source inestimable de connaissances scientifiques qui fait largement défaut dans le domaine de l'aide médicale à mourir

L'intérêt des travaux du docteur Joel Zivot ne réside pas seulement dans l'analyse des protocoles d'injection létale. Il tient surtout à la nature des connaissances qu'ils permettent d'acquérir.

Dans le domaine des substances destinées à provoquer directement la mort, les essais cliniques prospectifs ne peuvent, par définition, être conduits selon les méthodes habituelles de validation scientifique. Les connaissances ne se construisent donc pas suivant le schéma classique d'évaluation d'un traitement médical fondé sur des études contrôlées, la comparaison des résultats, l'analyse systématique des effets indésirables puis la révision des recommandations.

Les séries autopsiques constituent, dans ce contexte, l'une des rares sources permettant d'observer directement les conséquences anatomopathologiques de l'administration de substances létales.

Cette source de connaissances est d'autant plus précieuse que, dans les pays ayant légalisé l'aide médicale à mourir, les décès sont généralement considérés comme la conséquence attendue de la procédure et ne donnent pas lieu à des autopsies systématiques. Les contrôles portent principalement sur le respect des conditions légales, les substances administrées, le déroulement apparent de la procédure et les éventuelles complications immédiatement observées. Ils permettent rarement d'étudier les mécanismes physiopathologiques ayant effectivement conduit au décès.

Il en résulte un paradoxe. Les données anatomopathologiques les plus substantielles aujourd'hui disponibles sur les effets réels de l'administration volontaire de substances létales proviennent non de l'aide médicale à mourir, mais des autopsies réalisées après certaines exécutions et des expertises ordonnées dans le cadre des contentieux constitutionnels auxquels elles ont donné lieu.

Ce rapprochement n'emporte naturellement aucune assimilation juridique ou morale entre ces deux pratiques. Il met seulement en évidence une même limite scientifique : les effets physiopathologiques réels des protocoles demeurent largement méconnus lorsqu'aucune investigation post mortem systématique n'est organisée.

D. L'examen indépendant confié au juge David Duncan illustre la permanence des difficultés scientifiques et institutionnelles

Les incertitudes entourant les protocoles d'injection létale ne relèvent pas seulement de l'histoire des premières exécutions. Elles continuent d'apparaître plusieurs décennies après leur mise en œuvre.

En 2023, la gouverneure de l'Arizona a confié à David K. Duncan une mission indépendante d'examen du système d'exécution de l'État à la suite de plusieurs procédures contestées et d'une longue suspension des exécutions. Les investigations ont fait apparaître des interrogations relatives à la traçabilité et à la conservation du pentobarbital, à la qualification des intervenants, à la documentation des opérations ainsi qu'à la transparence générale du dispositif. Si cette mission a été interrompue avant son terme, elle révèle néanmoins que, plusieurs décennies après l'introduction de l'injection létale, un État demeurait conduit à réévaluer les garanties entourant sa mise en œuvre.

David Duncan a également attiré l'attention sur les interrogations suscitées par les observations anatomopathologiques rapportées notamment par Joël Zivot. Il a relevé qu'une exécution pouvant paraître extérieurement calme ne permettait pas de préjuger des phénomènes physiologiques survenus dans les derniers instants de la vie et que seules les autopsies étaient susceptibles d'apporter certains éléments de réponse.

L'intérêt de ce précédent ne réside pas dans l'autorité scientifique personnelle de David Duncan, qui est juriste, mais dans la portée institutionnelle de la mission qui lui avait été confiée. Elle montre que les garanties entourant un protocole létal ne se limitent pas au choix d'une substance. Elles concernent également sa provenance, sa qualité, ses conditions de conservation, la qualification des personnes chargées de sa préparation et de son administration, la traçabilité des opérations, la surveillance de leur déroulement, la documentation des incidents et l'organisation d'un retour d'expérience indépendant.

Et ces polémiques, loin d'être éteintes, font toujours l'objet d'un questionnement permanent. Ainsi, l'autopsie de Richard Djerf, exécuté en Arizona en octobre 2025, a-t-elle ravivé les inquiétudes concernant le protocole d'exécution par injection létale de l'État et les efforts déployés par celui-ci pour répondre aux préoccupations de longue date. L'autopsie, réalisée par le médecin légiste en chef du comté de Pinal, le Dr John Hu, a établi pour la première fois que le

personnel médical avait rencontré d'importantes difficultés pour poser les cathéters intraveineux nécessaires à l'injection létale, ce qui marque le dernier épisode d'une histoire mouvementée de complications liées aux perfusions intraveineuses lors des exécutions en Arizona. L'autopsie a révélé sept marques de ponction d'aiguille sur les bras de M. Djerf — quatre à gauche et trois à droite —, indiquant de multiples tentatives infructueuses pour mettre en place une voie intraveineuse. Les médecins légistes ont constaté que la pointe de l'aiguille dans le bras gauche « ne semblait pas se trouver dans la veine » et contenait « une petite quantité de liquide clair » dans le tissu sous-cutané, ce qui suggère un placement raté. Ces constatations procèdent d'un problème récurrent dans le processus d'exécution par injection létale en Arizona. Entre 2010 et 2022, les équipes médicales n'ont pas réussi à mettre en place de voie intraveineuse dans les bras de 11 des 16 détenus.

Ainsi, même après plusieurs décennies de pratique, les protocoles demeurent un objet d'évaluation scientifique, technique et institutionnelle. Ils ne peuvent être regardés comme définitivement stabilisés lors de leur adoption initiale.

E. Les enseignements tirés des exécutions par injection létale montrent que les protocoles relèvent des garanties essentielles qu'il appartenait au législateur de définir

Les enseignements qui précèdent conduisent à un constat simple. Un protocole destiné à provoquer le décès ne constitue pas une simple fiche technique venant préciser les modalités d'application d'une décision déjà prise par la loi. Il détermine les substances susceptibles d'être utilisées, leurs conditions d'administration, les mécanismes physiologiques recherchés, les complications susceptibles de survenir ainsi que les moyens permettant de les prévenir, de les détecter et d'en tirer les conséquences.

L'expérience des exécutions par injection létale montre que ces paramètres ne demeurent pas figés. Ils évoluent au gré des connaissances scientifiques, des difficultés rencontrées dans la pratique, des observations anatomopathologiques et des retours d'expérience. Certaines complications majeures qui n'avaient pas été anticipées, n'ont été identifiées qu'après plusieurs années d'utilisation des protocoles, tandis que des révisions successives ont été rendues nécessaires pour tenter d'y remédier.

Il en résulte que les protocoles ne constituent pas de simples modalités d'exécution. Ils déterminent directement les conditions physiologiques dans lesquelles la mort est provoquée et les garanties destinées à prévenir des souffrances inutiles. À ce titre, ils participent des garanties substantielles qui entourent une pratique portant irréversiblement atteinte au droit à la vie.

Or, la loi déférée autorise l'aide à mourir tout en renvoyant à la Haute Autorité de Santé la détermination des substances susceptibles d'être utilisées ainsi que de leurs modalités d'administration. Le Parlement s'est ainsi prononcé avant que ces protocoles n'aient été élaborés, évalués et validés.

Il n'a défini ni les exigences scientifiques préalables à leur adoption, ni les critères devant conduire à leur révision, ni les modalités d'un retour d'expérience, ni les investigations susceptibles d'être réalisées lorsqu'un décès se déroule dans des conditions inhabituelles ou soulève des interrogations sur les effets réels des substances administrées. L'expérience américaine montre pourtant que l'acquisition de ces connaissances intervient souvent après les premières mises en œuvre. Certaines complications majeures ne sont apparues qu'à la faveur d'autopsies ou d'analyses rétrospectives réalisées plusieurs années après l'introduction des protocoles.

La méthode retenue par le législateur français conduit ainsi à une situation singulière. Les connaissances scientifiques indispensables à la définition des garanties essentielles de la pratique ne seront pas intégralement acquises avant son entrée en vigueur ; elles continueront à se construire au fur et à mesure de son application et de l'expérience tirée des premiers décès.

La possibilité d'une révision ultérieure des protocoles ne remédie pas à cette difficulté. Elle signifie que les premières personnes auxquelles l'aide à mourir sera administrée pourront être soumises à des protocoles dont les limites, les effets indésirables et, le cas échéant, les insuffisances ne seront pleinement connus qu'après leur utilisation.

Les enseignements tirés des exécutions par injection létale, des travaux autopsiques du Docteur Joel Zivot et de l'examen indépendant conduit en Arizona convergent ainsi vers une même conclusion. Les protocoles d'administration de substances létales ne constituent pas de simples modalités techniques. Ils déterminent les garanties scientifiques essentielles entourant une pratique dont l'objet est de provoquer irréversiblement la mort d'une personne. En renvoyant à une autorité administrative le soin d'élaborer ces garanties après l'adoption de la loi, sans en avoir lui-même fixé les éléments essentiels, le législateur n'a pas pleinement exercé la compétence que lui confie l'article 34 de la Constitution.

Une autopsie exceptionnellement pratiquée après une “aide médicale à mourir”

Les investigations anatomopathologiques réalisées après une aide médicale à mourir sont exceptionnelles. Les effets physiopathologiques réels des substances administrées demeurent ainsi très peu documentés. Le cas de Donna Duncan présente, à cet égard, un intérêt particulier.

Décédée au Canada le 29 octobre 2021 dans le cadre d'une aide médicale à mourir, quelques heures après sa sortie d'une unité psychiatrique où elle avait été admise à la suite d'une tentative de suicide, son décès a conduit ses filles, Alicia et Christie Duncan, à solliciter une autopsie en raison des interrogations qu'elles nourrissaient sur les circonstances de la procédure. Selon les éléments rendus publics par Alicia Duncan, l'examen post mortem a, notamment, mis en évidence un œdème pulmonaire. Une telle constatation ne permet évidemment pas, à elle seule, de reconstituer le degré de conscience de Mme Duncan, les sensations qu'elle a pu éprouver ni le déroulement exact de ses derniers instants. Elle constitue en revanche une observation anatomopathologique objective, compatible avec un processus susceptible d'altérer profondément les échanges gazeux et de provoquer une détresse respiratoire aiguë. Un cas individuel ne permet, à lui seul, d'établir les effets habituels des protocoles utilisés dans l'aide médicale à mourir. Il montre, en revanche, que l'apparition d'un œdème pulmonaire après l'administration volontaire de substances destinées à provoquer le décès n'est pas exclusivement rapportée dans le contexte des exécutions par injection létale. Cette convergence invite à considérer que les effets physiopathologiques réels de ces protocoles ne peuvent être tenus pour entièrement connus alors même que les autopsies susceptibles de les documenter demeurent exceptionnelles.

Sans constituer une preuve définitive, cette observation conforte ainsi la nécessité impérative d'une évaluation scientifique continue des protocoles d'administration de substances létales et d'un dispositif permettant d'en analyser objectivement les effets réels lorsque des circonstances particulières le justifient.

IV. Le précédent des protocoles de sédation profonde et continue jusqu'au décès révèle les limites d'une élaboration différée des garanties scientifiques

L'expérience française de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCJD) constitue un précédent particulièrement instructif pour l'examen de la loi déférée.

En 2016, le législateur a consacré cette pratique sans définir lui-même les protocoles pharmacologiques appelés à en assurer la mise en œuvre. Il a renvoyé à la Haute Autorité de santé et aux sociétés savantes le soin d'élaborer les recommandations destinées à guider les professionnels.

Ce choix n'était pas, en lui-même, dépourvu de justification. Il supposait toutefois que l'élaboration des recommandations s'inscrive dans un cadre méthodologique garantissant la

transparence des choix opérés, leur évaluation scientifique, leur révision selon des critères explicites et l'existence d'un retour d'expérience permettant d'en apprécier les conséquences réelles.

Or, l'expérience des années suivantes montre que ces garanties sont demeurées, sinon lettres mortes, très largement insuffisantes. Telle qu'elle ressort des recommandations et documents analysés dans la présente contribution, elle révèle que les protocoles ont connu des évolutions substantielles sans qu'un dispositif national complet de recueil, d'analyse et de publication des retours d'expérience ait été organisé par la loi.

Les recommandations relatives aux protocoles de sédation palliative ont connu plusieurs évolutions substantielles, notamment quant aux modalités d'administration du midazolam. Ainsi, les propositions professionnelles publiées en 2017 retenaient des doses d'induction sensiblement supérieures à celles qui figuraient dans les recommandations antérieures. La "Fiche repère" SPAP de mai 2017 balaie ainsi d'un revers de la main la titration reposant sur les recommandation Affsap de 2010 (0,5 mg de Midazolam toutes les 2 à 3 minutes) : *"Elle dure trop longtemps"*, lit-on. La proposition est de doubler la dose. Une telle évolution ne relevait pas d'une simple précision rédactionnelle ; elle modifiait directement les conditions de profondeur, de rapidité et de sécurité de la sédation.

Pourtant, ces modifications ne sont pas inscrites dans un dispositif d'évaluation organisé par le législateur. La loi n'avait défini ni les exigences scientifiques préalables à l'adoption des recommandations, ni les modalités de leur validation, ni les critères devant conduire à leur révision.

La crise sanitaire de 2020 a illustré plus nettement encore les conséquences de cette absence de cadre. Les protocoles "Covid" voient les doses de Midazolam s'envoler. Les doses de charge bondissent à 3 mg IV (5 mg par voie sous cutanée). Les doses cumulées sur 24 h (antérieurement autour de 25 mg) atteignent 70 mg IV (140 mg par voie sous cutanée). "Méga-doses" que le protocole encourage à doubler si elles se révélaient "insuffisantes". Plus préoccupant encore, dans un contexte d'urgence, certains protocoles ont réintroduit des schémas pharmacologiques rappelant les anciens cocktails lytiques (Dolosal–Largactyl–Phénergan), progressivement abandonnés au cours des années 1990 avec le développement des soins palliatifs modernes en raison de leur caractère peu maîtrisable et de l'absence de validation scientifique de leurs effets. Dans les protocoles de 2020, la morphine se substitue à la péthidine (Dolosal), le Largactyl reste, parfois remplacé par d'autres neuroleptiques (halopéridol), le Midazolam ou le Rivotril se substituent au Phénergan, autrefois utilisé dans ce contexte pour ses propriétés sédatives.

Cet épisode illustre le fait, qu'en l'absence d'un encadrement méthodologique suffisamment précis, les recommandations peuvent évoluer rapidement, sous l'effet des circonstances. La question n'est pas de déduire de cette seule évolution l'inadéquation des choix effectués, mais de savoir selon quelles données ils ont été validés, suivis et, le cas échéant, révisés.

L'analyse des protocoles récents soulève également des interrogations précises sur l'association de certaines molécules mesures : couplage de morphiniques/midazolam dont le potentiel dépresseur respiratoire a été vivement dénoncé en Grande Bretagne , limitation de l'hydratation couplée à l'administration de diurétiques (furosémide), recours à des anticholinergiques tels que la scopolamine (de sinistre mémoire, car massivement utilisée, sous le IIIe Reich pour l'extermination des enfants lors du programme Aktion T4), prescrite à des doses atteignant, voiredépassant les doses toxiques. Compte tenu de la variabilité interindividuelle de la relation dose-effet et des effets indésirables documentés de la scopolamine - hallucinogène, fortement tachycardisante - ces choix appellent une justification scientifique explicite, une traçabilité des pratiques et une évaluation continue qui, en l'état n'existe pas. L'objet de cette observation et son enjeu, est de montrer que ces protocoles ne peuvent être assimilés à de simples modalités techniques laissées sans cadre de suivi, ce qui clairement le cas ici.

La présence, signalée dans certains documents ARS de mars et avril 2020, d'ampoules de chlorure de potassium concentré dans les dotations de chariots d'urgence d'EHPAD et d'établissements médico-sociaux (10 ampoules concentrées à 20 %), appelle de la même manière une clarification : indications prévues ? conditions de conservation et d'utilisation ? traçabilité et contrôle ? Le chlorure de potassium étant écarté de plusieurs protocoles étrangers d'aide à mourir en raison de la brutalité de ses effets, cet exemple souligne la nécessité d'un cadre transparent.

Près de dix ans après l'adoption de la loi du 2 février 2016, les pratiques de sédation profonde et continue jusqu'au décès alimentent toujours d'importantes controverses médicales, éthiques et juridiques. Les débats portent notamment sur leurs indications, leurs modalités de mise en œuvre, leurs effets sur la durée de survie, la profondeur de la sédation ou encore leur distinction avec d'autres pratiques de fin de vie, euthanasiques notamment. Cette persistance des controverses montre que le renvoi aux seules recommandations professionnelles n'a pas suffi à stabiliser les connaissances ni à faire émerger un consensus scientifique durable.

Cette difficulté est renforcée par l'absence de recensement national systématique des sédations profondes et continues jusqu'au décès. En l'absence de données exhaustives portant sur les indications, les protocoles effectivement utilisés, leurs évolutions, les complications observées et les éventuels événements indésirables, les recommandations ne peuvent bénéficier d'un véritable retour d'expérience national organisé. Une pratique dont le législateur entendait encadrer l'usage, demeure ainsi, dix ans après son introduction en France, très imparfaitement documentée quant à sa mise en œuvre concrète.

L'expérience montre également qu'une pratique initialement présentée comme exceptionnelle peut, sous l'effet des recommandations professionnelles et de l'évolution des usages, connaître une diffusion progressive sans que cette évolution ait été expressément débattue ni véritablement anticipée par le législateur. En 2016, dans un article intitulé "Une histoire de la sédation en soins palliatifs", le Professeur René Shaerer écrit : *"À la veille du vote de l'Assemblée*

nationale concernant la fin de vie, soulignons pour conclure, qu'en raison de la précision de ses indications, de la difficulté de sa mise en place et de la rigueur de sa surveillance, la sédation en phase terminale est un acte spécialisé. A ce titre, elle ne devrait être confiée qu'à des médecins..." "La sédation apparaît donc aujourd'hui comme un acte de spécialiste, nécessitant une formation et une expérience clinique éprouvées. La brièveté du texte de loi ne doit pas donner l'illusion qu'il s'agit d'un acte médical à la portée de n'importe quel médecin ou de n'importe quel soignant. Prétendre le contraire serait laisser entendre que le but de la sédation est de provoquer la mort du patient ; ou, pire encore, que son confort pendant la sédation n'a pas d'importance puisqu'il est rendu incapable de se plaindre."

Dix ans plus tard, alors que la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, le législateur organise son passage en routine à grande échelle, l'extension des lieux de prise en charge, l'évolution des protocoles et la place croissante de nouveaux professionnels (IPA, notamment) rendent d'autant plus nécessaires un recensement national, une évaluation des pratiques réelles et une définition claire des compétences requises inexistantes à ce jour.

Cette évolution ne permet pas, à elle seule, de conclure à une dérive telle qu'en a connu la Grande Bretagne avec l'implémentation, sous incitation financière, du sinistre parcours de fin de vie "Liverpool Care Pathway " interdit depuis, en 2014 ; elle appelle toutefois à la vigilance. En 2020, la mise en oeuvre, dans les Ehpad, des protocoles durcis "Covid" étaient déléguées à des infirmières qui, bien souvent, n'étaient que des "faisant office de...". Sans qu'aucune évaluation de ces pratiques n'ait été entreprise dans l'intervalle, hors de tout contexte pandémique, ces mêmes protocoles accélérés qui aboutissent en quelques heures à la mort du patient, tendent à supplanter les formes classiques de sédation profonde et continue. L'extension, encouragée par la SFAP, des attributions des IPA (Infirmières en Pratique Avancée) dans le champ de la fin de vie, préfigure-t-elle la légalisation, en France, des prescriptions des protocoles de sédation (Midazolam) par des personnels non médicaux, autorisées depuis le 15 octobre 2003, en Angleterre, où les prescriptions de sédations terminales par des PNM (Non-Medical Prescribers) ont explosé ces dernières années ?

Ces interrogations ont conduit l'auteur de la présente contribution à rendre publique,en mai 2025, une lettre ouverte adressée à Madame Claire Fourcade, alors présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, appelant à un débat scientifique sur les protocoles de sédation profonde, leur évaluation et la nécessité d'un retour d'expérience objectivable. Au-delà de cette initiative, les questions ainsi soulevées demeurent aujourd'hui largement ouvertes.

Le précédent de 2016 ne démontre donc pas seulement que les recommandations médicales évoluent. Il montre surtout que, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'exigences législatives relatives à leur élaboration, à leur validation, à leur évaluation et à leur révision, elles peuvent connaître des

transformations substantielles sans que leur fondement scientifique ait été préalablement établi ni publiquement discuté.

La loi déférée reproduit cette méthode à propos d'une pratique dont les conséquences sont irréversibles. Elle retient une articulation comparable : elle autorise l'administration de substances destinées à provoquer la mort et confie à la HAS la définition des substances et de leurs conditions d'utilisation. Elle institue en outre des mécanismes de contrôle a posteriori. La question demeure de savoir si elle encadre suffisamment, en amont, l'élaboration et l'évolution des recommandations scientifiques.

Le précédent de 2016 invitait pourtant à la solution inverse. Lorsque des recommandations scientifiques conditionnent directement les garanties entourant une pratique susceptible d'affecter la vie d'une personne, il appartient au législateur d'en fixer lui-même les éléments essentiels ainsi que les exigences méthodologiques gouvernant leur élaboration. Cette exigence s'impose avec une force accrue lorsque l'administration des substances n'a plus seulement pour effet possible d'abréger la vie, mais a pour finalité immédiate de provoquer le décès.

SPCJD : une question scientifique demeurée largement ouverte depuis la loi Claeys-Leonetti

Dans Penser la fin de vie, Régis Debray relève que les connaissances scientifiques relatives aux effets réels de la sédation profonde demeurent incomplètes. Une personne profondément sédatée ne pouvant plus exprimer ce qu'elle perçoit ou ressent, il est particulièrement difficile d'apprécier avec certitude les effets subjectifs de cette pratique et son aptitude à répondre à une souffrance réfractaire. Cette observation conduit à souligner la nécessité de poursuivre les recherches cliniques et physiopathologiques dans ce domaine.

Près de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi du 2 février 2016, cette interrogation conserve toute son actualité.

Les protocoles, loin d'être neutres ou purement « apaisants », pourraient induire eux-mêmes une détresse aiguë (comme l'OAP), surtout si la titration et le monitorage ne sont pas respectés. Alors même que la sédation profonde et continue jusqu'au décès tend à occuper une place croissante dans les pratiques de fin de vie, aucun dispositif national de recherche, d'observation ou d'évaluation scientifique systématique ne paraît avoir été organisé afin d'améliorer les connaissances relatives à ses effets réels, à ses modalités de mise en œuvre ou à leurs conséquences.

Cette situation appelle une interrogation particulière au regard de la réforme aujourd'hui soumise au Conseil constitutionnel. Le développement des soins palliatifs, présenté comme le premier volet de la nouvelle politique de la fin de vie, aurait pu constituer l'occasion d'organiser un véritable programme national d'évaluation scientifique des pratiques de sédation profonde, de leur évolution et de leurs résultats. Une telle démarche aurait permis de consolider les connaissances disponibles avant d'autoriser une pratique nouvelle ayant, cette fois, pour finalité de provoquer délibérément le décès.

La loi relative aux soins palliatifs a-t-elle entendu instituer un tel dispositif ? A-t-elle prévu un recensement national des pratiques, un suivi scientifique des protocoles, une analyse des complications observées, des investigations lorsque des difficultés surviennent, ou encore un mécanisme de révision fondé sur des données objectivées ?

À défaut, une même interrogation traverse successivement les deux réformes de 2016 et de 2026 : les garanties scientifiques essentielles ont-elles été organisées par le législateur lui-même ou ont-elles été laissées, une nouvelle fois, à une élaboration au gré de l'expérience acquise après l'entrée en vigueur de la loi ?

V. Les conséquences constitutionnelles de la qualification des protocoles

Les développements qui précèdent conduisent à une conclusion qui ne relève plus de l'appréciation médicale, mais de la qualification juridique. L'expérience comparée, l'analyse fonctionnelle des protocoles d'injection létale utilisés aux États-Unis ainsi que l'expérience française issue de la loi Claeys-Leonetti convergent vers un même constat : les protocoles d'administration des substances destinées à provoquer la mort ne constituent pas de simples modalités techniques d'exécution. Ils constituent les garanties substantielles de mise en œuvre d'un acte irréversible portant atteinte au droit à la vie.

Cette qualification résulte de leur nature même. Instruments scientifiques évolutifs, ils sont destinés à prévenir les complications, à encadrer les pratiques médicales et à assurer les garanties concrètes entourant l'administration des substances destinées à provoquer la mort. Leur contenu évolue au rythme des connaissances scientifiques, des retours d'expérience, des incidents constatés et des révisions successives des recommandations médicales.

C'est précisément parce que ces protocoles constituent le support normatif des garanties concrètes de la loi qu'il convient de préciser la nature des garanties essentielles qu'ils doivent assurer.

Les garanties essentielles des protocoles d'administration des substances létales

Les garanties essentielles auxquelles il est fait référence dans les développements qui suivent peuvent être analysées autour de quatre exigences complémentaires :

Garantie essentielle	Définition
Fiabilité	Capacité du protocole à produire de manière constante, prévisible et reproductible le résultat attendu.
Sécurité	Maîtrise des risques de complications, de souffrances imprévues ou d'échec du protocole.
Dignité	Préservation de la dignité du patient et limitation des manifestations susceptibles d'être vécues comme dégradantes ou traumatisantes, tant pour le patient que pour les personnes qui l'accompagnent.
Humanité	Respect de la personne, de son autonomie, de son confort et de la qualité de son accompagnement tout au long de la procédure.

Ces quatre exigences correspondent, respectivement, à une garantie de résultat, une garantie de maîtrise du déroulement, une garantie de respect de la personne et d'humanité. Elles ne sauraient être comprises comme la promesse d'un résultat pharmacologique absolu ; elles définissent les finalités minimales au regard desquelles les protocoles doivent être conçus, documentés, évalués et révisés.

Cette qualification emporte une conséquence constitutionnelle. Il ne saurait être soutenu que le législateur devait lui-même déterminer les molécules utilisables, les dosages ou les modalités pharmacologiques d'administration. Ces choix relèvent de l'expertise scientifique et peuvent légitimement être confiés à la Haute Autorité de Santé.

En revanche, dès lors que ces recommandations conditionnent les garanties concrètes de mise en œuvre de la loi, il appartenait au législateur, en application de l'article 34 de la Constitution, d'en

fixer le cadre essentiel. Ce cadre pouvait porter sur leurs finalités, les exigences minimales de fiabilité et de sécurité, la publication des recommandations, la traçabilité des administrations, le signalement et l'analyse des incidents, la périodicité de la réévaluation, les conditions d'une modification urgente et la publicité des données agrégées.

La loi comporte certes plusieurs garanties. Son article 15 institue une commission chargée du contrôle a posteriori des procédures ainsi que du suivi et de l'évaluation de l'application de la loi. Il organise un système d'information et permet le traitement de données à des fins de recherche. L'article 16 prévoit que la HAS tient compte des comptes rendus établis après les administrations. Ces dispositions ne peuvent donc être regardées comme dépourvues de tout mécanisme de retour d'expérience.

Toutefois, ces garanties portent principalement sur le contrôle des procédures individuelles et l'évaluation générale du dispositif. La loi ne précise ni les exigences scientifiques minimales auxquelles doivent satisfaire les recommandations de la HAS, ni la nature des incidents devant être obligatoirement signalés, ni les conditions de leur analyse pharmacologique, ni la fréquence de révision des protocoles, ni les circonstances dans lesquelles l'utilisation d'une substance devrait être suspendue ou réexaminée.

Elle se borne à renvoyer à la Haute Autorité de santé l'élaboration de recommandations destinées à encadrer la mise en œuvre de l'aide à mourir.

Le grief d'incompétence négative ne repose donc ni sur le recours à l'expertise de la HAS, qui est légitime, ni sur l'absence de toute surveillance. Il tient à ce que le législateur a laissé à cette autorité le soin de déterminer non seulement les solutions pharmacologiques, mais aussi, dans une mesure substantielle, les principes méthodologiques gouvernant leur validation, leur évolution et leur contrôle.

Eu égard au caractère irréversible de l'acte autorisé et aux exigences constitutionnelles attachées à la dignité de la personne humaine, à la protection de la santé et à la liberté personnelle, il peut être soutenu que l'article 34 imposait au législateur de fixer plus précisément ce cadre. Les recommandations ne sont pas, en elles-mêmes, du domaine de la loi ; les garanties fondamentales qui doivent présider à leur élaboration et à leur contrôle le sont.

Pour conclure

La présente contribution ne soutient ni que les futures recommandations de la HAS seraient nécessairement inadaptées, ni que le législateur devait lui-même choisir les molécules, les dosages ou les voies d'administration.

Elle soutient que, compte tenu de la nature de l'acte autorisé, la loi devait encadrer plus précisément la compétence confiée à la HAS et définir les garanties scientifiques et méthodologiques essentielles applicables aux recommandations.

Les articles 15 et 16 organisent un contrôle a posteriori, un système d'information et la prise en compte des comptes rendus d'administration. Ces garanties ne déterminent pas, pour autant, suffisamment les exigences préalables de validation, de transparence, de signalement des incidents, de réévaluation et, le cas échéant, de suspension d'un protocole.

L'article 34 de la Constitution n'impose pas au législateur de résoudre lui-même les questions scientifiques. Il lui impose, en revanche, lorsqu'il institue une liberté dont l'exercice conduit directement au décès, de fixer les garanties fondamentales permettant de préserver la dignité de la personne, la protection de sa santé et sa liberté personnelle.

L'expérience étrangère montre que les protocoles d'aide à mourir demeurent évolutifs, car insatisfaisants. L'expérience des injections létales, invoquée dans une perspective exclusivement fonctionnelle et scientifique, montre que l'apparence médicalisée d'un protocole ne suffit pas à garantir la connaissance de ses effets physiopathologiques.

L'expérience française de la sédation montre, enfin, qu'un renvoi aux recommandations professionnelles doit s'accompagner d'un dispositif organisé d'évaluation et de retour d'expérience, inexistant, en l'occurrence.

Ces trois enseignements ne commandent aucun choix pharmacologique particulier. Ils justifient que le cadre de conception, de surveillance et de révision des recommandations soit considéré comme une garantie substantielle de la loi.

Ces données révèlent également, par-delà la diversité des législations et des protocoles, la difficulté persistante de réunir les conditions propres à assurer la sécurité et l'humanité du processus. La promesse d'une mort constamment paisible, rapide et préférable aux souffrances qu'elle entend abréger ne peut être tenue avec certitude. Les médecins le savent : aucun protocole ne permet d'exclure l'échec, la complication, la prolongation de l'agonie ou la nécessité d'une

intervention complémentaire. Ils savent aussi combien il est difficile de prendre la mesure d'une éventuelle souffrance devenue muette et invisible pour les témoins lorsque les substances administrées privent la personne de toute possibilité de l'exprimer sans entraîner immédiatement son décès. L'immobilité du corps ne garantit pas, à elle seule, l'absence de conscience ou de souffrance.

Cette irréductible incertitude appelle une vigilance particulière du législateur. Lorsqu'est en cause un acte irréversible mettant directement un terme à une vie humaine, elle ne constitue pas une simple difficulté d'application : elle affecte l'effectivité même des garanties dont le législateur a entendu entourer l'exercice du droit institué.

Une réserve d'interprétation ne saurait remédier à cette carence sans conduire le Conseil constitutionnel à déterminer lui-même les garanties qu'il appartenait au législateur de fixer. Le grief affecte ainsi la substance même du dispositif retenu et appelle la censure des dispositions contestées.

Il est, en conséquence, demandé au Conseil constitutionnel de constater qu'en renvoyant à la Haute Autorité de Santé la détermination des modalités scientifiques et techniques du protocole, tout en lui déléguant, faute d'un encadrement législatif suffisant, la définition des garanties essentielles gouvernant l'élaboration, la validation, la publicité, l'évaluation et la révision de ses recommandations, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence dans des conditions affectant le respect de la dignité de la personne humaine, la protection de la santé et la liberté personnelle. L'article 16 est, dès lors, entaché d'incompétence négative et doit être déclaré contraire à la Constitution.

<u>À titre principal :</u>

- Déclarer l'article 16 de la loi déférée contraire à la Constitution, en raison de la méconnaissance par le législateur de l'étendue de sa propre compétence (grief d'incompétence négative sur le fondement de l'article 34 de la Constitution), ayant entraîné une carence dans la détermination des garanties légales indispensables à la protection :
    - Du principe de valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (Préambule de 1946, al. 1er) ;
    - Du droit à la protection de la santé (Préambule de 1946, al. 11) ;
    - De la liberté personnelle et de la liberté de conscience (DDHC de 1789, art. 2 et 10).

2. À titre préalable ou subsidiaire (Demande de mesure d'instruction) :

- Prononcer le sursis à statuer sur la constitutionnalité de la disposition déférée ;

- Ordonner une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (médicale, psychiatrique, psychologique et sociologique) visant à évaluer :
    1. Les conséquences physiologiques et médicales réelles de l'administration des substances létales envisagées et les risques de souffrance non décelables extérieurement ;
    2. Les impacts psychologiques, psychiatriques et sociologiques profonds générés par l'acte d'aide à mourir sur les patients, leurs proches, le personnel soignant ainsi que les répercussions sur la liberté de conscience, la foi et les convictions morales des personnes impliquées

Valérie FERRIER

Journaliste scientifique, spécialisée dans les questions scientifiques et médicales