

Loi Aide à mourir

Observations en réponse au Gouvernement

p. 2 : Observations de M. Gérard Larcher,
président du Sénat,
Le 7 août 2026

p. 15 : Observations des sénateurs
Les Républicains,
le 6 août 2026

p. 31 : Observations des députés,,
le 6 août 2026



Monsieur Richard FERRAND
Président du Conseil constitutionnel
2 rue de Montpensier
75001 PARIS

LE PRÉSIDENT

Paris, le 7 août 2026

Monsieur le Président,

Le Gouvernement a produit, le 30 juillet 2026, des observations sur les recours dirigés contre la loi relative au droit à l'aide à mourir, au nombre desquels figure la saisine que je vous ai adressée le 16 juillet 2026 sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution. Ces observations appellent de ma part les réponses suivantes, présentées dans l'ordre de ma saisine après une remarque liminaire sur leur portée d'ensemble.

Observations liminaires : la portée des concessions du Gouvernement

1. La lecture des observations révèle d'abord ce qu'elles ne défendent pas. Le Gouvernement admet que le second alinéa du I du nouvel article L. 1111-12-4 du code de la santé publique, relatif à la personne « dont le discernement est gravement altéré », présente un « défaut de clarté » et est, pour ce motif, contraire à la Constitution (observations, point 6). Il tient pour « insuffisantes », au regard de la situation de vulnérabilité particulière des majeurs protégés, les garanties prévues au troisième alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 (point 5) ainsi qu'au 3^o du II et à la dernière phrase du IV de l'article L. 1111-12-4 (point 6). Sur le délai de réflexion « d'au moins deux jours », il suggère une réserve d'interprétation qui ajouterait à la loi des conditions qu'elle ne comporte pas (point 6). Sur le recours ouvert à la personne chargée de la mesure de protection (second alinéa de l'article L. 1111-12-10) comme sur l'obligation faite aux établissements (II de l'article L. 1111-12-12), il renvoie ou « entend se référer » à la saisine du Premier ministre (points 10.2 et 12.3), c'est-à-dire à une saisine qui conclut à l'inconstitutionnalité. Il s'en remet enfin à la sagesse du Conseil sur le II de l'article 17 (point 14.3), étant rappelé que le Premier ministre a lui-même déféré certaines dispositions des articles 5, 6, 7, 10, 12 et 14 de la loi.

2. Ainsi, sur la protection des personnes vulnérables, sur la garantie de la volonté libre et éclairée et sur la liberté des établissements, le Gouvernement ne soutient pas, ou ne soutient plus, la constitutionnalité du texte. Ces concessions confirment le diagnostic de ma saisine : dans une matière où la loi autorise qu'il soit mis fin à une vie humaine, le législateur n'a ni épuisé sa

compétence ni assorti son œuvre des garanties légales qu'exigent la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et la protection due aux personnes vulnérables.

3. Elles emportent une conséquence de méthode. L'article 61 de la Constitution ne confère pas au Conseil constitutionnel « un pouvoir général d'appréciation et de décision identique à celui du Parlement » (décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, cons. 1). Des carences aussi nombreuses, portant sur des garanties substantielles, ne sauraient être comblées par un jeu de réserves d'interprétation qui reviendrait à récrire la loi. Lorsque le législateur est resté en deçà de sa compétence dans une matière touchant à la vie, la censure s'impose.

1. Sur la définition du droit à l'aide à mourir (article 2)

4. Ma saisine faisait valoir que la loi ne précise ni les situations objectives dans lesquelles une personne est dans l'impossibilité de s'administrer la substance létale, ni le caractère permanent ou passager de cette impossibilité, et qu'elle abandonne ainsi au règlement et à la pratique la détermination des périmètres respectifs de l'auto-administration et de l'administration par un tiers.

5. La réponse du Gouvernement vaut aveu. Selon ses observations, cette notion « n'est et ne sera pas définie par d'autres dispositions législatives et devra être appréciée *in concreto*, notamment au regard des recommandations de la HAS en la matière » (point 2.1.1). La frontière entre les deux modalités du droit institué, c'est-à-dire entre l'acte que la personne accomplit elle-même et l'acte par lequel un tiers lui donne la mort, dépendra donc de recommandations d'une autorité administrative et d'appréciations d'espèce. Or il incombe au législateur de prémunir les sujets de droit 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 » (décision n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, cons. 9, que le Gouvernement cite lui-même). Le renvoi assumé à la Haute Autorité de santé caractérise l'incompétence négative.

6. L'exemple avancé, celui d'une « incapacité motrice », n'est présenté que comme une hypothèse (« tel pourra être le cas »), sans que la loi ni les observations n'excluent d'autres empêchements. La question posée par ma saisine demeure donc entière : une impossibilité née de l'angoisse du moment ultime permettra-t-elle de passer de l'auto-administration à l'administration par un tiers ? La réponse ne figure nulle part dans la loi ; elle relèvera du professionnel présent, à l'instant même où le doute sur la réalité du consentement est le plus grand.

7. Cette indétermination a une portée constitutionnelle. Les deux modalités ne mettent pas en cause de la même manière l'interdit de donner la mort : dans un cas la personne agit elle-même, dans l'autre un tiers accomplit sur

elle l'acte létal, ce qui explique que les législations étrangères les distinguent et les encadrent différemment, et que la Cour européenne des droits de l'homme exige, pour l'acte pratiqué par un tiers, des « garanties adéquates et suffisantes » (Cour EDH, 4 octobre 2022, *Mortier c. Belgique*, n° 78017/17, §§ 138 et 139, arrêt cité par le Gouvernement). L'objection selon laquelle les termes de suicide assisté et d'euthanasie ne font l'objet d'aucune définition en droit interne se retourne contre le texte : il appartenait précisément à la loi de les définir, dès lors qu'elle fait dépendre de cette distinction l'ampleur du droit créé et le champ de l'irresponsabilité pénale instituée au II de l'article L. 1111-12-1, à laquelle s'applique l'exigence de précision découlant de l'article 8 de la Déclaration de 1789 (décisions n° 98-399 DC du 5 mai 1998, cons. 7, et n° 2006-540 DC précitée, cons. 57, invoquées par le Gouvernement).

II. Sur les conditions d'accès à l'aide à mourir (article 4)

A. L'absence de tout horizon temporel, désormais revendiquée

8. Ma saisine relevait que le critère de la « phase avancée », dépourvu de toute référence à une durée de pronostic vital, englobe des malades ayant plusieurs années de vie devant eux. Le Gouvernement ne le conteste pas ; il le confirme. Selon ses observations, la notion d'affection engageant le pronostic vital « n'est pas réductible à celle d'état médical critique comportant un risque élevé de décès à brève échéance » ; elle vise des maladies conduisant nécessairement au décès « sans qu'il soit possible de prévoir avec précision la date du décès », y compris lorsque « les durées de survie peuvent varier significativement d'un patient à l'autre » (point 4.1). L'abandon de la référence au pronostic vital engagé « à court ou moyen terme », qui figurait dans le projet soumis au Conseil d'État, est présenté comme un choix délibéré.

9. Ce choix prive le dispositif du seul appui que l'analyse juridique lui offrait. Dans son avis du 4 avril 2024 (n° 408204), le Conseil d'État n'a écarté le grief d'incompétence négative qu'en donnant au « moyen terme » le sens que lui prête la pratique médicale, celui d'« un horizon temporel qui n'excède pas douze mois » (point 23). La loi déferée supprime cet horizon sans lui en substituer aucun autre : le raisonnement même de l'avis conduit, *a contrario*, au constat de l'incompétence négative. La justification avancée, tirée de la difficulté d'établir un pronostic fiable, aggrave le constat au lieu de le dissiper : à une appréciation difficile, le législateur a répondu par la suppression de toute borne temporelle. Quant à la crainte de poursuites qu'éprouveraient les médecins, elle trouvait sa réponse dans l'irresponsabilité pénale instituée par l'article 2, et non dans l'élargissement des conditions d'accès.

10. Le Gouvernement invoque la filiation avec l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, dont serait issue la condition d'« affection grave et incurable ». La comparaison dessert sa thèse. La loi du 2 février 2016

n'emploie cette notion qu'arrimée à un ancrage temporel strict : la sédation profonde et continue suppose, dans ses deux hypothèses, un pronostic vital « engagé à court terme ». Le législateur de 2026 emprunte les mots en retranchant l'ancrage ; il modifie ainsi la nature même du dispositif, en ouvrant l'acte légal à des personnes qui ne sont pas en fin de vie, alors que les précédents dont se prévaut le Gouvernement (décisions n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 et n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022) concernaient exclusivement des situations de fin de vie.

B. La démonstration par l'exemple : la maladie d'Alzheimer

11. Les observations offrent, malgré elles, la démonstration de l'imprécision dénoncée. Pour rassurer sur le sort des personnes vulnérables, le Gouvernement affirme que la maladie d'Alzheimer « ne rend pas éligible à l'aide à mourir puisqu'elle n'engage pas le pronostic vital » (point 4.3). Quelques pages plus haut, il définit pourtant l'engagement du pronostic vital comme visant les « maladies d'une nature telle qu'elles conduisent nécessairement au décès » et cite expressément « certaines autres maladies neurodégénératives évolutives pour lesquelles l'évolution vers le décès est certaine mais dont le rythme demeure variable » (point 4.1). La maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative incurable, d'évolution irréversible, qui conduit au décès dans un délai variable, généralement de huit à douze ans après le diagnostic, et qui figure parmi les premières causes de décès en France. Elle répond trait pour trait à la définition que le Gouvernement donne de l'affection engageant le pronostic vital.

12. De deux choses l'une. Ou bien l'affirmation rassurante est exacte, et la définition donnée de l'engagement du pronostic vital ne l'est pas, ce qui ruine l'éclairage que le Gouvernement prétend tirer des travaux préparatoires. Ou bien la définition est exacte, et l'affirmation est erronée : une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée, encore apte à exprimer sa volonté aux stades précoces et entrée dans un processus irréversible d'aggravation affectant sa qualité de vie, remplira les conditions légales. Dans les deux branches, le Gouvernement échoue à appliquer de manière cohérente les critères qu'il défend, sur une question qui commande l'accès à la mort administrée. On ne saurait mieux établir que la loi méconnaît l'exigence de clarté et de précision comme l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité.

C. Des critères impuissants à garantir la dignité et la protection de la vie

13. Les autres critères n'apportent aucun correctif. La « phase avancée » est définie par une aggravation qui affecte la « qualité de vie » de la personne, notion essentiellement subjective. La condition tient à une affection grave et incurable « quelle qu'en soit la cause », ce qui inclut les suites d'un accident. La souffrance exigée peut enfin être « insupportable selon la personne » lorsqu'elle a choisi d'arrêter un traitement, y compris, selon les observations mêmes, « l'hydratation et l'alimentation artificielles » (point 4.2). Il en résulte

qu'une personne qui n'est pas en fin de vie peut, par sa seule décision d'interrompre un traitement, réunir les conditions d'accès à l'acte létal : la volonté déclarée de l'intéressé constitue à elle seule la condition et la mesure du droit.

14. Or l'article 2 de la Convention européenne « oblige les autorités nationales à empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause » (Cour EDH, 20 janvier 2011, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, § 54, cité par le Gouvernement), et le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine « contre toute forme d'asservissement et de dégradation » (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, cons. 2) impose au législateur, lorsqu'il touche à la vie, d'entourer son œuvre de garanties légales effectives. La Cour européenne juge en outre que, lorsque le décès n'interviendra pas à brève échéance, la loi doit prévoir « des garanties renforcées entourant le processus décisionnel » (*Mortier*, précité, § 148). La loi déférée fait l'inverse : elle étend l'accès au-delà de la fin de vie et retient des garanties inférieures à tous les standards comparés, ainsi qu'il va être montré.

III. Sur les garanties de la volonté libre et éclairée (articles 5 et 6)

A. Un faisceau d'insuffisances que les observations confirment

15. Le respect de la volonté libre et éclairée est, de l'aveu commun, la garantie cardinale du dispositif. Sur chacun des points relevés par ma saisine, les observations confirment la critique au lieu de la dissiper :

- la demande est adressée à un médecin qui peut n'avoir jamais rencontré la personne, la loi exigeant seulement qu'il ne lui soit pas « personnellement lié » (point 5) ;
- le médecin spécialiste appelé au collège est choisi par le médecin saisi ; il ne connaît pas le patient et peut se prononcer sans l'avoir examiné, l'examen clinique pouvant être écarté si le collège « ne l'estime pas nécessaire » (point 6) ;
- l'auxiliaire médical ou l'aide-soignant n'intervient auprès de la personne que « normalement », selon l'adverbe employé par le Gouvernement, ce qui suppose des exceptions (point 6) ;
- aucune évaluation psychiatrique n'est requise, le Gouvernement reconnaissant qu'« il aurait été loisible au Parlement de prévoir que le demandeur soit examiné par un médecin spécialiste des maladies mentales » et que ce choix n'a pas été fait (point 6) ;

- le collège peut se réunir en visioconférence, son avis est facultatif et la décision appartient au seul médecin saisi, enfermé dans un délai maximal de quinze jours (point 6) ;
- lorsque plus de trois mois séparent la notification de la confirmation, la réévaluation collégiale n'a lieu que « si besoin » (points 6 et 7.1).

16. Pris isolément, aucun de ces choix ne serait peut-être décisif. Leur cumul l'est : la loi permet qu'une décision autorisant l'administration de la mort soit prise par un médecin seul, dans un délai contraint, sur l'avis facultatif d'un collège dont aucun membre n'a nécessairement rencontré la personne, sans évaluation spécialisée de son état psychique. La Cour européenne, statuant sur un système plus exigeant, requiert pour ces hypothèses des garanties renforcées (*Mortier*, § 148) et rattache aux obligations positives découlant de l'article 2 la condition d'indépendance des médecins consultés (même arrêt, § 162). La loi déferée n'organise rien de tel : le spécialiste est choisi par le médecin qui décide et la seule exigence est l'absence de lien hiérarchique entre eux, quand la loi belge impose au médecin consulté une indépendance tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant (loi du 28 mai 2002, article 3, § 2, 3°).

17. S'y ajoute la concession majeure des observations : le seul critère par lequel la loi définit la volonté qui ne peut être reconnue, celui du « discernement gravement altéré », présente, de l'aveu du Gouvernement, un défaut de clarté qui le rend contraire à la Constitution (point 6). La clef de voûte de la garantie est donc, par l'aveu même de son défenseur, inconstitutionnelle ; sa censure isolée laisserait la procédure sans aucun critère d'appréciation, ce qui interdit de la tenir pour séparable du dispositif.

B. Le délai de réflexion d'au moins deux jours

18. Ma saisine rappelait, pour situer l'ordre de grandeur du délai de réflexion « d'au moins deux jours » fixé au V de l'article L. 1111-12-4, que le droit commun accorde quatorze jours pour se rétracter d'un crédit à la consommation, dix jours de réflexion pour un crédit immobilier et trente jours pour renoncer à une assurance sur la vie (articles L. 312-19 et L. 313-34 du code de la consommation, L. 132-5-1 du code des assurances). Les observations n'y répondent pas. Elles renvoient à la saisine du Premier ministre et suggèrent une réserve d'interprétation imposant au médecin d'accorder un délai supérieur « si l'état de santé du patient le permet et que sa situation personnelle ou familiale le justifie » (point 6).

19. Cette suggestion appelle deux réponses. Elle vaut d'abord reconnaissance de l'insuffisance du délai légal : on ne propose pas de corriger ce qui n'aurait pas besoin de l'être. Elle excéderait ensuite l'office du juge constitutionnel : la réserve suggérée introduirait dans la loi des conditions que le texte ne comporte pas, sans en fixer ni les critères ni la durée, c'est-à-dire qu'elle ferait œuvre de législateur (décision n° 74-54 DC précitée, cons. 1). Une réserve

d'interprétation peut expliciter la portée d'une disposition ; elle ne saurait édicter la garantie que le législateur a omise.

20. La comparaison avec les législations étrangères achève la démonstration. En Belgique, lorsque le décès n'est manifestement pas attendu à brève échéance, un mois au moins doit s'écouler entre la demande écrite et l'acte (loi du 28 mai 2002, article 3, § 3, 2°), délai dont la Cour européenne a expressément relevé qu'il « permet d'assurer que la demande résulte bien d'une volonté réfléchie et répétée » (*Mortier*, § 151). En Espagne, la loi organique 3/2021 du 24 mars 2021 exige deux demandes écrites espacées d'au moins quinze jours, un processus délibératif conduit par le médecin responsable puis par un médecin consultant, et une vérification préalable de l'ensemble des conditions par la commission de garantie et d'évaluation avant la réalisation de l'acte (articles 5, 8 et 10). Dans l'Oregon, quinze jours au moins séparent les deux demandes orales et la prescription ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai, sauf décès attendu à plus brève échéance (ORS 127.840 et 127.850). Deux jours, pour un champ d'éligibilité plus large que celui de toutes ces législations : la loi déferée se situe en deçà de tout standard connu.

C. L'absence de tout contrôle indépendant

21. Un dernier élément commande l'appréciation d'ensemble des articles 5 et 6 : le législateur n'a prévu, avant l'acte, l'intervention d'aucune instance indépendante, ni juge ni organe extérieur au choix du médecin saisi. La Cour européenne juge que, lorsqu'un législateur fait le choix de ne pas prévoir de contrôle préalable par une instance indépendante, l'examen des garanties matérielles et procédurales doit être d'autant plus attentif (*Mortier*, § 145), et que le contrôle exercé seulement *a posteriori* doit alors être « effectué de manière particulièrement rigoureuse » (même arrêt, § 171). Elle a condamné la Belgique précisément parce que ce contrôle *a posteriori*, opéré sur la seule base du volet anonyme du document d'enregistrement, n'empêchait pas le médecin ayant pratiqué l'euthanasie de siéger au sein de la commission et de se prononcer sur ses propres actes ; laisser à sa seule discrétion le soin de garder le silence ne suffisait pas à assurer l'indépendance de l'organe de contrôle (§§ 177 et 178). La loi déferée cumule les deux faiblesses : aucun contrôle *a priori* indépendant, et un contrôle *a posteriori* confié à une commission placée auprès du ministre chargé de la santé, dont les membres et le président sont, selon les observations elles-mêmes, nommés par ce ministre (point 13.4). L'exigence de garanties « adéquates et suffisantes » n'est pas satisfaite.

IV. Sur la protection des majeurs protégés et des personnes vulnérables (articles 5, 6 et 12)

22. Ma saisine soulignait le contraste entre les garanties minimales offertes aux majeurs protégés, réduites à l'information de la personne chargée de la mesure et à une faculté de saisine du juge administratif dans un délai de

deux jours, et celles qu'exige leur situation. Les observations donnent raison à la saisine au-delà de ce qui pouvait être attendu : le Gouvernement tient pour contraires à la Constitution le troisième alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 ainsi que le 3° du II et la dernière phrase du IV de l'article L. 1111-12-4 (points 5 et 6), et renvoie à la saisine du Premier ministre s'agissant du second alinéa de l'article L. 1111-12-10 (point 10.2).

23. J'en prends acte et j'invite le Conseil à en tirer toutes les conséquences. La censure des seules dispositions visées laisserait les majeurs protégés régis par la procédure de droit commun, c'est-à-dire dépourvus de toute garantie spécifique : l'inconstitutionnalité serait aggravée par la censure au lieu d'être corrigée. Ces dispositions ne sont donc pas séparables du dispositif d'accès en tant qu'il s'applique aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection ; à tout le moins, le Conseil devra censurer ce dispositif dans cette mesure et réserver au législateur le soin d'édicter les garanties renforcées qu'appelle la situation de vulnérabilité particulière de ces personnes.

24. Deux éléments des observations aggravent le constat. En premier lieu, le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil ne sera pas opérationnel avant une date fixée par décret « au plus tard au 31 décembre 2028 » ; dans l'intervalle, la vérification reposera, selon le Gouvernement, sur une « attestation » fournie par l'intéressé lui-même, sur un extrait d'acte de naissance et sur l'interrogation éventuelle du référent familial ou du médecin traitant (point 5). Demander à une personne éventuellement placée sous protection d'attester elle-même qu'elle ne l'est pas, avant un acte irréversible, n'est pas une garantie ; c'est l'absence de garantie, organisée pour les premières années d'application de la loi. En second lieu, le Gouvernement relève lui-même que 69 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne bénéficient d'aucune mesure de protection juridique (point 4.3) : la plupart des personnes dont les facultés sont altérées échapperont donc, en toute hypothèse, aux garanties spécifiques, au demeurant jugées insuffisantes, et tout reposera sur l'appréciation du médecin saisi, au moyen d'un critère dont le Gouvernement admet le défaut de clarté.

25. Le silence des observations sur la comparaison faite dans ma saisine avec l'article L. 1231-2 du code de la santé publique, qui interdit tout prélèvement d'organe en vue d'un don sur une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne, se comprend : rien ne permet d'expliquer qu'une loi protège plus strictement ces personnes contre le don d'un rein que contre l'administration de la mort.

V. Sur le droit au recours et la compétence juridictionnelle (article 12)

A. La fermeture de tout recours utile aux tiers

26. L'article 12 réserve à la seule personne ayant formé la demande le droit de contester les décisions prises sur celle-ci. Il en résulte, comme le reconnaissent les observations, que les proches et la personne de confiance

« ne disposeront d’aucune voie de recours juridictionnelle permettant de faire obstacle à la mise en œuvre d’une décision accédant à une demande d’accès à l’aide à mourir » (point 10.1.1). La décision qui refuse l’aide à mourir peut être contestée, y compris par la voie du référé liberté ; la décision qui autorise l’administration de la mort ne peut l’être par personne d’autre que celui qui l’a sollicitée. Les voies pénales, civiles ou ordinaires évoquées par le Gouvernement s’exercent après le décès : s’agissant du droit à la vie, un recours posthume n’est pas un recours effectif, l’effectivité d’un recours s’appréciant au regard du caractère irréversible du dommage encouru.

27. Le Gouvernement croit pouvoir écarter votre décision n° 2017-632 QPC au motif qu’elle concernait un patient hors d’état d’exprimer sa volonté. La distinction ne convainc pas. Au paragraphe 17 de cette décision, vous avez jugé que 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 ». La raison d’être de cette exigence tient au caractère irréversible de la décision conduisant au décès : c’est parce qu’aucun recours ne peut plus rien après l’exécution qu’il doit pouvoir s’exercer avant elle. Cette raison vaut identiquement ici, et *a fortiori* pour les tiers que la loi déferée associe elle-même à la procédure : la personne de confiance ou le proche dont l’avis est recueilli à la demande du patient et communiqué au collège (article 6), et la personne chargée de la mesure de protection, destinataire d’une notification. À l’égard de ces personnes, l’exclusion de tout recours en temps utile porte au droit garanti par l’article 16 de la Déclaration de 1789 une atteinte substantielle (décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996, cons. 83), que la protection du secret médical, levée à leur endroit par la volonté même du patient, ne saurait justifier. L’arrêt *Mortier*, que le Gouvernement invoque (paragraphe 207), a été rendu à propos de proches que la patiente avait elle-même choisi de tenir à l’écart ; il ne dit rien de tiers associés à la procédure, et il rappelle en revanche l’exigence d’un contrôle indépendant et effectif, dont le dispositif français est dépourvu (*supra*, point 21).

28. À titre subsidiaire, si le Conseil n’y voyait pas une cause de censure, il lui appartiendrait à tout le moins, à l’image du paragraphe 17 de la décision n° 2017-632 QPC, d’assortir l’article 12 d’une réserve imposant que la décision faisant droit à la demande soit notifiée à la personne chargée de la mesure de protection ainsi qu’aux tiers consultés au cours de la procédure, dans des conditions leur permettant d’exercer un recours en temps utile, avant toute administration de la substance létale.

B. La compétence exclusive de la juridiction administrative

29. Je prends acte de la lecture restrictive que le Gouvernement propose de la liberté individuelle au sens de l’article 66 de la Constitution et de l’arrêt d’Assemblée plénière du 28 juin 2019 qu’il invoque (n°s 19-17.330 et 19-17.342). À la supposer transposable, cette lecture laisse entier le grief

tiré de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : l'unification d'un contentieux au profit d'un ordre de juridiction n'est loisible au législateur que « dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice » (décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, cons. 36, invoquée par le Gouvernement).

30. Or les deux justifications avancées ne résistent pas à l'examen. La première, selon laquelle « la majorité des décisions d'aide à mourir devrait avoir lieu dans des établissements publics », est une conjecture qu'aucune donnée n'étaye et que dément l'économie même de la loi, qui permet l'administration de la substance au domicile de la personne ou d'un proche (article 7) et l'intervention de médecins exerçant à titre libéral, dont les décisions ne sont pas des décisions administratives. La seconde, selon laquelle « les procédures d'urgence existantes dans l'ordre administratif sont sans équivalent au sein de l'ordre judiciaire », est inexacte : le juge judiciaire statue en référé, y compris d'heure à heure (articles 485, alinéa 2, 834 et 835 du code de procédure civile), et le législateur lui a précisément confié, en matière de soins sans consentement, le contrôle de situations comparables par leur urgence et par la vulnérabilité des personnes (article L. 3211-12-1 du code de la santé publique). Surtout, le Conseil d'État, dans son avis précité (points 36 et 37), a 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 entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire » et a invité le Gouvernement à modifier son projet en ce sens. Les observations ne répondent pas à cet avis ; elles réitèrent des affirmations que la juridiction administrative suprême avait par avance jugées insuffisantes. La condition d'une bonne administration de la justice fait défaut, et ce défaut est d'autant moins admissible que l'assouplissement des critères d'éligibilité a étendu le dispositif à des personnes qui ne sont pas en fin de vie.

VI. Sur la clause de conscience des professionnels et la liberté des établissements (article 14)

A. Les pharmaciens

31. La liberté de conscience constitue l'un des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République (décision n° 77-87 DC du 23 novembre 1977) et se rattache à l'article 10 de la Déclaration de 1789 ainsi qu'au cinquième alinéa du Préambule de 1946 (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13). Pour refuser toute clause de conscience aux pharmaciens des pharmacies à usage intérieur désignées par arrêté ministériel, tenues de réaliser et de délivrer la préparation létale (article 8), le Gouvernement soutient que leur intervention, postérieure à la décision et antérieure à l'administration, ne concourrait pas « de manière suffisamment directe » à l'aide à mourir (point 8.1). Ses propres observations décrivent pourtant cette intervention comme la réalisation d'une « préparation individualisée réalisée pour un patient déterminé », dont le qualificatif létal identifie « la finalité particulière, distincte des usages thérapeutiques habituels » (point 8.2). Réaliser, pour une personne nommément désignée et

à une date fixée, la préparation dont l'unique destination est de donner la mort à cette personne constitue un concours direct à l'acte : sans cette préparation, l'acte est impossible, et c'est précisément entre la décision et l'administration que se fabrique l'instrument du décès.

32. Le précédent invoqué (Cour EDH, 2 octobre 2001, *Pichon et Sajous c. France*, n° 49853/99) est dépourvu de pertinence : cette simple décision d'irrecevabilité concernait le refus de vendre en officine des contraceptifs, produits qui ne sont ni létaux ni préparés pour donner la mort à une personne déterminée. Votre décision n° 2001-446 DC n'a, quant à elle, admis la suppression de la clause du chef de service qu'en relevant que celui-ci conservait le droit de ne pas pratiquer lui-même l'acte, sa liberté, « laquelle relève de sa conscience personnelle », étant ainsi sauvegardée (cons. 15). La loi déferée fait l'inverse à l'égard du pharmacien : elle lui impose personnellement l'acte que sa conscience réprouve, sans aucune faculté de retrait. Elle méconnaît en outre l'égalité devant la loi : les professionnels qui participent au collège sans accomplir aucun acte matériel bénéficient de la clause, tandis que celui dont l'acte produit l'instrument même du décès en est privé. La différence de situation qu'opposent les observations entre les pharmaciens et les professionnels participant à l'instruction de la demande (point 8.1) repose sur ce même critère du concours direct, dont on vient de voir qu'il joue en sens inverse.

B. Les non-professionnels de santé appelés au collège

33. S'agissant des psychologues et des autres personnes conviées aux travaux du collège sans avoir la qualité de professionnel de santé, le Gouvernement répond qu'aucune obligation de soin ne pèse sur elles et qu'elles sont « libres de refuser de participer à la procédure » (point 12.2). L'argument se réfute lui-même. Si ces personnes sont libres de refuser, l'extension de la clause ne créerait aucune charge, et son refus n'a d'autre effet que de les priver des protections qui l'accompagnent contre toute discrimination ou sanction à raison du refus. Or il s'agit le plus souvent de salariés d'établissements ou de services, exposés, s'ils opposent un refus au médecin qui les convie, à des conséquences professionnelles dont la clause protège précisément leurs collègues professionnels de santé, membres du même collège et appelés aux mêmes travaux. La différence de traitement est sans rapport avec l'objet de la loi et la liberté de conscience de ces intervenants demeure sans garantie.

C. La liberté des établissements

34. Sur le II de l'article L. 1111-12-12, qui impose au responsable de tout établissement de santé ou de tout établissement ou service social ou médico-social de permettre que la procédure et, le cas échéant, l'acte léthal lui-même soient effectués en son sein, le Gouvernement « entend se référer sur ce point à la saisine du Premier ministre » (point 12.3), laquelle conclut à l'absence de conciliation équilibrée entre l'effectivité du droit nouveau et les libertés d'entreprendre, d'association et de conscience. Le Gouvernement ne défend

donc pas ces dispositions. Je persiste dans l'ensemble des griefs de ma saisine et y ajoute les éléments suivants.

35. En premier lieu, l'obligation instituée est sans précédent dans notre droit de la santé. Pour l'interruption volontaire de grossesse, 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, ce refus ne pouvant être opposé par un établissement habilité à assurer le service public hospitalier que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux. Le législateur avait ainsi concilié l'effectivité du droit créé avec la liberté des établissements. La loi déferée ne procède à aucune conciliation : elle n'ouvre aucune faculté de refus et ne prévoit aucune condition tenant aux besoins locaux. Elle ne permet pas même d'orienter la personne, si son état le permet, vers un autre établissement ou vers son domicile, où la loi autorise pourtant l'administration de la substance (article 7).

36. En deuxième lieu, l'atteinte touche au cœur de la liberté d'association, dont votre décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, rendue sur la saisine de mon prédécesseur Alain Poher, a consacré la valeur constitutionnelle. Pour de nombreuses structures, en particulier dans le champ des soins palliatifs, l'accompagnement de la vie jusqu'à son terme constitue l'objet social et le projet fondateur ; leur imposer d'accueillir dans leurs murs l'acte que ce projet exclut revient à contraindre l'association à agir contre l'objet en vue duquel ses membres se sont unis. S'y ajoutent la liberté d'entreprendre, la liberté de conscience des responsables, que le Gouvernement se garde de discuter, et, pour les établissements confessionnels, la liberté religieuse garantie par l'article 10 de la Déclaration de 1789 et par l'article 1^{er} de la Constitution.

37. En troisième lieu, le droit comparé confirme le caractère exorbitant de ce choix. Dans l'Oregon, la loi permet expressément à un établissement de santé d'interdire la pratique dans ses locaux, sous réserve d'en avoir informé les professionnels concernés (ORS 127.885, (5)(a)). Parmi les législations nationales, seule la Belgique a retenu la solution inverse, par une loi du 15 mars 2020 adoptée dix-huit ans après la dépénalisation, en prévoyant qu'aucune clause « écrite ou non écrite » ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales ; c'est ce même système belge dont la Cour européenne a, deux ans plus tard, sanctionné les défaillances du contrôle (*Mortier*, précité). Le législateur français adopte d'emblée la position la plus extrême du paysage comparé, qu'il aggrave d'une obligation positive mise à la charge du responsable de l'établissement, alors que l'exemple des autres législations démontre que l'effectivité du droit peut être assurée sans nier la liberté des établissements.

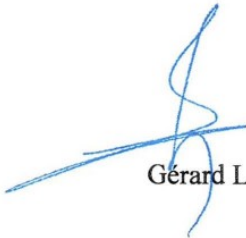
VII. Conclusions

38. Les vices relevés ne sont pas périphériques. Ils atteignent la définition même du droit créé (article 2), ses conditions d'accès (article 4), la procédure

destinée à garantir la volonté libre et éclairée (articles 5 et 6), la protection des personnes vulnérables (articles 5, 6 et 12), l'organisation du contrôle juridictionnel (article 12) et la conciliation avec les libertés des professionnels et des établissements (article 14). Ces dispositions forment le cœur du dispositif et ne sont séparables ni les unes des autres ni du reste de la loi. La déclaration de non-conformité de la loi dans son ensemble est demandée à titre principal ; à titre subsidiaire, celle des articles 2, 4, 5, 6, 12 et 14, sans que de simples réserves d'interprétation, qui reviendraient à édicter les garanties omises par le législateur, puissent en tenir lieu.

39. Par ces motifs, et tous autres qu'il appartiendrait au Conseil de relever d'office, je persiste dans les conclusions de ma saisine du 16 juillet 2026.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Gérard LARCHER

2026-910 DC-Reçu au greffe du Conseil constitutionnel le 6 août 2026

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



GROUPE
LES REPUBLICAINS

Le Président

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

Paris, le 6 août 2026

Monsieur le Président,

Vous voudrez bien trouver, ci-joint, notre réponse aux observations du
Gouvernement sur la loi relative au droit à l'aide à mourir.

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

Mathieu DARNAUD

**Observations en réplique des sénateurs Les Républicains
sur les observations du Gouvernement relatives au recours dirigé
contre la loi votée le 15 juillet 2026 relative à l'aide à mourir**

Les sénateurs du Groupe Les Républicains, auteurs de la saisine du 17 juillet 2026 contre la loi relative à l'aide à mourir, souhaitent répondre aux observations du Gouvernement par les observations en réplique suivantes.

Observations du Gouvernement

Selon le Gouvernement, “l’emploi des termes de « suicide assisté » ou « d’euthanasie » que proposent les sénateurs ne permettrait pas de renforcer l’intelligibilité de la loi. Ces notions ne font en effet l’objet d’aucune définition en droit interne et reçoivent des acceptions variables dans les pays où elles sont employées.”

Réponse

Il faut pourtant noter d’abord que les Observations du Gouvernement elles-mêmes privilégient au besoin les notions d’assistance au suicide ou d’euthanasie, plutôt que le terme d’aide à mourir.

Il faut ajouter ensuite que l’absence d’emploi, dans le texte même de la loi, des termes “euthanasie” et “suicide assisté” révèlent l’absence grave d’intelligibilité de la loi. Il ne suffit pas de déterminer les actes à accomplir, il faut également et clairement les nommer. Sans ces références à la réalité des actes accomplis, il pourrait d’ailleurs être reproché - à juste titre - que ces actes relèvent en réalité des catégories pénales réprimées par le Code pénal et que les saisissants ont rappelé dans leur critique initiale de l’article 2 de la loi : meurtre, empoisonnement, provocation au suicide, abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril.

On rappelle d’ailleurs que l’avis même du Conseil d’Etat rendu en 2024 sur le projet de loi “relatif à l’accompagnement des malades et de la fin de vie” utilise les expressions exactes d’euthanasie et de suicide assisté.

Pour toutes ces raisons, les sénateurs saisissants confirment leur demande de reconnaissance de l’inconstitutionnalité de l’article 2 de la loi contestée pour absence d’intelligibilité de la loi et soutiennent que cette absence d’intelligibilité conduit à déclarer cet article 2 inséparable de l’ensemble de la loi et en demandent, par voie de conséquence, la déclaration d’inconstitutionnalité totale.

Article 2 de la loi : atteinte au principe de dignité de la personne humaine.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement, s’adressant au Conseil constitutionnel, énonce que “*en raison de leur caractère inédit – vous n’avez jamais été amenés à vous prononcer sur la conformité à ces principes ni de l’assistance au suicide en fin de vie ni de l’euthanasie à la demande de la personne concernée*”

Réponse

Certes, comme le constatent les Observations du Gouvernement, le Conseil constitutionnel n’a jamais été amené à se prononcer sur la conformité de l’assistance au suicide ou de l’euthanasie volontaire à la Constitution. Mais son choix de faire découler la dignité de la première phrase de l’alinéa 1^{er} du Préambule de 1946 témoigne d’une incompatibilité entre ces pratiques et la dignité (voir saisine pp. 6-7).

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement, s'adressant au Conseil constitutionnel, soutient que "vous jugez 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 une décision d'arrêt des traitements de maintien en vie peut être prise, dans le respect de la dignité de la personne (2017- 632 QPC, 2 juin 2017, paragr. 8 ; 2022-1022 QPC, 10 novembre 2022, paragr. 8). Cette jurisprudence vous a conduits à juger conformes à ces principes, d'une part, les dispositions de l'article L. 1110-5-2 du CSP habilitant le médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté à arrêter ou à ne pas mettre en œuvre les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie (1ère décision, paragr. 9 à 14) et, d'autre part, celles de l'article L. 1111-11 du même code permettant à un médecin d'écarter des directives anticipées lorsqu'elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient (2nde décision, paragr. 11 à 16)".

Réponse

Le Conseil constitutionnel reconnaît en effet que la responsabilité « de déterminer les conditions dans lesquelles une décision d'arrêt des traitements de maintien en vie peut être prise » incombe au législateur. Cependant, contrairement à ce que laissent entendre les Observations du Gouvernement, le fait de déterminer si ces conditions respectent ou non le principe constitutionnel de dignité de la personne humaine ne relève pas de la compétence du législateur, mais du Conseil constitutionnel lui-même (n° 2022-1022 QPC, 10 novembre 2022, § 8).

Afin de ne pas porter d'atteinte inconstitutionnelle au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, le législateur a l'obligation d'avoir « assorti de garanties suffisantes la procédure qu'il a mise en place » (n° 2017- 632 QPC, 2 juin 2017, § 8). Le Conseil constitutionnel a relevé notamment dans cette décision que « la décision du médecin et son appréciation de la volonté du patient sont soumises, le cas échéant, au contrôle du juge » (§ 13), ce qui implique notamment que la décision d'arrêt ou de limitation de traitements de maintien en vie « 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). Cette notification de la décision du médecin aux proches, leur permettant d'initier un recours, constitue une réserve d'interprétation s'imposant aux autorités chargées de la mise en œuvre de la procédure (article premier).

Dans la seconde décision citée par le Gouvernement, le Conseil constitutionnel a examiné sous l'angle de la dignité la possibilité pour un médecin d'écarter des directives anticipées lorsqu'elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient : les dispositions législatives ont alors été déclarées conformes à la dignité, le Conseil relevant qu'elles n'étaient « ni imprécises ni ambiguës », que la décision du médecin était « notifiée dans des conditions permettant à la personne de confiance ou, à défaut, à sa famille ou à ses proches, d'exercer un recours en temps utile » (n° 2022-1022 QPC, 10 novembre 2022, §§ 13 et 15).

Le Conseil constitutionnel ayant limité son pouvoir d'appréciation sur la dignité, renvoyant la responsabilité principale au législateur, il s'agit pour le Conseil constitutionnel de tirer les conséquences de l'interprétation par le législateur de la notion de dignité. C'est ce que la saisine des sénateurs démontre, ci-dessous (pp. 7-8) :

*Certes, il est regrettable que le législateur ne semble pas s'appuyer sur une vision d'ensemble du caractère matriciel de la dignité de la personne humaine (N. Hutten, « L'instrumentalisation de la dignité humaine dans le droit contemporain ». In : B. Dumont, M. Ayuso et D. Castellano (dir.), *La dignité humaine, heurs et malheurs d'un concept maltraité*, éd. Pierre-Guillaume de Roux, 2020, p. 178). Mais les références existantes à la dignité nous indiquent que celle-ci est directement liée au respect de la vie, d'une part, et à la protection des plus vulnérables, d'autre part.*

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

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

-les discriminations opérées entre les personnes physiques sur le fondement de [...] de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques (article 225-1) ;

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

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

-« le fait de soumettre une personne, dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine » (article 225-14) ;

-le bizutage (article 225-16-1), en particulier sur les personnes d'une particulière vulnérabilité (article 225-16-2).

*Comme le résume X. Bioy, s'agissant du champ d'application de la dignité, « Le maître mot est ici celui de vulnérabilité. La dignité prohibe en effet les abus commis dans le cadre de situations qui permettent d'instrumentaliser la personne » (X. Bioy, « Dignité de la personne humaine – principe d'égalité – liberté personnelle – droit à une vie familiale normale – embryon humain – bioéthique – santé ». In : X. Dupré de Boulois (coord.), *Les grands arrêts du droit des libertés fondamentales*, Dalloz, 2e éd., 2019, p. 369). Il explique encore : « La primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain ainsi que l'intégrité de l'espèce humaine forment une suite de principes de valeur législative dont le respect assure celui de la dignité humaine elle-même. La doctrine les considère donc parfois comme « quasi-constitutionnels » » (Ibid., p. 372).*

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement analyse ainsi la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme : « Quant à la Cour européenne des droits de l'homme, elle juge que l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales consacrant un droit à la vie « oblige les autorités nationales à empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause » (Cour EDH, 20 janvier 2011, Haas c. Suisse, n° 31322/07, paragr. 54). Et elle juge que s'il n'est pas possible de déduire un droit de mourir de ces mêmes stipulations, celles-ci ne sauraient être interprétées comme interdisant en soi la dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie. Elle considère néanmoins que « pour être compatible avec l'article 2 de la Convention, la dépénalisation de l'euthanasie doit être encadrée par la mise en place de garanties

adéquates et suffisantes visant à éviter les abus et, ainsi, à assurer le respect du droit à la vie » (Cour EDH, 4 octobre 2022, Mortier c/ Belgique, n° 78017/17, paragr. 138-139). De même, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies considère que l'euthanasie ne constitue pas en soi une atteinte au droit à la vie si elle est entourée de solides garanties légales et institutionnelles permettant de vérifier que les professionnels de la médecine appliquent une décision explicite, non ambiguë, libre et éclairée de leur patient, afin que tout patient soit protégé contre les pressions et les abus (3 septembre 2019, CCPR/C/GC/36)''.

Réponse

Le Gouvernement omet de préciser que l'arrêt *Haas c. Suisse* concerne uniquement le suicide assisté, et non l'euthanasie. Or, l'euthanasie est directement contraire à la lettre de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, à la différence du suicide assisté par lequel la personne s'inflige la mort elle-même.

Le Gouvernement cite ensuite de manière incomplète un principe rappelé par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) dans l'arrêt *Haas c. Suisse*. En effet, dans le paragraphe cité par le gouvernement, la Cour indique que le droit à la vie « impose aux autorités le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie » (CEDH, 20 janvier 2011, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, § 54). Ainsi, lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables, la Cour n'admet pas d'exceptions au devoir des autorités de protéger ces personnes contre le suicide. Lorsque la Cour cite sa jurisprudence *Haas c. Suisse*, elle clarifie cette différence de protection entre les personnes vulnérables et les autres : « S'agissant en premier lieu de sa jurisprudence, la Cour a constaté dans l'arrêt *Haas c. Suisse* (n° 31322/07, § 54, CEDH 2011) que l'article 2 de la Convention, qui crée pour les autorités une obligation de protéger les personnes vulnérables, même contre des actes par lesquels elles mettent leur propre vie en danger, oblige également les autorités nationales à empêcher une personne de se donner la mort si la décision n'a pas été prise librement et en pleine connaissance de cause » (*Lings c. Danemark*, n° 15136/20, 12 avril 2022, § 49).

La jurisprudence de la Cour doit être interprétée au regard de la Convention européenne des droits de l'homme qui l'institue. Or, l'article 2 implique comme condition minimale l'interdiction de tuer volontairement. La Convention européenne des droits de l'homme indique par exemple très clairement « La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi » (article 2-1). Cette interdiction de tuer prévoit une liste limitative d'exceptions, comme la légitime défense ou encore la répression d'une émeute (article 2-2). L'aide à mourir ne fait pas partie de la liste limitative d'exceptions à l'interdit de tuer, elle n'est donc pas compatible avec le droit à la vie. Même si une personne veut mourir, le fait de la tuer ou de l'assister dans son suicide viole l'obligation de l'Etat de protéger la vie (Voir à ce sujet : Nicolas Bauer, « Euthanasie, droit fondamental ou violation des droits de l'homme ? », *Le Figaro*, rubrique « Champs libres – Débats », 28 février 2023, p. 14).

Le Gouvernement cite par ailleurs l'affaire *Mortier c. Belgique*, dans laquelle une femme dépressive avait été euthanasiée par un médecin militant pro-euthanasie, ayant reçu de cette femme un "don" de 2 500 euros pour son association. Or, la dépénalisation de l'euthanasie s'oppose explicitement au texte de l'article 2, en violant l'interdit de tuer. C'est pourquoi, la Cour aurait pu constater une incompatibilité entre la loi belge et l'article 2. Certains juges ont exprimé leur désaccord avec l'arrêt *Mortier c. Belgique* et ont pointé une négation du droit à la vie (Voir l'opinion en partie concordante et en partie dissidente de la juge Elósegui et l'opinion en partie dissidente du juge Serghides). En tout état de cause, la Cour a toujours refusé de considérer l'euthanasie ou l'assistance au suicide comme des droits subjectifs.

Lorsque le Gouvernement cite l'Observation générale n° 36 du Comité des droits de l'homme sur le droit à la vie (CCPR/C/GC/36, 3 septembre 2019), il omet de préciser que ce Comité ne déclare ni l'euthanasie, ni l'assistance au suicide compatibles avec le droit à la vie. D'une part, après avoir rappelé

le devoir des États de prévenir le suicide, le Comité traite des États autorisant les médecins à « administrer un traitement médical ou à donner d'autres moyens médicaux permettant d'accélérer la fin de vie », en citant le cas des « personnes atteintes d'une maladie en phase terminale » (§ 9). Si le Comité avait voulu traiter de l'euthanasie ou du suicide assisté, il aurait utilisé une formule moins floue que celle-ci. D'autre part, le Comité se contente de constater l'autorisation de ces « moyens médicaux » dans certains États, sans déclarer ceux-ci conformes au droit à la vie. Le seul objectif de ce constat est de rappeler aux États qu'ils « doivent veiller à l'existence de solides garanties légales et institutionnelles permettant de vérifier que ces professionnels de la médecine appliquent une décision explicite, non ambiguë, libre et éclairée de leur patient, afin que tout patient soit protégé contre les pressions et les abus » (§ 9). Ce paragraphe de l'Observation générale du Comité a par ailleurs fait l'objet d'un souci de traduction. Juste après son adoption, l'expert français, Olivier de Frouville, demanda le texte en Français « pour qu'on puisse se rendre compte de ce qu'on vient d'adopter parce que personnellement je n'en suis pas absolument certain ». La traduction française de l'Observation générale n° 36 n'a été publiée que l'année suivante (Voir à ce sujet : Christophe Foltzenlogel, « Observation générale sur le droit à la vie : Des mois de gestation pour aboutir à l'avortement – Compte rendu annoté de la 2^e lecture des paragraphes 8 et 9 de l'Observation générale n° 36 du Comité des droits de l'homme », ECLJ, mars 2020, p. 20 :

<http://media.aclj.org/pdf/Compte-rendu-annot%C3%A9-de-l'Observation-g%C3%A9n%C3%A9rale-sur-le-droit-%C3%A0-la-vie-n%C2%B036-du-Comit%C3%A9-des-droits-de-l'homme,-ECLJ.pdf>).

Article 2 de la loi : critères d'éligibilité.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement fait valoir que les notions retenues par le législateur relèvent du vocabulaire médical courant. Il ajoute que leur portée ressort clairement des travaux préparatoires et que leur appréciation relève naturellement du médecin, lequel doit examiner chaque situation au cas par cas.

Réponse

Cette réponse confirme davantage le grief qu'elle ne le réfute.

Les requérants ne soutenaient pas que ces notions seraient inconnues des médecins. Ils faisaient valoir qu'elles sont insuffisamment déterminées en droit, alors même qu'elles conditionnent l'accès à une procédure autorisant l'administration d'une substance létale.

Le Gouvernement reconnaît d'ailleurs expressément que la « phase avancée », le caractère irréversible de l'affection, l'appréciation des souffrances ou encore l'évolution de la maladie doivent être appréciés individuellement.

Autrement dit, la loi elle-même ne fixe pas les critères permettant de délimiter objectivement son champ d'application.

Le renvoi aux travaux préparatoires ne saurait davantage pallier cette insuffisance. Selon une jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, la portée d'une norme doit résulter de la loi elle-même et non des débats parlementaires.

Cette exigence découle de la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel selon laquelle il appartient au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques lorsqu'il fixe les conditions d'exercice d'une liberté ou d'un droit garanti par la Constitution. À défaut, il méconnaît l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi (Cons. const., n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 sur l'objectif d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi ; Cons. const., n° 2005-514 DC du 28 avril 2005 sur la précision de la loi).

Enfin, les observations du Gouvernement reconnaissent que le législateur a volontairement abandonné la référence au pronostic vital engagé à court ou moyen terme afin d'élargir le champ des bénéficiaires. Cette affirmation confirme précisément la critique développée dans la saisine.

Articles 2 à 9 de la loi : protection des personnes vulnérables.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement estime que la condition tenant à l'existence d'une volonté libre et éclairée suffit à protéger les personnes vulnérables.

Réponse

Cette affirmation ne répond pas au grief soulevé.

Les requérants ne soutiennent pas que les personnes vulnérables seraient exclues du bénéfice de la liberté de consentir. Ils soutiennent que **la loi ne prévoit aucune garantie spécifique permettant d'identifier ces situations de vulnérabilité.**

Or aucun des articles 2 à 9 n'impose au médecin de rechercher une éventuelle situation d'emprise, une dépendance économique, un isolement social, une vulnérabilité psychique ou une exposition à des violences.

Les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou les personnes dépendantes sont ainsi soumises exactement au même régime que tout autre demandeur.

De plus, l'appréciation de la qualité de la volonté de la personne demandant la mort n'est appréciée que par le seul médecin, sans aucune intervention d'un tiers, le médecin étant aussi celui-là même qui accomplit ou prépare l'acte léthal.

Le Conseil constitutionnel rappelle de manière constante qu'il appartient au législateur d'assurer la conciliation entre l'exercice des libertés et la protection des exigences constitutionnelles, au nombre desquelles figurent la sauvegarde de la dignité de la personne humaine ainsi que la protection de la santé. Lorsque le législateur organise une procédure susceptible d'aboutir à la mort d'une personne, cette exigence implique nécessairement l'instauration de garanties particulières destinées à protéger les personnes les plus vulnérables (Cons. const., n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 sur la dignité de la personne humaine ; Cons. const., n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 sur la protection de la santé et le contrôle des garanties).

La Cour européenne rappelle également que les États disposent certes d'une marge d'appréciation pour organiser l'assistance au suicide, mais que cette marge est indissociable de l'obligation de protéger les personnes vulnérables, notamment contre les décisions prises sous l'effet de pressions ou d'influences extérieures (CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, n° 31322/07).

Le Gouvernement évoque de façon abstraite la notion de volonté sans répondre à l'absence totale de garanties de nature à vérifier la réalité et la qualité de cette volonté et à protéger les personnes les plus vulnérables.

Article 4 de la loi : Observations au regard du principe de légalité des crimes et délits.

L'article 4 introduit un article L. 1111-12-2 du Code de la santé publique qui fixe les règles d'accès au droit à l'aide à mourir. Si les deux premières conditions sont objectives, les trois dernières sont sujettes

à des interprétations incompatibles avec l'objet juridique essentiel de la loi consistant à créer une cause de non-responsabilité pénale au sens de l'article 112-4 du Code pénal et crée un corpus légal insusceptible de garantir que l'exigence de précision inhérente à la matière est respectée.

L'argumentaire en défense présenté par le Gouvernement présente des justifications non recevables:

Pour justifier le bien-fondé de la rédaction adoptée par le législateur dans la définition des, maladies ouvrant le droit à l'aide à mourir, le Gouvernement soutient que sont visées par l'article L. 1111-12-2, 3° du Code de la santé publique des maladies d'une nature telle qu'elles conduisent nécessairement au décès de la personne concernée et que cette notion permet de prendre en considération des situations dans lesquelles le caractère fatal de l'affection est établi".

Cette argumentation ne prend absolument pas en compte la complexité des situations médicales visées puisque sont incluses dans le champ d'application de la loi des maladies pour lesquelles l'issue mortelle peut encore être éloignée et que la médecine peut encore efficacement soigner. La définition large de l'état de santé ouvrant droit à l'aide à mourir confère donc un caractère indéterminé à la condition posée par le législateur, la justification présentée par le Gouvernement aboutissant en vérité à une analyse du texte qui exprime tout à fait son imprécision dès lors qu'il ne peut être envisagé aucun terme temporel. De nombreuses maladies graves et incurables font entrer les personnes malades dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé et par une affectation de leur qualité de vie mais ces personnes peuvent encore vivre pendant une longue période grâce aux soins médicaux. Le texte tel qu'il est rédigé ouvre donc la voie à un mode de décès anticipé pour des personnes n'étant pas médicalement en fin de vie qu'il voudrait rendre excusable sur le plan pénal.

Le caractère flou de la condition tenant à l'état de santé pourra en outre permettre des appréciations différentes de la part des médecins contactés. Est implicitement admis par l'argumentation du Gouvernement que la loi s'appliquera à des personnes se trouvant dans des situations économiques, familiales et sociales différentes et aussi à des âges de la vie différents avec des conséquences variées quant à l'application du droit à l'aide à mourir. Or la mise en œuvre subjective, ainsi reconnue, de la dérogation légale apportée par la loi au champ de l'homicide volontaire ne peut se satisfaire d'une telle approximation aboutissant à conclure qu'en présence d'un état de santé identique, l'accès à l'aide à mourir s'appréciera de manière dissemblable. La valeur de la protection de la vie par la loi pénale ne peut en particulier être relativisée en fonction de calcul d'espérance de vie fondé sur l'âge de la personne concernée, ce qui est aussi une atteinte au principe d'égalité devant la loi.

Le caractère subjectif de l'application des critères légaux est encore accru par le recours à la notion de souffrance réfractaire et à celle de souffrance insupportable en cas de refus ou d'arrêt d'un traitement, souffrance que le patient pourrait au demeurant éviter en continuant le traitement médical (article L. 1111-12-2, 4° du Code de la santé publique). Ce caractère subjectif est à nouveau implicitement admis par le Gouvernement qui indique que l'appréciation des différents critères – qui relèvent eux aussi du vocabulaire médical courant – suppose une appréciation au cas par cas de la part du médecin saisi de la demande, ce qui encore une fois, ne peut être admis au regard de la nécessaire précision d'un texte dérogeant à la loi pénale.

Est aussi soutenu par le Gouvernement à l'appui de l'article L. 1111-12-, 5° du Code de la santé publique que "les dispositions sur le consentement libre et éclairé sont suffisamment claires et précises et que leur portée est éclairée par les travaux préparatoires, le rapport parlementaire précité indiquant ainsi que le recours à la notion de « volonté » permet « d'exprimer le caractère central de la décision de la personne dans le processus d'aide à mourir, qui ne doit pas être subi par la personne malade ni imposé par les professionnels de santé ». Le Gouvernement considère qu'est « libre » une volonté exprimée sans contrainte extérieure et « éclairée » celle qui s'exprime en disposant de l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension de sa situation médicale, la nature de la procédure

envisagée, ses conséquences, les alternatives existantes, notamment les soins palliatifs et le caractère irréversible de l'acte”.

Or, le texte adopté ne permet qu'il soit assuré que ces différents éléments sont effectivement réunis. Le médecin sollicité ne dispose pas en soi des éléments permettant de prendre en compte les contextes psychologique, familial, social et économique dans lesquels évolue le demandeur à l'aide à mourir. La vérification de l'existence d'une volonté libre et éclairée est extrêmement sommaire et peut se heurter *post mortem* à des analyses médicales ou d'autres éléments inconnus du médecin mettant en œuvre la procédure d'aide à mourir. Les vérifications insuffisantes prévues par la loi pourraient conduire le médecin intervenant à une erreur d'appréciation susceptible d'entraîner une mauvaise appréciation et par voie de conséquence à l'exposer à des poursuites pénales pour homicide volontaire ou empoisonnement. C'est dire que le législateur, en n'organisant pas une procédure complète de recueil de l'expression de la volonté n'a pas rempli son office.

En outre, 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), et non avant. Dès lors, elle n'a pas pu exprimer une volonté pleinement éclairée. Cette absence d'information préalable sur l'aspect central de la procédure d'aide à mourir est incompatible avec l'article 5 de la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine, ratifiée par la France en 2011.

Articles 4 à 7 de la loi : consentement libre et éclairé.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement soutient que le législateur a entouré le recueil du consentement de garanties suffisantes. Il souligne que la demande est formulée par le patient lui-même, que le médecin vérifie à plusieurs reprises le caractère libre et éclairé de cette demande et qu'un nouveau contrôle intervient avant l'administration de la substance létale. Il en déduit que les exigences résultant tant de la Constitution que de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme sont pleinement satisfaites.

Réponse

Cette argumentation ne répond pas au grief soulevé par les requérants.

La saisine ne contestait nullement que le consentement soit vérifié à deux reprises. Elle soutenait que **la loi ne prévoit aucun moyen permettant de vérifier effectivement la liberté du consentement.**

Les articles 4 à 7 organisent la succession des étapes procédurales mais demeurent silencieux sur les modalités concrètes d'appréciation des altérations invisibles de la volonté. Aucune disposition n'impose au médecin de rechercher une situation d'emprise psychologique, une dépendance économique, des violences intrafamiliales, un sentiment de culpabilité, une tendance suicidaire, une fatigue psychique ou encore un syndrome dépressif susceptible d'altérer le discernement.

Le Gouvernement répond ainsi à la fréquence des contrôles, mais non à leur qualité.

En outre, la répétition d'un même contrôle ne constitue pas une garantie supplémentaire lorsque l'ensemble de ces vérifications demeure concentré entre les mains d'un seul et même praticien.

Enfin, aucune expertise psychiatrique, psychologique ou indépendante n'est rendue obligatoire. Les observations du Gouvernement ne répondent donc pas à la critique essentielle selon laquelle la loi ne comporte aucun mécanisme objectif permettant de vérifier que la volonté est réelle et effectivement libre et éclairée.

Cette insuffisance apparaît d'autant plus problématique que la Cour européenne des droits de l'homme exige, lorsqu'un État choisit d'autoriser une assistance médicalisée à mourir, que celui-ci mette en place des garanties propres à assurer que la décision de l'intéressé est véritablement libre et éclairée, notamment afin de protéger les personnes vulnérables contre les abus, y compris contre elles-mêmes. Cette exigence ne se limite donc pas à une définition abstraite du consentement, mais implique l'existence de mécanismes effectifs de vérification (CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, n° 2346/02, CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, n° 31322/07).

Articles 4 à 7 de la loi : directives anticipées.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement rappelle que le droit positif reconnaît déjà les directives anticipées et que la jurisprudence relative à l'arrêt des traitements impose au médecin de rechercher la volonté du patient lorsqu'il ne peut plus s'exprimer.

Réponse

Les saisissants ne contestent nullement l'existence du régime général des directives anticipées.

Ils soutiennent que **la loi déferée ne leur reconnaît aucun rôle effectif dans la procédure d'aide à mourir.**

Les articles 4 à 7 ne permettent ni d'exprimer par avance une demande d'aide à mourir, ni d'exclure clairement son administration, ni de résoudre les difficultés pouvant apparaître lorsqu'un patient perd sa capacité d'exprimer sa volonté au cours de la procédure.

Les observations du Gouvernement répondent ainsi au régime général des directives anticipées mais non à leur place dans le nouveau dispositif institué par la loi.

La définition large de l'état de santé ouvrant droit à l'aide à mourir confère donc un caractère indéterminé à la condition posée par le législateur, la justification présentée par le Gouvernement aboutissant en vérité à une analyse du texte qui exprime tout à fait son imprécision dès lors qu'il ne peut être envisagé aucun terme temporel. De nombreuses maladies graves et incurables font entrer les personnes malades dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé et par une affectation de leur qualité de vie mais ces personnes peuvent encore vivre pendant une longue période grâce aux soins médicaux. Le texte tel qu'il est rédigé ouvre donc la voie à un mode de décès anticipé pour des personnes n'étant pas médicalement en fin de vie.

Le caractère flou de la condition tenant à l'état de santé pourra en outre permettre des appréciations différentes de la part des médecins contactés. Est implicitement admis par l'argumentation du Gouvernement que la loi s'appliquera à des personnes se trouvant dans des situations économiques, familiales et sociales différentes et aussi à des âges de la vie différents avec des conséquences variées quant à l'application du droit à l'aide à mourir. Or la mise en œuvre subjective de la dérogation légale apportée par la loi au champ de l'homicide volontaire ne peut se satisfaire d'une telle approximation aboutissant à conclure qu'en présence d'un état de santé identique, l'accès à l'aide à mourir s'appréciera de manière dissemblable, la valeur de la protection de la vie par la loi pénale ne pouvant en particulier être relativisée en fonction de calcul d'espérance de vie fondé sur l'âge de la personne concernée, ce qui est aussi une atteinte au principe d'égalité devant la loi.

Articles 5 à 9 de la loi : concentration de la procédure entre les mains du médecin.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement soutient que la procédure est collégiale et que le médecin ne statue qu'après consultation d'un collège pluriprofessionnel, ce qui garantirait la qualité de la décision.

Réponse

Les saisissants ne contestent pas l'existence d'un collège pluriprofessionnel.

Ils soutiennent que ce collège n'exerce aucun pouvoir décisionnel.

Les articles 5 à 9 confient au seul médecin la réception de la demande, l'appréciation des conditions légales, le choix des professionnels consultés, la conduite de la procédure, la décision finale, la vérification ultime du consentement ainsi que, le cas échéant, l'administration de la substance létale. C'est aussi lui qui informe la commission de contrôle.

Le collège est consulté ; il ne décide pas.

Les observations du Gouvernement emploient ainsi le terme de « procédure collégiale », alors que le texte institue seulement un **collège pluriprofessionnel consultatif**, dépourvu de tout pouvoir de codécision ou de veto.

Cette réunion ne fait pas l'objet d'un compte rendu écrit. A fortiori, aucun compte rendu n'est transmis à la Commission de contrôle. Il n'est donc pas possible de connaître l'avis des personnes consultées.

Les personnes consultées ne sont pas informées de la décision du médecin et ne peuvent pas la contester s'ils en étaient informés.

La Cour européenne des droits de l'homme exige que les États instaurent des procédures comportant des garanties institutionnelles suffisantes permettant de prévenir les erreurs et les abus lorsque la décision porte sur une assistance médicalisée à mourir. L'absence de tout contrôle indépendant obligatoire constitue, à cet égard, une faiblesse flagrante du dispositif (CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, n° 2346/02 et CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, n° 31322/07)

Le Gouvernement ne répond donc pas au grief central de la saisine : **aucun contrôle indépendant, médical ou juridictionnel, n'encadre effectivement la décision du médecin**, alors même que celui-ci concentre les fonctions d'instruction, d'appréciation, d'information de la commission de contrôle, de décision et, éventuellement, d'exécution de l'acte légal.

Article 8 de la loi : situation des pharmaciens pour l'application de la loi.

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement propose cette analyse de la position des pharmaciens dans le processus d'aide à mourir : “Afin d'assurer l'effectivité de l'accès à l'aide à mourir sur l'ensemble du territoire, d'assurer la sécurité de la délivrance des préparations et de prévenir tout risque d'utilisation inappropriée de la préparation, les dispositions critiquées mettent à la charge des pharmacies à usage intérieur spécialement désignées à cet effet par arrêté du ministre chargé de la santé une obligation nouvelle consistant à réaliser la préparation magistrale létale et de la délivrer au médecin ou à l'infirmier chargé d'accompagner la personne ou de la transmettre à la pharmacie d'officine désignée, en accord avec la personne, par le médecin ou l'infirmier. Dans ce cas, c'est la pharmacie d'officine qui est chargée de délivrer la préparation magistrale létale au médecin ou à l'infirmier. Ces missions doivent être exercées dans un délai permettant l'administration de la substance létale à la date fixée”.

Réponse

Le Gouvernement décrit le rôle qui incombe aux pharmaciens de manière abstraite, sans le situer dans le contexte de la mission d'un pharmacien dans la chaîne de soin. Or, la préparation et la délivrance de produits létaux par le pharmacien engendreraient plusieurs contradictions, à la fois logiques, fonctionnelles, éthiques. En effet, mettre à disposition des préparations mortelles va à l'encontre d'une contribution au soin dont la finalité est la santé, ce qui est pourtant la raison d'être du pharmacien au sein de la chaîne de soins. Un tel acte engendre plusieurs conflits éthiques liés à la violation des principes de dignité et de non-malfaisance, dus au patient par ce professionnel. Elle obligerait les pharmaciens, ayant prêté le serment de Galien, à être parjures.

Une telle évolution inverse la responsabilité juridique professionnelle du pharmacien. En effet, celle-ci découle de son obligation de respecter la vie et la santé humaines dans l'exercice de sa mission. Cette responsabilité est d'abord disciplinaire, applicable en cas de manquements devant l'Ordre national des pharmaciens (CSP, art. R. 4234-1 à R. 4234-49). Elle est aussi civile, pour réparer les éventuels préjudices causés à un patient, et pénale, en cas d'atteintes à la vie ou à l'intégrité physique d'une personne.

Avant cette loi, sur le plan pénal, un pharmacien qui préparerait ou délivrerait une substance létale en vue de son administration s'exposait à des poursuites pour complicité d'empoisonnement. Selon l'article 221-5 du Code pénal, le crime d'empoisonnement est constitué par « le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort » et est passible de trente ans de réclusion criminelle. Cette infraction est constituée en présence d'une intention de son auteur de donner la mort (Cass. crim., 18 juin 2003, n° 02-85.199 : *JurisData* n° 2003-019617), y compris dans le cas où la victime serait consentante à son empoisonnement. Elle ne comporte pas de spécificité pharmaceutique.

Par l'article 8 de la loi, un même acte, actuellement interdit et puni par trente ans de réclusion criminelle, deviendrait une obligation pour les pharmaciens, sous peine de sanctions disciplinaires (Voir à ce sujet : 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).

Observations du Gouvernement

Le Gouvernement propose ensuite cette analyse de la position des pharmaciens dans le processus d'aide à mourir : "Si les pharmaciens sont donc amenés à participer à la mise en œuvre du droit d'accès à l'aide à mourir, le Gouvernement considère que, dès lors que leur intervention survient après qu'il a été décidé d'accéder à une telle demande et avant que la substance létale ne soit administrée, ceux-ci ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour qu'il soit porté atteinte à leur liberté de conscience. A cet égard, le Gouvernement rappelle que la Cour EDH a jugé manifestement mal fondée une requête fondée sur le fait que l'obligation faite aux pharmaciens de vendre la pilule contraceptive porterait atteinte à leur liberté de pensée, de conscience et de religion protégée par l'article 9 de la convention (Cour EDH, 2 octobre 2001, Pichon et Sajous c/ France, n° 49853/99)".

Réponse

Considérer que préparer et délivrer la substance létale « ne concourt pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir » est contradictoire avec le rôle du pharmacien dans la chaîne de soin et réduit celui-ci à un simple fournisseur. Or, la jurisprudence témoigne du fait que la responsabilité du pharmacien découle de sa contribution professionnelle à la chaîne de soins. Comme l'ont exprimé plusieurs juridictions, le pharmacien n'est pas un « épicier » (Voir : TGI Blois, 4 mars 1970, *Doc. pharm.*, n° 1691, *Bull. Ordre pharm.*, n° 130, octobre-novembre 1970, p. 1037 ; CA Caen, 15 juillet 1993, *JCP*, 1993, IV, n° 2477), mais intervient en tant que professionnel de la santé et du médicament (*Ibid.* Voir

aussi : CA Versailles, 18 mars 1983, *Doc. pharm.*, n° 2490, *Bull. Ordre pharm.*, n° 266, juin 1983, p. 569). Ainsi, en cas d'erreur sur une ordonnance médicale, le médecin prescripteur et le pharmacien sont en principe jugés solidairement responsables des préjudices subis. Par exemple, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a considéré en 2017 qu'un pharmacien aurait dû déceler le surdosage de médicament prescrit par le médecin, plutôt que d'exécuter l'ordonnance (CA Aix-en-Provence, 10^e chambre, 9 février 2017, n° 15/16314). Le pharmacien a été jugé comme co-responsable, à égalité avec le médecin prescripteur, de l'accident thérapeutique subi par la patiente. Exceptionnellement, un pharmacien peut même modifier une prescription, en « cas d'urgence et dans l'intérêt du patient » (CSP, art. L. 5125-23-I).

Le Gouvernement se réfère à l'arrêt de la Cour EDH *Pichon et Sajous c. France* de 2001 (CEDH, *Pichon et Sajous c. France* (déc.), n° 49853/99, 2 octobre 2001). Certes, la Cour avait alors refusé de garantir le droit à l'objection de conscience d'un pharmacien français, sanctionné pour avoir refusé de vendre des pilules en raison de leur effet abortif.

Cette décision est ancienne et concernait la vente de pilule, ce qui diffère fortement d'une substance létale pour euthanasie et suicide assisté. Elle était justifiée notamment par la nécessité de mettre largement à disposition la pilule sur l'ensemble du territoire. Cette justification n'est pas vérifiée s'agissant des substances létales qui ne sont pas employées aussi fréquemment que les contraceptifs.

Cette décision a été critiquée dans la doctrine (Voir par exemple : Hervieu N., discussion de l'article « L'objection de conscience devant la Cour européenne des droits de l'homme », août 2011, sur le blog « Thomas More ») et s'expliquait par un débat sur le caractère contraceptif ou abortif de ces pilules. Il n'est donc pas possible d'en tirer une quelconque généralité. La CEDH n'a encore jamais été saisie à ce jour du cas de l'objection de conscience à une euthanasie ou à un suicide assisté. Dans un tel cas, l'objection de conscience serait d'autant plus protégée qu'elle résulterait d'un conflit insurmontable avec des convictions personnelles sincères, fortes et cohérentes (Voir à ce sujet : Comité des droits de l'homme, *Yeo-Bum Yoon et Myung-Jin Choi c. République de Corée*, communications n°s 1321/2004 et 1322/2004, CCPR/C/88/D/1321-1322/2004, 3 novembre 2006, § 8.3 ; CEDH, *Bayatyan c. Arménie* [GC], n° 23459/03, 7 juillet 2011, §§ 110 et 124 ; *Campbell et Cosans c. Royaume-Uni*, n°s 7511/76 et 7743/76, 25 février 1982, § 36 ; Commission EDH, *McFeeley et autres c. Royaume-Uni* (déc.) (Plénière), n°8317/78, 15 mai 1980, § 29).

Dans une résolution de 2010, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a défendu le droit à l'objection de conscience face à toute « assistance » à l'euthanasie, en utilisant des termes qui s'appliquent au rôle que le Gouvernement français a envisagé de confier aux pharmaciens. La résolution indique que « nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister (...) une euthanasie » (Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), Résolution 1763 (2010), « Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux », adopté le 7 octobre 2010).

En tout état de cause, le législateur, et le Gouvernement, n'ont pas démontré que la finalité qu'ils poursuivaient – l'accès à l'aide à mourir – n'aurait pas pu être atteinte par d'autres moyens plus respectueux de la liberté de conscience des pharmaciens.

Observations du Gouvernement

« 8.2. Les auteurs de la dernière saisine soutiennent également que la notion de « préparations magistrales létales » serait ambiguë et qu'en y recourant, le législateur aurait entaché les dispositions contestées d'incompétence négative. En effet, cette notion désigne la substance utilisée exclusivement dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, dont les conditions de prescription, de préparation, de

délivrance et d'administration sont strictement définies par la loi. La terminologie retenue vise précisément à clarifier la nature du produit concerné. Si cette substance relève de la définition du médicament au sens de l'article L. 5111-1 du CSP en raison de son action sur l'organisme humain, le qualificatif « létale » permet d'en identifier la finalité particulière, distincte des usages thérapeutiques habituels. En outre, la notion de « préparation magistrale » renvoie à une catégorie juridique et pharmaceutique bien établie, correspondant à une préparation individualisée réalisée pour un patient déterminé. L'expression combine ainsi trois éléments clairement identifiables : la nature pharmaceutique du produit, son mode de fabrication personnalisé et sa finalité spécifique dans le cadre de l'aide à mourir».

Réponse

En affirmant qu'une préparation magistrale létale « relève de la définition du médicament au sens de l'article L. 5111-1 du CSP en raison de son action sur l'organisme humain », le Gouvernement modifie la définition à laquelle il se réfère. En effet, d'après l'article L. 5111-1 du CSP, « On entend par médicament à usage humain toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ».

Or, une préparation magistrale létale a une finalité inverse de celle du médicament, qui est curative ou préventive. Provoquer intentionnellement la mort d'un malade n'est pas équivalent au fait de soigner sa maladie.

L'aide à mourir se distingue fondamentalement des soins par sa volonté délibérée de mettre fin aux fonctions vitales de manière fiable et immédiate. Elle repose sur des protocoles utilisant des agents anesthésiques et curarisants puissants. Si ces protocoles visent à assurer une mort rapide et indolore, l'expérience des pays étrangers révèle des incertitudes importantes : taux de complications notables, temps de survie peu prévisible, associé parfois à une agonie longue et pénible, liée à la variabilité physiologique du processus de la mort provoquée (Certain, A., « Revue des protocoles et substances en vue de l'euthanasie et du suicide assisté », ECLJ, 11 mai 2026).

De son rôle antique de gardien des poisons, le pharmacien garde la prérogative de garantir le bon usage des médicaments, bénéfiques ou toxiques selon la dose. Pour cela, il mobilise des compétences techniques, cognitives et relationnelles. Techniques, lorsqu'il se procure et stocke des matières premières et réalise des préparations - cognitives lorsqu'il vérifie la conformité des prescriptions et dispense les traitements appropriés, - relationnelles lorsqu'il communique avec médecins, patients et aidants. À titre d'illustration, la Cour d'appel de Paris a retenu en 2009 la responsabilité civile d'un pharmacien après un suicide médicamenteux rendu possible par une ordonnance falsifiée qui aurait dû attirer son attention (CA Paris, 26 juin 2009, RG n° 0716021). La Cour d'appel a considéré que le pharmacien avait fait perdre une chance à la victime de voir déceler son projet de suicide et de bénéficier en conséquence d'une prise en charge médicale. Le pharmacien a été condamné à payer la somme de 20 000 euros en réparation du préjudice moral de la victime. Ne perdant jamais de vue le but ultime de ses actes, la santé du patient, le pharmacien sait qu'il en est un contributeur avec les autres soignants.

Article 14 de la loi : sur l'égalité entre les professionnels de santé

Observations du Gouvernement

12.1. Il est également soutenu que ces dispositions méconnaîtraient le principe constitutionnel d'égalité devant la loi dès lors qu'elles introduiraient une différence de traitement entre pharmaciens selon qu'ils exercent dans une pharmacie à usage intérieur ou dans une pharmacie d'officine. Mais les dispositions contestées n'accordent de clause de conscience à aucune de ces deux catégories de pharmaciens, de sorte qu'elles n'instituent aucune différence de traitement. Le grief invoqué devra donc également être écarté. En tout état de cause, les pharmaciens sont placés, au regard des dispositions contestées, dans

une situation différente des professionnels de santé participant à l'instruction de la demande d'aide à mourir et à l'administration de la préparation létale.

Réponse

La saisine des sénateurs comportait des éléments utiles à un examen de proportionnalité de l'atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens ainsi que de l'atteinte au principe d'égalité. Le Gouvernement n'a pas répondu à cette démonstration et se contente, en une phrase, d'affirmer que les pharmaciens sont placés « dans une situation différente » des autres professionnels de santé. Sur ce point, nous renvoyons à notre saisine.

La rupture d'égalité entre les pharmaciens et les autres professionnels de santé a amené de nombreux pharmaciens à protester (Bauer N., et al., « Fin de vie : le projet de loi menace la liberté de conscience des pharmaciens », *Le Figaro*, 13 mai 2024). Le Synprefh, principal syndicat de pharmaciens hospitaliers publics, a également fait part de son « incompréhension », face à une « discrimination » contre les pharmaciens, et « réclamé avec force l'octroi d'une clause de conscience » (Synprefh, « Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie », communiqué de presse, 15 mai 2024). Ce n'est pas la première fois que les pharmaciens sont ainsi traités comme de simples exécutants. En 2015, 85 % des pharmaciens consultés par leur Ordre avaient demandé la garantie d'une clause de conscience selon laquelle « le pharmacien peut refuser d'effectuer un acte pharmaceutique susceptible d'attenter à la vie humaine ». Ils n'avaient alors pas été entendus.

Article 14 : nécessité de reconnaître une “clause d'établissement” pour les établissements de santé susceptibles de devoir laisser procéder l'euthanasie et le suicide assisté en leur sein.

Les sénateurs saisissants persistent, comme le président du Sénat et comme d'autres parlementaires, à soutenir que l'absence d'une “clause d'établissement” permettant à certains établissements de santé et médico-sociaux susceptibles d'être contraints d'accepter la pratique en leur sein, et contre leur volonté, des euthanasies et des suicides assistés, porte une atteinte grave à leurs droits. Ces établissements devraient non seulement accueillir ces pratiques, mais aussi, dans les faits, les organiser et les superviser. Une telle obligation violerait en particulier leur liberté d'entreprendre, leur liberté d'association, leur droit à défendre et promouvoir leur éthique de conviction, leur liberté de religion, le principe d'autonomie des communautés religieuses ainsi que la liberté de conscience des personnels qui y exercent leur activité.

A cet égard, il est significatif que les observations du Gouvernement ne répondent pas à l'argumentation des sénateurs saisissants sur ce point et renvoient à la saisine du Premier ministre du 17 juillet 20026, dont il faut rappeler les termes :

Saisine du Premier ministre du 17 juillet 2026 :

En l'espèce, d'une part, l'administration d'une substance létale dans le cadre de la mise en oeuvre de l'aide à mourir, que la loi n'a qualifiée ni de traitement, ni de soin, implique directement la conscience de son auteur; c'est la raison pour laquelle le législateur a prévu, à l'article 14 de la loi déferée, que les personnels de santé ne sont pas tenus de participer aux procédures d'aide à mourir.

D'autre part, elle est susceptible d'aller à l'encontre du but ou de l'objet social d'établissements privés de santé, sociaux et médico-sociaux, qui ne sont pas soumis, par principe, aux mêmes exigences que les personnes publiques, chargées de l'exécution du service public, de son bon fonctionnement et de sa neutralité. C'est la raison pour laquelle, en matière d'IVG, l'article L. 2212-8 du code de la santé publique prévoit qu'un établissement de santé privé peut refuser que de tels actes soient pratiqués dans ses locaux (ce refus ne pouvant être opposé par un établissement privé habilité à assurer le service public hospitalier que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux).

En ne prévoyant aucune disposition permettant aux établissements privés de santé de refuser que l'aide à mourir soit pratiquée dans leurs locaux, pas même dans l'hypothèse où l'établissement ne dispose pas en nombre suffisant de personnels hospitaliers acceptant de participer aux procédures d'aide à mourir, ni dans celle où la personne demandant l'aide à mourir pourrait bénéficier de la procédure en étant transportée dans un autre établissement ou à son propre domicile, le II de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique contraint des établissements privés à renoncer, soit aux principes éthiques, philosophiques ou religieux présidant à la définition de leur but ou de leur objet social, soit à l'exercice de leur activité. Il n'a, de la sorte, pas assuré une conciliation équilibrée entre l'effectivité du droit nouveau qu'il a reconnu et les exigences découlant de la liberté d'entreprendre, de la liberté d'association et de la liberté de conscience (sur cette conciliation, v., par analogie, décision n° 77-87 DC du 23 novembre 1977 ; décision n° 84-185 DC du 18 janvier 1985)''.

On ne saurait mieux dire. Le Premier ministre reprend donc à son compte l'argumentaire des sénateurs saisissants et le rejoint. Le Conseil constitutionnel devra donc en suivre les éléments et décider que l'absence d'une clause d'établissement protégeant les établissements qui ne souhaitent pas que l'euthanasie et le suicide assisté soient pratiqués dans leurs locaux est constitutive d'une atteinte grave aux libertés rappelées ci-dessus ainsi que d'une incompétence négative du législateur qui aurait dû inscrire une telle clause dans la loi critiquée.

Pour l'ensemble de ces raisons et celles à déduire et suppléer, même d'office, les sénateurs saisissants persistent dans l'ensemble de leur argumentation et demandent au Conseil constitutionnel de déclarer la loi relative à l'aide à mourir contraire à la Constitution.

Le 6 août 2026.

Les sénateurs saisissants.



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ – ÉGALITÉ – FRATERNITÉ

Patrick HETZEL
Député du Bas-Rhin
Ancien Ministre

Saverne, le 6 août 2026

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

Monsieur le Président,

Vous voudrez bien trouver, ci-joint, notre réponse aux observations du Gouvernement sur la loi relative au droit à l'aide à mourir.

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

Patrick HETZEL

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

**RÉPONSE DES DÉPUTÉS AUTEURS DE LA SAISINE
AUX OBSERVATIONS DU GOUVERNEMENT RELATIVES AU RECOURS
DIRIGÉ CONTRE LA LOI VOTÉE LE 15 JUILLET 2026
RELATIVE A L'AIDE A MOURIR**

Paris, le 6 août 2026

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel,

Les députés auteurs de la saisine enregistrée au greffe du Conseil constitutionnel le 20 juillet 2026, dirigée contre les articles 1er, 2, 4 à 9, 12, 14, 15, 18 et 19 de la loi relative au droit à l'aide à mourir, ont pris connaissance des observations du Gouvernement en date du 30 juillet 2026. Ces observations appellent de leur part la réponse suivante. Les députés saisissants persistent dans l'intégralité des moyens développés dans leur saisine, auxquels le présent mémoire renvoie, et se bornent ici à répliquer aux éléments de défense présentés par le Gouvernement.¹

I. Observations liminaires

1. La présente procédure présente une singularité qui mérite d'être soulignée d'emblée. La loi déferée fait l'objet de cinq recours, dont l'un émane du Premier ministre lui-même, qui a déféré le 17 juillet 2026 certaines dispositions des articles 5, 6, 7, 10, 12 et 14. Le Gouvernement, dans ses observations, admet à son tour l'inconstitutionnalité de plusieurs dispositions du texte. Il considère ainsi comme contraires à la Constitution le second alinéa du I du nouvel article L. 1111-12-4 du code de la santé publique pour « défaut de clarté » (point 6 des observations), les garanties d'information des majeurs protégés figurant au troisième alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 (point 5), ainsi que les dispositions du 3° du II et de la dernière phrase du IV de l'article L. 1111-12-4 relatives aux majeurs protégés (point 6). Il renvoie à la saisine du Premier ministre s'agissant du droit au recours de la personne chargée de la mesure de protection (point 10.2), de la clause de conscience des établissements (point 12.3) et des dispositions combinées

¹ Les observations du Gouvernement examinent sous les intitulés « article 17 » et « article 18 » les griefs que la saisine des députés dirigeait contre les articles 18 (prise en charge par la sécurité sociale) et 19 (assurance décès) de la loi déferée. Le présent mémoire conserve la numérotation retenue dans la saisine, en signalant, le cas échéant, la numérotation employée par le Gouvernement.

du II de l'article L. 1111-12-12 et du premier alinéa du II de l'article L. 1111-12-5 (point 7.2). Il s'en remet enfin à la sagesse du Conseil s'agissant du II de l'article 17 selon sa numérotation (point 14.3).

2. Les députés saisissants prennent acte de ces concessions, qui confortent très largement leur analyse. Ils en tirent toutefois une conséquence que le Gouvernement se garde d'envisager. Les dispositions dont l'inconstitutionnalité est ainsi admise ne sont nullement périphériques : elles portent sur la définition même de l'aptitude à exprimer une volonté libre et éclairée (article 6), sur la protection des personnes les plus vulnérables (articles 5 et 6) et sur les voies de recours (article 12), c'est-à-dire sur le cœur des garanties dont le Gouvernement soutient par ailleurs qu'elles assurent la conformité du dispositif à la Constitution. Un dispositif dont l'auteur de la défense reconnaît que les garanties centrales sont défaillantes ne saurait être regardé comme entouré des « garanties appropriées » qu'exigent tant votre jurisprudence (décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017) que celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH, 4 octobre 2022, *Mortier c. Belgique*, n° 78017/17, § 138 et 139). Ces dispositions sont inséparables de l'économie générale de la procédure instituée par les articles 4 à 9 de la loi. Leur censure, que le Gouvernement lui-même appelle, doit entraîner celle de l'ensemble du dispositif, subsidiairement celle des articles 4 à 9 et 12. Le contraire serait juridiquement d'une extrême fragilité.

3. Sur la méthode, les députés saisissants relèvent que la défense du Gouvernement repose de manière systématique sur deux procédés. Le premier consiste à renvoyer aux travaux préparatoires pour éclairer des notions dont l'imprécision est reprochée à la loi : la portée du 3° de l'article L. 1111-12-2 serait « très précisément éclairée par les travaux préparatoires » (point 4.1), celle du 5° serait « éclairée par les travaux préparatoires » (point 4.3). Or l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi impose au législateur « d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques » (décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005, cons. 9). Un rapport parlementaire ou l'exposé sommaire d'un amendement sont dépourvus de toute valeur normative ; ils ne lient ni le médecin, ni le pharmacien, ni le juge pénal appelés à appliquer la loi. La circonstance que le Gouvernement doive, pour rendre le texte compréhensible, produire dans ses observations de véritables définitions qui sont totalement absentes de la loi (de la gravité, de l'incurabilité, du pronostic vital engagé, de la volonté libre, de la volonté éclairée, de l'incapacité physique) démontre le grief au lieu de le réfuter. Le second procédé consiste à annoncer que des décrets, des arrêtés ou des recommandations de la Haute Autorité de santé « viendront préciser » ce que la loi ne dit pas, dans une matière qui touche à la vie, à l'état et à la capacité des personnes et aux garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, c'est-à-dire au domaine que l'article 34 de la Constitution réserve spécifiquement à la loi. Il y a là un important problème de hiérarchie de la norme juridique.

4. Enfin, les députés saisissants maintiennent l'ensemble des moyens de leur saisine, y compris ceux auxquels les observations du Gouvernement ne répondent pas ou ne répondent que par prétérition. Il en va notamment ainsi de l'absence d'accès du médecin consultant au dossier médical de la personne (article 6), de l'absence de toute évaluation psychiatrique ou psychologique dans la procédure, de l'articulation du dispositif avec le délit de provocation au

suicide et de la contradiction avec la loi du 10 mai 2024 réprimant la provocation à l'abandon de traitement.

II. Sur l'article 1er

5. Pour écarter le grief tiré de la méconnaissance de l'objectif d'intelligibilité de la loi, le Gouvernement soutient que l'article 1er, qui insère les mots « fin de vie » dans l'intitulé du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, serait « dépourvu de toute portée normative » et ne saurait, pour ce motif, porter atteinte à l'objectif invoqué.

6. Cette défense enferme le Gouvernement dans un dilemme dont aucune branche ne sauve la disposition. Ou bien l'article 1er est, comme le soutient le Gouvernement, manifestement dépourvu de toute portée normative, et il encourt alors la censure sur le fondement de l'article 6 de la Déclaration de 1789, dont il résulte que « la loi a pour vocation d'énoncer des règles et doit par suite être revêtue d'une portée normative » (décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005, cons. 8 ; censure, au considérant 17, d'une disposition « manifestement dépourvue de toute portée normative »). Ou bien l'intitulé ainsi modifié a une portée, ne serait-ce qu'interprétative, puisque les intitulés des divisions d'un code guident la lecture des dispositions qu'elles regroupent, et le grief d'inintelligibilité retrouve alors plus que jamais toute sa consistance.

7. Dans cette seconde hypothèse, qui est la bonne, l'intitulé « fin de vie » annonce un champ que le dispositif dément. Ainsi que la saisine l'a démontré sans être contredite sur ce point, le critère de la « phase avancée » retenu au 3° de l'article L. 1111-12-2 permet l'accès à l'aide à mourir de personnes qui ne sont pas en fin de vie, ce que confirment les données belges et canadiennes citées dans la saisine et ce qu'admettent les observations du Gouvernement elles-mêmes lorsqu'elles indiquent que le décès des personnes éligibles peut ne pas pouvoir « être situé avec fiabilité dans un délai déterminé » (point 4.1). Un intitulé qui présente comme relatif à la fin de vie un dispositif ouvert à des personnes dont l'échéance vitale peut se compter en années induit le lecteur de la loi en erreur sur son champ d'application. Le grief est donc maintenu.

8. À titre subsidiaire, si le Conseil devait suivre le Gouvernement dans sa qualification, il lui appartiendrait de tirer toutes les conséquences de la jurisprudence précitée et de censurer une disposition que son propre défenseur déclare sans aucune portée normative.

III. Sur l'article 2

9. Le Gouvernement soutient d'abord que le recours aux termes de « suicide assisté » et d'« euthanasie » ne renforcerait pas l'intelligibilité de la loi, ces notions ne faisant « l'objet d'aucune définition en droit interne » et recevant « des acceptions variables dans les pays où elles sont employées ».

10. L'argument est circulaire. Si ces notions ne sont pas définies en droit interne, c'est précisément parce que le législateur s'est abstenu de les définir, alors qu'il lui était parfaitement loisible de le faire, comme l'ont fait les législateurs belge, espagnol,

luxembourgeois, néerlandais ou autrichien cités dans la saisine. L'étude d'impact du projet de loi initial, rappelée dans la saisine, employait elle-même cent une fois le mot euthanasie et vingt-neuf fois l'expression suicide assisté. Le choix d'un vocable unique, « aide à mourir », pour désigner deux actes de nature radicalement différente, l'auto-administration d'une substance létale et son administration par un tiers, entretient au contraire la confusion : l'enquête citée dans la saisine, et non démentie, indique que moins d'un quart des Français est au fait de la différence entre euthanasie et suicide assisté. Cette indistinction n'est pas un simple défaut de style. Elle affecte directement la détermination du champ de l'immunité pénale instituée par le II de l'article L. 1111-12-1, puisque les actes couverts ne sont pas nommés selon les catégories du droit pénal auxquelles ils dérogent (empoisonnement, homicide volontaire, provocation au suicide).

11. S'agissant précisément de cette immunité, la défense du Gouvernement comporte sans ambiguïté un aveu décisif. Après avoir soutenu que le renvoi aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 du code de la santé publique garantirait « la prévisibilité et l'intelligibilité de la cause d'irresponsabilité pénale », le Gouvernement écrit qu'« il appartiendra aux seules juridictions pénales de déterminer si, en fonction des cas qui leur sont soumis, la méconnaissance de certaines de ces exigences demeure ou non sans incidence sur le bénéfice de l'irresponsabilité pénale » et qu'il leur appartiendra, « en fonction des circonstances propres à chaque affaire, de rechercher si la méconnaissance d'une condition doit conduire à exclure le bénéfice des dispositions en cause » (point 2.2.2).

12. Autrement dit, de l'aveu même du Gouvernement, la loi ne permet pas de savoir quelles conditions de la procédure sont constitutives de l'immunité et lesquelles peuvent être méconnues sans que celle-ci soit perdue. La frontière entre l'acte couvert par l'irresponsabilité pénale et l'acte demeurant un crime sera tracée au cas par cas, a posteriori, par le juge pénal. C'est très exactement ce que prohibe votre jurisprudence constante, qui impose au législateur « de fixer lui-même le champ d'application de la loi pénale, de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis pour permettre la détermination des auteurs d'infractions et d'exclure l'arbitraire dans le prononcé des peines, et de fixer dans les mêmes conditions le champ d'application des immunités qu'il instaure » (décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998, cons. 7 ; décision n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, cons. 57). Dans la première de ces décisions, vous n'avez admis l'intervention de l'autorité administrative dans la délimitation de l'immunité qu'en la neutralisant par une réserve d'interprétation, le ministre ne pouvant que constater la réunion de conditions fixées par la loi elle-même ; dans la seconde, vous avez censuré une cause d'exonération pénale reposant sur une notion que la loi ne définissait pas. Une immunité dont le champ dépend d'une appréciation judiciaire rétrospective, portant sur des actes ayant donné la mort, méconnaît plus gravement encore le principe de légalité des délits et des peines. Cette insécurité juridique pèse au premier chef sur les médecins, infirmiers et pharmaciens requis de concourir à la procédure, ce que la saisine a exposé en citant le président honoraire de la chambre criminelle de la Cour de cassation, sans que les observations n'y répondent.

13. L'imprécision du champ de l'immunité est encore aggravée par un élément que le Gouvernement ne pouvait ignorer au moment où il rédigeait ses observations : le renvoi opéré

par le II de l'article L. 1111-12-1 vise notamment l'article L. 1111-12-4, dont le Gouvernement admet lui-même, au point 6 de ses observations, que le second alinéa du I présente « un défaut de clarté » contraire à la Constitution. Une cause d'irresponsabilité pénale définie par renvoi à des dispositions dont le défaut de clarté est reconnu par le Gouvernement ne saurait nullement satisfaire aux exigences de l'article 8 de la Déclaration de 1789.

14. Le Gouvernement invoque ensuite, à l'appui de la constitutionnalité du principe même du dispositif, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, et notamment l'arrêt *Mortier c. Belgique* du 4 octobre 2022, selon lequel la dépénalisation de l'euthanasie doit être « encadrée par la mise en place de garanties adéquates et suffisantes visant à éviter les abus ». Cette référence se retourne contre lui. Dans ce même arrêt, la Cour a jugé, à l'unanimité, que la Belgique avait violé l'article 2 de la Convention en raison des défaillances du contrôle a posteriori des euthanasies pratiquées, faute d'indépendance suffisante de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation, et en raison de la durée de l'enquête pénale. L'exigence conventionnelle ne porte donc pas seulement sur l'existence formelle de conditions d'accès : elle porte sur l'effectivité et l'indépendance du contrôle de leur respect. Or, comme il sera démontré ci-après aux points 49 à 51 d'une part et aux points 64 à 68 d'autre part, le dispositif français cumule les faiblesses que la Cour a sanctionnées dans le système belge, en y ajoutant l'absence de tout recours des tiers (article 12) et un accès au dossier médical réservé aux seuls médecins de la commission (article 15).

15. Enfin, le Gouvernement ne répond pas au moyen tiré de ce que l'insertion du dispositif dans le code de la santé publique, l'assimilation de l'acte léthal à un soin pris en charge par la sécurité sociale et la contradiction maintenue avec les articles R. 4127-38 et R. 4312-21 du même code, aux termes desquels le médecin comme l'infirmier « n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort », créent une incohérence normative contraire à l'objectif d'intelligibilité. Il n'explique pas davantage comment le nouveau dispositif s'articulera avec le délit de provocation au suicide de l'article 223-13 du code pénal ni avec le délit de provocation à l'abandon ou à l'abstention de soins créé par la loi n° 2024-420 du 10 mai 2024 (article 223-1-2 du code pénal), alors que la saisine a démontré que ces incriminations demeurent applicables et que leur coexistence avec un droit à l'aide à mourir ouvert aux personnes refusant tout traitement brouille la frontière entre le licite et l'illicite.

16. Pour l'ensemble de ces motifs, les griefs dirigés contre l'article 2 sont intégralement maintenus.

IV. Sur l'article 4

17. Le Gouvernement défend les cinq conditions d'accès fixées par le nouvel article L. 1111-12-2 du code de la santé publique en soutenant que les notions employées « appartiennent au vocabulaire médical courant » et que leur portée serait éclairée par les travaux préparatoires. Ainsi qu'il a été dit au point 3, ce mode de défense confirme le grief : une loi dont le sens ne se découvre qu'à la lecture d'un rapport de commission ou d'un exposé sommaire d'amendement n'est ni accessible ni intelligible, et les définitions livrées par les observations

du Gouvernement, si utiles soient-elles au débat contentieux, n'auront aucune existence normative pour le médecin qui statuera demain sur une demande d'aide à mourir.

18. Sur le 3° de l'article L. 1111-12-2, les définitions avancées par le Gouvernement révèlent d'ailleurs, plus qu'elles ne dissipent, l'indétermination du critère. Le Gouvernement écrit qu'« est "grave" la maladie qui engage le pronostic vital et "incurable" celle qui ne peut être guérie » (point 4.1). La condition tenant à une « affection grave et incurable (...) qui engage le pronostic vital » est donc, selon sa propre lecture, tautologique : la gravité se définit par l'engagement du pronostic vital, lequel est exigé par ailleurs. Une condition qui se réduit à elle-même ne restreint rien, bien au contraire.

19. Le Gouvernement précise ensuite que la notion d'affection engageant le pronostic vital « n'est pas réductible à celle d'état médical critique comportant un risque élevé de décès à brève échéance » et qu'il s'agit « de maladies d'une nature telle qu'elles conduisent nécessairement au décès de la personne concernée », le décès pouvant ne pas « être situé avec fiabilité dans un délai déterminé » (point 4.1). Cette définition, absente de la loi, embrasse un champ immense : seraient ainsi potentiellement concernés l'insuffisance cardiaque évoluée, l'insuffisance rénale terminale, la bronchopneumopathie chronique obstructive oxygénéodépendante, la plupart des maladies neurodégénératives et de nombreux cancers métastatiques conduisent, par nature, au décès, parfois après de longues années de vie. La saisine a chiffré, sans être contredite, à plus d'un million le nombre de personnes potentiellement éligibles au regard de ces critères. En affirmant que le décès peut n'être situé dans aucun délai, le Gouvernement confirme que le texte a abandonné toute condition temporelle, alors que le Conseil d'État, dans son avis du 4 avril 2024 (§ 24), n'avait écarté le grief d'incompétence négative qu'en considération d'un pronostic vital engagé « à court ou moyen terme », le moyen terme s'entendant, selon la pratique médicale, d'un horizon n'excédant pas douze mois. Le texte déferé a supprimé le verrou qui conditionnait l'analyse du Conseil d'État, et la Haute Autorité de santé, dans son avis du 30 avril 2025, a elle-même souligné que le pronostic vital à moyen terme n'était pas réductible à une pathologie et dépendait de nombreux paramètres individuels. Le législateur a donc substitué à un critère temporel, jugé déterminant par le Conseil d'État, des notions dont l'autorité sanitaire de référence dit qu'elles ne sont pas objectivables.

20. La contradiction interne des observations du Gouvernement achève la démonstration. Pour rassurer sur le sort des personnes vulnérables, le Gouvernement affirme que la maladie d'Alzheimer « ne rend pas éligible à l'aide à mourir puisqu'elle n'engage pas le pronostic vital » (point 4.3). Cette affirmation n'est médicalement pas soutenable : la maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative incurable, d'évolution irréversible, dont l'issue est fatale à l'origine de plusieurs dizaines de milliers de décès chaque année en France. Elle répond exactement à la définition que le Gouvernement donne lui-même de l'affection engageant le pronostic vital, celle d'une maladie « conduisant nécessairement au décès » sans que celui-ci puisse être daté. Que le Gouvernement, appliquant ses propres définitions à la pathologie neurodégénérative la plus répandue, parvienne à un résultat contraire à ces définitions démontre, mieux que tout autre argument, que les critères du 3° ne permettent pas de déterminer qui est éligible et qui ne l'est pas. Une telle indétermination, s'agissant de

conditions dont dépend le bénéfice d'une immunité pénale pour des actes donnant la mort, méconnaît le principe de légalité des délits et des peines et l'étendue de la compétence du législateur, pour les motifs exposés dans la saisine et rappelés aux points 11 à 13 ci-dessus.

21. La définition législative de la « 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 », n'y remédie pas. Le Gouvernement en propose une exégèse en trois temps (irréversibilité, dynamique évolutive, atteinte à la qualité de vie), mais chacun de ces éléments demeure d'appréciation subjective, la « qualité de vie » au premier chef, et le Gouvernement reconnaît que le dispositif laisse « aux médecins un pouvoir d'appréciation pour apprécier la singularité des cas qui leur sont soumis ». C'est reconnaître que le champ d'application de la loi, et donc de l'immunité pénale, dépendra de l'appréciation variable des praticiens, ce que les données étrangères rappelées dans la saisine (21 % d'euthanasies de personnes qui ne sont pas en fin de vie en Belgique, dépassements systématiques du pronostic de six mois en Oregon) rendent tout sauf théorique.

22. Sur le 4° de l'article L. 1111-12-2, relatif à la souffrance, la défense du Gouvernement comporte un second aveu. Après avoir indiqué que la souffrance ne pourra être « seulement psychologique », il écrit que « le caractère "insupportable de la souffrance selon la personne" pourra résulter de la décision de celle-ci de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement contre la douleur » (point 4.2). Ainsi, une personne dont la souffrance serait soulagée par un traitement disponible et efficace devient éligible à l'aide à mourir par le seul effet de son refus de ce traitement, le critère de la souffrance insupportable étant expressément défini comme relevant de l'appréciation exclusive de l'intéressé. Le critère médical se dissout alors dans la pure subjectivité, et la condition posée au 4° ne conditionne plus rien. La saisine a très clairement exposé les trois contradictions juridiques qui en résultent, au regard du principe de fraternité, de la répression de la provocation à l'abandon de traitement instituée par la loi du 10 mai 2024, et de la jurisprudence du Conseil d'État conciliant sauvegarde de la vie et consentement du malade (CE, ass., 26 octobre 2001, *Senanayake*, n° 198546). Les observations n'y répondent que par l'affirmation que les dispositions n'ont « ni pour objet ni pour effet de priver une personne de soins », ce qui est totalement hors sujet : le grief porte sur l'ouverture d'un droit à la mort fondé sur le refus de soins, non sur une privation de soins.

23. L'affirmation selon laquelle la souffrance ne pourra être « seulement psychologique » demeure au surplus, comme l'a montré la saisine, une protection d'apparence. En effet, le CCNE a constaté que toute maladie grave s'accompagne de souffrance psychologique, de sorte que la combinaison d'une affection remplissant les critères du 3° et d'une souffrance psychique liée à cette affection suffira en pratique, la loi n'exigeant aucune évaluation par un psychiatre ou un psychologue, ni à ce stade ni à aucun autre de la procédure. Le Gouvernement en convient d'ailleurs implicitement lorsqu'il écrit qu'il « aurait été loisible au Parlement de prévoir que le demandeur soit examiné par un médecin spécialiste des maladies mentales », mais qu'un tel choix relèverait de sa « marge d'appréciation » (point 6). Lorsqu'est en cause la vie même de personnes dont les demandes de mort sont, selon le CCNE et la littérature médicale citée dans la saisine, fréquemment l'expression d'un syndrome anxiodépressif qu'il faut évaluer et traiter, l'absence de toute évaluation spécialisée du discernement prive de garanties légales les

exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de protection de la santé. La comparaison avec le don d'organes entre vifs, dont le consentement est recueilli par le président du tribunal judiciaire, demeure sans réponse : la loi entoure de garanties supérieures le don d'un rein que la décision de mourir par une mort provoquée.

24. Sur le 5° de l'article L. 1111-12-2, le Gouvernement livre dans ses observations les définitions de la volonté « libre » (« exprimée sans contrainte extérieure ») et « éclairée » (exprimée « en disposant de l'ensemble des informations nécessaires »). Ces définitions ne figurent pas dans la loi, et surtout la loi n'organise aucune vérification effective de leurs conditions : le médecin n'est tenu de prendre en compte ni le contexte psychologique, ni le contexte familial, social ou économique du demandeur ; l'entourage n'est associé qu'à la demande de la personne ; aucun examen du dossier médical n'est prescrit au stade de la demande ; aucune évaluation spécialisée du discernement n'est prévue. La présomption de capacité ainsi instituée, sans équivalent dans les législations autrichienne ou portugaise qui imposent la consultation d'un psychiatre en cas de doute, est sans commune mesure avec l'enjeu, qui est la mort.

25. Quant à l'articulation avec les directives anticipées, le Gouvernement répond que celles-ci n'ont vocation à s'appliquer qu'aux personnes hors d'état d'exprimer leur volonté, exclues de l'aide à mourir. Cette réponse laisse entière la difficulté soulevée : celle de la personne dont le discernement s'altère entre la décision du médecin et l'administration de la substance, la loi permettant que trois mois s'écoulent, et davantage encore, entre ces deux moments, sans réexamen systématique (voir points 43 et 44 ci-après sur l'article 7).

26. Les griefs dirigés contre l'article 4 sont donc intégralement maintenus.

V. Sur l'article 5

27. Les députés saisissants donnent acte au Gouvernement de ce qu'il considère lui-même, pour les motifs exposés dans la saisine du Premier ministre, que « les garanties figurant au troisième alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 du CSP en ce qui concerne l'information des majeurs protégés sont insuffisantes pour satisfaire aux exigences constitutionnelles résultant de leur situation de vulnérabilité particulière » (point 5 des observations). Cette concession rejoint le moyen développé aux pages 19 à 26 de la saisine. Elle emporte des conséquences qui excèdent la disposition visée : l'information de la personne est la condition première du caractère éclairé de sa volonté, laquelle conditionne à son tour l'accès au dispositif tout entier. La censure de cette disposition désarticule la procédure de demande instituée par l'article 5 et, avec elle, l'ensemble du dispositif des articles 4 à 9, dont elle est inséparable.

28. S'agissant du registre des mesures de protection prévu à l'article 427-1 du code civil, le Gouvernement reconnaît qu'il « ne sera toutefois pas opérationnel dès l'entrée en vigueur de la loi » et que son entrée en vigueur est reportée au plus tard au 31 décembre 2028. Pour la période intermédiaire, il indique que « le médecin pourra recourir aux moyens utilisés en l'état actuel du droit » : demande de document justificatif, « en particulier un extrait d'acte de naissance, sur lequel figure une mention "registre civil" », interrogation du référent familial ou

du médecin traitant, et il annonce qu'un décret « viendra préciser que chaque personne devra également fournir, à l'appui de sa demande, une attestation de ce qu'elle ne fait pas l'objet d'une mesure de protection » (point 5).

29. Cette réponse aggrave le constat de la saisine. En premier lieu, aucun de ces palliatifs ne figure dans la loi : le régime applicable pendant plus de deux ans à la vérification de la situation des personnes les plus vulnérables reposera sur un décret et sur des pratiques, dans une matière, l'état et la capacité des personnes et les garanties fondamentales des libertés publiques, que l'article 34 de la Constitution réserve à la loi. En deuxième lieu, l'«attestation» annoncée est une simple déclaration de l'intéressé lui-même : faire reposer sur l'auto-déclaration d'une personne éventuellement placée sous protection juridique la vérification de ce qu'elle n'en relève pas est le contraire d'une garantie. En troisième lieu, la référence à une mention « registre civil » portée sur l'extrait d'acte de naissance est inexacte : la mention « RC » renvoie au répertoire civil, apposée en marge de l'acte de naissance à la diligence du greffier du tribunal judiciaire (articles 1057 et suivants du code de procédure civile), elle ne révèle ni la nature ni l'étendue de la mesure, et sa consultation suppose une démarche auprès du greffe du lieu de naissance, incompatible avec les délais dans lesquels le médecin doit statuer. Que les observations du Gouvernement se méprennent elles-mêmes sur le mécanisme censé suppléer le registre en dit long sur l'effectivité de la garantie. Le dispositif transitoire demeure donc, ainsi que la saisine l'a soutenu, privé de toute base légale sérieuse, et la neutralisation ratione temporis de l'accès des majeurs protégés au dispositif s'impose à tout le moins jusqu'à la mise en service effective du registre.

30. S'agissant de la suppression de l'exigence d'une information « loyale » au profit d'une information « adaptée à ses facultés de discernement », le Gouvernement répond que l'information devra « en outre être "loyale, claire et appropriée" en vertu des dispositions prévues à l'article R. 4127-35 du CSP ». Cette réponse confirme le grief : la garantie invoquée est de nature réglementaire, modifiable à tout moment par décret, alors qu'il appartient à la loi, en vertu de l'article 34 de la Constitution, de fixer les garanties fondamentales dont dépend le caractère éclairé d'un consentement à mourir. Le renvoi à une norme déontologique réglementaire ne saurait compenser la régression opérée par le législateur lui-même, qui a délibérément retiré du texte l'exigence de loyauté au cours de la navette, comme la saisine l'a rappelé.

31. S'agissant enfin de l'accès aux soins palliatifs, le Gouvernement déduit du 2° du II de l'article L. 1111-12-3 qu'« un médecin ne pourra pas faire droit à une demande d'accès à l'aide à mourir » si l'accès effectif de la personne aux soins palliatifs, lorsqu'elle le souhaite, n'est pas assuré. Les députés saisissants prennent acte de cette lecture, qui ne résulte pas des termes de la loi et qui, si le Conseil devait la retenir, ne pourrait l'être que sous la forme d'une réserve d'interprétation stricte. Mais le Gouvernement ajoute aussitôt que l'inégale répartition territoriale de l'offre de soins palliatifs « demeure, par elle-même, sans incidence sur la conformité à la Constitution de cette garantie ». C'est très clairement négliger l'effectivité des garanties légales. En effet, selon le rapport de la Cour des comptes de juillet 2023, moins de la moitié des besoins de soins palliatifs sont couverts et une vingtaine de départements demeurent dépourvus d'unité de soins palliatifs, constat que le premier bilan de la stratégie décennale

présenté en mars 2025 confirmait pour dix-neuf départements.² Dans un tel contexte, l'alternative que la loi prétend garantir entre l'accompagnement palliatif et l'aide à mourir est, pour une part substantielle de la population, purement nominale : la liberté de choix qui fonde tout l'édifice n'existe pas là où l'un des deux termes du choix fait défaut. Une garantie légale dont l'effectivité est d'emblée exclue pour des centaines de milliers de personnes ne satisfait pas aux exigences constitutionnelles de protection de la santé et d'égalité devant la loi.

32. C'est pourquoi, les griefs dirigés contre l'article 5 sont entièrement maintenus, et sa censure, pour partie admise par le Gouvernement, doit s'étendre à l'ensemble du dispositif dont il constitue la porte d'entrée.

VI. Sur l'article 6

33. Les députés saisissants donnent acte au Gouvernement de trois nouvelles concessions. Le Gouvernement considère comme contraires à la Constitution, pour « défaut de clarté », les dispositions du second alinéa du I du nouvel article L. 1111-12-4, qui réservent la reconnaissance d'une volonté libre et éclairée aux seules personnes dont le discernement n'est pas « gravement altéré », alors que le 5° de l'article L. 1111-12-2 exige l'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée. Il considère également comme contraires à la Constitution, « au regard du souci d'adapter les exigences constitutionnelles à leur situation de vulnérabilité particulière », les dispositions du 3° du II et de la dernière phrase du IV du même article, relatives aux majeurs protégés. Ces concessions rejoignent les moyens des pages 26 à 33 de la saisine, qui avaient précisément dénoncé, en citant les travaux parlementaires, le « trou dans le filet » résultant de l'adverbe « gravement ».

34. Il faut en mesurer la portée. La disposition dont le Gouvernement admet le défaut de clarté est celle qui définit le seuil de discernement en deçà duquel l'accès à la mort administrée est fermé. Elle n'est pas détachable du reste de la procédure : c'est au regard de ce seuil que le médecin apprécie la condition du 5° de l'article L. 1111-12-2, que le collège rend son avis, que la décision est prise, que la confirmation est reçue et que la substance est administrée. Sa censure prive la procédure de son critère central et emporte, par voie de conséquence, celle des articles 4 à 9. On ne saurait admettre qu'un dispositif permettant de donner la mort entre en vigueur amputé de la définition de l'aptitude qui le conditionne, dans l'attente d'une hypothétique loi de correction.

35. Sur la procédure dite collégiale, les réponses du Gouvernement confirment une à une les faiblesses dénoncées. S'agissant de l'examen clinique de la personne par le médecin spécialiste, le Gouvernement écrit qu'« un tel examen est normalement obligatoire avant la réunion du collège, sauf si celui-ci ne l'estime pas nécessaire » (point 6) : un examen auquel il peut être renoncé sur la seule appréciation de celui qui devrait y procéder n'est pas obligatoire ; il est facultatif, ce qui était précisément le grief. S'agissant de l'accès du médecin consultant au dossier médical de la personne, dont la saisine a démontré l'absence, les observations

² Cour des comptes, « Les soins palliatifs. Une offre de soins à renforcer », rapport remis à l'Assemblée nationale, juillet 2023 (48 % des besoins couverts) ; premier bilan de la stratégie décennale, ministère chargé de la santé, mars 2025, cité au cours des travaux parlementaires.

gardent le silence : le grief est donc tenu pour non contesté, et il est difficilement concevable qu'un avis de spécialiste, censé éclairer une décision de vie ou de mort, soit rendu sans accès aux éléments du dossier médical énumérés à l'article R. 1112-2 du code de la santé publique. S'agissant de la composition du collège, le Gouvernement ne conteste pas qu'il puisse se réduire à trois personnes, dont un auxiliaire médical qui, « à défaut » d'intervenir auprès de la personne, peut lui être totalement étranger ; la comparaison, développée dans la saisine, avec la procédure collégiale de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique applicable aux arrêts de traitement, plus exigeante alors qu'elle porte sur un acte de moindre portée, demeure sans réponse.

36. S'agissant de la possibilité de réunir le collège par visioconférence ou « télécommunication », c'est-à-dire par téléphone, le Gouvernement y voit une « simple modalité pratique d'organisation des délibérations ». La loi elle-même dément cette qualification : son article 5 interdit que la demande d'aide à mourir soit présentée en téléconsultation, reconnaissant ainsi que, dans cette matière, la présence physique est bien une garantie de fond. On ne comprend pas que ce qui est jugé indispensable pour recueillir la demande devienne indifférent pour délibérer de la mort du demandeur, alors surtout que le « cas d'impossibilité » ouvrant la voie dérogatoire n'est pas défini par la loi, ce qui permet à l'exception de devenir la règle.

37. S'agissant du pouvoir de décision, le Gouvernement confirme que le médecin saisi « prend seul la décision de faire droit ou non à la demande », l'avis du collège étant expressément qualifié de « facultatif » dans sa portée. Il invoque votre décision n° 2017-632 QPC, qui a admis que la décision du médecin soit prise à l'issue d'une procédure collégiale « destinée à l'éclairer » (paragr. 12). Le précédent est inopérant, et il joue même en sens contraire. La décision de 2017 portait sur l'arrêt de traitements devenus inutiles ou disproportionnés au titre du refus de l'obstination déraisonnable, c'est-à-dire sur le renoncement à un acte médical ; elle était entourée de réserves d'interprétation strictes, notamment quant au recours des tiers (voir points 52 à 58 ci-après). La décision ici en cause autorise un acte positif consistant à provoquer la mort. Le passage du laisser mourir au faire mourir appelle des garanties au moins équivalentes, et en réalité supérieures ; la loi déférée organise l'inverse : un collège plus réduit, moins informé, dépourvu de tout pouvoir, dont le médecin peut s'affranchir même en cas d'avis défavorable unanime.

38. S'agissant du délai de quinze jours imparti au médecin pour notifier sa décision, le Gouvernement répond qu'il s'agit d'un « délai maximal » dont la durée doit être mise en relation « avec la souffrance du demandeur ». Cette réponse ne rencontre pas le grief : la saisine n'a pas soutenu que le délai était trop long pour le demandeur, elle a au contraire démontré qu'il était trop bref pour permettre une instruction sérieuse, au regard tant des délais du droit commun de l'accès aux soins que des procédures comparables (trois mois en Autriche et au Canada, un mois en Belgique). Un délai d'instruction inférieur à celui d'un simple rendez-vous de spécialiste, pour une décision irréversible portant sur la vie, ne constitue pas une garantie légale suffisante.

39. S'agissant du délai de réflexion de quarante-huit heures prévu au V de l'article L. 1111-12-4, la position du Gouvernement vaut aveu. Il « entend se référer sur ce point à la saisine que le Premier ministre vous a transmise » et suggère au Conseil d'assortir la disposition d'une réserve d'interprétation imposant au médecin d'accorder, « si l'état de santé du patient le permet et que sa situation personnelle ou familiale le justifie, un délai de réflexion d'une durée supérieure » (point 6). Suggérer une réserve, c'est reconnaître que le texte, tel qu'il est écrit, ne comporte pas la garantie nécessaire. Mais la réserve proposée excède l'office du juge constitutionnel : elle ne consisterait pas à interpréter la loi, elle y ajouterait des conditions (appréciation de l'état de santé, de la situation personnelle et familiale, durée supérieure indéterminée) que le législateur n'a pas posées, dans une matière relevant de l'article 34. Lorsque la loi ne comporte pas les garanties légales qu'exigent les droits constitutionnels en cause, la censure s'impose ; une réserve ne saurait réécrire la loi. Au fond, le grief demeure entier : un délai de quarante-huit heures qui, ainsi que la saisine l'a relevé sans être contredite, « n'existe nulle part ailleurs dans le monde », ignore la fluctuation documentée de la volonté de mort, que le CCNE décrit comme évolutive et souvent réversible lorsque la douleur est prise en charge, et il est très inférieur aux délais que la loi française elle-même impose pour des actes irréversibles d'une portée moindre, telle la stérilisation à visée contraceptive (quatre mois).

40. S'agissant du renvoi de la prescription de la substance létale aux recommandations de la Haute Autorité de santé prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement soutient qu'il ne s'agirait que de « règles relatives à la composition, au dosage, à la présentation ou aux modalités techniques ». Ce n'est pas ce que dit la loi : l'article 16 du texte déferé, tel que les observations le décrivent elles-mêmes (point 2.1.1), confie à la HAS « le soin de définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir et d'élaborer des recommandations sanitaires portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation ». La détermination des substances permettant de donner la mort et des conditions de leur utilisation touche aux garanties fondamentales des libertés publiques et à la protection de la santé ; elle ne saurait être reportée sur une autorité administrative sans méconnaître la jurisprudence rappelée dans la saisine (décision n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006, cons. 9). Le Gouvernement laisse au surplus sans réponse la contradiction, relevée dans la saisine, entre ce dispositif et les articles R. 4127-38 et R. 4312-21 du code de la santé publique, que la loi s'abstient de coordonner en renvoyant aux codes de déontologie le soin de se mettre en conformité avec elle.

41. Enfin, le caractère purement facultatif du recueil de l'avis de la personne de confiance ou des proches, subordonné à la demande de la personne et laissé à l'appréciation du médecin, demeure critiqué pour les motifs exposés dans la saisine, auxquels les observations ne répondent que par l'affirmation, non argumentée, que ces dispositions ne portent atteinte « par elles-mêmes » à aucun principe.

42. Pour l'ensemble de ces motifs, et compte tenu des inconstitutionnalités admises par le Gouvernement, l'article 6 doit être censuré en son entier, et avec lui le dispositif inséparable des articles 4 à 9.

VII. Sur l'article 7

43. Sur l'absence de tout réexamen médical lorsque l'administration de la substance létale intervient jusqu'à trois mois après la décision, le Gouvernement répond qu'une amélioration de l'état de santé serait « normalement insusceptible de se poser » puisque seule une personne engagée dans un processus irréversible peut accéder au dispositif, et qu'« il appartiendra "si besoin" au médecin » de remettre en œuvre la procédure. La première branche de la réponse suppose acquis ce qui est en litige : l'irréversibilité est précisément l'une des notions dont l'indétermination a été démontrée (points 18 à 21), et l'évolution des thérapeutiques, notamment en cancérologie, peut transformer en quelques mois le pronostic d'une affection réputée sans issue. La seconde branche confirme le grief : le « besoin » d'un réexamen est laissé à la libre appréciation du médecin, sans aucun critère légal, alors que la volonté de la personne, sa souffrance et son discernement peuvent s'être profondément modifiés. La loi organise ainsi la possibilité qu'une substance létale soit administrée sur le fondement d'une volonté juridiquement vérifiée pour la dernière fois trois mois plus tôt, la vérification du jour de l'administration prévue à l'article 9 se réduisant à une confirmation instantanée, sans réévaluation des conditions de fond.

44. Sur le lieu d'administration, la réponse du Gouvernement comporte un nouvel ajout au texte. Il affirme qu'« à l'exception des responsables des établissements et services visés au II du nouvel article L. 1111-12-12 du CSP, l'accord du propriétaire ou de l'occupant du lieu désigné sera nécessaire » (point 7.2). Cette condition ne figure nulle part dans la loi, qui se borne à exiger l'accord du médecin ou de l'infirmier. Que le Gouvernement doive inventer une condition d'accord du propriétaire pour rendre le dispositif acceptable démontre précisément l'incomplétude du texte sur ce point. Quant au respect de l'intimité, le Gouvernement se borne à affirmer que le lien du lieu avec la vie personnelle ou la prise en charge du demandeur suffirait ; la saisine a montré que l'énumération légale, par sa dernière branche (« toute autre structure où exercent des professionnels de santé »), est sans limite déterminable, et qu'aucune disposition ne garantit une intimité minimale de l'acte. Ces griefs sont maintenus.

45. Les députés saisissants prennent acte, au surplus, de ce que le Gouvernement renvoie à la saisine du Premier ministre s'agissant de la conformité à la Constitution des dispositions combinées du II de l'article L. 1111-12-12 et du premier alinéa du II de l'article L. 1111-12-5, qui imposent aux établissements, y compris privés, de laisser pratiquer l'aide à mourir en leur sein.

VIII. Sur l'article 8

46. Pour dénier aux pharmaciens le bénéfice de la clause de conscience, le Gouvernement soutient que « dès lors que leur intervention survient après qu'il a été décidé d'accéder à une telle demande et avant que la substance létale ne soit administrée, ceux-ci ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour qu'il soit porté atteinte à leur liberté de conscience » (point 8.1). Cette affirmation est frontalement contredite par les observations elles-mêmes. Au point 2.2.1, pour justifier la précision du champ de l'immunité pénale, le Gouvernement énumère les personnes « qui concourent à l'exercice » du droit à l'aide à mourir

et y range expressément « des pharmaciens ». Le pharmacien concourt donc assez directement à l'acte pour bénéficier d'une immunité pénale dérogeant à l'interdit de donner la mort, mais pas assez pour que sa conscience soit en cause. Cette contradiction ne peut être surmontée : celui qui prépare et délivre la préparation destinée à donner la mort, maillon sans lequel l'acte est matériellement impossible, participe à l'acte au sens le plus concret, et la saisine a rappelé que l'infirmier, qui n'est pas davantage prescripteur, bénéficie quant à lui de la clause de conscience.

47. La référence à la décision *Pichon et Sajous c. France* (CEDH, 2 octobre 2001, n° 49853/99) est inopérante. Cette décision d'irrecevabilité concernait le refus de vendre en officine des contraceptifs, produits légaux d'usage courant dont la délivrance ne met fin à aucune vie ; elle ne préjuge en rien de la situation du pharmacien requis de réaliser une préparation magistrale dont l'unique fonction est de provoquer la mort d'une personne identifiée. Au demeurant, la question posée au Conseil n'est pas conventionnelle : elle est de savoir si, au regard de l'article 10 de la Déclaration de 1789 et de la liberté de conscience reconnue par votre décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, le législateur pouvait, sans rupture d'égalité avec les autres professionnels de santé placés dans la chaîne du même acte, exclure les seuls pharmaciens de la clause de conscience qu'il a lui-même jugée nécessaire pour les médecins, les infirmiers et les aides-soignants.

48. Quant à la notion de « préparation magistrale létale », la défense du Gouvernement aboutit à une impasse. Il admet que « cette substance relève de la définition du médicament au sens de l'article L. 5111-1 du CSP en raison de son action sur l'organisme humain » (point 8.2). Or l'article L. 5111-1 définit le médicament par fonction comme la substance pouvant être administrée à l'homme « en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier ses fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ». Une substance dont la finalité exclusive est l'arrêt définitif de toutes les fonctions physiologiques ne les restaure, ne les corrige ni ne les modifie : elle les supprime. La qualification de médicament retenue par le Gouvernement, nécessaire pour justifier l'intervention du circuit pharmaceutique et la prise en charge par l'assurance maladie, est incompatible avec la définition légale du médicament, ce qui vérifie le grief d'inintelligibilité dirigé contre l'insertion de ce dispositif dans le code de la santé publique.

IX. Sur l'article 9

49. Sur le certificat de décès, le Gouvernement répond que l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales suffit et ajoute que « dans la plupart des cas, le professionnel de santé ayant surveillé l'administration de la substance létale pourra établir lui-même ce certificat » (point 9.2). Cet aveu mérite d'être pesé : la même personne aura accompagné l'acte létal, en attestera la régularité dans le système d'information et certifiera le décès, sans qu'aucun regard extérieur ne soit prévu à ce stade. La saisine a par exemple rappelé qu'en Suisse le suicide assisté est juridiquement traité comme une mort violente donnant lieu à enquête ; la loi déferée, elle, ne tranche pas même la question de la qualification du décès, naturelle ou violente, dont dépendent pourtant la fiabilité des données transmises à l'INSERM, l'information de la commission de contrôle et la possibilité effective de poursuites pénales.

50. Le Gouvernement ne répond pas à l'argument central de la saisine : des données de mortalité inexactes ou des classifications erronées feraient obstacle à la saisine du parquet par la commission et priveraient de garanties légales la procédure de déclaration des décès, alors que le juge pénal est, dans l'économie du texte, le contrôleur ultime du dispositif. L'exigence conventionnelle d'un contrôle a posteriori effectif et indépendant, dont la méconnaissance a valu à la Belgique une condamnation dans l'arrêt *Mortier* précité, suppose au minimum que l'autorité de contrôle dispose de données exactes, précises et détaillées sur la cause réelle des décès.

51. Les griefs dirigés contre l'article 9 sont donc tous maintenus.

X. Sur l'article 12

52. Sur l'exclusion de tout recours des tiers contre la décision accordant l'aide à mourir, les observations du Gouvernement comportent une reconnaissance sans ambiguïté : les proches « ne disposeront d'aucune voie de recours juridictionnelle permettant de faire obstacle à la mise en œuvre d'une décision accédant à une demande d'accès à l'aide à mourir » (point 10.1.1). Le débat est donc circonscrit : il ne porte pas sur l'existence de la restriction, admise, mais sur sa justification.

53. La justification avancée est double et aucune de ses branches ne résiste à une analyse juridique approfondie. Le Gouvernement soutient d'abord que le droit au recours reconnu aux tiers par votre décision n° 2017-632 QPC visait à compenser l'impossibilité pour le patient hors d'état d'exprimer sa volonté de faire valoir lui-même ses droits, alors que l'aide à mourir suppose une personne apte à exprimer une volonté libre et éclairée. Le raisonnement est circulaire : c'est précisément la réalité de cette volonté libre et éclairée, condition de tout l'édifice, qui peut être contestée par les tiers, notamment lorsqu'ils ont connaissance de pressions, d'un abus de faiblesse ou d'une altération du discernement que la procédure, dépourvue de toute évaluation spécialisée, n'aura pas détectés. Fonder l'exclusion du recours sur la présomption que la condition contestée est remplie revient à soustraire au juge la seule question qui importe. Votre décision du 2 juin 2017 a posé en principe, s'agissant d'une décision « conduisant au décès », que le droit à un recours juridictionnel effectif impose que la décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient « dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile » et que ce recours puisse être « examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée » (paragr. 17). L'irréversibilité de la mort est identique dans les deux hypothèses ; la garantie ne saurait être moindre lorsque la mort résulte d'un acte positif d'administration d'une substance létale.

54. Le Gouvernement soutient ensuite que la demande relève d'une décision « éminemment personnelle », protégée par le secret médical, et invoque le point 207 de l'arrêt *Mortier*. La référence est inexacte dans sa portée : à ce point, la Cour européenne juge que l'absence d'information des proches ne méconnaît pas leur droit au respect de la vie privée au titre de l'article 8 de la Convention ; elle ne dit rien du droit au recours, et c'est le même arrêt qui condamne la Belgique, sur le terrain de l'article 2, pour l'ineffectivité de son contrôle a

posteriori. Or le système français retire aux tiers tout recours préventif tout en organisant un contrôle a posteriori dont les faiblesses sont exposées aux points 64 à 68 : la combinaison des deux prive le droit à la vie de la protection juridictionnelle qu'exigent tant l'article 16 de la Déclaration de 1789 que les obligations positives résultant de l'article 2 de la Convention.

55. L'asymétrie créée par la loi demeure au surplus inexpliquée. Les tiers peuvent contester la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès demandée par un patient conscient, sur le fondement de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique ; ils ne le pourraient pas s'agissant de l'administration d'une substance létale. La saisine a montré, jurisprudence espagnole du 19 mai 2026 à l'appui, que des personnes ayant un lien particulièrement étroit avec le demandeur justifient d'un intérêt direct et certain ; les conséquences psychologiques documentées du geste léthal sur les proches, rappelées dans la saisine, achèvent d'établir cet intérêt. Les observations n'y répondent que par l'invocation de « situations particulièrement difficiles » que créeraient les divergences familiales : éviter le contentieux n'a jamais constitué un motif de le supprimer.

56. Sur l'attribution de l'ensemble du contentieux au juge administratif, le Gouvernement invoque votre jurisprudence relative à l'unification des règles de compétence « dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice (...) au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé » (décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, cons. 36). Encore faut-il que l'ordre choisi soit principalement intéressé. Le Gouvernement l'affirme au motif que « la majorité des décisions d'aide à mourir devrait avoir lieu dans des établissements publics ». Cette conjecture est démentie par la loi elle-même, qui ouvre l'administration de la substance létale au domicile, dans les établissements privés, dans les EHPAD et dans « toute autre structure où exercent des professionnels de santé », et par les données citées dans la saisine, dont il résulte que près d'un décès sur deux survient hors établissement public de santé. Elle est en outre indifférente à la nature du contentieux : la décision d'un médecin libéral statuant sur une demande d'aide à mourir n'est pas une décision prise « dans l'exercice des prérogatives de puissance publique » au sens du principe fondamental reconnu par les lois de la République dégagé par votre décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, laquelle réserve expressément « les matières réservées par nature à l'autorité judiciaire », dont relèvent traditionnellement l'état et la capacité des personnes. Le second motif avancé, tiré de ce que « les procédures d'urgence existantes dans l'ordre administratif sont sans équivalent au sein de l'ordre judiciaire », est inexact en droit : le juge judiciaire des référés statue à bref délai, y compris d'heure à heure, et connaît seul, en l'état du droit, de la protection des majeurs, matière au cœur du présent contentieux.

57. L'invocation, par le Gouvernement, de l'arrêt d'assemblée plénière de la Cour de cassation du 28 juin 2019 (n° 19-17.330 et 19-17.342) est enfin sans aucune portée utile : cet arrêt juge que le droit à la vie n'entre pas dans le champ de la liberté individuelle au sens de l'article 66 de la Constitution, pour en déduire l'absence de voie de fait ; il ne dit absolument rien de la compétence de principe du juge judiciaire en matière d'état et de capacité des personnes, ni de la cohérence d'un dispositif qui confie au juge administratif le contentieux de l'aide à mourir tout en maintenant au juge judiciaire la protection du majeur concerné, dont le juge des

contentieux de la protection détient le dossier. La dispersion ainsi organisée contredit l'objectif de bonne administration de la justice invoqué pour la justifier.

58. Sur le recours ouvert à la seule personne chargée de la mesure de protection, enfermé dans un délai de quarante-huit heures, le Gouvernement se borne à renvoyer à la saisine du Premier ministre. Les députés saisissants en prennent acte et persistent donc bien dans leur démonstration : un délai de quarante-huit heures est incompatible avec les conditions réelles d'exercice des mandats de protection, notamment associatifs, et avec les délais d'obtention de l'aide juridictionnelle, de sorte que le droit au recours ainsi concédé est privé d'effectivité.

XI. Sur l'article 14

59. Sur l'exclusion des pharmaciens de la clause de conscience, il est renvoyé aux points 46 et 47 ci-dessus. La réponse du Gouvernement au grief d'égalité manque au surplus sa cible : il relève que la loi n'accorde la clause « à aucune des deux catégories de pharmaciens », officine et usage intérieur, et qu'elle n'institue donc entre elles aucune différence de traitement. Mais la rupture d'égalité dénoncée par la saisine n'oppose pas les pharmaciens entre eux ; elle oppose les pharmaciens aux autres professionnels de santé insérés dans la chaîne du même acte, et singulièrement à l'infirmier, qui n'est pas davantage prescripteur et qui bénéficie de la clause. L'affirmation selon laquelle les pharmaciens seraient « placés dans une situation différente des professionnels de santé participant à l'instruction de la demande et à l'administration de la préparation létale » se heurte très précisément à la contradiction relevée au point 46 : pour le bénéfice de l'immunité pénale, la loi et le Gouvernement les rangent parmi les personnes qui concourent à l'exercice du droit. La différence de traitement est donc sans rapport avec l'objet de la loi, qui est de préserver sans la moindre équivoque la conscience de ceux qui participent à l'acte légal.

60. Sur les membres du collège n'ayant pas la qualité de professionnel de santé, la réponse du Gouvernement, selon laquelle ces personnes « sont libres de refuser de participer à la procédure » faute d'obligation de soin, ne rend pas compte du texte, qui organise leur participation sans leur reconnaître expressément cette faculté ; à tout le moins, elle ne pourrait être retenue que sous la forme d'une réserve d'interprétation.

61. Sur l'absence de clause de conscience d'établissement, le Gouvernement « entend se référer sur ce point à la saisine du Premier ministre ». Les députés saisissants en prennent pleinement acte : le Premier ministre a lui-même déféré au Conseil les dispositions du II de l'article L. 1111-12-12 qui contraignent les établissements privés, y compris ceux dont le projet repose sur des convictions éthiques ou religieuses, à laisser pratiquer l'aide à mourir en leur sein. Ils persistent dans l'ensemble de leur démonstration, fondée sur l'article 88-1 de la Constitution et sur la directive 2000/78/CE du 27 novembre 2000, ainsi que sur la rupture d'égalité avec la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse, dont l'article L. 2212-8 du code de la santé publique dispose de longue date qu'« un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux » ; un amendement tendant à reconnaître la même faculté pour l'aide à mourir a du reste été rejeté au cours des débats (amendement n° 71 à l'article 14), ce qui établit que cette garantie a été écartée en

connaissance de cause, sans que le Gouvernement n'explique pourquoi ce qui est possible pour l'interruption de grossesse deviendrait impossible pour l'administration de la mort.

62. Le moyen tiré de la méconnaissance de la liberté de conscience, de la liberté d'association et de la liberté d'entreprendre des établissements est donc bien maintenu dans toutes ses branches.

63. Il est enfin rappelé que la clause de conscience individuelle elle-même est amputée par l'article 3 de la loi, dont il résulte, selon les observations du Gouvernement (point 3), que tout professionnel de santé devra délivrer une information sur l'existence de l'aide à mourir « sans que la clause de conscience puisse jouer » ; cette obligation d'orientation systématique vers le dispositif, mise à la charge de professionnels qui le réprouvent en conscience, éclaire la portée réelle de la clause que le législateur prétend garantir.

XII. Sur l'article 15

64. La commission de contrôle et d'évaluation est, dans l'économie du texte comme au regard des exigences conventionnelles rappelées au point 14, la clef de voûte du contrôle du dispositif : tout le contrôle est organisé a posteriori, puisque aucun juge n'intervient avant l'acte et que les tiers sont privés de recours. C'est à l'aune de cette fonction que doivent être appréciées les critiques de la saisine, auxquelles les observations répondent de manière révélatrice.

65. Sur la composition et le fonctionnement de la commission, le Gouvernement indique que la loi prévoit une composition minimale et que « les membres et le président de la commission soient nommés par le ministre chargé de la santé », la durée des mandats et leurs conditions d'exercice étant renvoyées à un décret en Conseil d'État (point 13.4). Ainsi, le nombre des membres n'est pas fixé par la loi, l'autorité de nomination est le ministre dont l'administration met en œuvre la politique contrôlée, et l'ensemble des règles garantissant l'indépendance et l'impartialité de l'organe est renvoyé au pouvoir réglementaire. Votre jurisprudence reconnaît pourtant que la composition d'un tel organe peut représenter pour les personnes intéressées une « garantie essentielle », au titre des « garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques » que l'article 34 réserve à la loi (décision n° 2019-283 L du 28 novembre 2019, citée par le Gouvernement lui-même) ; tel est éminemment le cas d'un organe dont dépend le contrôle du respect des conditions auxquelles la loi subordonne le droit de donner la mort. L'arrêt *Mortier* a précisément sanctionné la Belgique parce que la loi n'assurait pas l'indépendance du contrôle a posteriori ; instituer en France un organe dont l'indépendance repose tout entière sur un décret à venir expose le dispositif au même constat et prive de garanties légales les exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne et de protection de la vie.

66. Sur l'accès au dossier médical, le Gouvernement confirme que seuls « les médecins membres de la commission ainsi que les médecins auxquels elle peut faire appel » pourront y accéder, « dans la mesure strictement nécessaire à leur mission » (point 13.3). Il ne répond pas au grief : les membres non médecins, dont le membre du Conseil d'État et le membre de la

Cour de cassation, délibéreront sur la régularité de procédures dont les pièces essentielles leur seront inaccessibles, et la commission dans son ensemble dépendra, pour l'essentiel, d'un système d'information alimenté par les seuls professionnels ayant pris part à la procédure contrôlée, c'est-à-dire d'un contrôle sur pièces auto-déclarées. C'est le schéma même dont la Cour européenne a jugé, dans l'arrêt *Mortier*, qu'il ne répondait pas aux exigences de l'article 2.

67. Sur la situation des auxiliaires médicaux et aides-soignants ne relevant d'aucun ordre professionnel, le Gouvernement confirme qu'ils échappent à la saisine des chambres disciplinaires et renvoie aux actions en responsabilité, aux pouvoirs de l'employeur et aux poursuites pénales. C'est admettre que des personnes appelées à siéger dans le collège pluriprofessionnel et à participer à la procédure ne relèvent d'aucun des mécanismes disciplinaires que la loi présente pourtant comme une garantie, et la différence de traitement ainsi créée entre membres d'un même collège, selon leur rattachement ordinal, demeure sans rapport avec l'objet de la loi. La saisine a en outre montré, en s'appuyant sur la décision du Conseil d'État du 16 juillet 2025 relative à la charge de la preuve de l'information, que le contentieux disciplinaire annoncé risque de ne pouvoir prospérer ; les observations n'y répondent pas.

68. Les griefs dirigés contre l'article 15 sont donc maintenus.

XIII. Sur les articles 18 et 19

69. Le Gouvernement examine sous les intitulés « article 17 » et « article 18 » de ses observations les griefs que la saisine dirigeait contre les articles 18 et 19 de la loi déférée, relatifs respectivement à la prise en charge par l'assurance maladie et aux contrats d'assurance en cas de décès. La présente réponse suit la numérotation de la saisine.

70. Sur la prise en charge par la sécurité sociale, le Gouvernement se borne à soutenir que la notion de « frais afférents » à l'aide à mourir est dépourvue d'ambiguïté et que le renvoi au décret pour les modalités est habituel. Ce faisant, il élude le moyen. La saisine ne critiquait pas au premier chef la détermination des frais couverts ; elle soutenait que l'intégration d'un acte donnant la mort dans un système légalement ordonné à « la protection de la santé », en vertu du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, dont vous avez consacré la portée dès votre décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, et de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale aux termes duquel la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la « prise en charge des frais de santé », dénature l'objet constitutionnel de la sécurité sociale et prive de garanties légales l'exigence de protection de la santé. La qualification de l'acte létal en « frais de santé » n'est défendue nulle part dans les observations ; le silence du Gouvernement sur ce point vaut absence de justification, alors que la contradiction relevée au point 48 ci-dessus, s'agissant de la qualification de médicament de la substance létale, procède de la même impossibilité conceptuelle. À tout le moins, l'exclusion de toute participation de l'assuré et l'application du tiers payant intégral, qui font de l'aide à mourir un acte mieux pris en charge que la plupart des soins courants, appelaient une justification que les observations ne fournissent pas. Le contraste

est au surplus saisissant avec l'état de l'offre palliative rappelé au point 31 : la solidarité nationale garantirait immédiatement et intégralement l'accès à la mort administrée quand l'accès aux soins destinés à soulager demeure hors de portée d'une part substantielle des personnes concernées. Les députés saisissants prennent acte, enfin, de ce que le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Conseil sur le renvoi à l'arrêté opéré par le II de ce même article, et y voient la reconnaissance de l'incompétence négative dénoncée.

71. Sur l'assurance décès, le Gouvernement soutient qu'aucune différence de traitement n'est instituée « à la date de la conclusion du contrat », tous les assurés étant soumis aux mêmes stipulations. L'argument repose sur un déplacement du point de comparaison. La différence de traitement dénoncée naît au moment du décès : deux personnes ayant souscrit le même jour un contrat identique seront traitées différemment selon le mode de leur mort volontaire, l'exclusion légale de garantie de l'article L. 132-7 du code des assurances demeurant applicable au suicide survenu dans la première année du contrat, tandis que la mort donnée dans le cadre de l'aide à mourir, y compris par auto-administration, c'est-à-dire par un suicide assisté au sens que le Conseil d'État donne à cette notion, ouvrira droit à garantie dès le premier jour. La loi crée ainsi, entre des morts également volontaires, une différence de traitement au détriment des ayants droit du suicidé, dont la saisine a montré, en citant l'annexe de l'avis n° 139 du CCNE, aux termes de laquelle « il est loin d'être clair que les individus qui choisissent le suicide médicalement assisté soient dans une position fondamentalement différente de ceux qui décident de se suicider ». La Cour européenne des droits de l'homme a elle-même relevé, dans l'arrêt *Pretty c. Royaume-Uni* du 29 avril 2002 (n° 2346/02, § 89), que la frontière entre les personnes qui sont en mesure de se suicider sans aide et celles qui en sont incapables est souvent fort ténue ; fonder sur une frontière aussi ténue un régime assurantiel radicalement différent ne répond à aucune différence de situation en rapport avec l'objet de la loi. Le Gouvernement en convient du reste lorsqu'il souligne, pour défendre la proportionnalité du dispositif, que l'atteinte à la liberté contractuelle « ne concerne que la première année suivant la conclusion des contrats » (point 15.1 des observations) : c'est précisément dans cette fenêtre que la loi traite différemment deux morts également volontaires.

72. Quant au motif d'intérêt général invoqué, tiré de ce que l'application de l'exclusion « aurait pour effet de priver d'effet les contrats d'assurance décès » des personnes recourant à l'aide à mourir, il vaudrait à l'identique pour le suicide de la première année, que le législateur maintient pourtant hors garantie : l'intérêt général allégué est donc invoqué de manière asymétrique, ce qui confirme que la différence de traitement procède d'un choix de faveur pour l'aide à mourir et non d'une exigence objective. Par ailleurs, le risque d'incitation économique au recours à l'aide à mourir dans la première année du contrat, sur lequel les observations gardent le silence, est précisément celui que les régimes de protection contre l'abus de faiblesse ont pour objet de prévenir.

73. Les griefs dirigés contre les articles 18 et 19 sont donc maintenus.

XIV. Conclusion

74. Il résulte de l'ensemble de ce qui précède, comme de la saisine à laquelle il est intégralement renvoyé, que la loi relative au droit à l'aide à mourir organise l'accès à la mort administrée sur le fondement de critères dont l'indétermination est pour partie reconnue par le Gouvernement lui-même, au terme d'une procédure dont les garanties centrales sont défaillantes, sous un contrôle exclusivement postérieur dont l'indépendance et l'effectivité ne sont pas assurées, et en fermant aux tiers toute voie de recours. Chacun de ces éléments emporte, à lui seul, l'inconstitutionnalité des dispositions qui le portent ; leur conjonction établit que le législateur, méconnaissant l'étendue de sa compétence, a privé de garanties légales les exigences constitutionnelles de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, de respect de la vie, de protection de la santé et de protection des personnes vulnérables.

75. Les inconstitutionnalités clairement admises par le Gouvernement, qui portent sur la définition de l'aptitude à consentir, sur la protection des majeurs protégés et sur l'information des personnes vulnérables, affectent des dispositions inséparables de l'économie générale du dispositif : leur seule censure partielle laisserait subsister une procédure privée de son critère central et de ses protections essentielles. Elles doivent donc entraîner la censure de la loi tout entière ou, à tout le moins, celle des articles 4 à 9 et 12 et de toutes les dispositions qui en sont inséparables.

76. En conséquence, les députés auteurs de la saisine persistent dans l'intégralité de leurs conclusions qui vous ont été soumises en date du 20 juillet 2026 et demandent au Conseil constitutionnel :

- à titre principal, de déclarer contraire à la Constitution l'ensemble de la loi relative au droit à l'aide à mourir ;
- à titre subsidiaire, de déclarer contraires à la Constitution les articles 1er, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 18 et 19 de la loi déférée, ainsi que toutes les dispositions qui en sont inséparables ;
- en tout état de cause, de juger que de simples réserves d'interprétation, dont le Gouvernement lui-même sollicite le prononcé pour pallier les insuffisances qu'il reconnaît, ne sauraient tenir lieu des garanties légales que la Constitution impose au législateur d'édicter lui-même.

Ils prient le Conseil constitutionnel de croire en l'expression de leur haute considération.

Fait à Paris, le 6 août 2026.

Les députés saisissants