



ONEST

Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence

47, Boulevard de Courcelles – 75008 PARIS • contact@onest-alternative.org • www.onest-alternative.org • RNA : W751271596

**Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les membres du Conseil constitutionnel**
À l'attention de Monsieur le Secrétaire général
2, rue de Montpensier – 75001 PARIS

Par courriel : contributions-externes@conseil-constitutionnel.fr

Copie : greffe@conseil-constitutionnel.fr

Objet

Contribution extérieure de l'association ONEST — Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence — sur la loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 15 juillet 2026

Saisines formées en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution par le Président du Sénat (16 juillet 2026, affaire n° 2026-910 DC), par le Premier ministre et par plus de soixante sénateurs

Paris, le 21 juillet 2026

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

L'association ONEST — Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence — rassemble des médecins, des psychologues et des professionnels du droit engagés dans la défense des droits fondamentaux, notamment en matière de santé. Depuis sa fondation en 2023, l'association exerce une mission de veille, d'alerte et de soutien aux personnes confrontées aux institutions sanitaires et judiciaires.

L'ONEST a l'honneur de porter à votre connaissance les observations qui suivent. Celles-ci recoupent partiellement les griefs articulés par les auteurs des trois saisines et s'attachent principalement à exposer trois points qui, à la connaissance de l'ONEST, ne sont pas ou peu développés devant vous : le caractère différé de la seule garantie destinée à protéger les majeurs protégés, l'étendue restreinte des voies de recours ouvertes contre une décision par construction irréversible, et le renvoi au pouvoir réglementaire des règles mêmes qui doivent assurer l'impartialité du contrôle.

Sur la recevabilité, la méthode de citation et l'objet de la contribution

La présente contribution est adressée au Conseil constitutionnel en application de la pratique dite de la « porte étroite », formalisée par l'article 13 du règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, issu de la décision n° 2022-152 ORGA du 11 mars 2022 et applicable depuis le 1er juillet 2022.

La « petite loi » n'étant pas publiée à la date des présentes, l'ONEST précise le texte sur lequel portent ses observations. En lecture définitive, l'Assemblée nationale ne peut, en vertu de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, que reprendre le dernier texte voté par elle, le cas échéant modifié par un ou plusieurs des amendements adoptés par le Sénat. Aucun amendement n'y est recevable. Le Sénat ayant, le 7 juillet 2026, adopté une motion opposant la question préalable, laquelle a entraîné le rejet du texte sans examen des articles, aucun amendement sénatorial n'a pu être adopté. Il en résulte que la loi adoptée le 15 juillet 2026 reprend nécessairement, dans les mêmes termes, le texte délibéré par l'Assemblée nationale le 30 juin 2026 (texte adopté n° 323, transmis au Sénat sous le n° 3059).

Les dispositions critiquées sont en conséquence désignées par leur numérotation au sein du code de la santé publique, laquelle demeure indifférente à la numérotation des articles de la loi, le numéro de l'article correspondant de ce texte étant rappelé entre parenthèses.

L'ONEST n'ignore pas que cette contribution ne constitue pas un document de procédure et que le Conseil demeure libre de la réception qu'il entend lui donner. Elle sait également que le Conseil ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement. Les développements qui suivent ne portent donc, à dessein, ni sur l'opportunité de la réforme ni sur les débats de conscience qu'elle suscite, mais exclusivement sur la conformité du texte déféré aux exigences constitutionnelles.

Moyen n° 1 — Sur l'incompétence négative du législateur au regard du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

A. Un principe constitutionnel exigeant

Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation a été érigé au rang de principe à valeur constitutionnelle par la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994. Il impose que les conditions dans lesquelles il est porté atteinte à l'intégrité du corps humain soient entourées de garanties légales suffisantes, fixées par le législateur lui-même en application de l'article 34 de la Constitution.

B. Un dispositif dont la loi ne détermine aucun élément matériel

Or la loi déferée ne détermine ni la nature des substances employées, ni les doses, ni les modalités de leur administration, ni les conditions de la surveillance de leurs effets. Elle confie à la Haute Autorité de santé le soin de « définir les substances létales susceptibles d'être utilisées » et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques (article L. 161-37, 23°, du code de la sécurité sociale, article 16 de la loi), et prévoit que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ne peut procéder à l'évaluation de ces produits que « par exception, sur demande du ministre chargé de la santé » (article L. 5311-1 du code de la santé publique, même article 16). L'intervention de l'agence chargée de la sécurité sanitaire est ainsi rendue facultative et subordonnée à une initiative ministérielle.

Il en résulte que l'élément le plus directement susceptible d'affecter la dignité de la personne au moment même de l'acte (i.e. la nature de ce qui lui sera administré et les effets que cette substance produira sur son corps) n'est arrêté par aucune disposition de valeur législative, ni même, à la date de la décision du Conseil, par aucune norme, la Haute Autorité de santé, saisie le 9 février 2026, devant clore ses travaux le 1er novembre 2026. Le Conseil serait ainsi appelé à apprécier la constitutionnalité d'un dispositif dont le contenu matériel demeure entièrement indéterminé.

C. Une délégation qui n'a pas un objet purement technique

L'ONEST anticipe l'objection selon laquelle la détermination de substances pharmacologiques relèverait par nature d'un renvoi ordinaire, insusceptible de caractériser une incompétence négative. Une telle objection ne saurait convaincre s'agissant d'un acte dont l'objet même est de provoquer la mort : le choix des substances et de leurs modalités d'administration n'est pas une modalité d'exécution accessoire, mais l'élément constitutif de la garantie que l'acte s'accomplisse dans des conditions conformes à la dignité due à la personne.

Cette exigence est d'autant plus impérieuse que l'absence de souffrance ne procède pas d'une évidence médicale. Les travaux publiés sur les complications observées dans les pays ayant légalisé ces pratiques (durée d'agonie excédant la durée annoncée, échecs d'induction du coma, réveils, nécessité pour le praticien d'intervenir après l'échec de l'auto-administration) établissent qu'elle ne peut être présumée. Le législateur ne pouvait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence, s'abstenir de fixer tout critère d'encadrement.

L'ONEST relève enfin le contraste que ce silence fait apparaître au sein d'un même texte. La loi exige, pour ouvrir l'accès au dispositif, que la souffrance soit réfractaire aux traitements, c'est-à-dire qu'elle ait résisté à tout ce que la médecine peut lui opposer, elle n'exige rien de comparable quant aux conditions dans lesquelles il sera mis fin à la vie de celui qui l'éprouve. Une exigence de résultat est ainsi posée à l'égard du soin, et aucune à l'égard de l'acte qui lui est substitué.

(Annexe technique en pièce jointe)

Moyen n° 2 — Sur la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi

L'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, dégagé par la décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999, impose au législateur d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques afin de prémunir les sujets de droit contre le risque d'arbitraire. Deux séries de dispositions y contreviennent.

A. Le critère central d'éligibilité

Aux termes de l'article L. 1111-12-2, 3°, du code de la santé publique (article 4 de la loi), la personne doit être atteinte d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital, « en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ».

À la différence du critère du pronostic vital engagé à court terme, retenu par la loi du 2 février 2016 comme par les législations étrangères comparables, la notion d'aggravation affectant la « qualité de vie » ne constitue pas un critère médicalement objectivable. Elle est susceptible de recouvrir aussi bien une phase terminale au sens commun du terme qu'une pathologie chronique, invalidante mais non mortelle à brève échéance, dès lors qu'elle est regardée comme dégradant la qualité de vie. Aucun horizon temporel n'étant fixé, le champ d'application de la loi n'est pas déterminé.

La même indétermination affecte le 4° du même article, qui admet une souffrance « insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ». Le critère devient alors purement subjectif et échappe, par

construction, à toute vérification par le médecin auquel la loi confie pourtant le soin de s'assurer qu'il est rempli.

B. Le périmètre indéterminé de la cause d'irresponsabilité pénale

L'article L. 1111-12-1, II, du code de la santé publique (article 2 de la loi) dispose que « les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir » dans les conditions prévues ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal. La catégorie des personnes « qui concourent » n'est définie nulle part. En matière pénale, où l'exigence de précision est renforcée par l'article 8 de la Déclaration de 1789, une cause d'irresponsabilité dont le champ personnel n'est pas déterminé laisse subsister une incertitude sur l'étendue même de la dépénalisation opérée.

L'ONEST demande, à tout le moins, une réserve d'interprétation précisant que la phase avancée s'entend d'un pronostic vital engagé à une échéance médicalement déterminable, et que la cause d'irresponsabilité pénale ne bénéficie qu'aux professionnels de santé limitativement désignés par la loi.

Moyen n° 3 — Sur l'exigence d'un consentement libre et éclairé et sur la protection due aux personnes vulnérables

A. Une exigence constitutionnelle portée à son degré le plus élevé

La liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, implique que toute atteinte à l'intégrité de la personne repose sur un consentement réellement libre et éclairé. Il incombe en outre au législateur d'assurer une protection particulière aux personnes que leur état place en situation de vulnérabilité. Ces exigences atteignent ici leur degré le plus élevé, l'acte étant par définition sans retour.

B. Un seuil d'aptitude défini par la négative

L'article L. 1111-12-4, I, du code de la santé publique (article 6 de la loi) se borne à énoncer que « la personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée ». Il s'en déduit, a contrario, qu'une altération du discernement qui ne serait pas jugée grave ne fait pas obstacle à l'accès au dispositif. Le législateur a ainsi retenu, pour l'acte le plus irréversible qui soit, un seuil d'aptitude inférieur à celui qu'exige le droit civil pour les actes patrimoniaux les plus courants.

C. Une protection des majeurs protégés purement consultative

Les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ne sont pas exclus du dispositif. La personne chargée de la mesure est seulement informée, ses observations étant recueillies et communiquées au collège pluriprofessionnel. Le recours à un médecin inscrit sur la liste prévue à l'article 431 du code civil est une simple faculté laissée au médecin (article L. 1111-12-4, II, 3°). Aucun avis conforme, aucune autorisation préalable, aucune intervention du juge des tutelles ne sont prévus. Au surplus, la décision demeure celle du seul médecin saisi : le collège pluriprofessionnel, qu'il réunit et dont il choisit partiellement la composition, n'émet qu'un avis, la loi disposant expressément que « la décision sur la demande d'aide à mourir est prise par le médecin ». La collégialité annoncée est donc consultative.

D. Une garantie différée jusqu'à cinq années après le vote de la loi

L'ONEST appelle tout particulièrement l'attention du Conseil sur ce point. L'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique impose au médecin de demander à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection et de « vérifier ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil ». Or, le II de l'article 5 de la loi diffère l'entrée en vigueur de cette obligation de vérification « à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2028 ».

Il en résulte que, pendant une période pouvant atteindre deux années et demie à compter de la promulgation, la seule garantie objective permettant d'identifier un majeur protégé et, partant, de déclencher l'information de son tuteur ou de son curateur comme le recours dérogatoire ouvert à celui-ci, reposera sur la déclaration de la personne elle-même, c'est-à-dire de celle dont l'aptitude est précisément en cause. Une garantie légale dont la mise en œuvre dépend ainsi de la seule déclaration du sujet à protéger n'est pas une garantie. Le législateur a, ce faisant, privé de garanties légales les exigences constitutionnelles de protection des personnes vulnérables, et institué entre les intéressés une différence de traitement fondée sur la seule date à laquelle le pouvoir réglementaire décidera d'agir.

E. Une vérification de la volonté qui ne repose sur aucun élément documentaire

La même faiblesse affecte, plus largement, la vérification à laquelle le médecin est tenu de procéder. La loi lui impose de s'assurer que la personne est apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, mais ne lui impose de consulter aucun document, ceci alors même que le législateur venait, moins de deux mois plus tôt, d'organiser avec un soin particulier le recueil, la conservation et l'actualisation de l'écrit par lequel toute personne exprime sa volonté relative à sa fin de vie.

L'article 18 de la loi du 26 mai 2026 a en effet complété sur plusieurs points le régime des directives anticipées défini à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique : celles-ci sont désormais conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du même code. Leur existence et la possibilité de les réviser sont régulièrement rappelées à leur auteur dans son espace numérique de santé. La caisse d'assurance maladie informe périodiquement chaque assuré, à compter de sa majorité, de la possibilité de les rédiger, de les réviser et de les confirmer. Lorsque plusieurs directives existent, les plus récentes prévalent quel qu'en soit le support. Le plan personnalisé d'accompagnement, lorsqu'il en existe un, y est annexé et des campagnes nationales d'information leur sont consacrées.

La collectivité consacre ainsi des moyens publics à ce que chacun consigne par écrit ce qu'il souhaite pour sa fin de vie, et à ce que cet écrit demeure à jour et accessible au professionnel qui le prend en charge. La loi déferée n'en tire aucune conséquence : elle n'impose au médecin saisi d'une demande d'aide à mourir ni de rechercher l'existence de telles directives, ni d'en prendre connaissance, ni d'en faire état devant le collège pluriprofessionnel. Le dispositif le plus complet dont le droit français dispose pour établir la volonté d'une personne quant à sa fin de vie demeure sans emploi au moment précis où cette volonté emporte les conséquences les plus graves.

L'ONEST n'ignore pas que ces directives sont conçues pour l'hypothèse où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté, et qu'elles ne sauraient être opposées à une demande

formée par une personne apte à s'exprimer, laquelle demeure d'ailleurs libre de les réviser ou de les révoquer à tout moment. Là n'est pas le propos.

Ces directives constituent, lorsqu'elles existent, la seule trace écrite et datée d'une volonté formée par la personne hors de la situation de souffrance ou de dépendance dans laquelle la demande est ensuite présentée. Une contradiction entre une directive récente et la demande formulée n'aurait pas pour effet de faire obstacle à celle-ci. Elle constituerait en revanche un élément que le médecin, chargé d'apprécier le caractère libre et éclairé de la volonté, ne saurait raisonnablement ignorer. Or la loi ne lui impose ni de rechercher l'existence de telles directives, ni d'en prendre connaissance, ni d'en faire état devant le collège pluriprofessionnel.

Un dernier rapprochement achève de rendre cette omission inexplicable. Avant tout prélèvement d'organes sur une personne décédée, la loi impose au médecin de s'assurer de l'absence d'opposition en consultant le registre national automatisé des refus. Avant de disposer du corps d'une personne qui n'est plus, la vérification documentaire de sa volonté est ainsi une obligation. Avant de mettre fin à la vie d'une personne qui est encore, elle n'en est pas une. L'ONEST observe que le procédé était connu du législateur, disponible et sans coût.

L'ONEST prie en conséquence le Conseil de préciser, par voie de réserve, que le médecin saisi d'une demande d'aide à mourir est tenu de rechercher l'existence de directives anticipées et, le cas échéant, d'en prendre connaissance et de les porter à la connaissance du collège pluriprofessionnel.

F. Des délais qui ne permettent pas la vérification annoncée

Enfin, si la loi impose au médecin de notifier sa décision dans un délai maximal de quinze jours et ouvre à la personne un délai de réflexion d'« au moins deux jours » à compter de cette notification (article L. 1111-12-4, III et IV), elle ne lui impose aucun délai minimal. La procédure peut donc être conduite à son terme en quelques jours, alors même qu'elle est censée permettre la vérification du caractère libre et éclairé d'une volonté, l'information sur les soins palliatifs et, le cas échéant, l'orientation vers un psychiatre. L'ONEST relève que ce grief recoupe l'objet de la saisine du Premier ministre.

Moyen n° 4 — Sur le caractère incomplet des voies de recours ouvertes contre une décision irréversible

A. Une exigence constitutionnelle rappelée avec constance

Il résulte de l'article 16 de la Déclaration de 1789 qu'en principe il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction (décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996). Le caractère effectif d'un recours s'apprécie au regard de son objet : lorsque l'exécution de la décision contestée éteint définitivement l'objet du litige, le recours n'a de portée utile que s'il peut être exercé, en temps utile, par une personne en mesure de le former.

B. Un cercle de requérants restreint à deux catégories

Aux termes de l'article L. 1111-12-10 du code de la santé publique (article 12 de la loi), la décision du médecin « ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande », la personne chargée d'une mesure de protection juridique disposant seule, par dérogation, d'un recours propre, dans un délai de deux jours à compter de la notification.

L'ONEST prend acte de ce que la saisine du juge des référés sur le fondement des articles L. 521-1 ou L. 521-2 du code de justice administrative suspend la procédure. Cette garantie, réelle, est toutefois insuffisante à trois titres.

En premier lieu, la phrase instituant cet effet suspensif figure au second alinéa de l'article, consacré au recours de la personne chargée de la mesure de protection. Sa portée à l'égard du recours ouvert au premier alinéa n'est pas dépourvue d'ambiguïté. Une réserve d'interprétation devrait, à tout le moins, préciser que toute saisine du juge des référés sur ces fondements suspend la procédure, quel qu'en soit l'auteur.

En deuxième lieu, le délai de deux jours imparti à la personne chargée de la mesure de protection pour saisir le juge, un délai qui suppose d'identifier un conseil, de constituer un dossier médical et de rédiger une requête, n'est pas en rapport avec la gravité de l'enjeu, alors qu'aucun délai comparable n'enserme la décision du médecin.

En troisième lieu et surtout, aucune autre personne ne dispose d'un recours. Ni la personne de confiance, ni un proche aidant, ni un membre de la famille, ni le médecin traitant, ni l'auxiliaire médical ayant participé au collège ne peuvent contester la décision, quand bien même ils auraient alerté sur des pressions ou sur une altération du discernement. La loi organise ainsi, autour de la personne, un cercle de silence juridictionnel au moment précis où la vigilance d'un tiers serait la plus nécessaire. Il faut rappeler que, pour la personne dont le discernement est altéré sans qu'une mesure de protection ait été prononcée, ou dont la mesure n'aura pas été décelée faute d'accès au registre avant 2028, il n'existe alors aucun titulaire du droit de recours.

L'ONEST demande, à titre de réserve, que la qualité pour agir soit reconnue à la personne de confiance, à la famille et aux proches mentionnés à l'article L. 1111-12-4, II, 4° du code de la santé publique.

Moyen n° 5 — Sur l'atteinte à la liberté de conscience et à la liberté d'association

A. Le fondement constitutionnel

La liberté de conscience, qui procède de l'article 10 de la Déclaration de 1789 et que le Préambule de 1946 range au nombre des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République, a été reconnue comme pouvant fonder une clause de conscience opposable en matière d'interruption volontaire de grossesse (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001). La liberté d'association constitue elle-même un principe fondamental reconnu par les lois de la République depuis la décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971.

L'ONEST n'ignore pas que, par la décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, le Conseil a écarté toute clause de conscience au bénéfice des officiers de l'état civil. La situation diffère à un double titre : l'officier de l'état civil agit au nom de l'État, dont il est tenu d'assurer le fonctionnement neutre, et l'acte qu'il accomplit est sans effet sur l'intégrité d'une personne. Le commentaire officiel de cette décision souligne d'ailleurs que l'acte accompli par l'officier de l'état civil est un acte juridique qui n'implique pas sa conscience dans des conditions comparables à celles de l'acte de diagnostic ou de traitement accompli par le médecin. Cette distinction, qui a fondé la solution retenue, désigne précisément la catégorie dans laquelle se rangent les actes ici en cause : le pharmacien et l'établissement concourent matériellement à un acte dont la finalité exclusive est de provoquer la mort.

B. Les pharmaciens, tenus à une obligation de résultat sans clause de conscience

L'article L. 1111-12-12, I, du code de la santé publique (article 14 de la loi) réserve le bénéfice de la clause de conscience aux « professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 ». Les pharmaciens, dont les missions sont définies à l'article L. 1111-12-6, sont ainsi exclus du champ de la clause par le jeu des renvois.

Cette exclusion n'est pas une abstention : l'article L. 1111-12-6 leur impose expressément d'effectuer leurs missions « dans un délai permettant l'administration de la substance létale à la date fixée ». La pharmacie à usage intérieur réalise la préparation magistrale létale, la pharmacie d'officine la délivre, l'une et l'autre sous une obligation de résultat assortie d'un impératif de calendrier. Il est difficile de soutenir que la confection et la remise du produit destiné à donner la mort ne concourent pas directement à l'acte : la liberté de conscience ne se mesure pas à la proximité chronologique avec le geste final, mais à la nature de la participation apportée à sa réalisation.

Cette exclusion heurte au surplus l'article R. 4235-2 du code de la santé publique, aux termes duquel le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine, et institue, entre professionnels de santé concourant tous à une même procédure, une différence de traitement qui ne repose sur aucun critère objectif et rationnel en rapport avec l'objet de la loi.

C. Les établissements, tenus d'ouvrir leurs murs sans conciliation aucune

L'article L. 1111-12-12, II, dispose que le responsable de l'établissement de santé, social ou médico-social « est tenu d'y permettre » l'intervention des professionnels et l'accès des personnes participant à l'administration de la substance létale. Aucune faculté d'objection collective n'est prévue, aucune exception n'est ménagée au bénéfice des établissements dont le projet, la charte ou l'objet statutaire excluent un tel acte.

L'objection tirée de ce que « les murs n'ont pas de conscience » ne rend pas compte de la réalité juridique. Un établissement géré par une association ou par une congrégation n'est pas un mur : c'est une personne morale, constituée par des personnes physiques autour d'un objet déterminé, et dont le caractère propre est reconnu par le droit. Lui imposer d'accueillir en son sein, au besoin par l'intervention de tiers, un acte que l'ensemble de son personnel réprouve, revient à la placer devant l'alternative de trahir son objet ou de cesser d'exister.

L'ONEST n'ignore pas que, par la décision n° 2001-446 DC précitée, le Conseil a admis que le législateur pût supprimer le droit, pour le chef de service d'un établissement public de santé, de s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans son service, tout en préservant sa liberté personnelle de ne pas y procéder lui-même. Cette solution ne saurait être transposée au cas présent. Elle concernait le service public hospitalier, dont un chef de service ne peut faire obstacle à l'accomplissement de la mission dont l'établissement est légalement investi. Elle ne dit rien de la situation d'une personne morale de droit privé, constituée en dehors de tout service public autour d'un objet statutaire déterminé, dont la liberté ne procède pas des prérogatives d'un agent mais de la liberté d'association elle-même.

L'ONEST ne demande pas au Conseil de faire prévaloir la liberté de l'établissement sur le droit d'accès de la personne. Elle soutient qu'aucune conciliation n'a été opérée entre ces deux exigences constitutionnelles : le législateur a purement et simplement fait abstraction de la

seconde. C'est cette absence de conciliation, et non son résultat, qui est constitutionnellement viciée. À tout le moins, une réserve devrait préciser que l'obligation prévue au II ne s'impose pas lorsque l'accès effectif de la personne à une autre structure est assuré.

Moyen n° 6 — Sur le renvoi au pouvoir réglementaire des règles destinées à garantir l'impartialité du contrôle

A. Un contrôle exclusivement postérieur au décès

Le contrôle organisé par l'article L. 1111-12-13 du code de la santé publique (article 15 de la loi) n'intervient qu'après la mort de la personne, « à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information » que les professionnels ayant concouru à l'acte ont eux-mêmes alimenté. Aucun contrôle préalable, ni médical indépendant, ni juridictionnel, n'est institué. Un contrôle qui ne peut, par hypothèse, ni prévenir ni corriger l'irrégularité qu'il constate ne saurait tenir lieu de garantie légale : il ne peut avoir qu'une portée statistique ou disciplinaire.

B. Un organe placé auprès du ministre et chargé de missions inconciliables

La commission est « placée auprès du ministre chargé de la santé ». Elle cumule le contrôle a posteriori des procédures, le suivi et l'évaluation de l'application de la loi, la responsabilité du système d'information et la tenue du registre des professionnels de santé déclarés disposés à participer à l'acte (article L. 1111-12-13, I, 3°, et article L. 1111-12-12, III). Le même organe est ainsi chargé de faciliter la mise en œuvre du dispositif et d'en contrôler la régularité.

C. Une composition dont les garanties sont abandonnées au décret

Le IV de l'article L. 1111-12-13 dispose que « la composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité (...) sont déterminées par décret en Conseil d'État ». Le législateur a donc renvoyé au pouvoir réglementaire la détermination des règles mêmes dont il attend qu'elles garantissent l'indépendance et l'impartialité d'un organe placé auprès d'un ministre.

Le socle minimal qu'il fixe ne comble pas cette lacune. Il prévoit que la commission comprend « au moins » deux médecins, un membre du Conseil d'État, un membre de la Cour de cassation, deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé et deux personnalités désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales. Aucune incompatibilité n'est prévue, notamment à l'égard des personnes ou organismes ayant publiquement pris parti sur l'application de la loi ou concourant à sa mise en œuvre. Or l'association qui porte de longue date la revendication à l'origine du texte est agréée, depuis 2006, au titre de la représentation des usagers du système de santé, et se trouve donc éligible à ce titre. Aucune règle de déport n'est davantage énoncée.

Il résulte de l'article 16 de la Déclaration de 1789 que les principes d'indépendance et d'impartialité sont indissociables de l'exercice de fonctions de contrôle susceptibles d'affecter des droits et libertés, et de l'article 34 de la Constitution qu'il appartenait au législateur de fixer lui-même les garanties fondamentales correspondantes. En s'en remettant au décret alors qu'il fait de ce contrôle la contrepartie même de la dépénalisation qu'il institue, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence dans des conditions affectant les droits en cause.

Moyen n° 7 — Sur la privation de garanties légales des exigences constitutionnelles de protection de la santé

Le onzième alinéa du Préambule de 1946 dispose que la Nation garantit à tous la protection de la santé. Si le Conseil constitutionnel ne saurait censurer une loi en raison des dispositions qu'elle ne comporte pas, il lui appartient de vérifier que le législateur, en instituant un droit nouveau, ne prive pas de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel.

L'ONEST prend acte de ce que, moins de deux mois avant l'adoption de la loi déferée, le législateur a adopté la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs. Le grief ne porte donc pas sur l'inaction du législateur, mais sur la disproportion entre les deux régimes qu'il a successivement institués pour répondre à une même situation.

La loi du 26 mai 2026 énonce que l'accompagnement et les soins palliatifs mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé et qu'ils sont accessibles sur l'ensemble du territoire national, leur répartition garantissant un accès équitable (article L. 1110-10 du code de la santé publique). Elle ne confère toutefois à la personne malade aucun droit individuel dont elle puisse exiger le bénéfice, ni aucune voie de recours. Elle procède par voie d'organisation et de programmation : l'accès est assuré dans le cadre d'organisations territoriales pilotées par les agences régionales de santé (article L. 1110-10-2). Une stratégie nationale pluriannuelle est définie par le Gouvernement et suivie par une instance de gouvernance placée auprès du ministre (article L. 1110-9-1). Les crédits de paiement correspondants sont échelonnés de 2026 à 2034 (article 5 de la loi). Puis, l'objectif assigné en matière de structures est d'atteindre un minimum de deux unités de soins palliatifs par région avant le 31 décembre 2030.

La loi déferée procède exactement à l'inverse. Elle institue un droit individuel, exigible dès l'intervention de ses décrets d'application, dont la mise en œuvre est intégralement prise en charge par la solidarité nationale, sans participation de l'assuré ni franchise et sans possibilité de dépassement d'honoraires (articles L. 160-8, L. 160-14, L. 160-15 et L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale, article 18 de la loi). Quant à l'accompagnement, elle se borne à imposer au médecin d'informer la personne de la possibilité d'en bénéficier et de s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès (article L. 1111-12-3, II, 2°) : une obligation de moyens, dont l'exécution demeure suspendue à l'état de l'offre locale.

Or, selon le rapport de la Cour des comptes de juillet 2023, seuls quarante-huit pour cent des besoins de soins palliatifs sont pourvus, et le premier bilan de la stratégie décennale présenté par le ministère de la santé en mars 2025 fait état de dix-neuf départements encore dépourvus d'unité de soins palliatifs. Il en résulte qu'à la même personne, au même moment, la puissance publique propose d'un côté un droit individuel, immédiat et intégralement financé, de l'autre un objectif de programmation dont l'échéance est fixée à 2030 pour les structures et à 2034 pour les crédits. Pendant toutes ces années, le caractère libre du choix ouvert par la loi dépendra, pour une part déterminante, d'une circonstance géographique étrangère à la volonté de la personne : là où l'accompagnement est effectivement accessible, une alternative existe ; là où il ne l'est pas encore, l'aide à mourir demeure la seule réponse immédiatement disponible. Proclamer deux réponses et n'en rendre qu'une immédiatement exigible, c'est déterminer par avance celle qui sera le plus souvent choisie. Cette situation, qui affecte directement l'exigence de consentement libre analysée au moyen n° 3, justifie qu'à tout le moins l'entrée en vigueur du dispositif soit subordonnée à l'effectivité, sur l'ensemble du territoire, de l'accès à l'accompagnement.

Moyen n° 8 — Sur le caractère inséparable des dispositions viciées

Le Conseil constitutionnel ne censure en principe que les dispositions contraires à la Constitution, sauf lorsque celles-ci ne sont pas séparables de l'ensemble du texte qui lui est déféré, notamment lorsqu'elles sont constitutives de l'équilibre que le législateur devait assurer entre des exigences constitutionnelles concurrentes.

Tel est le cas en l'espèce. Les griefs exposés aux moyens n° 3 à 6 ne portent pas sur des dispositions accessoires : ils touchent à l'équilibre même que le législateur devait établir entre le droit nouvellement créé, d'une part, la protection des personnes vulnérables, la liberté de conscience et la garantie des droits, d'autre part. Une censure qui se bornerait à retrancher isolément telle ou telle disposition laisserait subsister un texte plus permissif et moins protecteur que celui que le Parlement a voté. Un texte, en somme, qu'aucune assemblée n'a jamais adopté.

Cette rupture d'équilibre est aggravée par le moyen n° 1 : le contenu matériel de l'acte que la loi autorise n'est, à la date de la décision du Conseil, arrêté par aucune norme, de sorte que le dispositif d'ensemble repose sur des garanties qui n'existent pas encore.

Moyen n° 9 — Sur l'absence de garanties encadrant l'articulation entre l'aide à mourir et le prélèvement d'organes

A. Une exigence rattachée à la sauvegarde de la dignité

Par la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, le Conseil constitutionnel a rangé l'absence de caractère patrimonial du corps humain au nombre des principes qui concourent à la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Ce principe trouve sa traduction législative aux articles 16-1 et 16-3 du code civil. Il ne s'agit donc pas d'une règle de police sanitaire, mais d'une composante d'une exigence constitutionnelle que le législateur est tenu de mettre en œuvre.

B. Une situation nouvelle créée par la loi elle-même

La loi déferée institue un décès dont la date, l'heure et le lieu sont arrêtés à l'avance, en accord avec la personne, et connus des professionnels qui y concourent. Cette prévisibilité, que la mort naturelle ne permet qu'exceptionnellement, place la question du prélèvement d'organes dans une configuration inédite : le prélèvement n'y est plus une éventualité tributaire des circonstances mais une opération dont les conditions techniques optimales sont, par construction, réunies. Le législateur ne pouvait ignorer que le dispositif qu'il créait produirait cet effet.

C. Un silence complet, alors que le texte traite d'un risque voisin

Or la loi ne comporte aucune disposition sur ce point. Elle n'interdit ni n'encadre le prélèvement consécutif à une aide à mourir. Elle n'institue aucune incompatibilité entre le médecin qui statue sur la demande, celui qui accompagne l'administration de la substance et les professionnels chargés de la coordination d'un éventuel prélèvement. Elle ne fixe aucune règle quant au moment auquel la question du don peut être abordée avec la personne, alors que la procédure comporte plusieurs étapes distinctes et que l'évocation d'un tel don avant la confirmation de la demande est de nature à peser sur celle-ci. Elle n'organise, enfin, aucune traçabilité distincte des deux procédures.

Ce silence est d'autant plus frappant que le législateur a expressément traité un risque voisin : le III de l'article 18 de la loi prohibe toute rémunération ou gratification, en espèces ou en nature, allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir. Le législateur a donc envisagé que la procédure pût donner lieu à des contreparties et s'est prémuni contre les seules contreparties pécuniaires, sans considérer celles qui procéderaient de l'utilité attendue du corps. Ayant identifié le risque, il ne pouvait, sans priver de garanties légales l'exigence constitutionnelle rappelée ci-dessus, s'abstenir d'en traiter la seconde face.

D. La réserve demandée

L'ONEST soutient que l'absence de toute séparation organique entre les deux procédures fait reposer la protection de la personne sur la seule pratique, alors que la Constitution exige une garantie légale. Elle prie en conséquence le Conseil d'assortir sa décision d'une réserve d'interprétation aux termes de laquelle, d'une part, la question d'un prélèvement d'organes ne peut être abordée avec la personne avant qu'elle ait confirmé sa demande, et, d'autre part, les professionnels intervenant dans la procédure d'aide à mourir ne peuvent participer à la décision ni à la coordination d'un prélèvement concernant cette même personne.

Observation finale

Une dernière observation, qui commande l'ensemble des moyens qui précèdent. La loi déferée ne se borne pas à lever une interdiction. Elle institue un droit et en définit les conditions d'accès. Elle en organise la procédure et en fixe les délais. Elle en confie la mise en œuvre à des professionnels de santé qu'elle désigne. Elle couvre ceux qui y concourent par une cause d'irresponsabilité pénale. Elle en fait prendre en charge le coût, intégralement et sans participation, par la solidarité nationale. Elle en confie enfin le contrôle à une commission placée auprès d'un ministre. La puissance publique n'est donc pas, dans ce dispositif, en position de retrait : elle en est partie prenante à chacun de ses stades.

Il en résulte que la question soumise au Conseil n'est pas celle de la liberté de la personne qui demande à mourir. Cette question, qui relève du débat de conscience et de l'appréciation du législateur, n'est pas celle du contrôle de constitutionnalité. La question est celle des conditions auxquelles l'État peut organiser, prescrire, financer et contrôler un acte dont la particularité est de ne souffrir aucune correction. Or la demande d'une personne ne crée pas, par elle-même, la compétence de la puissance publique ni la mesure des garanties qu'il lui appartient d'apporter. Elle rend au contraire ces garanties plus impérieuses, à proportion de ce que l'acte a d'irréversible.

Ces garanties, le législateur les a lui-même présentées comme la contrepartie du droit qu'il institue : vérification de l'aptitude à consentir, protection des majeurs protégés, voies de recours, liberté de conscience des professionnels et des établissements, impartialité du contrôle, accès effectif à l'accompagnement palliatif. L'ONEST soutient qu'aucune d'entre elles n'a reçu, dans le texte déferé, la consistance que la Constitution exige : elles sont tour à tour différées dans le temps, réduites à un avis, restreintes à un cercle de titulaires trop étroit, ou renvoyées au pouvoir réglementaire. C'est ce constat, et lui seul, que l'ONEST soumet à votre appréciation.

PAR CES MOTIFS

L'ONEST prie respectueusement le Conseil constitutionnel de bien vouloir prendre en considération les observations qui précèdent et :

- à titre principal, de déclarer la loi déferée contraire à la Constitution dans son ensemble, les vices exposés aux moyens n° 1 et 3 à 6 n'étant pas séparables de l'équilibre général du texte (moyen n° 8);
- à titre subsidiaire, de déclarer contraires à la Constitution les dispositions qui abandonnent au pouvoir réglementaire et à la Haute Autorité de santé la détermination des substances létales et de leurs conditions d'administration sans l'encadrer d'aucun critère légal (moyen n° 1), celles qui diffèrent jusqu'au 31 décembre 2028 l'entrée en vigueur de l'obligation de consulter le registre des mesures de protection (moyen n° 3), celles qui excluent les pharmaciens du bénéfice de la clause de conscience et privent les établissements de toute faculté d'objection collective (moyen n° 5), et celles qui renvoient au décret les règles destinées à garantir l'indépendance et l'impartialité de la commission de contrôle (moyen n° 6) ;
- à titre plus subsidiaire encore, d'assortir sa décision des réserves d'interprétation nécessaires pour que la phase avancée s'entende d'un pronostic vital engagé à échéance médicalement déterminable et que la cause d'irresponsabilité pénale soit limitée aux professionnels de santé désignés par la loi (moyen n° 2), pour que le médecin soit tenu de rechercher l'existence de directives anticipées et d'en informer le collège pluriprofessionnel (moyen n° 3), pour que la saisine du juge des référés suspende la procédure quel qu'en soit l'auteur et que la qualité pour agir soit reconnue à la personne de confiance, à la famille et aux proches associés à la procédure collégiale (moyen n° 4), pour que l'obligation faite aux établissements cède devant la garantie d'un accès effectif de la personne à une autre structure (moyen n° 5), pour que l'entrée en vigueur du droit nouveau soit subordonnée à l'effectivité du droit à l'accompagnement consacré par la loi du 26 mai 2026 (moyen n° 7) et pour que la question d'un prélèvement d'organes ne puisse être abordée avant la confirmation de la demande ni être traitée par les professionnels intervenant dans la procédure (moyen n° 9).

L'ONEST demeure à l'entière disposition du Conseil constitutionnel pour tout élément complémentaire.

Vous remerciant par avance de votre attention,

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

Pour l'ONEST,

**Mme Virginie DE ARAÚJO-
RECCHIA** 

*Présidente — Avocat au Barreau de
Paris*

Visas et références

- Constitution du 4 octobre 1958, articles 34, 45 alinéa 4 et 61 alinéa 2.
- Déclaration des droits de l’homme et du citoyen de 1789, articles 2, 4, 8, 10 et 16.
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11.
- Règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les déclarations de conformité à la Constitution, en vigueur depuis le 1er juillet 2022, article 13.
- Décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 (liberté d’association).
- Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 (sauvegarde de la dignité de la personne humaine).
- Décision n° 96-373 DC du 9 avril 1996 (droit à un recours juridictionnel effectif).
- Décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 (accessibilité et intelligibilité de la loi).
- Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 (clause de conscience — interruption volontaire de grossesse).
- Décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013 (officiers de l’état civil).
- Règlement de l’Assemblée nationale, article 114 (irrecevabilité des amendements en lecture définitive).
- Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l’égal accès de tous à l’accompagnement et aux soins palliatifs, notamment ses articles 1er, 2, 4, 5, 17, 18 et 21.
- Code de la santé publique, articles L. 1110-9-1, L. 1110-10, L. 1110-10-1 et L. 1110-10-2 (accompagnement et soins palliatifs, stratégie nationale, plan personnalisé).
- Code de la santé publique, articles L. 1111-11 et L. 1111-14 (directives anticipées ; dossier médical partagé) ; article L. 1232-1 (consultation du registre national des refus préalable à tout prélèvement).
- Code civil, articles 16-1 et 16-3 (inviolabilité et non-patrimonialité du corps humain).
- Code de la santé publique, articles L. 1110-5, L. 1111-12-1 à L. 1111-12-13, L. 5121-1, L. 5126-6, L. 5311-1 et R. 4235-2 ; code de la sécurité sociale, articles L. 160-8, L. 160-14, L. 160-15 et L. 161-37 ; code civil, articles 425 et suivants, 427-1 et 431 ; code de justice administrative, articles L. 521-1 et L. 521-2.
- Proposition de loi relative au droit à l’aide à mourir : texte adopté par l’Assemblée nationale en nouvelle lecture le 30 juin 2026 (T.A. n° 323), transmis au Sénat (n° 3059) ; rejet par le Sénat sur question préalable le 7 juillet 2026 ; adoption en lecture définitive le 15 juillet 2026.
- Saisines du Président du Sénat du 16 juillet 2026 (affaire n° 2026-910 DC), du Premier ministre et de plus de soixante sénateurs.
- Haute Autorité de santé, saisine du 9 février 2026 relative aux substances utilisées dans le cadre de l’aide à mourir, travaux devant se clore le 1er novembre 2026.
- Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2023 ; ministère de la Santé, bilan de la stratégie décennale, 2025.

- J. H. Groenewoud et alii, « Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands », *New England Journal of Medicine*, 2000, vol. 342, n° 8, pp. 551-556.
- De Araújo-Recchia V., « L'euthanasie, pour quoi faire ? », 29 avril 2026, et ses annexes I et II, <https://onest-alternative.org/leuthanasie-pour-quoi-faire/>