

Le droit de mourir comme ultime soin de la personne ?

Laurent Cournaire

Le temps venu de la loi

Après que le *Comité Consultatif National d'Éthique* (CCNE)¹ a mentionné pour la première fois en 2022 une « application éthique de l'aide active à mourir » et après la consultation citoyenne sur la fin de vie qui s'en est suivie en 2023, sous le pilotage du *Conseil économique, social et environnemental*, le temps est donc venu, en France, de légiférer sur l'euthanasie et le suicide assisté². En 2018, le CCNE déclarait que « les questions éthiques ne seront jamais résolues par la loi »³. Sans doute « l'angoisse de la mort ne sera jamais apaisée par la seule médecine »⁴ ou par le droit. Toutefois une loi sur le « droit de mourir » ne peut manquer d'entériner certaines orientations ou évolutions d'opinion. Et à défaut de la résoudre, la loi s'apprête peut-être à clore la question éthique de la fin de vie⁵. Trêve donc de réflexion, d'avis, de consultation. Il convient à présent de passer des attermoissements et des paroles aux actes et de surmonter les préventions encore exprimées en 2022 par le CCNE contre le franchissement du « pas législatif ». L'éthique de la vertu « linguistique », si l'on peut dire, euphémise certes en (s') obligeant avec insistance de parler d' « aide active à mourir »⁶. Le vague rhétorique de l'expression vient au secours de la justesse des situations distinctes : assistance au suicide, suicide assisté, euthanasie. Mais il ne faut pas se payer de mots. L'objet de la nouvelle loi⁷ sur la fin de vie est parfaitement déterminé : le droit de mourir dans la dignité restera un vœu pieux s'il n'intègre pas, comme ultime soin de la personne, l'euthanasie et/ou le suicide assisté. Or puisqu'il ne doit pas le demeurer, il faut sans tarder davantage — et après d'autres pays dont on ne peut pas soupçonner qu'ils méprisent la dignité humaine — légaliser l'aide active à mourir. Ce n'est d'ailleurs pas tant une question de dignité que de liberté démocratique et d'égalité républicaine. Donc *nihil obstat*...

Philosophiquement trois questions principales restent posées. (1) Une question éthico-juridique : de quel type de droit relève le droit de mourir, de la catégorie des droits-libertés ou des droits-créance ? (2) Une question éthico-métaphysique : le droit-liberté de mourir et/ou le droit-créance à mourir dans la dignité ne trouvent-ils pas leur fondement dans deux principes où se joue le statut de la personne

¹ Voir, CCNE, Avis 139.

² Le Président Macron, alors candidat, n'avait pas caché dès 2022, qu'il était personnellement « favorable à ce qu'on évolue vers le modèle belge ». Le droit de mourir dans la dignité sera(it), *dixit* R. Ferrand, la « grande réforme de société » de son second quinquennat. Entre temps (8 mars 2024), il y a eu l'inscription dans la Constitution de « la liberté garantie à la femme d'avoir recours » à une IVG.

³ CCNE, Avis 129.

⁴ *Ibid.*

⁵ Même si le Législateur doit veiller à en encadrer « strictement, éthiquement » les pratiques, selon les préconisations du CCNE dans son Avis 139, l'aide active à mourir cesse d'être une question simplement éthique dès lors qu'elle est une disposition légale.

⁶ Plutôt que d' « aide médicale à mourir » comme au Québec. On rappelle que l'aide active à mourir couvre en fait trois situations : non seulement l'euthanasie et le suicide assisté qui sont pratiqués à l'hôpital ou dans l'enceinte d'une association, mais aussi l'aide pharmacologique au suicide comme dans certains États des États-Unis (assistance au suicide) qui en est la forme à la fois la plus « démedicalisée », la moins « paternaliste » et la moins violente symboliquement. Voir C. Pelluchon, « Comment délibérer sur la fin de vie et l'aide active à mourir ? », *Cité*, 2016/2, n° 66.

⁷ Pour rappel, en vingt ans, quatre lois sur la fin de vie, inspirées par les travaux du CCNE ont été adoptées par le Parlement français : la loi du 9 juin 1999 sur le droit aux soins palliatifs ; la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (sur le consentement libre et éclairé) ; la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, contre l' « acharnement thérapeutique » ; la loi du 2 février 2016, dite loi Claeys-Leonetti, sur le droit à une « fin de vie digne et apaisée » (sédation profonde, soins palliatifs) mais dont on souligne désormais les limites ou le cadre inapproprié dans les cas de maladies dégénératives, voire d'Alzheimer.

humaine : l'autonomie ou la vulnérabilité ? (3) Une question éthico-pratique (thérapeutique) : le droit de mourir dignement⁸ doit-il être complété par le droit au suicide assisté, voire accompli par l'euthanasie⁹, c'est-à-dire par le droit d'être aidé pour se tuer ou d'être tué¹⁰ ?

Le droit de/à mourir

Absolument c'est-à-dire métaphysiquement parlant, l'expression « droit de mourir » n'a aucun sens. La mort est un fait, le fait le plus universel et le plus nécessaire pour tous les vivants, ceux que nous sommes en particulier. Il définit la condition humaine, signe la finitude, prouve notre « facticité » irrémédiable, à tel point qu'on peut préférer dire que « les mortels sont les hommes »¹¹ plutôt que les hommes sont mortels. Partant, revendiquer un droit de mourir est absurde et même immoral. Car si le pouvoir s'est arrogé le droit de faire mourir, en application d'une norme pour sanctionner un crime, l'unique droit, au fondement des sociétés humaines, est le droit de vivre : « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne »¹². Ce qui est à qualifier et à défendre juridiquement, c'est la vie. Donc, en toute rigueur, il y a ou bien le fait de mourir, ou bien le droit de faire mourir, ou bien le droit de vivre. Impossible de lier le droit et la mort dans un droit de mourir sans risquer une erreur de catégories. La mort est le fait démocratique par excellence, qui égalise finalement toutes les conditions : le fait de l'égalité absolue mais sans le droit égal.

Mais le fait de mourir est autre chose que la facticité de la mort et la fin de vie autre chose que la fin de la vie¹³. Et toutes les fins de vie ne sont pas égales. Pour certains, la mort est soudaine : elle prive de la vie et, piètre consolation, d'une fin de vie potentiellement insupportable. Ils meurent, pour ainsi dire, sans avoir à subir de mourir. Pour d'autres, au contraire, la vie n'en finit pas de ne pas finir, avec son cortège de souffrance, de détresse et de solitude dans une débâcle d'humanité¹⁴. Aujourd'hui, au moins dans les pays dits développés, la mort survient majoritairement¹⁵ dans un cadre institutionnalisé (hôpital), médicalisé et technicisé (réanimation, traitement lourd de maladies chroniques...) ¹⁶.

Or ces deux raisons conjuguées, la différence entre le fait de la mort (fin de la vie) et le fait de mourir (fin de vie), et l'institutionnalisation-médicalisation-technologisation de celui-ci, justifient pleinement la revendication d'un « droit de mourir ». Chaque vie exige le soin et l'accompagnement de la personne jusqu'à la fin. Relèvent ainsi du droit de mourir le droit aux soins palliatifs (cessation des soins curatifs, traitement de la douleur...) et le droit de refuser des traitements (contre l'acharnement thérapeutique).

⁸ L'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) naît en 1980.

⁹ « L'euthanasie est l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable » (CCNE, Avis n° 63, janv. 2000).

¹⁰ Voir P. Verspieren, *Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris, DDB, 1984.

¹¹ M. Heidegger, « La chose », *Essais et conférences*, Paris, Gallimard TEL, 1990, p. 212.

¹² *Déclaration universelle des droits de l'homme*, art. 3. Voir aussi l'art. 2 de la *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme* : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi ».

¹³ Voir Ph. Cournarie, « Réflexions sur la fin de vie », *Médecine & Droit*, 2023. Voir aussi CCNE, Avis 139, 2022.

¹⁴ « Le temps de la fin de la vie s'est allongé et de nouvelles formes de la fin de vie sont apparues (vivre avec une maladie qui ne disparaîtra pas mais dont l'évolution est freinée par les traitements ; finir son existence avec plusieurs maladies synchrones ; vivre avec une altération sévère de ses fonctions cognitives ; vivre dans une dépendance fonctionnelle majeure...). Les questions relatives à la fin de vie ne peuvent plus être réduites à la toute fin de vie, ni aux personnes malades dont le pronostic est engagé à "court terme" » (CCNE, Avis, 139, p. 13).

¹⁵ En une génération, les décès en institution sont passés de 30 à 70%. Voir S. Rameix, « Le droit de mourir », *Gérontologie et société*, 2004/1 (vol ; 27/n° 108).

¹⁶ Voir CCNE, Avis 139, p. 12.

Manifestement le droit de mourir mêle les deux registres du droit, les droits-libertés avec le « droit de » refuser des traitements et les droits-créances avec le « droit aux » soins palliatifs. Ce que vérifie encore davantage le droit de mourir s'il est complété ou redéfini par le droit d'euthanasie et/ou de suicide assisté. En effet, le droit-liberté de mourir ne peut être effectif que comme un droit-créance à mourir, cette nécessité étant elle-même la source de toutes les difficultés et de tous les débats.

De fait, le droit-liberté de mourir concerne prioritairement le droit de se tuer, donc le suicide assisté, plutôt que celui d'être tué (euthanasie). Ce qui ne laisse pas d'être paradoxal puisqu'il y aurait un droit du suicide assisté alors que le suicide lui-même n'est pas formellement un droit. Certes l'individu est libre de se suicider et l'État ne peut l'en empêcher. Mais ce droit négatif ne se convertit pas en droit positif. D'ailleurs, l'incitation au suicide est interdite¹⁷ et les suicidés sont pris en charge pour être réanimés, sans que les urgentistes ne soient poursuivis pour leur avoir causé un préjudice en les maintenant en vie et en entravant leur liberté de se suicider. Aussi, si l'« aide active à mourir » devait être votée au Parlement, devrait-on se demander comment justifier qu'on respecte ici certaines volontés de mourir (le patient en fin de vie) et non les autres (les tentatives de suicide)¹⁸ ? Davantage, toute volonté de mourir « libre et éclairée » quelles que soient les conditions¹⁹ (en dehors même des maladies incurables ou dégénératives, sans pronostic vital engagé à court ou moyen terme) ne mériterait-elle pas d'être entendue et de trouver dans l'euthanasie ou le suicide assisté sa solution « éthique » la plus adaptée ?

Ensuite, dès lors que la personne n'est pas en mesure d'exercer elle-même cette capacité — ce qui relève précisément du cas de suicide assisté —, le droit-liberté de mourir implique d'être permuté en droit-créance. Le droit-liberté de mourir (fondé sur le principe moral d'autonomie) n'est possible que comme droit-créance à mourir (dédit du principe réel de vulnérabilité). Or puisqu'il n'y a pas de droit sans devoir, le droit-créance à mourir requiert la détermination d'un débiteur dont la liberté et la responsabilité sont engagées activement par l'accomplissement du geste fatal (euthanasie²⁰ ou suicide assisté) ou indirectement à moindre degré, par la délivrance d'un produit létal (assistance au suicide²¹), et même la promotion d'une forme de service publique de l'aide à mourir, avec obligation pour tous les établissements de santé ou au moins pour certains d'entre eux, de recruter un personnel spécialisé pour garantir l'effectivité du droit(-créance) à mourir. Sans doute, l'euthanasie active ou le suicide assisté en exécution de la volonté du patient n'entravent pas la liberté d'autrui. Mais en l'occurrence le droit-liberté de mourir implique la liberté d'un tiers (principalement et prioritairement le médecin et l'équipe soignante) et d'autres intérêts que celui du patient, et même d'autres enjeux qui dépassent chaque cas particulier aussi tragique soit-il. Tant que le droit de mourir est limité au droit-créance aux soins palliatifs et au droit-liberté de refuser des traitements et tout acharnement thérapeutique par directives anticipées, la réciprocité droit-devoir entre les agents moraux est respectée : au droit du patient correspond le devoir du soignant, sans rupture de confiance dans la relation de l'un à l'autre²². Plus précisément, d'une part le droit du patient de refuser un traitement rencontre l'obligation (devoir) du

¹⁷ Voir la loi 87- 1133 (du 31 décembre 1987), reprise dans l'art. 223-13 à 15 du nouveau *Code pénal*.

¹⁸ Voir P.-Y. Quiviger, « Peut-on revendiquer un droit à la mort ? », ADSP, n° 89, décembre 2014. Voir S. Crozier, « La fin de vie a-t-elle besoin d'une nouvelle loi ? », *Études*, janvier 2023, p. 7.

¹⁹ Le projet de loi sur la fin de vie, transmis au *Conseil d'État*, subordonne l'accès à « l'exception » d'euthanasie et au suicide assisté à cinq conditions : (1) le discernement libre et éclairé, la souffrance physique ou psychique « réfractaire ou insupportable », la maladie grave ou incurable avec un pronostic engagé à court ou moyen terme. D'ores et déjà, par ex. M. Savignac, président de la MGEN a co-signé une tribune dans le journal *Le Monde* (10 avril 2024) avec J. Denis, président de *l'Association pour le droit à mourir dans la dignité*, pour demander que soit retirée du projet de loi la condition de « pronostic vital engagé », afin de garantir la promesse d'égalité républicaine.

²⁰ Être tué par un tiers qui fournit et administre un produit létal, en exécution de la volonté consciente et réfléchie de mourir.

²¹ Se suicider en absorbant un produit létal préalablement fourni par un tiers.

²² Le « noyau éthique » de la relation entre le patient et le médecin est, selon P. Ricœur, « un pacte de soin basé sur la confiance » (« Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, 1996).

soignant à respecter cette volonté. D'autre part, le droit-liberté de refuser un traitement est corrélatif du droit-créance aux soins palliatifs. Celui-ci est la condition de réalisation de celui-là. Ces deux droits (au soins palliatifs/du refus de traitement et de l'acharnement thérapeutique) constituent en quelque sorte le « bloc constitutionnel » du droit de mourir. Or dans le cas de l'euthanasie ou du suicide assisté qui doivent venir compléter celui-ci, comment assurer la réciprocité droit-devoir ? Il faut être conséquent : le droit d'être tué pour le patient implique le devoir de tuer pour le soignant ou un proche : le droit de se tuer pour le patient suppose le devoir pour le soignant de lui donner les moyens de se tuer s'il ne le peut par lui-même. Mais cette fois la mort est au bout de l'acte de soin et l'intégrité morale du soignant risque d'être entamée, s'il est tantôt celui qui donne le soin, tantôt celui qui peut donner la mort.

À moins qu'il ne faille précisément considérer la mort dans « l'aide active à mourir » comme le don du soin ultime. L'acte²³ de donner la mort ou d'aider à mourir est-il anti-médical et anti-éthique ou, à l'inverse, une extension du soin et même l'accomplissement ultime de sa visée éthique ? L'éthique s'annule-t-elle ou culmine-t-elle dans le droit de tuer ou de se suicider ?

La personne, entre autonomie et vulnérabilité

Une société des personnes doit être une société du soin. Le soin des personnes aujourd'hui est ordonné à deux paradigmes, l'autonomie et la vulnérabilité, autour desquels se cherche la philosophie ou l'éthique contemporaine de la personne : éthique de l'autonomie (ou du respect de la personne en tant que sujet-agent autonome) ou éthique de la vulnérabilité (ou du respect de la personne en tant que sujet-patient vulnérable).

La vulnérabilité est la condition de notre existence qui révèle autrement que l'autonomie, par l'épreuve du vieillissement, de la maladie et de l'angoisse de la mort, l'*a priori* de la responsabilité éthique. La personne c'est l'autre en tant qu'il a besoin non seulement de ma reconnaissance mais aussi de mon secours. De même que le pardon exige de ne pas réduire une personne à sa faute, de même l'éthique de la vulnérabilité demande à ne pas restreindre le patient à ses incapacités, à assumer pour elle-même qu'elle ne s'effondre pas avec sa perte d'autonomie. La personne continue d'être et de valoir dans une autonomie blessée. Elle se prolonge dans l'autonomie d'une humanité brisée qui appelle l'aide et le soin. La vulnérabilité n'annule pas l'autonomie mais sa version idéaliste comme capacité d'autodétermination du sujet indépendant²⁴, aveugle à la condition d'existence du sujet vivant : vivre c'est vivre de²⁵ (dépendance), avec (solidarité) et pour (sollicitude)²⁶. Est une personne le sujet reconnu comme une personne, non seulement dans la relation d'égale liberté (autonomie) mais aussi dans la relation d'asymétrie (vulnérabilité). L'éthique du *care*²⁷ tente alors plus précisément de ressaisir, contre la théorie libérale et individualiste du sujet souverain, toutes les

²³ Étant entendu qu'on ne saurait identifier euthanasie et arrêt d'un traitement ou sédation profonde, même si les deux types d'actes sont semblables dans leur effet (la mort du patient). Laisser mourir ou accompagner la mort n'est pas, à tous égards, la même chose que la provoquer la mort.

²⁴ Voir aussi N. Maillard, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?*, Genève, 2011.

²⁵ Voir C. Pelluchon, *Les nourritures terrestres*, Paris, Seuil, 2015.

²⁶ Voir C. Pelluchon, *L'autonomie brisée — Bioéthique et philosophie*, Paris, PUF, 2008.

²⁷ Sans réduire le *care* au soin médical et donc sans en traduire le terme par « soin » précisément (S. Laugier) puisqu'il désigne aussi bien la dimension ontologique de la vulnérabilité et s'applique à tous les espaces de la vie, notamment domestique. Voir M. Gaille, *En soutien à la vie, Éthique du care et médecine*, Paris, Vrin, 2022. On notera toutefois que ce n'est pas la limitation du *care* au soin qui est aujourd'hui remarquable, mais plutôt l'extension du langage du soin à toutes les sphères d'activité — l'art et le soin (art-thérapie), le musée et le soin (muséo-thérapie), etc.—, sous le motif écologique (par ex. *Éthique et design*. Pour un climat de soin, Paris, PUF, 2024).

dimensions de la personne que le droit ignore²⁸. D'un côté la vulnérabilité d'autrui est une expérience éthique pour le sujet moral : « le sujet moral n'est plus ... "l'homme capable", mais le sujet atteint dans ses pouvoirs, touché au vif par la souffrance de l'autre, déstabilisé »²⁹. De l'autre, la vulnérabilité manifeste l'interdépendance, la solidarité et la sollicitude comme dimensions constitutives de la personne.

Mais jusqu'où va ou doit aller le soin ? Sans le respect de la personne, le soin perd son sens. La relation de soin est une relation interpersonnelle et le respect de la personne en est le principe moral³⁰. Le soin respecte la dignité de la personne, dans son autonomie diminuée ou dans sa vulnérabilité extrême, jusqu'à la mort. Cependant, le soin doit-il aller jusqu'à donner la mort ou à permettre au sujet d'être aidé à mourir, si la vie lui est devenue insupportable et insignifiante ? Manifestement l'éthique sur la fin de vie connaît un infléchissement. Jusque-là centrée sur la dignité inaliénable de la personne³¹, elle vise désormais davantage à concilier « autonomie et solidarité »³², ce qui conduit à dédoubler la fraternité : fraternité dans l'aide à vivre jusqu'à la mort en soulageant les souffrances et dans le respect des personnes (soins palliatifs) et fraternité dans l'aide active à mourir sous la demande sociétale de plus en plus pressante acquise au principe d'autonomie. Dans un cas, l'autonomie est attachée à la dignité « ontologique » de la personne humaine, dans l'autre elle est son fondement qui exige, pour sa reconnaissance pleine et entière, la dépénalisation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté. Le droit à disposer de sa vie doit l'emporter d'une part sur le droit à la vie — parce qu'il n'y a pas obligation de vivre une vie jugée insupportable par le sujet qui la subit — et d'autre part sur l'argument de la dignité ontologique de la personne propre à une métaphysique substantialiste³³ pré-moderne.

Pour et contre l'aide active à mourir

Donc la fin de vie est un sujet « sociétal » de plus en plus débattu dans les sociétés contemporaines où l'éthique appliquée a pris toute la place de la théorie morale. Il a été porté à l'écran³⁴ et le sera donc bientôt au Parlement français³⁵. Vivre et mourir

²⁸ Mais en un autre sens l'éthique du *care* ou l'éthique de la vulnérabilité induit un certain effacement du concept de personne au profit du respect du sujet de vie ou de la considération de la capacité, propre au vivant, à être exposé à la blessure, c'est-à-dire à être défini par la vulnérabilité. L'éthique du *care* et/ou de la vulnérabilité se présente ainsi comme la refondation de l'éthique, caractéristique d'un « moment du vivant » (F. Worms) de la philosophie contemporaine : vie vulnérable, vie précaire (G. Le Blanc), vie invisibilisée, vie vivable (J. Butler), vie nue (G. Agamben) ..., plutôt que destin de vie insigne (« vies des hommes illustres »). Comment vivre une vie « vivable » dans une vie mauvaise ou dans une vie dessinée/décidée par le « biopouvoir », etc. ? Voir déjà Th. W. Adorno : « *Es gibt kein richtiges Leben im falschen* », *Minima Moralia*, Payot, 2003, § 18. Voir J. Butler, *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?*, Paris, Rivages, 2014 ; *Ce qui fait une vie*, Zones, 2010 ; *Vie précaire*, 2004 ; mais aussi G. Le Blanc, *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Seuil, 2007.

²⁹ Voir N. Maillard, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?*, *op. cit.*, p. 311.

³⁰ Le respect dans le soin implique aussi le respect du soignant.

³¹ En 2018, le CCNE parle encore dans son Avis 129 de dignité intrinsèque de la personne humaine, quels que soient « son statut, son degré d'indépendance ou d'autonomie ».

³² Autonomie de la personne et solidarité à l'égard des personnes les plus fragiles. Voir CCNE, Avis 139, p. 8.

³³ Voir la célèbre définition de la personne par Boèce : « C'est pourquoi, si la personne est dans les seules substances, et dans celles qui sont rationnelles, et si toute substance est une nature, et qu'elle est établie non pas dans des universels, mais dans des individus, on a trouvé la définition de la personne : "substance individuelle de nature rationnelle" » *Courts traités de théologie*, « Contre Euthychès et Nestorius », Paris, Cerf, 1991, p. 59 [trad. pers.]. Voir S. Chauvier, *Qu'est-ce qu'une personne ?*, Paris, Vrin, 2012, p. 18.

³⁴ En 2021, *Tout s'est bien passé* de Fr. Ozon ; *De son vivant* d'E. Bercot.

³⁵ Le Sénat (rapport 2021) constatait qu'en France « on meurt mal » — constat partagé par le CCNE (Avis 139, p. 39) : « notre encadrement de la fin de vie, précise-t-il, ignore la détresse de certains malades notre système de prise en charge a perdu de vue l'autonomie du malade sa dignité et le sens qu'il veut donner à sa vie ».

dans la dignité, ou vivre dignement sa mort induit la proclamation d'un droit de/à mourir dans la dignité, qui pose directement la question de l'aide active à mourir (principalement l'euthanasie³⁶ et/ou du suicide assisté).

Sur ce sujet qui touche au plus intime de soi et à l'humanité, manifestement deux partis s'opposent : développer et généraliser les soins palliatifs, pour un accompagnement de la fin de vie afin de « sauvegarder la dignité de la personne malade » et de « ne pas subir de douleur »³⁷ dans le prolongement d'une éthique de la vulnérabilité — ce qui oblige politiquement à lutter contre les inégalités territoriales d'accès à ces structures médicales ; ou bien, parce que les soins palliatifs ne viennent pas toujours à bout de la « souffrance réfractaire », opter pour la légalisation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté, à l'instar de plusieurs autres pays, en application radicale d'une éthique de l'autonomie.

En France, la loi Claeys-Leonetti de 2016³⁸ prévoit « le droit de dormir pour ne pas souffrir avant de mourir » : « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». La législation française autorise ainsi la sédation profonde (endormir profondément la personne, en s'assurant qu'elle ne souffre plus jusqu'au décès) — seulement en cas de décès imminent et si aucun traitement ne permet de soulager la douleur du patient³⁹. Mais, jusqu'à présent, ni l'euthanasie (administration d'un produit létal dans le but de provoquer la mort) ni le suicide assisté ou l'assistance au suicide (la prescription par un médecin d'un produit létal que le malade s'administre lui-même ou demande à un tiers de lui administrer) ne sont licites. Dès lors, l'aide active à mourir annoncée comme un nouveau droit, ne peut manquer, qu'on s'en félicite ou qu'on le déplore, de changer les assises civilisationnelles de la société, voire pour certains de marquer une rupture anthropologique⁴⁰. Les arguments pour ou contre sont assez connus.

Contre :

1. L'aide active à mourir enfreint le commandement ou l'interdit moral par excellence : « Tu ne tueras point ».
2. Elle est un acte médical contradictoire ou contraire à l'article 38 du Code de déontologie médicale et au Serment d'Hippocrate⁴¹.
3. Dans la souffrance extrême, la décision de mourir n'est pas libre.
4. Le patient intériorise la pression extérieure et la culpabilité d'une vie socialement inutile et pesante.
5. La demande d'euthanasie est fluctuante et souvent ambivalente (vouloir ne plus souffrir/ne plus vivre).
6. L'aide active à mourir n'est pas comparable au suicide puisqu'il engage activement la liberté et la responsabilité d'autrui⁴².

³⁶ Il faut distinguer l'euthanasie active (abrégier une vie) l'euthanasie passive (mettre fin à un traitement ou à au maintien artificiel en vie).

³⁷ Code de la santé publique.

³⁸ Après les lois Kouchner de 2002 (droit du malade à refuser un traitement) et Leonetti de 2005 (interdiction de l'acharnement thérapeutique, droit à bénéficier de soins palliatifs, droit de rédiger des directives anticipées).

³⁹ Cette double condition exclut du dispositif des patients atteints de pathologie lourde (maladies neurodégénératives) et marque donc une limite aux soins palliatifs, dénoncée par les partisans de l'euthanasie et du suicide assisté.

⁴⁰ « Sur le plan anthropologique, l'interdit de donner la mort est un principe fondateur pour la société tout entière. À l'égard de la profession médicale, cet interdit est inscrit dans son code de déontologie qui dispose que le médecin "n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort" et rappelé dans le Serment d'Hippocrate » (CCNE, Avis 139, p. 25).

⁴¹ Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδὲν αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγῆσομαι συμβουλευτὴν τοιγόνδε (« Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion »).

⁴² L'euthanasie est le plus souvent qualifiée de non-assistance à personne en danger ou de meurtre, à partir de l'article 221-1 du Code pénal : « Le droit de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre puni de trente ans de réclusion criminelle ».

7. Le nouveau droit de mourir s'expose au risque d'abus⁴³.
8. La dépénalisation de l'euthanasie pourrait entraîner la banalisation du suicide comme unique réponse à la souffrance en fin de vie.
9. Le développement des soins palliatifs qui sont coûteux et exigent une prise en charge individualisée et globale de la personne sera fragilisée par l'autorisation légale de l'euthanasie et du suicide assisté.

Pour :

1. Si la dignité de la personne tient à sa liberté, seule la liberté de choisir sa mort accomplit cette même dignité.
2. L'interdiction de l'euthanasie et/ou du suicide assisté au nom de la dignité traduit une attitude paternaliste de protection des personnes contre elles-mêmes (contre le principe d'autonomie)⁴⁴.
3. La criminalisation de la mort assistée est :
 - 3.1 contraire à la neutralité éthique de l'État ;
 - 3.2 entraîne une discrimination entre les personnes
 - 3.21 qui peuvent se suicider (liberté de fait) et celles qui sont réduites à demander une aide pour accomplir leur volonté de mourir (inégalité) ;
 - 3.22 qui ont les moyens financiers de bénéficier de l'aide active à mourir en s'exilant dans des cliniques privées à l'étranger où elle est déjà légalisée (hypocrisie).
4. Une personne qui consent, consent, et le motif de la décision (détresse, souffrance...) ne devrait pas faire l'objet d'un examen en légitimité : il n'y a pas de preuve plus certaine de liberté que le consentement — même si celui-ci est difficile à établir avec une absolue certitude. En ce qui concerne la vie et la mort, il faut éviter « l'acharnement herméneutique »⁴⁵.
5. Certaines souffrances sont un mal pire que la mort⁴⁶ qui devient alors un soulagement et donc l'ultime soin de la personne.
6. L'aide active à mourir est encore la réponse et l'opposition d'un vivant à la mort, l'affirmation de la vie contre la fin de vie.
7. La résistance du milieu médical dissimule le fait des euthanasies clandestines et trahit la persistance d'un modèle paternaliste de société et de médecine.

L'antinomie du respect de la personne

La question de la mort assistée, quelles qu'en soient la forme et les modalités, soulève philosophiquement une sorte d'antinomie au sujet du respect de la personne, entre la dignité et la liberté.

Thèse : la liberté ou l'autonomie fonde exclusivement la dignité de la personne.

Antithèse : la dignité (de la personne) humaine limite l'exercice de la liberté individuelle.

L'antithèse pourrait paradoxalement⁴⁷ être illustrée par la philosophie kantienne. La dignité de la personne humaine exige que l'individu n'utilise pas la personne d'autrui ou sa propre personne comme un moyen sans le considérer toujours en même temps comme une fin en soi : il est immoral de traiter, dans sa personne physique (*homo phanomenon*) ou dans la personne physique d'autrui, soi-même en tant que personne morale (l'homme comme « sujet d'une raison moralement

⁴³ Certains vont jusqu'à mépriser une société légalisant l'euthanasie, parce qu'elle ouvre la voie à une « méta-humanité ... propre » (B. Debré, *De l'éthique ou du choix de l'homme*, Paris, DDB, 2011, p. 96) livrée à une nouvelle économie de la mort active.

Voir C. Pelluchon, *L'Autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, PUF, 2014, p. 84-85.

⁴⁴ Voir R. Ogien, *La vie la mort, l'État*, Paris, Grasset, 2009.

⁴⁵ R. Ogien, *La vie la mort, l'État*, op. cit., p. 122-126. On prend au pied de la lettre les déclarations du patient pour continuer à vivre, tandis qu'on suppose que les demandes d'aide active à mourir ne sont pas à prendre littéralement mais à interpréter comme un appel : oui c'est non, non c'est oui.

⁴⁶ Voir F. Worms, *Libération*, avril 2022.

⁴⁷ Puisque l'autonomie est le principe de la moralité.

pratique » ou *homo noumenon*), comme un moyen et non comme une fin. « L'humanité qui réside en sa personne [la personne du sujet] est l'objet d'un respect qu'il peut exiger de tout autre homme »⁴⁸ et de lui-même envers soi. Plus précisément, le sujet a des devoirs envers lui-même, et pas seulement envers autrui, parmi lesquels celui de ne pas se suicider, totalement ou partiellement (auto-mutilation, castration⁴⁹) ou ne pas souiller sa personne par la volupté.

L'éthicien contemporain, interprétant de manière minimaliste le principe de liberté de Mill⁵⁰, critiquera l'idée de devoir envers soi⁵¹ qui a pour conséquence de limiter la liberté individuelle au nom de la dignité intrinsèque de la personne humaine. Or la personne n'existe pas, telle une substance, en deçà, indépendamment de et antérieurement à l'exercice plein et éclairé de la liberté du sujet. « Si John Stuart Mill a contesté la valeur morale et politique des devoirs envers soi-même, c'est probablement aussi parce qu'il estimait que cette notion pouvait contredire son principe de liberté, lequel affirme précisément que nous avons le droit de faire ce que nous voulons de notre vie du moment que nous ne causons aucun tort à autrui. Ceux qui, comme moi, ont des sympathies pour le principe de liberté pourraient donc des raisons de contester la valeur morale et politique des devoirs envers soi-même »⁵².

L'argument de la dignité est donc opposable à l'argument de la liberté (la dignité de la personne contre la (liberté de) personne⁵³), ou risque de fonctionner comme un argument d'autorité, susceptible d'empêcher tout débat, toute critique, toute recherche ou pratique (euthanasie, libre disponibilité du corps, clonage...)⁵⁴. Le concept de dignité est rare dans la bioéthique anglosaxonne, ignoré dans le « principlisme » de la bioéthique américaine, au profit du principe d'autonomie. De même, la valeur fondamentale de la *Déclaration des droits de l'homme* (1789) et de la Déclaration universelle de 1948 (art. 1) est la liberté de l'individu. En revanche, par exemple, l'article 1 de la *Constitution allemande* de 1949 précise : « La dignité de l'être humain est intangible ».

C'est pourtant le principlisme qui semble l'emporter en bioéthique, d'autant que le concept de dignité est équivoque⁵⁵ — désigne-t-elle la valeur intrinsèque de l'être humain dans tous ses états (déjà l'embryon ?), ou l'autonomie en acte de l'individu rationnel⁵⁶ ? — voire inutile⁵⁷, renvoyant malgré tout à une certaine représentation de l'homme (dans la tradition chrétienne de l'*Imago Dei*). Le respect de la personne est la conséquence de la dignité de l'homme (par l'essence spirituelle de l'âme humaine). La dignité d'une part véhicule un contenu métaphysique et anthropologique, de fait indissociable du concept de nature humaine⁵⁸ dont rien n'assure qu'il soit universel et, d'autre part, peut servir à restreindre la liberté. C'est d'ailleurs pourquoi, si l'on envisage de « respecter les individus et les personnes dans

⁴⁸ Voir É. Kant, *Doctrine de la vertu*, § 11, Paris, Vrin, 1971, p. 109.

⁴⁹ *Ibid.*, § 6, p. 106.

⁵⁰ Voir J. Stuart Mill, *De la liberté*, Paris, Gallimard Folio « Essais », 1990, p. 74.

⁵¹ L'idée de devoir envers soi serait contradictoire, à moins de distinguer comme le fait Kant le moi qui oblige (*homo noumenon*) et le moi qui est obligé (*homo phenomenon*). Voir aussi P. Singer, « On Duties to Oneself », *Ethics*, vol. 69, n° 3, 1959.

⁵² R. Ogien, *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et minimalistes*, Paris, Gallimard, « Folio/Essais », 2007, p. 57.

⁵³ Pour Ogien, la notion de consentement n'est pas dérivée de l'idée de dignité de la personne humaine, mais celle-ci sert plutôt à imposer des limites objectives (fin en soi, valeur absolue...) à celle-là.

⁵⁴ Voir G. Hottois, *Dignité et diversité des hommes*, Paris, Vrin, 2009.

⁵⁵ Le CCNE reconnaît qu'aucune définition collective ne fait consensus, que le terme est « piégeux », et même fait davantage l'objet d'une « instrumentalisation » et d'une « invocation » que d'une « compréhension ».

⁵⁶ Voir pour l'éthique utilitariste, P. Singer, *Questions d'éthique pratique*, Paris, Bayard, 1993 ; et pour le déontologisme, H. T. Engelhardt, *Les fondements de la bioéthique*, Paris, Belles-Lettres, 2015.

⁵⁷ Voir R. Macklin, « Dignité humaine et bioéthique. Une approche philosophique critique », *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 4 n° 2, déc. 2009, p. 94.

⁵⁸ Comme on le voit aussi bien chez F. Fukuyama (*Our Posthuman Future. Consequence of the Biotechnology Revolution*, New York, 1992) que chez J. Habermas (*L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral*, Paris, Gallimard, TEL, 2015).

une perspective non essentialiste, évolutive, ouverte même à la transformation progressive, délibérée et librement consentie de la “nature humaine” comprise comme une réalité empirique, produit de l’Évolution et de l’histoire»⁵⁹, il faudra peut-être consentir à ouvrir dans l’avenir le concept de personne jusqu’à celui de « personne post-humaine » ...

La fraternité selon le progressisme

Alors l’« aide à mourir » relève-t-elle d’une fraternité active du soin qui assume jusqu’au bout le respect de la personne au nom de l’autonomie ? La réponse ne peut-être catégorique et il faut entendre toutes les opinions dans un débat apaisé. Tout le monde s’accorde, au moins, sur cette précaution oratoire, mais elle n’est peut-être rien d’autre que le vœu libéral d’une éthique de la discussion sans contradiction. Car ceux qui sont persuadés que c’est un devoir d’humanité et même de fraternité⁶⁰ sont convaincus d’accompagner et d’accomplir le sens de l’histoire moderne.

Selon eux, la société civile est mûre et prête pour une telle législation en France⁶¹. Et, en légalisant l’euthanasie et/ou le suicide assisté, ils assument la position du progressisme. Se rejoue aujourd’hui à peu près la même opposition qu’hier sur le droit à l’avortement. Qu’est-ce qui est digne de respect : la vie même ou la personne — qui n’est ni l’être vivant ni même l’être humain — qu’elle soit définie comme sujet autonome ou comme sujet de vie vulnérable ?

Sans surprise, les représentants des cultes ont immédiatement⁶² et unanimement critiqué l’annonce du nouveau projet de loi. On ne saurait le leur reprocher. Car le principal front de résistance, au-delà du repli sur l’argumentaire du mystère ou du secret ontologique de la personne, reste fondamentalement et invariablement théologique. Croit-on en Dieu et croit-on ou non que Dieu est le maître de la vie, de la naissance à la mort ? Le Législateur ne devrait toucher aux lois sur la vie et sur la mort que « d’une main tremblante »⁶³, et même ne pas y toucher. Or, ironie de l’histoire, ce sera le parti des progressistes de la social-démocratie et du centre droit, pour une part héritiers de la démocratie chrétienne, qui devrait achever d’affranchir la loi démocratique de toute présupposition religieuse — à moins qu’à l’inverse, l’aide active à mourir ne soit (inconsciemment pour ses promoteurs) que la traduction sécularisée de la charité religieuse en fraternité républicaine, appliquée à la fin de vie...

Mais aussi bien cette évolution excède-t-elle toute idéologie tant elle semble normale et inévitable dans une société démocratique et pluraliste où la décision politique ne peut reposer sur la généralisation d’une vision substantielle du bien qui fait de la religion, voire d’une religion particulière, le fondement des lois (éthique maximaliste). La législation sur la fin de vie, et donc l’accord sur les désaccords⁶⁴, ne

⁵⁹ G. Hottois, « Dignité humaine et bioéthique. Une approche philosophique critique », *Revista Colombiana de Bioética*, 2009, 4 (2), p. 114.

⁶⁰ Le Président français a présenté l’« aide à mourir » comme une « fraternité en action ».

⁶¹ Selon un sondage commandé encore par la MGEN à l’Ifop en 2022, les français répondent à 92% favorablement à la question : « En cas de maladie grave et incurable, seriez-vous favorable à ce que soit reconnu au malade qui le demanderait le droit d’être aidé à mourir ? ». Mais, le sondage est peut-être biaisé ou orienté, puisque si l’on propose cette autre question : « si vous êtes accompagné et soulagé en cas de douleurs, si on vous évite l’acharnement thérapeutique [= soins palliatifs], seriez-vous favorable pour vous à l’euthanasie ? », le pourcentage de réponses favorables à l’euthanasie chute à 23 %.

⁶² Par ex. ces jugements respectivement d’É. de Moulins-Beaufort, président de la Conférence des évêques de France (CEF) et de l’archevêque de Reims : « Appeler “loi de fraternité” un texte qui ouvre le suicide assisté et l’euthanasie est une tromperie » ; « Ce qui est annoncé ne conduit pas notre pays vers plus de vie, mais vers la mort comme solution à la vie ». Le Pape François en 2023, dans une allusion anticipée au projet du gouvernement français a dénoncé la « perspective fausement digne d’une mort douce, en réalité plus salée que les eaux de la mer ».

⁶³ Montesquieu, *Lettres persanes*, LXXXIX.

⁶⁴ Voir C. Pelluchon (« Comment délibérer sur la fin de vie et l’aide active à mourir ? », *op. cit.*) qui plaide pour une approche constructive du débat, privilégiant un « consensus par confrontation » plutôt que

peut s'inspirer que d'une éthique minimaliste qui ne reconnaît comme « juste » que le principe d'autonomie — même si l'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent être identifiés à un acte privé puisque les soignants y sont associés contre leur serment même (*primum non nocere*).

Il ne fait quasiment aucun doute que le projet de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté, quelles que soient la formulation et les conditions retenues⁶⁵, sera adopté à son tour en France⁶⁶. Tout le monde y a intérêt. Des Mutuelles sont favorables à une évolution législative sur la fin de vie⁶⁷ jusqu'à exercer un *lobbying* pro-euthanasie et pro-suicide assisté auprès des députés. Les médias ont déjà choisi leur camp, avec l'appui de nombreuses célébrités, et les réseaux sociaux font le reste.

Mais qu'on ne se leurre pas : l'euthanasie et le suicide assisté sont aussi la solution « technique », et économiquement moins couteuse pour les systèmes de santé, à un problème technique que le progrès de la médecine a rendu possible avec l'allongement de la vie. Les motifs éthiques viennent donner un visage humain à un processus historique irrésistible. Le transhumaniste veut dire « mort à la mort » : la technique se substitue à la morale (qui apprenait à mourir, à domestiquer l'idée de la mort, à renoncer à ses désirs plutôt qu'à l'ordre du monde, etc.). L'humaniste progressiste dit « mort à la mort indigne » : l'éthique accompagne la technique. L'éthique est moins la morale, éloignée des principes, adaptée aux circonstances particulières et contingentes, qui appelle jugement, discernement à la recherche d'une sagesse pratique, que la morale appliquée et soumise à la technique. Elle vient répondre au « handicap » de la fin de vie, conditionné par les progrès heureux de la médecine et de la technique.

Donc le suicide est/était une liberté de fait. Il s'agit d'en faire une liberté de droit⁶⁸. Et tant pis si les dérives au-delà du diagnostic d'incurabilité, de mort prochaine et des limites (elles-mêmes révisables) qu'on fixe(ra) à ce droit complémentaire du droit de mourir sont prévisibles et déjà observées dans les pays où l'euthanasie et le suicide assisté sont autorisés, si l'aide active à mourir pourrait devenir en fin de vie l'expédient le plus désirable des plus démunis. Le principe d'égalité (ici de tous devant une mort digne) étant invincible, l'encadrement prévu pour ce nouveau droit-liberté, immédiatement traduit en droit-créance, risque fatalement d'être dépassé — la « pente glissante » n'étant pas, quoiqu'on dise, qu'un sophisme ou une peur irraisonnée. L'éthique de la vulnérabilité, plus favorable aux soins palliatifs et d'option spiritualiste, la métaphysique de la dignité de la personne cèdent devant le principe d'autonomie comme principe exclusif du respect et du soin de la personne. Si la vie n'est pas sacrée en soi, si la dignité n'est pas un attribut de la personne mais de sa liberté, et si le principe d'égalité doit s'appliquer sans réserve, alors on voit mal comment accorder l'assistance au suicide sans accorder le suicide assisté et l'euthanasie, pourquoi légaliser le suicide assisté pour les patients en fin de vie avec pronostic vital engagé à court ou moyen terme, en le refusant à toute autre

par « recoupement » (Rawls) — ce qui exige des partisans et des adversaires qu'ils assouplissent leurs positions. Les voix hostiles à la dépénalisation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté doivent dépasser l'opposition soins palliatifs/aide active à mourir, savoir entendre les demandes d'euthanasie des malades ; et les voix qui y sont favorables doivent reconnaître, de leur côté, qu'il n'est pas possible de changer la législation sans tenir compte de l'avis de tous les acteurs concernés, principalement du personnel médical divisé au sujet d'une évolution de la loi sur la fin de vie.

⁶⁵ Actuellement : majorité ; nationalité française ou résidence régulière et stable en France ; expression de la volonté libre et éclairée ; maladie grave et incurable avec pronostic vital engagé à court ou moyen terme ; souffrance réfractaire ou insupportable.

Par ailleurs, le CCNE posait comme prérequis à l'évolution législative sur laquelle il exprimait finalement sa réserve encore en 2022 (Avis 139, p. 28-29), la connaissance et l'évaluation des dispositifs législatifs existants, l'accès pour tous aux soins palliatifs, l'analyse précise et conditionnée de chaque demande d'aide à mourir.

⁶⁶ Voir D. Le Guay, *Quand l'euthanasie sera là...*, Paris, Salvator, 2022.

⁶⁷ Voir l'enquête « Regards sur la fin de vie en France », jugée par les Assemblées générales de la MGEN en 2022 « politiquement de la plus haute importance » montrant « que nous pouvons être optimistes sur l'envie des Français à faire évoluer les causes sociétales ».

⁶⁸ Est-il inenvisageable que l'aide active à mourir, à terme, soit inscrite dans la Constitution ?

personne à qui la vie est devenue physiquement ou psychiquement insupportable. Toutes les limites « éthiques » seront débordées et subverties par la logique même du droit. Finalement, malgré l'existence déjà ancienne d'un conseil consultatif qui donne l'apparence du contraire — mais en peu de temps, l'avis sur l'euthanasie active a changé du « contre » au « pour » —, l'éthique est comme la chouette de Minerve : elle s'envole toujours trop tard. Ou plutôt elle ne dit plus jamais « non » — seulement « oui » avec des aménagements —, ou alors elle serait la morale (surtout « chrétienne ») qu'elle s'efforce avec constance de ne plus être. Tout ce qui est possible techniquement finit par être justifiable éthiquement. L'éthique est malléable et ployable à merci.

Mais sans doute ce jugement est-il trop sévère et injuste si l'on doit reconnaître que l'éthique, à la différence de la morale précisément, a toujours épousé la visée affirmative du bonheur et de la vie (*eu zên, beata vita*)⁶⁹, qui prend ici la forme paradoxale du droit de choisir de mourir ou d'être assisté pour mourir, donc de demeurer l'agent pratique vivant et libre de sa propre mort. Les soins palliatifs ne sont pas (ou plus) l'alternative à l'euthanasie et/ou au suicide assisté. L'aide active à mourir reconnaît à toutes les personnes sans exception le droit de mourir dans la dignité et se présente ainsi comme une conquête de liberté démocratique et d'égalité républicaine. En complétant le soin d'accompagnement des soins palliatifs, elle entend accomplir un progrès éthique décisif : mourir moins mal. C'est en tous cas la conviction profonde des partisans du droit d'être tué ou de se suicider dans la dignité dont les voix majoritaires conduiront à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté en France comme ultimes soins de la personne humaine.

Bibliographie

- Boèce, *Courts traités de théologie*, « Contre Euthychès et Nestorius », Paris, Cerf, 1991.
 Butler J., *Vie précaire*, Amsterdam, 2004.
 — *Ce qui fait une vie*, Paris, Zones, 2010.
 — *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?*, Paris, Rivages, 2014.
 Chauvier S., *Qu'est-ce qu'une personne ?*, Paris, Vrin, 2012.
 Cournarie L., « Éléments d'éthique contemporaine », *Philopsis*, 2019.
 Cournarie Ph., « Réflexions sur la fin de vie », *Médecine & Droit*, 2023.
 Crozier S., « La fin de vie a-t-elle besoin d'une nouvelle loi ? », *Études*, janvier 2023.
 Debré, B. *De l'éthique ou du choix de l'homme*, Paris, DDB, 2011.
 Engelhardt H. T., *Les fondements de la bioéthique*, Paris, Belles-Lettres, 2015.
 Fukuyama F., *Our Posthuman Future. Consequence of the Biotechnology Revolution*, New York, 1992.
 Gaille M., *En soutien à la vie, Éthique du car et médecine*, Paris, Vrin, 2022.
 Habermas J., *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral*, Paris, Gallimard, TEL, 2015.
 Heidegger M., *Essais et conférences*, Paris, Gallimard TEL, 1990.
 Hottois G., *Dignité et diversité des hommes*, Paris, Vrin, 2009.
 — « Dignité humaine et bioéthique. Une approche philosophique critique », *Revista Colombiana de Bioética*, 2009, 4 (2).
 Kant É., *Doctrine de la vertu*, Paris, Vrin, 1971.
 Le Blanc G., *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Seuil, 2007.
 Le Guay D., *Quand l'euthanasie sera là...*, Paris, Salvator, 2022.
 Macklin R., *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 4 n° 2, déc. 2009.
 Maillard N., *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?*, Genève, 2011.
 Ogien R., *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et minimalistes*, Paris, Gallimard, « Folio/Essais », 2007.
 — *La vie la mort, l'État*, Paris, Grasset, 2009.
 Pelluchon, C., *L'autonomie brisée — Bioéthique et philosophie*, Paris, PUF, 2008.
 — *Les nourritures terrestres*, Paris, Seuil, 2015.
 — « Comment délibérer sur la fin de vie et l'aide active à mourir ? », *Cité*, 2016/2, n° 66.
 Rameix, S., « Le droit de mourir », *Gérontologie et société*, 2004/1 (vol ; 27/n° 108).
 Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
 — Éthique et morale », *Lectures 1*, Paris, Seuil, 1991.

⁶⁹ Voir P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990 ; et « Éthique et morale », *Lectures 1*, Paris, Seuil, 1991. Sur « éthique et morale », nous nous permettons de renvoyer à notre article « Éléments d'éthique contemporaine », *Philopsis*, 2019, p. 12-17 : <https://philopsis.fr/archives-themes/la-morale/philosophie-et-morale-elements-dethique-contemporaine>.

— « Les trois niveaux du jugement médical », Paris, *Esprit*, 1996.

Singer P., « *On Duties to Oneself* », *Ethics*, vol. 69, n° 3, 1959.

— *Questions d'éthique pratique*, Paris, Bayard, 1993.

Stuart Mill, J., *De la liberté*, Paris, Gallimard Folio « Essais », 1990.

Verspieren P., *Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris, DDB, 1984.

Worms, F., *Libération*, avril 2022.