

FIN DE VIE ET ENFANTS INAPTES : LE QUÉBEC D'AUJOURD'HUI EST LA FRANCE DE DEMAIN

Maroun BADR

Docteur en bioéthique (PhD)

Enseignant de droit civil, Faculté de Droit, UCO – Angers

Research Scholar at UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights – Rome

Associate Researcher at Facultad de Bioética Universidad Anáhuac México

mbadr@unescobiochair.org

Publié sur le site *Le Nouveau Conservateur*, le 21 février 2026.

RÉSUMÉ

Il y a dix ans, le Québec, puis le reste du Canada ouvraient la porte de l'aide médicale à mourir (AMM) en la présentant comme un soin de compassion, strictement encadré, réservé aux mourants qui souffraient. Aujourd'hui, le Collège des médecins du Québec recommande officiellement de permettre l'euthanasie des nourrissons de moins d'un an. Entre les deux, une décennie de « petits pas » législatifs présentés, l'un après l'autre, comme des ajustements raisonnables. La France poursuit actuellement, et en accéléré, la même trajectoire québécoise.

Introduction

Il existe, dans la politique des démocraties libérales, une rhétorique des commencements rassurants. On légifère prudemment, on pose des garde-fous, on promet des balises strictes, on s'engage à ne jamais franchir certaines limites. Puis on les franchit. Et l'on recommence. Nous l'avons vu avec la PMA¹, l'IVG², etc. La loi québécoise sur l'aide médicale à mourir est, à cet égard, un cas d'école magistral. La France, avec la proposition de loi n°1100 relative au droit à l'aide à mourir, portée par le député Olivier Falorni et adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025, s'apprête à écrire le premier chapitre d'une histoire dont le Québec a déjà rédigé les suivants. Cinq conditions sont présentées, dans le texte français, comme des garanties infranchissables : être majeur (+18 ans), être français ou résident stable, avoir une affection grave incurable en phase avancée engageant le pronostic vital, avoir une souffrance physique ou psychologique liée à l'affection, être capable d'exprimer sa volonté librement. Rien que du raisonnable. Sauf que le Québec avait exactement les mêmes certitudes en 2015.

¹ Jusqu'en 2021, la PMA était réservée aux couples hétérosexuels (mariés, pacsés ou en concubinages depuis au moins deux ans) en âge de procréer et présentant une infertilité pathologique médicalement constatée ou risquant de transmettre une maladie grave à leur enfant. Avec la Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, la PMA est devenue accessible à toutes les femmes qui ont un projet parental.

² À titre d'exemple, de 1975 à 2001, l'autorisation parentale étaient requises pour que les mineures accèdent à l'IVG ; après 2001, elle n'est plus obligatoire. Un autre exemple, la Loi du 4 juillet 2001 allonge le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse, puis la Loi du 2 mars 2022, allonge ce délai de 12 à 14 semaines.

Dans le contexte français actuel de la proposition de loi, la notion de « phase avancée », définie comme « un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé affectant la qualité de vie³ », s'applique à tout handicap (par définition irréversible), à de très nombreuses maladies longue durée, à n'importe quelle dégradation de santé progressive. La souffrance peut être psychologique autant que physique. Elle peut être « insupportable » selon la personne qui choisit elle-même de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement - ce qui signifie que la personne peut se rendre éligible à la mort en refusant des soins. Avec ces critères, un million de Français seraient éligibles à l'aide à mourir. De telle projection permet de dresser un schéma sur le modèle canadien extensif (I) ouvrant même la voie vers une euthanasie des enfants inaptes (II), et ce au nom du principe d'égalité (III).

I. Le modèle canadien : une architecture de la dérive

A. Le mécanisme de l'extension successive

Le Canada a légalisé l'aide médicale à mourir (AMM) par la loi C-14 en juin 2016, en réponse à l'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*, rendu par la Cour suprême⁴ en 2015, qui avait jugé que les dispositions législatives visant à interdire l'aide à mourir portaient atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité. Le cadre initial était restrictif : la mort naturelle devait être « raisonnablement prévisible » ; ce qui est qualifié par la voie 1. En moins de cinq ans, ce verrou principal fut levé. La loi C-7, adoptée le 17 mars 2021, supprima en effet cette exigence, ouvrant l'accès à l'AMM pour des personnes non en fin de vie⁵ ; ce qui est qualifiée par la voie 2. À partir de ce moment, l'AMM n'était plus un soin réservé aux mourants, mais un droit mobilisable par toute personne souffrant d'un problème de santé grave et irrémédiable, quelle que soit son espérance de vie.

Le Québec, qui avait légalisé l'AMM dès 2014 par sa *Loi concernant les soins de fin de vie*⁶ - la première loi de ce type en Amérique du Nord -, vit les conséquences statistiques se manifester avec une rapidité saisissante. Le nombre de personnes ayant eu recours à l'AMM⁷ passa de 1 774 en 2019-2020 à 3 663 en 2021-2022, soit une augmentation de 106 % en deux ans. En 2021-2022, 5.1 % des décès dans la province découlaient de l'AMM, dépassant des pays pionniers comme la Belgique et les Pays-Bas. En 2024-2025, le taux de décès par AMM a atteint 7.9 %. Si on transpose au cas français le taux québécois de 8 % de décès par euthanasie,

³ Haute Autorité de Santé. HAS, « Fin de vie : pas de définition objective du pronostic temporel à l'échelle individuelle », 2025, *Haute Autorité de Santé*, in https://has-sante.fr/jcms/p_3603892/fr/fin-de-vie-pas-de-definition-objective-du-pronostic-temporel-a-l-echelle-individuelle.

⁴ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do>

⁵ Loi C-7, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, S.C. 2021, <https://www.parl.ca/LegisInfo/fr/projet-de-loi/43-2/c-7>

⁶ *Loi concernant les soins de fin de vie*, S-32.0001, 2014, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001#:~:text=Sauf%20disposition%20contraire%20de%20la,consentement%20%C3%A0%20un%20tel%20soin>

⁷ Davide Gentile et Daniel Boily, « Recours à l'aide médicale à mourir : le Québec au premier rang dans le monde », 20 décembre 2022, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1940191/aide-medecale-mourir-demandes-popularite-quebec#:~:text=Le%20Qu%20%C3%A9bec%20r%C3%A9pond%20d%C3%A9sormais%20%C3%A0,la%20proc%C3%A9dure%20l%C3%A9galis%C3%A9e%20en%202015>

on obtient une estimation d'au moins 50 000 euthanasies par an en France⁸. Dans certaines régions comme la Chaudière-Appalaches, le taux d'acceptation des demandes atteignait 98 %.

B. L'élargissement aux personnes vulnérables

L'élargissement de 2021 introduisit une distorsion dont les critiques avaient anticipé les effets. En supprimant l'exigence de mort prévisible, la loi C-7 permettait à des personnes non mourantes mais souffrant de conditions chroniques — handicap, douleurs irrémédiables, détresse psychologique — de solliciter l'AMM. Très rapidement, des cas documentés révélèrent une réalité troublante : des individus avaient choisi l'AMM non pas en raison d'une souffrance médicale insurmontable, mais à cause de la pauvreté, du manque de logement ou de l'absence de services de soutien adéquats.

Le cas de Michael Fraser⁹, habitant de Toronto âgé de 55 ans, est emblématique. Atteint d'une maladie incurable mais non en phase terminale, il vivait dans une détresse sociale manifeste, incapable de payer son loyer. Sa demande d'AMM fut approuvée et la procédure réalisée le 2 juillet 2022¹⁴. Amir Farsoud¹⁰, un Canadien de 54 ans gravement handicapé, avait quant à lui sollicité l'euthanasie par crainte d'une expulsion de son logement social. Ces cas ne sont pas des anecdotes isolées. Comme l'a établi le professeur K. Sonu Gaid, chef du département de psychiatrie du Sunnybrook Health Sciences Centre (Université de Toronto) :

« Lorsque le suicide assisté est étendu aux personnes handicapées qui ont encore des décennies à vivre, il est impossible de filtrer la souffrance due à la pauvreté, à la solitude et à d'autres formes de marginalisation qui alimentent les demandes d'AMM. Le handicap médical devient le pied dans la porte pour ouvrir l'éligibilité à l'AMM, mais la souffrance sociale pousse les personnes marginalisées à franchir cette porte pour demander à l'État de mettre fin à leur vie difficile.¹¹ »

Un autre cas frappant est celui de April Hubbard¹², une femme de 39 ans non condamnée à court terme, qui a obtenu l'autorisation de mourir malgré une espérance de vie de trente ans. Cette situation illustre les dérives potentielles d'un système jugé trop libéral, opposant le droit à l'autonomie individuelle aux craintes de pressions sociales sur les personnes handicapées.

Ce risque est directement perceptible dans le contexte français, notamment en ce qui concerne la question de la souffrance et de l'accès aux soins palliatifs. En effet, en France, **500 Français meurent chaque jour sans avoir eu accès aux soins palliatifs**, malgré la loi de 1999 censée

⁸ Aline Cheynet de Beaupré, « Quelques données chiffrées autour de l'euthanasie pour le cas français », *lafindevie.fr*, 4 février 2026 : <https://www.lafindevie.fr/posts/quelques-donnees-chiffrees-autour-de-leuthanasie-pour-le-cas-francais>

⁹ Andrew Phillips, "We're all implicated in Michael Fraser's decision to die", *Toronto Star*, 18 November 2022, https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/we-re-all-implicated-in-michael-fraser-s-decision-to-die/article_a1b6e5c4-354b-58b3-9ec8-0dd8d3f53325.html

¹⁰ Gèneithique, « Canada : un homme bientôt sans domicile demande l'euthanasie, feu vert du médecin », 17 octobre 2022, <https://genethique.org/canada-un-homme-bientot-sans-domicile-demande-leuthanasie-feu-vert-du-medecin/>

¹¹ Karandeep Sonu Gaid, "MAiD and marginalized people: Coroner's reports shed light on assisted death in Ontario", *The Conversation*, 24 October 2024, <https://theconversation.com/maid-and-marginalized-people-coroners-reports-shed-light-on-assisted-death-in-ontario-241661>

¹² Fergus Walsh, "I could live 30 years but plan to die': How assisted dying law is dividing Canadians", *BBC*, 4 April 2025, <https://www.bbc.com/news/articles/c3wxq28znpqo>

garantir ce droit d'accès depuis vingt-sept ans¹³. C'est dans ce désert de soins qu'on s'apprête à légaliser le droit à la mort.

C. La santé mentale comme motif

La loi C-7 de 2021 prévoyait qu'à partir du 17 mars 2023, les personnes dont le seul problème médical était une maladie mentale deviendraient admissibles à l'AMM. Devant les protestations de psychiatres et du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto, le gouvernement fut contraint de reporter cette échéance à trois reprises. La loi C-39 (2023) repoussa l'échéance à mars 2024, puis la loi C-62, sanctionnée le 29 février 2024, la repoussa jusqu'au 17 mars 2027¹⁴. Le rapport du Comité mixte spécial sur l'AMM, déposé le 29 janvier 2024, conclut qu'il serait « imprudent et dangereux » pour le gouvernement d'autoriser ce changement en l'état¹⁵. Ce report ne constitue pas une renonciation : il confirme que l'élargissement est prévu, simplement différé, et que le système de soins doit s'y « préparer ».

La France reproduira-t-elle ce schéma ? La réponse est inscrite dans la suppression, opérée par le Sénat, de la clause du texte initial excluant la souffrance psychique comme seul motif d'accès à l'aide à mourir. Cette suppression constitue, dans la logique de la dérive canadienne, un signal d'alarme de premier ordre.

II. L'euthanasie des enfants inaptes : point d'aboutissement d'une logique irrésistible

A. L'avis du Collège des médecins du Québec : une rupture institutionnelle

Le 10 décembre 2021, le Collège des médecins du Québec (CMQ) adopta un avis d'une portée considérable. L'ordre professionnel dont la mission est de protéger le public se prononçait favorablement à l'extension de l'AMM à deux nouvelles catégories de personnes : d'une part, les « mineurs matures » âgés de 14 à 17 ans, susceptibles de consentir conjointement avec l'autorité parentale ; d'autre part - et c'est là la dimension la plus radicale - les nourrissons de moins d'un an présentant des malformations sévères ou des syndromes polysymptomatiques graves « qui annihilent toute perspective de survie » et dont les souffrances sont jugées extrêmes. Pour ces nourrissons, « l'aide médicale à mourir encadrée par un protocole strict peut être un soin approprié¹⁶ », selon le CMQ.

B. L'inapte comme catégorie juridiquement vulnérable

La question de l'euthanasie des enfants inaptes met en lumière une contradiction fondamentale inhérente à tout régime d'aide médicale à mourir : celui du consentement. La législation canadienne et québécoise exige, comme condition cardinale, que la personne soit « apte à

¹³ Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

¹⁴ Loi C-62, *Loi n° 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/charte-charter/c62.html>

¹⁵ Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, *L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir*, rapport final, 29 janvier 2024, p. 46, <https://www.parl.ca/Content/Committee/441/AMAD/Reports/RP12815505/amadrp03/amadrp03-f.pdf>

¹⁶ Collège des médecins du Québec, *Recommandation de positionnement du groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie*, p. 12, <https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/p-7-2021-12-13-fr-recommandation-positionnement-groupe-reflexion-sur-amm-et-soins-fin-de-vie.pdf>

donner son consentement » et que ce consentement soit « libre et éclairé ». Or, un nourrisson de moins d'un an est, par définition, radicalement incapable juridiquement à tout consentement. C'est ici que la logique de substitution de consentement prend effet : si l'enfant ne peut consentir, ses parents - ou l'équipe médicale - consentent à sa place.

La loi québécoise sur les soins de fin de vie a elle-même ouvert cette brèche en autorisant, depuis le 30 octobre 2024, les « demandes anticipées¹⁷ » d'AMM pour les personnes atteintes de maladies neurocognitives. Ces personnes peuvent désormais consentir à l'avance à une AMM qui sera pratiquée après qu'elles seront devenues inaptes à réitérer ce consentement. La levée du consentement final pour l'AMM est possible au Québec depuis le 10 juin 2021 (avec l'adoption d'un amendement au projet de loi 83). Elle permet d'administrer l'AMM à une personne inapte si elle avait signé une entente de renonciation avant de perdre sa capacité à consentir. Ce précédent de substitution du consentement - valide pour les adultes devenus inaptes - ouvre logiquement la voie à son application aux mineurs inaptes congénitaux ou devenus inaptes au cours de leur vie.

C. La dynamique comparatiste européenne : Belgique, Pays-Bas et le Protocole de Groningue

La France n'évolue pas dans un vide comparatiste. La Belgique, après avoir légalisé l'euthanasie en 2002 par la Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, l'a étendue aux mineurs sans limite d'âge par la Loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, sous réserve qu'ils soient en phase terminale et atteints d'une souffrance insupportable. Or, la Belgique a elle-même été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme pour défaillances dans le contrôle *a posteriori*¹⁸ de sa commission de surveillance, une affaire dans laquelle une mère dépressive avait été euthanasiée à l'insu de ses enfants majeurs¹⁹.

Les Pays-Bas ont, depuis le Protocole de Groningue de 2004, toléré l'euthanasie de nourrissons atteints de conditions jugées incompatibles avec une vie digne, et ont formalisé en 2023 un cadre réglementaire permettant l'euthanasie des enfants de 1 à 12 ans souffrant de maladies incurables²⁰. Ces évolutions ont influencé le débat canadien, qui constate l'absence de consensus international mais la progression continue des pratiques.

III. La minorité à l'épreuve de l'égalité : une dérive juridique inévitable

A. La majorité comme ultime rempart : un verrou provisoire

Les partisans du texte français font valoir que la condition de majorité (18 ans) constitue une garantie absolue contre toute dérive vers l'euthanasie des mineurs. Néanmoins, lors des débats de mai 2025, des amendements visant à inclure les mineurs émancipés²¹ ou les mineurs avec

¹⁷ Les demandes anticipées sont légales au Québec, mais nulle part ailleurs au Canada.

¹⁸ La question du contrôle *a posteriori* est aussi cruciale dans la proposition de loi française. Le texte envisage une vérification après la mort de la personne que la procédure a été bien respectée. L'Espagne de son côté a opté depuis 2021 pour un contrôle *a priori* : vérifier les conditions pendant la procédure d'administration de la mort.

¹⁹ CEDH, *Mortier c. Belgique*, 4 octobre 2022, n° 78017/17.

²⁰ Eduard Verhagen, Pieter J.J. Sauer, « The Groningen Protocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns », *New England Journal of Medicine* 352/10 (2005), 959-962, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026>

²¹ Amendement n° 2233, <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements/1364/AN/2233>

accord parental²² - selon le modèle belge - ont été soumis au vote : ils ont été rejetés, mais leur seule présence en commission témoigne de la pression à l'œuvre. Le parallèle canadien est éloquent : en 2016, la loi C-14 exigeait la mort raisonnablement prévisible ; en 2021, ce critère était supprimé ; en 2022, le Collège des médecins du Québec recommandait l'accès des mineurs et des nourrissons. La progression est linéaire.

L'argument constitutionnel d'égalité dans l'accès aux soins constituera enfin le vecteur principal des prochains élargissements. Si un adulte de 19 ans atteint d'un cancer en phase terminale a droit à l'aide à mourir, des plaideurs soutiendraient demain devant le Conseil d'État ou le Conseil constitutionnel que refuser l'aide à mourir à un mineur de 17 ans souffrant de la même maladie viole le principe d'égalité²³ avec les adultes placés dans une situation comparable.

B. Le silence d'une trajectoire : un piège fondé

En droit français, la décision médicale pour un mineur inapte est actuellement régie par les articles L. 1110-5 et suivants du Code de la santé publique, en lien avec la *Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* (Loi Claeys-Leonetti). Ces textes autorisent la sédation profonde et continue jusqu'au décès, mais pas l'administration active d'un produit létal. L'introduction d'un principe général de « droit à l'aide à mourir » dans l'ordre juridique français crée un précédent conceptuel sur lequel des arguments futurs pourront s'appuyer pour contester cette ligne de démarcation.

Si la proposition de loi française n°1100, dans sa rédaction actuelle, limite l'accès à l'aide à mourir aux personnes majeures aptes à manifester leur volonté, elle ne dit rien sur la trajectoire d'évolution de ce cadre. Pour les enfants inaptes - nourrissons atteints de malformations létales ou enfants en état végétatif - la question du tiers décideur se posera inévitablement.

C. La CEDH et la dynamique conventionnelle : une libéralisation

La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme dessine une architecture susceptible d'exercer une pression à long terme vers l'élargissement de l'aide à mourir. L'arrêt *Pretty c. Royaume-Uni*²⁴ avait reconnu que l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme englobait des aspects liés aux modalités du choix de sa propre mort, sans pour autant imposer aux États une obligation de mettre en œuvre le suicide assisté. Cette position fut nuancée par *Haas c. Suisse*²⁵. La dynamique de l'article 14 Convention (interdiction de discrimination) amplifie ce risque : une loi qui accorde l'aide à mourir aux adultes aptes mais la refuse aux mineurs souffrant de maladies identiques pourrait être contestée sur ce fondement devant la CEDH, à l'instar des arguments développés dans l'affaire *Karsai c. Hongrie*²⁶, qui avait examiné - sans violation retenue - l'absence de droit au suicide assisté pour un avocat atteint de SLA.

²² Amendement n° 2257, <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements/1364/AN/2257>

²³ Amendement n° 2233.

²⁴ CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, req. n° 2346/02.

²⁵ CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, n° 31322/07.

²⁶ CEDH, *Karsai c. Hongrie*, 13 juin 2024, n° 31322/07.

La jurisprudence de la CEDH établit une asymétrie²⁷ entre le refus et la demande de poursuite des soins. Fondé sur l'article 8 (vie privée), le droit²⁸ du patient de refuser un traitement est protégé comme une liberté fondamentale, même si l'issue est fatale. À l'inverse, l'article 2 n'impose pas aux États une obligation de maintien indéfini des traitements si l'acharnement est jugé déraisonnable. La Cour privilégie alors l'expertise médicale et la qualité des procédures nationales plutôt qu'un droit absolu à la survie artificielle.

Conclusion

Le Canada est passé, en moins de dix ans, d'une AMM réservée aux mourants en phase terminale à des propositions institutionnelles d'euthanasie de nourrissons formulées par des ordres professionnels. Le Québec a autorisé les demandes anticipées permettant d'euthanasier des personnes devenues inaptes, et ce au nom du soin.

La proposition de loi n°1100 illustre un paradoxe caractéristique des politiques publiques dans les domaines touchant à la vie et à la mort : elle est présentée comme une réponse limitée, précise et encadrée à une souffrance légitime, mais son insertion dans l'ordre juridique déclenche une dynamique normative dont l'expérience comparative démontre qu'elle est difficilement maîtrisable. La France, en laissant tomber les garde-fous un par un, et en adoptant ce texte de loi s'inscrit dans la même trajectoire québécoise.

La question de l'euthanasie des enfants inaptes n'est pas une dérive fantasmagorique : elle est le produit logique, documenté et institutionnellement validé, d'une logique juridique qui, une fois enclenchée, trouve des obstacles de plus en plus difficiles à maintenir. Il suffit d'écouter le plan annoncé par Jean-Louis Touraine lors de sa conférence le 30 novembre 2024 :

« Une fois qu'on aura mis le pied dans la porte, il faudra revenir tous les ans et dire 'on veut étendre ça'. » [...] [d]ans la première loi, il n'y aura pas les mineurs, il n'y aura pas des maladies psychiatriques, dans la première loi, il n'y aura même pas les maladies d'Alzheimer. Donc tout ça ne viendra pas tout de suite. Mais dès qu'on aura au moins obtenu une loi [...] on pourra étendre les choses, [...] il faudra introduire cette égalité, mais je pense que ce sera un combat important et que nous devrons continuer aussi au moment de l'application de la loi²⁹. »

Le législateur français doit mesurer la portée de la dérive de cet acte fondateur. Aujourd'hui plus que jamais, il faut comprendre que « donner la mort n'est pas un soin » puisque, par nature, l'acte médical doit protéger la vie, de soulager et d'accompagner la vulnérabilité, non de l'interrompre³⁰. Le devoir de non-abandon d'une société démocratique « ne s'assume pas dans le geste de la mort donnée, de l'homicide médicalisé légalement dépénalisé, mais dans la sollicitude d'une attention à l'autre qui s'efforce d'apaiser sa souffrance et ses peurs³¹. »

²⁷ CEDH, 5 février 2026, *Medmoune c. France*, n° 55026/22.

²⁸ CEDH, 9 mars 2007, *Glass c. Royaume-Uni*, n° 61827/00, § 75, 82-83.

²⁹ Jean-Louis Touraine, « Le Choix - Conférence publique du 30/11/24 : Débat avec les Dr. Bernard RIFF et Jean-Louis Touraine », 2024, in <https://www.youtube.com/watch?v=Cdx0MLJe60U>

³⁰ Le Serment d'Hippocrate stipule : « Je ne remettrai à personne du poison, si on me le demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. »

³¹ Emmanuel Hirsch, « Le temps qui reste », *Fins de la vie: Les devoirs d'une démocratie*, Le Cerf, Paris 2025, p. 110-111.