

# Le droit à la mort

26 SEPTEMBRE 2020

## Introduction

Par une lettre ouverte au président de la République du 20 juillet 2020, Alain Cocq, atteint d'une maladie dégénérative incurable, a demandé que son suicide assisté soit autorisé à titre compassionnel. Le débat sur le « droit à mourir dans la dignité » aussitôt relancé a fait rejaillir sur le devant de la scène les chantres de l'euthanasie. François Lambert, fustigeant l'inhumanité de la loi, Jean-Luc Roméro-Michel, accusant l'État de « violence » volontaire à l'égard de cet homme, laissé seul face à sa souffrance, et bien d'autres encore, ceux-là qui seuls savent ce qu'est une mort digne ou une mort indigne. Toutefois, État de droit oblige, le président de la République ne put faire droit à sa demande, contrairement au préfet du prétoire Macron qui étouffa le malade Tibère, faisant malicieusement place à Caligula. Polémique après polémique, sondage après sondage, émission télé après émission télé, s'installe durablement dans l'opinion cette idée d'une reconnaissance d'un nouveau droit : le droit à la mort. Pour le promouvoir, sont appelés à grand renforts le droit comparé, les psychologues et psychiatres, la multiplication des cas individuels et les maîtres de l'éthique. Dans ce monde de paradoxes où la légalisation de l'euthanasie côtoie le rêve de l'immortalité, de quelle éthique parlons-nous ? De celle d'un Aristote, d'un Thomas d'Aquin, ou de l'éthique des comités et des commissions consultatives ? Parlons-nous des errements juridiques de l'occident, passe-temps des juristes comparatistes, ou de l'assise morale de notre civilisation ? Au moment même où la folle aventure des droits-créances touche aux notions de vie et de mort, sonne l'heure de figer le temps, et de s'interroger sur la marche du monde. À défaut d'avoir ici cette prétention d'atteindre la perfection du vrai, nous nous contenteront humblement d'ouvrir des brèches, en d'autres termes, de faire penser plus que de penser.

## Les pouvoirs publics appelés comme complices

Si le droit de mourir est bien un droit individuel, paroxysme d'un droit absolu à disposer de son corps et à décider de sa vie, et même de sa fin, il en appelle pourtant au concours des pouvoirs publics dans sa mise en œuvre. En France, il n'existe pas à ce jour de droit à la mort. L'euthanasie est pénalement qualifiée de meurtre, c'est-à-dire le fait de donner intentionnellement la mort à autrui. Pareillement, le suicide assisté, entendu comme la mise à disposition du malade d'un moyen de se donner la mort, est interdit<sup>1</sup>. Le droit français fait le choix de ne pas reconnaître de droit de mourir, mais de satisfaire l'exigence d'un droit à être accompagné dans sa fin de vie, au moyen des soins palliatifs. La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie développe l'accès à de nouveaux soins, consistants en la sédation profonde et continue accompagnée d'un arrêt des traitements, provoquant une altération de la conscience, et ce jusqu'au décès<sup>2</sup>. Toutefois, à mesure que l'appareil législatif s'étoffe, les frontières se brouillent et se confondent entre laisser mourir et faire mourir. Sédater un malade pouvant être traité en soins palliatifs, dans le but de l'amener vers la mort, n'est-ce pas une pratique euthanasique qui ne dit pas son nom ? Priver un malade d'alimentation

<sup>1</sup> Aumonier, Nicolas, Beignier, Bernard et Philippe Letellier. « L'euthanasie au regard du droit français » dans *L'euthanasie*, Presse universitaires de France, 2017, pp. 81 à 91.

<sup>2</sup> [Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.](#)

et d'hydratation, au motif qu'il s'agit là d'un traitement déraisonnable et d'un maintien artificiel de la vie, est-ce le faire mourir d'insuffisance rénale ou bien le laisser partir, de sa belle mort ? Poussée dans ses retranchements, la législation actuelle est détournée chaque jour un peu plus de ses buts, se rapprochant dangereusement des pratiques euthanasiques telles que l'on peut les rencontrer à l'étranger. Les lois sur l'accompagnement des malades en fin de vie viennent s'appliquer à des malades qui ne sont pas dans cette disposition, comme en témoigne la tristement médiatique Affaire Lambert.

C'est ici que les associations pro-euthanasie en appellent au concours des pouvoirs publics, attendant de l'État non une abstention, mais une intervention dans la réalisation du droit à mourir. Cette intervention est double : elle se manifeste par l'adaptation de l'appareil législatif, et par la participation des hôpitaux publics à la mise en œuvre d'un nouveau dispositif. Cette idée, acceptée par une part importante de l'opinion, d'une collaboration des pouvoirs publics au suicide d'un homme, est en réalité une véritable révolution de nos principes et de notre droit. Au Moyen Âge, le suicidé, appelé le « désespéré », était non seulement la victime, mais avant tout le coupable d'un meurtre contre lui-même. Il était ainsi accusé de s'être « occis lui-même »<sup>3</sup>, gagné par les tentations du Mal. Son corps sans vie subissait le même châtement que tout autre meurtrier, à savoir être traîné puis pendu publiquement<sup>4</sup>. Cette ferme condamnation du suicide reposait naturellement sur des impératifs religieux. Lactance, Jean Chrysostome, saint Augustin, saint Thomas d'Aquin étaient tous fermement opposés au suicide<sup>5</sup>. Au-delà des arguments théologiques, le docteur angélique avance l'argument selon lequel l'homme ne peut se suicider, car il n'a pas de droit sur sa vie, laquelle appartient à la société. Se donner la mort est non seulement un péché, mais aussi une injustice envers la communauté humaine, car, dit-il : « *chaque homme est dans la société comme une partie dans un tout ; ce qu'il est appartient donc à la société. Par le suicide l'homme se rend donc coupable d'injustice envers la société à laquelle il appartient* »<sup>6</sup>. L'homme n'est pas libre et ne s'appartient pas, dépourvu de tout droit à disposer de son corps comme de sa vie, étant à la fois le serviteur de Dieu et du bien commun. Cette négation de la liberté individuelle permettait d'asseoir les fondements d'une morale publique, construite non sur l'individu mais sur le tout dont parle Thomas d'Aquin. À des années lumières d'une telle conception, le débat sur l'euthanasie ; propre de l'Occident ; est le résultat d'une déchristianisation, et du triomphe de l'individualisme. L'État n'est plus le garant du bien commun, mais le garant des biens individuels. L'abandon de ces interdits le plonge dans une profonde incohérence, se refusant à donner la mort à ceux qui la méritent ; les criminels ; la donnant aux innocents contraints de la demander ; les souffrants ; et même à ceux qui ne la demandent pas ; les enfants à naître. Dans ces jeux de morts induits par des intérêts particuliers contradictoires, l'État se perd, incapable de trouver une morale commune dans les méandres des caprices individuels.

Toutefois, au-delà de cette évolution spectaculaire du traitement juridique et moral du suicide, sont également en cause le rôle nouveau de la médecine et de la technique.

*Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. (serment d'Hippocrate)*

*« Était-elle le Maître suprême du Royaume de la Mort ou seulement un vassal, un simple instrument aux mains d'un Maître bien plus puissant, le Maître de la Vie ? Elle avait gagné aujourd'hui, mais sa victoire était-elle définitive ? Qui serait le vainqueur final, Elle ou la Vie ? Mais était-il vraiment certain que ma mission prît fin quand la sienne commençait ? Devais-je assister, spectateur impassible, à la dernière et inégale bataille ; à l'écart, impuissant et insensible, tandis qu'Elle accomplissait son œuvre de destruction ? Devais-je détourner mon visage de ces yeux qui imploraient mon secours longtemps après que la parole avait disparu ? Ma main devait-elle abandonner ces doigts tremblants accrochés aux miens comme ceux d'un noyé à une paille ? J'étais défait, mais non désarmé ; j'avais encore en main une arme puissante. Elle possédait son soporifique éternel,*

---

<sup>3</sup> Schmitt, Jean-Claude. « [Le suicide au Moyen Âge](#) », *Annales*, 31 (1), 1976, pp. 3 à 28.

<sup>4</sup> Gonthier, Nicole. « [À tout crime, un châtement](#) » dans *Le châtement du crime au Moyen Âge*, Presses universitaires de Rennes, 1998, pp. 111 à 172.

<sup>5</sup> Lehmkuhler, Karsten. « Le suicide dans l'histoire de la théologie : d'Augustin à Bonhoeffer » dans *Études de la mort*, n. 150, 2016, pp. 63 à 78.

<sup>6</sup> *Ibid.*

*mais j'avais aussi le mien, que m'avait confié la bienveillante Mère nature. Quand Elle était lente à donner son remède, pourquoi n'aurais-je pas donné le mien, avec son pouvoir miséricordieux de changer l'angoisse en paix et l'agonie en sommeil ? N'était-ce pas ma mission d'aider à mourir ceux que je ne pouvais aider à vivre ? »<sup>7</sup>.*

Ces mots de l'écrivain et médecin Axel Munthe, retranscrits dans Le livre de San Michele, résument la complexité de la mission du médecin face à l'agonie des hommes. Dans cette entreprise de reconnaissance d'un droit à la mort, est impliquée la relation que le médecin entretient avec le malade, et par là, l'évolution du rôle de la médecine dans nos sociétés. La médecine est définie comme étant « l'art qui enseigne les moyens de conserver la santé et de guérir les maladies », et conséquemment le médecin est « celui qui fait profession d'entretenir la santé et de guérir les maladies » (*Dictionnaire portatif de la langue française*, 1815)<sup>8</sup>. Le médecin est le praticien d'un art au service de la santé et de la guérison. Un art, et non une science exacte. Cette précision est fondamentale tant elle contredit l'image contemporaine que l'on se fait de la médecine. Platon, Aristote, Alexandre d'Aphrodise, Galien, tous rangeaient la médecine dans la catégorie des arts « stochastiques », c'est-à-dire soumis à l'aléatoire et au probable<sup>9</sup>. Le médecin n'est pas un chimiste, mais le professionnel d'un art de l'incertitude, avec pour finalité la conservation de la santé, second élément fondamental de la définition de la médecine. La conservation et la lutte pour la vie, la mise à profit d'une expérience au service de la vitalité. La mort ne peut pas, par définition, être un remède, car elle va à l'encontre même de la mission ontologique du médecin : sauver et guérir. Cette définition originelle de la médecine et du rôle de ses praticiens s'est en partie perdue à mesure que la technologie s'est imposée dans le milieu médical. La technique s'est interposée entre le médecin et son patient, devenant un tiers, et même un acteur essentiel de cette relation. Pour Canguilhem, éminent philosophe de la médecine, la technique a évacuée le malade, pris désormais comme simple cible du soin. Sa parole n'est plus le terreau sur lequel se fonde la réponse médicale, mais devient une information superflue, un commentaire du symptôme<sup>10</sup>. La maladie se substitue au patient comme sujet principal de la médecine. Dans cette relation du malade au médecin, la technique engendre la disparition de l'individualité et donc la dissolution du lien social, Karl Jaspers concluant que le médecin n'est plus le praticien d'un art, mais bien la personne qui occupe une fonction, celle d'être le relais entre le malade et la machine<sup>11</sup>. La technique déresponsabilise le médecin, ce dernier n'étant que le traducteur de données chiffrées. Cette déresponsabilisation sert l'idée que le médecin puisse assister le suicide et concourir à l'euthanasie. Il n'est pas le responsable de cette opération opposée en tout point à sa mission originelle, mais simplement le tiers sans qui tout cela serait impossible. On ne provoque pas la mort d'un comateux, on le « débranche », le médecin est un intermédiaire, la machine est seule responsable de la mort. De la même manière, le médecin ne met pas fin aux jours de son patient, mais la dose de barbituriques posée sans raison entre les mains du malade, ou injectée par inadvertance dans ce cathéter, en porte la responsabilité. Ce transfert de responsabilité du médecin vers le moyen par lequel la mort arrive ne peut satisfaire ni l'exigence éthique individuelle ni l'exigence morale de notre société. Il tient davantage du subterfuge que de la solution à un problème éthique d'envergure. C'est pourquoi Canguilhem ne reconnaît pas expressément de droit à la mort, mais un devoir de l'homme de répondre à cette demande<sup>12</sup>. L'euthanasie est en dehors du champ médical, elle appartient au domaine de la philosophie, au sein d'une relation strictement individuelle. L'euthanasie ou le suicide assisté ne peuvent donc faire l'objet d'une légalisation, car ils ne doivent pas être traduits juridiquement. Chez Canguilhem, l'euthanasie relève d'une casuistique intime et philosophique qui ne peut être visée par des normes juridiques.

---

<sup>7</sup> Munthe, Axel. *Le livre de San Michele*, Éditions du Livre, vol. 1, 1947.

<sup>8</sup> Rolland, Jean-François. *Nouveau vocabulaire ou Dictionnaire portatif de la langue française*, Rolland et Rivoire, 1809.

<sup>9</sup> Ruasse, Jean-Pierre. « [La médecine : un art ? une science ? une technique ?](#) », *La revue d'homéopathie*, 11 (1), 2020, pp. 32 à 34.

<sup>10</sup> Lefève, Céline. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale*, 82 (2), 2014, pp. 197 à 221.

<sup>11</sup> Jaspers, Karl. « Le médecin à l'âge de la technique » dans *Po&sie*, n. 116, 2006, pp. 89 à 1013.

<sup>12</sup> Lefève, Céline. « Le droit à la mort peut-il être reconnu par la médecine ? À propos du dialogue radiophonique "Le droit à la mort" entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot (1975) », *Les cahiers du centre Georges Canguilhem*, 4 (1), 2010, pp. 13 à 52.

Entre reniement de la mission du médecin et impossibilité d'une traduction juridique, le droit à la mort peine à trouver une solution viable et acceptable moralement. Toutefois, cette difficulté peut être surmontée dès lors que l'on examine la situation des malades à l'aune de leur souffrance, et non de leur mort.

*Je ne sais d'assurés, dans le chaos du sort,*

*Que deux points seulement, la souffrance et la mort. (Alfred de Vigny)<sup>13</sup>*

Jadis, dans la société médiévale chrétienne, la souffrance était un don, et la mort une étape de la vie, dans la parfaite imitation de la vie du Christ, mort sur la croix. C'était un temps où la souffrance prenait sens, où l'agonie et la mort étaient choses communes aux hommes<sup>14</sup>, à une époque où la moitié des enfants mourraient avant leur dixième année<sup>15</sup>. Cette conception religieuse se perpétua de siècle en siècle, jusque sous l'Ancien Régime où la mort s'accompagnait d'une préparation à la mort, engageant à la fois le mourant et les proches du futur défunt. La mort était naturelle, en ce sens que les hommes y étaient accoutumés. La « bonne mort » était indissociable du strict respect des rituels religieux et sociaux<sup>16</sup>. Depuis, bien de l'eau a coulé sous ces ponts funèbres, dont l'embouchure commune n'est autre que l'euthanasie, signifiant étymologiquement « la bonne mort ». Cependant, la bonne mort ne désigne jamais la mort elle-même, mais la manière d'y arriver, car il ne saurait y avoir de bonne ou de mauvaise mort, comme il ne saurait y avoir de mort digne ou de mort indigne, en ceci qu'un fait ne peut être l'objet d'un jugement. L'euthanasie, c'est-à-dire la bonne mort, prend aujourd'hui le sens d'une fin brève, furtive, qui ne laisse pas à l'agonisant le temps de se confronter à sa propre finitude. C'est pourquoi l'euthanasie, en ce qu'elle est une précipitation vers la mort, ne peut être une solution collective à la souffrance des hommes. Il n'échappe d'ailleurs à personne que nous sommes tous appelés vers cette même fin, ce que Heidegger nomme *l'Être vers la mort*, c'est-à-dire cette seule certitude connue des êtres sensibles au temps<sup>17</sup>. Rendre possible le choix d'une mort à la hâte revient à anéantir cette relation fine et complexe qu'entretient chaque individu avec sa propre fin, par là même qu'il permet à l'homme de prendre le contrôle total de sa vie en contrôlant sa mort. Dans les pays où une telle pratique existe, le mort-vivant est libre de choisir le jour et l'heure de sa sortie du monde sensible, de préparer la composition de son dernier repas, de choisir sa dernière musique, et enfin de s'arrêter minutieusement sur les derniers mots qu'il prononcera ici-bas. Pour maquiller la macabre opération, ce jour de deuil se transforme alors en jour de fête, en un ultime pot de départ pour le repos éternel.

Toutefois, l'on ne saurait s'arrêter sur le simple examen critique d'un droit, alors même que la fin de vie est au centre des attentions, paradoxe d'un monde qui ne sait plus et ne veut plus penser la mort. Dans la recherche de cette moins pire des solutions, une lumière peut se faire jour : celle de prendre au sérieux les malades sans les prendre au mot<sup>18</sup>. L'expression d'une volonté de mort ne peut et ne doit pas être entendue littéralement comme un vœu définitif d'en finir avec la vie. La volonté de mourir est une volonté doublement contrainte. Contrainte par une souffrance psychique et morale que le monde médical peine à résorber, et contrainte par le choix de vie ou de mort imposé juridiquement au malade et plus largement encore à tout homme par la voie des directives anticipées, c'est-à-dire l'expression anticipée de sa volonté au sujet de sa fin de vie<sup>19</sup>. Par glissement, le souffrant se trouve face à ce choix binaire : souffrir et faire souffrir ses proches par la prolongation de son agonie, car « Plutôt souffrir que mourir, c'est la devise des hommes » selon les mots de La Fontaine, ou écourter cette fin de vie, qui pourtant est encore la vie.

---

<sup>13</sup> *Dictionnaire de citations françaises*, Robert, 1978.

<sup>14</sup> Lunel, Alexandre. « La fin de vie d'hier à aujourd'hui : étude historique et juridique », *Les cahiers de la justice*, 7 (3), 2017, pp. 403 à 411.

<sup>15</sup> INED. *L'espérance de vie en France*, 2018.

<sup>16</sup> Lunel, Alexandre. *Ibid.*

<sup>17</sup> Gandsman, Ari, Herington, T. Elijah et Antoine Przybylak-Brouillard. « Mourir comme mode de vie : être vers la mort et phénoménologie de l'activisme du droit de mourir », *Anthropologie et sociétés*, 40 (3), 2016, pp. 59 à 84.

<sup>18</sup> Nicolas, Guylène et Anne-Claire Réglie. « Mort et droit de la santé : les limites de la volonté » dans *Les cahiers du droit de la santé*, n. 23, 2016.

<sup>19</sup> Boulanger, Augustin. « Les directives anticipées et le désir de maîtrise de sa fin de vie », *Médecine & Droit*, 146/147, 2017, pp. 136 à 140.

Pour sortir le souffrant de cette alternative pernicieuse, une politique publique de développement des soins palliatifs doit être menée. La loi du 9 juin 1999 dispose en son article L. 1er B que « *Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* »<sup>20</sup>. Longtemps considérés par le milieu médical comme une sous-catégorie de la médecine, les soins palliatifs sont le pilier d'une réponse efficace à la souffrance des malades, qu'ils soient en fin de vie, atteints d'une maladie chronique ou incurable<sup>21</sup>. La médecine retrouve son sens, en prenant le malade comme unique sujet de son attention, et concentrant toute son énergie aux soins et non plus aux traitements. S'ils permettent de soulager les douleurs physiques, les soins palliatifs se donnent aussi pour mission de soulager les douleurs psychiques. Au contraire de l'euthanasie qui ne propose au patient qu'un projet de mort, ces soins offrent un projet de vie, ou à défaut, un projet de fin de vie, car un homme qui souffre n'est pas un mort par anticipation, mais bien un vivant.

Bien que développés en France depuis 1986, les services de soins palliatifs ne sont pas suffisamment nombreux et souffrent de plusieurs carences. Avec un service pour cent mille habitants, la France se place dans la moyenne haute des pays européens, mais derrière la Pologne avec 2.2 services pour 100,000 habitants<sup>22</sup>. Au manque de moyens s'ajoute la non-professionnalisation des médecins évoluant en soins palliatifs. Si son enseignement est obligatoire pour les étudiants en médecine, le domaine des soins palliatifs n'est pas pour autant une spécialisation, mais seulement un domaine de compétences<sup>23</sup>. S'ajoute une troisième difficulté liée à l'exercice des soins palliatifs à domicile. Dans la France des années cinquante, la mort survenait majoritairement au domicile des malades. Aujourd'hui seulement un quart des français décèdent chez eux<sup>24</sup>. La médicalisation et le développement des institutions de soins, à l'origine de ce phénomène, peuvent toutefois se conjuguer avec une resocialisation de la fin de vie. Pour arriver à cette fin, une coopération public/privé est indispensable, c'est-à-dire une organisation impliquant les réseaux de soins palliatifs et les services de soins infirmiers au domicile. Le matériel médical nécessaire au milieu palliatif doit pouvoir se transporter au domicile du malade, afin d'éviter une hospitalisation d'urgence dans les dernières heures de son agonie. La fin de vie à domicile implique les personnels de soins autant que les proches aidants, empêchés dans leur vie professionnelle<sup>25</sup>. Le développement d'une exportation des soins en dehors des établissements hospitaliers nécessite donc une révision du droit social, muet sur le cas d'un proche mourant, et offrant seulement trois jours de congés au moment de son décès. Cette relocalisation du mourir participe d'une humanisation de la fin de vie. On ne meurt plus seul et loin des siens, mais chez soi, dans un environnement familial et familial.

S'il est vrai qu'une telle politique est coûteuse, dans un contexte de budget piteux pour l'hôpital public, elle est pourtant la seule alternative viable et éthique à l'euthanasie, cette « bonne mort » derrière laquelle se cache la réalité d'une mort à peu de frais. La France, résistante jusqu'alors, cédera, et rejoindra la Belgique, la Suisse, les Pays-Bas, le Luxembourg, pays où la mort se donne sur commande. Honteux de cette défaite morale présentée sous les plus beaux appareils de la dignité, l'on se réfugiera dans la littérature, consolés par ces quelques mots de Maupassant : « *Le suicide ! mais c'est la force de ceux qui n'en ont plus, c'est l'espoir de ceux qui ne croient plus, c'est le sublime courage des vaincus !* »<sup>26</sup>.

---

<sup>20</sup> Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. *Définition des soins palliatifs par la « loi de 1999 »*.

<sup>21</sup> Mino, Jean-Christophe et Marie-Odile Frattini. « *Les soins palliatifs en France : "mettre en pratiques" une politique de santé* », *Revue française des affaires sociales*, 2, 2007, pp. 137 à 156.

<sup>22</sup> Coatanea, Matthieu. *L'EAPC dévoile son nouveau guide sur les soins palliatifs en Europe*, ASP, 25 juin 2019.

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Pennec, Sophie, Gaymu, Joëlle, Riou Françoise et al. « *Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente* », *Population & Sociétés*, 524 (1), 2015, pp. 1 à 4.

<sup>25</sup> Biaudet, Julien et Tiphaine Godfroid. « Mourir chez soi, mourir avec les siens : quels effets d'une prise en charge de la fin de vie à domicile ? » dans *Enfances Familles Générations*, n. 24, 2016.

<sup>26</sup> De Maupassant, Guy. *Contes sur le suicide*, Allia, 2015.

## Bibliographie

- DESA, *Étude prospective, multicentrique et qualitative*, 2018.
- Gailly, Pierre-Antoine. *Fin de vie : la France à l'heure des choix*, Conseil économique, social et environnemental, avis rendu le 10 avril 2018.
- Bourdaire-Mignot, Camille et Tatiana Gründler. « Fin de vie : ne rien changer quand rien ne va » dans *Actualités Droits-Libertés*, 2018.
- Moser, Félix. « Euthanasie assistée ou auto-délivrance : un dialogue avec Pierre Paroz », *Études théologiques et religieuses*, 85 (4), 2010, pp. 539 à 552.
- Amphoux, Maurice et Didier Sicard. « La médecine sans le corps, une nouvelle réflexion éthique » dans *Autres Temps : cahiers d'éthique sociale et politique*, n. 78, 2003. p. 116.
- Sicard, Didier. « Entretien avec Didier Sicard », *Cliniques méditerranéennes*, 71 (1), 2005, pp. 301 à 307.
- Bataille, Joséphine. *Didier Sicard : « Certains veulent mourir, pas qu'on les tue ! »*, La Vie, 28 octobre 2014.
- Sicard, Didier. *Penser solidairement la fin de vie*, Commission de réflexion sur la fin de vie, 18 décembre 2012.
- Billier, Jean-Cassien. « Penser l'euthanasie », *Les Cahiers de la Justice*, 2010, pp. 141 à 147.
- Launay, Pauline. « Du "tabou de la mort" à l'accompagnement de fin de vie », *Anthropologie & Santé*, n. 12, 2016.
- Gusman, Alessandro, « Mourir chez soi : le cas de la médicalisation du domicile en Italie », *Ethnologie française*, 171 (3), 2018, pp. 503 à 514.
- Castra, Michel. « Transformations des conditions du mourir et nouvelles formes de socialisation à la mort », *Droit et cultures*, pp. 59 à 73.
- Deunff, Jeannine et Frédéric Jésus. « Le rôle de l'école dans la socialisation des enfants à la mort » dans *Les familles face à la mort : entre privatisation et resocialisation de la mort*, L'esprit du temps, 1998, pp. 97 à 104.
- Jacomino, Baptiste. « Le pédagogue et la mort : penser l'éducation avec Michel de Certeau », *Le Philosophoire*, n. 45, 2016, pp. 105 à 119.
- Thiolliere, Pascaline. « L'urbain et la mort : ambiances d'une relation », thèse soutenue le 13 juin 2016, Université Grenoble Alpes.
- Brague, Rémi. *Euthanasie : digne et dépendant*, FigaroVox, 6 février 2014.
- Bacqué, Marie-Frédérique. « Les deuils après euthanasie des deuils à "haut risque" pour les familles, les soignants et... la société », *Études sur la mort*, 120 (2), 2001, pp. 113 à 127.
- Mino, Jean-Christophe. « Les spécificités de la politique de développement des soins palliatifs en France » dans *Fins de vie, éthique et société*, Érès, 2016, pp. 325 à 334.