



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Révision de la loi bioéthique :
l'Ordre s'exprime sur quelques points particuliers

Réflexions sur quelques points particuliers de Bioéthique et sur la fin de vie



« Un véritable débat éthique...c'est aller vers des chemins différents de ceux que chacun avait au départ » Jean Claude Ameisen

Introduction :

En 2018, à la suite des Etats généraux de la bioéthique, le Conseil national de l'Ordre doit être prêt à répondre aux interrogations et auditions à venir sur les sujets qui concernent la médecine.

La Section Ethique et Déontologie a donc travaillé sur 4 sujets principaux :

- ✓ l'assistance médicale à la procréation (AMP)
- ✓ Les recherches sur l'embryon et les cellules souches
- ✓ Le don d'organes
- ✓ La fin de vie

Le but de la révision de la loi relative à la bioéthique est de permettre de répondre à des problèmes anciens, ou nouveaux, qui relèvent du domaine médical mais aussi et surtout du domaine sociétal.

La question qui habite le corps médical est celle de savoir s'il faut toujours répondre positivement aux sollicitations et aux volontés de la société au seul motif que la médecine le permet ? A plus forte raison s'il s'agit de convenances ou de choix personnels et non d'états pathologiques dont la cause est connue et le remède applicable.

Autant les problèmes relatifs à l'assistance médicale à la procréation, à la recherche sur l'embryon et les cellules souches, aux prélèvements de tissus et d'organes font bien partie du domaine de la loi relative à la bioéthique, autant celui de la fin de vie, s'il devait être ajouté s'inscrit dans un autre débat sociétal et éthique auquel l'Ordre entend être associé.

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

I) En pratique

Définition de l'AMP : ensemble de techniques ou pratiques cliniques et biologiques, destinées à répondre à la demande d'un couple homme-femme qu'une pathologie médicalement constatée empêche de procréer naturellement (conception in vitro, conservation des gamètes, transferts d'embryons et insémination artificielle etc.).

Le législateur en 2011 a réaffirmé le caractère médical de l'AMP.

Aujourd'hui, pour bénéficier de l'AMP le couple doit se trouver dans l'une des situations suivantes :

- infertilité pathologique du couple médicalement diagnostiquée ;
- un risque de transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité ;
- le risque de transmission à l'un des membres du couple, lors de la conception d'une maladie d'une particulière gravité ou virale telle que le VIH, hépatites B et C.

L'avis n°126 sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) rendu le 15 juin 2017 par le CCNE traite de:

- L'autoconservation ovocytaire
- La demande d'AMP de couples de femmes ou de femmes seules
- La demande de GPA

Conditions de mise en œuvre actuelle de l'AMP:

- Interdiction du « double don » de gamètes
- Les deux membres du couple doivent être vivants, interdiction de l'AMP post mortem
- Limite dans l'âge de procréation
- Couple composé d'un homme et d'une femme
- Anonymat et gratuité du don
- Diagnostic préimplantatoire (DPI) utilisé à titre exceptionnel

La question aujourd'hui est de savoir si, face à la technique actuellement maîtrisée, et le cadre juridique déjà posé, une réponse peut être apportée à la demande sociétale afin de permettre:

- l'autoconservation des gamètes pour convenances personnelles,
- l'AMP aux femmes seules et aux couples de femmes homosexuelles.

Il s'agit essentiellement d'une demande sociétale.

II) Demande sociétale conditionnées par le progrès scientifique

La demande sociétale concerne l'autoconservation des gamètes sans indication médicale en vue d'une utilisation ultérieure et l'élargissement de l'AMP aux femmes seules et aux femmes homosexuelles en couple. C'est le progrès de la médecine qui a permis d'engendrer de telles demandes.

A propos de l'autoconservation des gamètes :

La demande porte sur l'autoconservation de gamètes en l'absence d'indication médicale. Cette question a donné lieu à des avis divergents de l'Académie de Médecine et du CCNE.

A propos de l'AMP :

Dans la communauté médicale, certains s'opposent à l'ouverture de l'AMP sans indication médicale. D'autres médecins veulent pouvoir répondre à cette demande sociétale (de nombreux médecins se sont déclarés favorables à de telles évolutions, certains ont déjà signé un manifeste en faveur de l'AMP). Dans un avis de juin 2017¹, l'Agence de biomédecine se dit favorable à une limite de l'âge pour procréer, 43-45 ans pour la femme et 60 ans pour l'homme.

Les avis concernant l'élargissement de l'AMP sont donc partagés au sein de la communauté médicale. Le CCNE y est favorable (à une faible majorité) sous conditions d'acceptabilité et de faisabilité. Les CECOS sont favorables à l'AMP pour les couples de femmes homosexuelles et plus réservés pour les femmes seules.

Les Agences et sociétés savantes ne sont donc pas, dans leur majorité, opposées à l'élargissement, sous conditions, de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules. L'Agence de Biomédecine, soulignant l'incohérence des procédures actuelles, s'interroge aussi sur le refus du double don de gamètes, alors que le don d'embryon surnuméraire est possible en cas de FIV à condition que le projet parental n'ait pas abouti.

Enfin, le Conseil national de l'Ordre rappelle les risques en termes de qualité, d'efficacité et de sécurité des pratiques « d'auto- insémination » en dehors de tout contexte médical (par exemple en ayant recours à des-paillettes de spermatozoïdes achetées sur internet).

Réflexions :

Outre l'impossibilité de procréer pour raison médicale (infertilité, transmission d'une maladie grave) le fait de ne pas procréer peut résulter de convenances ou orientations ne relevant pas d'une pathologie.

Concernant l'autoconservation des gamètes :

Le rôle du médecin est assurément celui d'un devoir d'écoute des patients et d'information sur les risques liés à la technique d'AMP. Des incidents peuvent survenir du fait des traitements administrés et des gestes réalisés (ponction ovarienne, anesthésie...). Par ailleurs, les médecins doivent prévenir les désillusions et éclairer sur le pourcentage aléatoire de réussite de grossesse en fonction de l'âge de prélèvement et de celui auquel il sera utilisé.

Il semble que le rôle du Conseil national de l'Ordre s'arrête là face aux désirs de la société en tenant compte de l'autonomie de la personne et de ses choix.

¹ Avis du Conseil d'Orientation de l'Agence de la Biomédecine du 8 juin 2017 ;

Concernant l'AMP :

Dans la mission qui lui incombe, et quel que soit le problème, le médecin ne peut rester sourd à la souffrance d'autrui. Il ne lui appartient pas de décider si oui, ou non, chacun a le « droit » à avoir un enfant, avec ou sans père et que pour ce faire tous les moyens techniques possibles doivent être mis en œuvre.

Dans cette hypothèse d'élargissement de la loi, nombreuses sont les questions éthiques qui en découlent.

Sur la question du « **droit à l'enfant** », on doit plutôt parler du droit d'accès à l'AMP : En dehors de l'aspect technique de toute AMP, il ne s'agit pas d'un problème médical et nul ne sait finalement si l'épanouissement de l'enfant est différent en fonction du couple qui l'élève. Des statistiques rapportées, il paraît difficile de faire la part des choses entre les « pour » et les « contre ».

Sur la question des **droits de l'enfant** une fois mis au monde : Qu'en est-il de l'intérêt supérieur de l'enfant maintes fois rapporté dans les travaux ? Comment d'ailleurs se projeter dans le pronostic incertain du devenir de l'enfant qui peut d'ailleurs dépendre de nombreux autres facteurs ? Qu'en sera-t-il de ses relations futures avec son environnement familial, ses origines ?

Les questions sont nombreuses, ainsi, au sujet de **l'appariement des gamètes**, lorsqu'une femme seule souhaitera concevoir ?

On peut se demander comment le choix se fera lorsque la demande sera celle d'une femme seule. Faudra-t-il apparier avec ses seules caractéristiques personnelles ? En cas de pénurie de gamètes, devra-t-on choisir des **priorités** entre la demande d'une femme seule, d'un couple de femmes, d'un couple homme femme infertile ? Des critères seraient donc à définir. Et si la loi est élargie, les dons suffiront-ils à satisfaire toutes les demandes ? Et comment les hiérarchiser ?

Et la liste des questions ne s'arrête pas là ! Et que penser d'une personne transgenre à qui on refuserait de conserver ses gamètes avant intervention de réassignation sexuelle pour les utiliser ensuite dans le cadre d'une AMP...alors qu'en cas d'infertilité d'un des membres du couple on autoriserait une AMP avec tiers donneur ?

Dans le même ordre d'idée, pourra-t-on éternellement s'opposer à l'accès aux origines d'une personne conçue à partir d'un **don anonyme** ? Les avis sont très partagés. Pour celles d'entre elles qui avancent le souhait de pouvoir construire leur identité personnelle, doit-on persister dans la même attitude ? Encore que les associations ne sollicitent pas l'anonymat proprement dit mais le seul accès aux origines si les deux parties en sont d'accord et après la majorité de l'intéressé dans le cadre d'une loi prévoyant un médiateur susceptible de réunir les deux bouts de la chaîne. Comment ne pas entendre ceux qui en souffrent ? Comment ne pas s'interroger sur les pathologies qui s'exprimeraient plus tard aux dépens de l'individu qui méconnaît ses origines ? Faut-il des registres spécifiques ? Doit-on refuser la possibilité à une personne de connaître son géniteur si celui-ci y consent ? Et cette éventuelle nouvelle possibilité entraînerait-elle une diminution des dons ? Et les receveurs, souhaitent-ils que le géniteur puisse être identifié ? La transmission de données non identifiantes ne pourrait-elle suffire ? Et si la loi changeait, elle ne pourrait s'appliquer que pour les dons postérieurs à la loi...En effet, les donneurs doivent savoir ce qu'il sera fait de leurs gamètes.

Concernant la **gratuité du don**, valeur essentielle respectée jusque-là, faut-il la remettre en cause ? Doit-on rémunérer le don ? Ne risquerait-on pas alors de créer des marchés parallèles ? Doit-on simplement indemniser afin de ne pas pénaliser le donneur au point de le décourager dans son entreprise altruiste ?

Dans les procédures actuelles, on peut soulever certaines incohérences. On ne comprend pas pourquoi le double don de gamètes est interdit alors que l'accueil d'embryon appartenant à un autre couple ne l'est pas ? Si la loi évoluait, pourquoi refuserait-on à une femme veuve, et donc femme seule, l'utilisation des spermatozoïdes du conjoint défunt et que l'on accepterait l'utilisation de spermatozoïdes provenant d'un tiers donneur ? Idem pour les embryons conservés ante mortem. Il s'agit néanmoins de situations très exceptionnelles.²

Une évolution de la loi vers l'AMP hors indication médicale permettrait aussi d'éviter les « **méthodes artisanales** », avec des gamètes obtenus sur Internet ou autre moyen ambulatoire susceptibles de véhiculer des pathologies méconnues.

Vis-à-vis des techniques d'AMP comme le diagnostic préimplantatoire (qui est une sélection) ou la thérapie génomique (qui relève du soin), le Conseil national de l'Ordre s'interroge sur une possible dérive eugéniste. Se pose en effet la question de savoir s'il est préférable de pratiquer un diagnostic préimplantatoire sélectif, qui est une forme d'eugénisme, plutôt que d'utiliser la thérapie génomique pour réparer une anomalie ? Quelle serait la solution la plus fiable quant au résultat recherché ? Sélectionner préalablement ou réparer ensuite ? Mais ne risque-t-on pas un jour de vouloir aller plus loin dans les manipulations du génome ou dans la sélection d'un individu ?

Le Conseil national de l'Ordre estime que doit être préservée une absolue liberté du médecin de s'engager ou pas dans la prise en charge et le suivi de l'AMP en fonction des situations relevant d'une pathologie (infertilité ou risque de transmission d'une maladie grave) ou celle liée à des choix personnels. La liberté de conscience du médecin doit être garantie et le médecin ne peut en aucun cas exercer sous la pression. Il ne peut non plus, déontologiquement, abandonner la personne à son sort.

Dans l'optique de proposition d'élargissement des indications de l'AMP aux femmes seules ou aux couples de femmes homosexuelles une clause de conscience devrait donc être introduite explicitement dans la loi. Quoi qu'il en soit, ces prises en charge relèvent d'une spécialisation poussée et ne peuvent être réalisées que par des équipes parfaitement compétentes et parfaitement entraînées à ces techniques.

A propos du remboursement de l'AMP, le Conseil national de l'Ordre s'interroge sur les inégalités, qu'elles soient géographiques (loin des frontières) ou pécuniaires (faute de moyens), ou parfois les deux. Se poserait alors certainement la question de savoir si la prise en charge matérielle doit se faire, ou pas, au titre de la solidarité nationale ?

² Selon le Dr Andrée PARRENIN qui a recensé les pratiques des pays européens en matière d'AMP, l'AMP post mortem est interdite en France, tout comme dans 11 autres pays d'Europe. Néanmoins, le Conseil d'Etat en 2016 a ordonné qu'il soit procédé à l'exportation vers l'Espagne de gamètes du mari défunt de la requérante afin qu'elle puisse procéder dans ce pays à une insémination post-mortem. La situation de la patiente résultait de la maladie et de la brutale détérioration de l'état de santé de son mari, ce qui avait empêché les époux de mener à bien leur projet durablement réfléchi d'avoir un enfant et, notamment, de procéder à un autre dépôt de gamètes en Espagne, pays autorisant l'insémination post-mortem.²

On ne peut non plus ignorer que les demandes refusées en France, car non conformes à la loi actuelle, peuvent être **satisfaites dans les pays européens voisins** (Espagne, Belgique, Royaume Uni, Danemark). Dans ces circonstances, les conditions de ressources créent aussi une certaine inégalité d'accès.

Concernant la GPA :

Si la GPA fait partie de l'AMP, elle n'est pas à l'ordre du jour.

Selon certains spécialistes, certaines situations pourraient justifier une GPA. Non pas une GPA dite de confort, mais une GPA dite éthique soumise à un Comité pluridisciplinaire.

Si un avis devait être rendu, le Conseil national de l'Ordre pense qu'il serait souhaitable, a priori, de s'opposer à la généralisation ou la multiplication de GPA en vertu des principes fondamentaux de dignité et de respect de la personne humaine face aux risques de la marchandisation du corps humain et des dérives possibles.

En définitive, face à la législation en vigueur, il faut respecter deux libertés: celle du médecin avec sa « clause de conscience » et celle de la personne qui dispose de son autonomie.

Si la loi évolue il paraît indispensable d'envisager un article spécifique, article qui introduirait la liberté de conscience du médecin face à une demande d'AMP et des circonstances dans lesquelles elle est formulée.

Le Conseil national de l'Ordre rappelle qu'en toute circonstance, le médecin doit écouter la souffrance, comprendre, expliquer, informer, accompagner et faire respecter la sécurité du patient ; il s'agit là des missions principales du médecin en matière d'AMP tout comme dans son exercice au quotidien.

RECHERCHE SUR L'EMBRYON ET SUR LES CELLULES SOUCHES

I) En pratique

Définition :

* les cellules souches embryonnaires (cf. agence de biomédecine), « sont au sens strict les cellules souches présentes chez l'embryon mais on désigne ainsi, dans l'usage courant, les lignées de cellules obtenues à partir de la masse interne du blastocyste (stade précis du développement embryonnaire (5-6 jours)). »

* Statut particulier de l'embryon /statut juridique ad hoc : aucune des lois n'a donné de qualification juridique de manière expresse à l'embryon. Tandis que le Comité national d'éthique qualifie l'embryon de « *personne humaine potentielle [...] dont le respect s'impose à tous* »³, la Cour de Justice de l'Union européenne, quant à elle, retient une définition extensive de l'embryon humain en reconnaissant cette qualification à tout ovule humain même non fécondé à condition qu'il ait la capacité de se développer en « un être humain » à partir de l'implantation du noyau d'une cellule humaine mature.⁴ Actuellement, l'embryon ne peut pas avoir de personnalité juridique.

Chronologie :

La recherche sur l'embryon et sur les cellules souches hématopoïétiques après avoir été interdite en 1994, puis strictement limitée dans le cadre de dérogations en 2004, a finalement été soumise à autorisation « encadrée » par l'Agence de la biomédecine en 2013.

La recherche sur l'embryon est désormais possible à titre exceptionnel, pour les embryons conçus dans le cadre d'une AMP qui ne font plus l'objet d'un « projet parental » lorsque les membres du couple candidats à l'AMP y consentent et dès lors que les études ne portent pas atteinte à l'embryon. La loi précisait en 2011 que les recherches sont autorisées lorsqu'elles sont « *susceptibles de permettre des progrès médicaux majeurs* ».

Principes et conditions encadrant la pratique actuelle :

- Consentement du couple (ou du survivant) donneur après délai de réflexion de 3 mois,
- Interdiction stricte du clonage (à des fins thérapeutiques, de reproduction, de recherches, ou industrielles ou commerciales) ;
- Interdiction de créer des embryons transgéniques ou chimériques ;
- Interdiction de la conception d'embryons à des fins de recherche ;
- Autorisation délivrée par l'Agence de biomédecine pour tout organisme qui assure la conservation des cellules souches embryonnaires ;
- Vide juridique actuel : pas de limite de durée pour la culture in vitro d'embryons dans le cadre d'un protocole de recherche (consensus international quatorze jours)

De nombreux chercheurs estiment aujourd'hui que la France est à la traîne et qu'il faut supprimer certaines contraintes, en particulier administratives. De nouvelles avancées seront donc très probablement réclamées dans le but de mieux prendre en charge certaines affections médicales.

³ CCNE, 22 mai 1984, avis n° 1 *Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons et de fœtus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques* ;

⁴ CJUE 18 oct. 2011, Olivier Brüstle c/ Greenpeace, [aff. C-34/10](#), § 36 ;

II) Demandes sociétales conditionnées par le progrès scientifique

La demande sociétale est moins présente que, par exemple, en matière d'AMP ; la société ne semble pas ressentir le besoin de recherche sur les embryons et sur la possibilité de l'utilisation des cellules souches. Il s'agit là d'un domaine éminemment technique.

En matière de recherches sur l'embryon et d'utilisation des cellules souches hématopoïétiques, les scientifiques estiment qu'il existe un retard en France de peut-être cinq ans par rapport aux autres pays qui ont déjà déposé des brevets.

A partir d'un rapport commun de l'Académie nationale de médecine et l'Académie des technologies⁵, les auteurs de la communication « *Cellules souches : les solutions des Académies de médecine et des technologies pour accélérer l'industrialisation* » estiment que dix produits à base de cellules souches sont commercialisés, mais aucun en France et, disent-ils, « *...la situation dans d'autres pays souligne notre retard* ». Ils estiment aussi que les preuves des thérapeutiques à base de cellules souches sont bien présentes mais qu'il existe des freins à l'industrialisation de ces thérapeutiques. Et ils rajoutent « *La France est confrontée à des problématiques légales qui demandent un temps considérable pour parvenir à la mise sur le marché d'un traitement* ».

La demande scientifique consisterait donc surtout en un assouplissement de la réglementation encadrant les cellules souches. Dans le rapport des Académies précédemment citées il est demandé aux pouvoirs publics, face au retard de la France en la matière, d'assouplir les procédures conduisant à la production de médicaments de thérapie innovante (MTI) à base de cellules souches et un meilleur accompagnement des start-up. Le rapport propose « *d'ouvrir aux MTI la réglementation des ATU⁶* ». Cette réglementation dépend de nombreuses instances. Elle semble indispensable pour éviter toute dérive. Certains scientifiques ne souhaitent pas aller au-delà des limites légales existantes.

III) Réflexions

Les questions éthiques sont bien présentes. Pour certains, l'embryon reste un être humain et, pour eux, les cellules souches embryonnaires, tout comme l'embryon, ne peuvent être considérées comme un simple « matériel ».

D'autres voudraient « cultiver » les embryons jusqu'à l'apparition de la crête neurale... Selon l'Agence de la biomédecine⁷, techniquement, la conservation des embryons n'est pas limitée dans le temps.

Et, selon d'autres pourquoi ne pas se satisfaire des cellules souches adultes qui peuvent être reprogrammées en fonction de la finalité recherchée ?

La question est de savoir si on doit considérer les embryons et les cellules souches comme des vies potentielles (position évoquée par le CCNE). Dans l'affirmative, il paraîtrait inconcevable de faire de la recherche à finalité thérapeutique génétique. Et peut-on

⁵ Académie Nationale de Médecine et Académie des technologies, *Le passage à l'échelle industrielle de la production de cellules souches à usage thérapeutique, Rapport de 2018* ;

⁶ ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

⁷ Selon la brochure de l'Agence de la biomédecine en 2012 relatif à l'AMP et à la conservation des embryons, pour le projet d'enfant, il est préférable de ne pas attendre trop longtemps pour programmer le transfert des embryons ;

considérer que le fait que le législateur autorise la destruction des embryons surnuméraires revient à considérer que l'embryon n'est pas reconnu comme une personne humaine par la loi ?

Doit-on distinguer ou assimiler l'embryon et les cellules souches embryonnaires dans le cadre des recherches possibles ?

Entre un embryon de sept jours ou celui de quatorze jours, existe-t-il une différence sur le plan de la vie ? On peut aussi se questionner quant à la légitimité de la recherche ?⁸ : La loi actuelle impose le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, et cela ne concerne que l'**embryon in utero**⁹.

Mais, en s'opposant à la recherche sur l'embryon ne priverait-t-on pas les patients d'une évolution potentiellement favorable concernant leur maladie ? Les cellules souches deviendront peut-être demain le remède à des anomalies conduisant à des pathologies connues.

A propos de la législation en vigueur, l'article L. 2151-7-1 du code de la santé publique, issu de la loi du 7 juillet 2011¹⁰ précise : « *Aucun chercheur, aucun ingénieur, technicien ou auxiliaire de recherche quel qu'il soit, aucun médecin ou auxiliaire médical n'est tenu de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons humains ou sur des cellules souches embryonnaires autorisées en application de l'article L2151-5* ».

En définitive, la recherche aura lieu, quoi qu'il en soit, ne serait-ce qu'à travers l'évolution probable de la loi française actuelle, et dans d'autres pays européens. Elle doit alors être nécessairement encadrée par le droit et l'éthique médicale, notamment au nom du respect de l'embryon.

Le Conseil national de l'Ordre estime que, dans l'hypothèse où les conditions relatives aux recherches sur l'embryon et les cellules souches tendraient à s'élargir, l'article L2151-7-1 du code de la santé publique, qui s'apparente à une clause de conscience, devrait être maintenu ou reconduit.

⁸ L'article 16 du Code civil :

« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. »

⁹ Cons. const. 27 juill. 1994, n° 94-343/344 DC) ;

¹⁰ Article L 2151-7-1 du code de la santé publique : « *Aucun chercheur, aucun ingénieur, technicien ou auxiliaire de recherche quel qu'il soit, aucun médecin ou auxiliaire médical n'est tenu de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons humains ou sur des cellules souches embryonnaires autorisées en application de l'article L. 2151-5.* »

PRELEVEMENT ET GREFFE D'ORGANES, TISSUS, CELLULES

I) En pratique

En 2016, 23 534 malades étaient en attente de greffe d'organes. 5891 greffes ont été réalisées, tandis que 552 personnes en attente d'un organe sont décédées.

Précédées par la loi dite «Caillavet » en 1976 qui posait la règle du consentement présumé aux prélèvements post-mortem, la loi relative à la bioéthique fixe les principes généraux applicables aux prélèvements et aux greffes :

- consentement ;
- gratuité ;
- respect de l'anonymat, sous réserve du don consenti entre apparentés ;
- équité dans la répartition et l'attribution des greffons.

Le prélèvement sur une personne décédée

Le prélèvement d'organes, de tissus ou cellules sur une personne dont la mort a été constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Le principe du consentement présumé a été renforcé par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016¹¹.

Le refus du prélèvement peut être exprimé par tout moyen et est révocable à tout moment. A titre principal, il l'est par l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement dont le fonctionnement et la gestion sont assurés par l'Agence de la biomédecine. Le refus de prélèvement d'organes peut être également exprimé par d'autres moyens (écrit, dossier médical, dossier médical partagé, personne de confiance...) et peut porter sur l'ensemble des organes et tissus ou certains d'entre eux.

En l'absence d'expression connue du refus, l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement informe les proches sur la nature, la finalité et les modalités des prélèvements et recueille l'éventuelle expression d'une opposition du défunt manifestée de son vivant, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministère chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine.

Le prélèvement sur une personne vivante

Le prélèvement sous-entend le don d'organes ou de tissus. Il ne peut être effectué que dans l'intérêt thérapeutique direct du receveur. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère. Par dérogation, la possibilité de faire un don d'organe est ouverte au cercle élargi des personnes majeures, « apparentées » au receveur (père, mère, fils, fille, frère ou sœur, conjoint...) ainsi qu'à toute personne apportant la preuve d'une vie commune ou d'un lien affectif étroit et stable avec le receveur d'au moins deux ans.

Le recours au don croisé d'organes qui permet de remédier à une incompatibilité entre un malade et un donneur appartenant à une même famille en trouvant une autre paire donneur-receveur d'une autre famille qui bénéficiera elle aussi de l'échange est admis.

¹¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Les prélèvements d'organes sont interdits chez les personnes majeures protégées ou les mineurs. Par dérogation à cette règle, un prélèvement de moelle osseuse, assimilée à un organe, peut être effectué sur un mineur au bénéfice de son frère ou de sa sœur, de sa cousine ou son cousin germain, de son oncle ou de sa tante, de sa nièce ou de son neveu. Le refus du mineur fait obstacle au prélèvement.

Le donneur exprime son consentement devant le président du Tribunal de grande instance, ou le magistrat désigné par lui, après avoir été informé par le comité d'experts sur les risques et les conséquences d'un tel prélèvement. Le magistrat s'assure que le consentement est libre et éclairé.

L'autorisation du comité d'experts est obligatoire pour les donneurs admis à titre dérogatoire (cercle élargi) et facultative, sur décision du magistrat qui recueille le consentement, pour les donneurs admis par principe (le père et la mère du receveur).

Le principe de neutralité financière et gratuité

En matière de dons, le principe est la neutralité financière. Il ne doit y avoir aucun coût pour le donneur. Le principe de neutralité financière est corrélé au principe de gratuité du don.

II) Demandes sociétales conditionnées par la pénurie de dons

Il y a une demande sociétale, principalement des associations, afin d'obtenir une utilisation plus large des greffons disponibles. Les dons relèvent d'une dimension volontaire, tandis que les prélèvements sont présumés consentis par le donneur sauf opposition de la personne dument exprimée dans le registre des refus, ou consignée dans le DMP, voire ailleurs.

La demande scientifique se traduit dans les recommandations de l'Agence de la Biomédecine. L'objectif de la campagne de l'Agence de la Biomédecine est l'augmentation du nombre de donneurs. Sont particulièrement ciblés par ces informations, les adolescents.

C'est le rôle de la consultation de prévention et d'information que de renseigner sur la possibilité de faire don de ses organes en cas de décès et de participer ainsi à l'augmentation des prélèvements indispensables et susceptibles de répondre aux nombreuses demandes.

L'inscription dans les directives anticipées et dans le DMP est déjà prévue, notamment aux articles L. 1111-11¹² et L.1111-15¹³ du code de la santé publique. Il s'agit de promouvoir l'information de ces possibilités.

La demande sociétale consiste en une application stricte du texte, autrement dit, en dehors du cas où la personne est inscrite sur le registre des refus de dons, toute personne est présumée donneur. Or, ce n'est pas systématiquement appliqué. Dès qu'il y a opposition de la famille, les organes ne sont pas prélevés. L'application stricte du décret devrait permettre de simplifier les procédures.

¹² *Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. (...)*

¹³ *Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus (...).*

III) Réflexions

Lorsque l'on considère le nombre de patients en attente d'une greffe, ceux qui vont mourir faute de greffons et le nombre d'organes qui auraient pu sauver des vies, on ne peut rester insensible à la demande de voir mieux appliquées les règles établies.

La catégorie III de Maastricht¹⁴ prévoit le prélèvement d'organes sur des personnes décédées après une limitation ou l'arrêt de traitement, ce qui soulève le problème de l'indépendance entre les médecins traitants et les médecins préleveurs. Les deux professionnels de santé sont en effet le plus souvent dans la même structure hospitalière. Maastricht III s'applique dans les établissements de santé.

Alors que le don d'organes ou de tissus était initialement prévu pour les personnes décédées, cela est désormais ouvert aux donneurs vivants depuis la loi de bioéthique de 1994¹⁵.

Le régime de consentement au don est régi, depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, par le principe du consentement présumé.

Un registre des dons eût été préférable au registre des refus. Il est en effet plus gratifiant de donner librement que de s'y opposer expressément.

La problématique qui avait été soulevée par le Conseil national de l'Ordre était que devant une opposition persistante de la famille, malgré les informations délivrées avec tact par l'équipe de préleveurs, il n'était pas humainement possible dans ces cas de procéder au prélèvement.

Un décret prévoit désormais qu'en cas d'opposition de la famille après décès, après avoir reçu toute information nécessaire, la personne signataire (personne de confiance, famille ou proche) doit formaliser par écrit les circonstances dans lesquelles la personne aurait manifesté son souhait de ne pas être prélevée.

Il existe de vrais débats pour la prise en charge du donneur vivant. Certaines associations proposent de rémunérer le don d'organes. Au moment du don, il existe pour le donneur vivant des contraintes et des pénalisations. Du fait de ce don, X années plus tard, il peut exister une perte de chance sociale/professionnelle ou de santé liée directement à l'intervention subie et/ou à l'ablation de son organe.

Le Conseil national de l'Ordre, estime qu'il serait préférable de renoncer à la rémunération ou à l'indemnisation symbolique du don tout en laissant la possibilité du défraiement des frais liés au don d'organes. Toute rémunération spécifique serait susceptible de créer une marchandisation contraire aux principes jusque-là respectés.

Concernant l'anonymat du don, le Conseil national de l'Ordre ne remet pas en cause le principe qui reste un principe fondateur en matière de dons et prélèvements d'organes. Pourrait se poser la question de cet anonymat du donneur lorsqu'il s'agit d'une greffe de visage en général largement médiatisée.

Supprimer l'exigence de lien familial ou affectif pour le don du vivant, permettrait d'augmenter le nombre de dons, mais le revers est de dériver vers la commercialisation.

¹⁴ Protocole : Prélèvement d'organes Maastricht III - DGMS/DPGOT - Version n°6-Mai 2016 ;

¹⁵ Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal ;

Selon la loi, il s'agit soit de l'existence d'une communauté de vie de deux ans (personnes vivant en couple), soit de la preuve d'un lien affectif étroit et stable.

Définir un véritable statut du donneur vivant pour prévoir les risques et impacts immédiats et tardifs serait sans doute une solution pour permettre une augmentation du nombre de donneurs.

En définitive, la priorité en matière de dons est à l'information. Celle-ci, bien diffusée, permettrait sans doute d'augmenter les dons. Le médecin traitant a toute sa place dans cette mission.

Une simplification des procédures, une meilleure protection du donneur d'organes vivant, par l'établissement d'un statut juridique précis du donneur vivant, permettrait probablement l'augmentation du nombre de donneurs. En conservant les principes d'anonymat et de gratuité, le défraiement serait à préciser. Il ne serait pas normal qu'un donneur vivant puisse subir un préjudice pécuniaire lié à un geste éminemment altruiste.

Le Conseil national de l'Ordre préconise de parler préférentiellement du don d'organes plutôt que du prélèvement.

FIN DE VIE

I) En pratique

Définition :

Le Ministre des Solidarités et de la Santé déclare : « La « fin de vie » désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/ maladie grave et incurable. Pour le corps médical, à ce stade, l'objectif n'est pas de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin la qualité de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable ».¹⁶

Chronologie :

La loi Léonetti de 2005¹⁷, dispose que les actes de prévention, d'investigation, ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une "obstination déraisonnable". Elle rappelle le droit au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs. Cette loi a introduit la personne de confiance et les directives anticipées.

La loi Claeys-Léonetti de 2016¹⁸ tend à développer les soins palliatifs et inclut dans la notion de traitement, la nutrition et l'hydratation artificielles. Elle rappelle le droit au refus d'un traitement et de respect de la volonté. Elle renforce le rôle de la personne de confiance et des directives anticipées. Dans certaines situations, elle permet le recours à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Principes et conditions encadrant la pratique actuelle :

- Droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ;
- Interdiction de l'obstination déraisonnable et possibilité de suspendre ou ne pas entreprendre les actes apparaissant inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, à l'issue d'une procédure collégiale ;
- Droit de demander l'arrêt des traitements ou de les refuser ;
- En phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable avec pronostic vital engagé à court terme, droit de demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès après procédure collégiale destinée à vérifier la réunion des conditions prévues par la loi ;
- Droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager la souffrance ;
- Droit pour toute personne majeure de désigner une personne de confiance qui sera consultée sur sa volonté antérieurement exprimée, au cas où elle-même serait hors d'état de l'exprimer ;
- Droit pour toute personne majeure de rédiger des directives anticipées concernant sa fin de vie qui sont contraignantes et s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale ou de directives manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient ;
- Le droit, en toutes circonstances, de bénéficier de soins palliatifs.

¹⁶ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>

¹⁷ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

¹⁸ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

II) Demandes sociétales

L'euthanasie et le suicide assisté sont des demandes sociétales. Les arguments avancés sont l'autodétermination garantie par les droits et libertés fondamentales.

Mais il ne faut pas seulement considérer les demandes consistant à obtenir du législateur la dépénalisation ou la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté. Nombreuses sont les personnes qui souhaitent que tout soit fait pour soulager leurs douleurs et se voir accompagner dignement jusqu'à leur dernier souffle. Elles ne réclament pas la mort. Elles veulent l'attendre sereinement à travers la confiance qu'elles accordent à leurs soignants et aux moyens dont ils disposent. Ce refus du « mal mourir », aussi bien à domicile qu'en établissement nécessite des moyens matériels et humains.

III) Réflexions

Deux ans après la promulgation de la loi, un an et demi après les décrets, deux mois après les recommandations de l'HAS en matière de sédation profonde et continue jusqu'au décès, est-il souhaitable de revenir sur ces dispositions alors que la loi est insuffisamment connue du public et parfois insuffisamment appliquée par les médecins ?

Le Conseil national de l'Ordre a conscience du désir légitime des patients de mourir à domicile, d'y être soulagés de leurs douleurs. Sur le plan éthique, il s'interroge sur la liberté individuelle du choix de leur mort.

L'euthanasie et le suicide assisté n'ont pas le caractère d'une décision médicale. Le médecin doit s'engager à tout faire pour soulager la souffrance de son patient ; le médecin ne doit pas endosser ce double rôle à la fois de soignant et de prescripteur de mort.

Il est du rôle du médecin d'accompagner le patient jusqu'à ses derniers moments.

En définitive, plusieurs projets de loi en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté pratiqués par les médecins ont été déposés.

Le devoir du médecin est de soigner, soulager, accompagner.

Le Conseil national de l'Ordre réitère donc sa position selon laquelle la décision d'euthanasie ou de suicide assisté sont des actes qui ne concernent ni les médecins, ni les soignants.

Il s'agit essentiellement d'un problème sociétal.

Ce n'est pas le rôle du médecin de provoquer délibérément la mort. Les principes rappelés à l'article R4127-38 doivent être maintenus.

Conclusion générale

Certains sujets restent hors de la compétence directe du Conseil national de l'Ordre et relèvent essentiellement du débat sociétal. Mais les médecins ne peuvent se résoudre à n'être que des techniciens au service de la société.

Quoi qu'il en soit, en cas d'évolution de la législation sous la pression sociétale, en matière d'AMP, de recherches, de dons d'organes, de fin de vie, le rôle du Conseil national de l'Ordre sera toujours de rappeler les principes déontologiques : respect de la personne et de sa dignité, information, consentement, accompagnement, refus de provoquer délibérément la mort, en s'appuyant sur les principes éthiques: respect de l'autonomie, principe de bienfaisance, non malfaisance, équité et justice.

En ce qui concerne la fin de vie, la Loi Claeys-Léonetti paraît mériter encore une large information. Continuons avec opiniâtreté de diffuser les moyens qui permettent de prendre en charge dignement les patients, de les soulager de leurs douleurs et, sans oublier leurs proches, de les accompagner jusqu'au bout sans pour autant céder à la demande de provoquer délibérément la mort.

D'ailleurs, même les partisans de l'euthanasie et du suicide assisté reconnaissent dans leurs projets respectifs le droit pour le médecin de se récuser.

Ceux qui veulent aller encore plus loin dans la libéralisation des pratiques argumentent en s'appuyant sur les lois et les règlements plus permissifs dans d'autres pays. Mais alors, pourquoi le Conseil national de l'Ordre et/ou la France seraient-ils tenus de s'aligner sur les moins-disant en matière d'éthique ?

ANNEXES.....

+ Textes et références sur l'AMP

- Code de la santé publique :

Partie législative

Deuxième partie : Santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte

Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

Titre IV : Assistance médicale à la procréation

Chapitre Ier : Dispositions générales. (Articles L2141-1 à L2141-12)

Chapitre II : Conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements de santé, des laboratoires de biologie médicale et des autres organismes

(Articles L2142-1 à L2142-4)

Partie réglementaire

Chapitre Ier : Dispositions générales

Section 1 : Procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation (Articles R2141-1 à R2141-9)

Section 2 : Accueil de l'embryon. (Articles R2141-2 à R2141-13)

Section 3 : Autorisation de déplacements transfrontaliers d'embryons (Articles R2141-14 à R2141-16)

Section 4 : Devenir des gamètes et tissus germinaux conservés (Articles R2141-17 à R2141-23)

Section 5 : Importation et exportation de gamètes et de tissus germinaux à des fins d'assistance médicale à la procréation ou de préservation de la fertilité (Articles R2141-24 à R2141-32)

Section 6 : Inspection (Articles R2141-33 à R2141-34)

Section 7 : Conditions particulières applicables à la stimulation ovarienne (Article R2141-35)

Chapitre II : Conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements de santé, des laboratoires d'analyses de biologie médicale et des autres organismes

Section 1 : Régime des autorisations (Articles R2142-1 à R2142-9)

Section 2 : Compétence requise des praticiens (Articles R2142-10 à R2142-12)

Section 3 : Conditions d'organisation des activités d'assistance médicale à la procréation (Articles R2142-19 à R2142-20)

Section 4 : Conditions de fonctionnement des établissements de santé, des laboratoires de biologie médicale et des autres organismes
Sous-section 1 : Conditions de fonctionnement communes aux activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (Articles R2142-21 à R2142-21-4)

Sous-section 2 : Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation (Articles R2142-22 à R2142-25)

Sous-section 3 : Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation (Articles R2142-26 à R2142-29)

Section 5 : Conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons (Articles R2142-30 à R2142-32)

Section 6 : Registres des gamètes, des tissus germinaux ou des embryons (Articles R2142-33 à R2142-36)

Section 7 : Personne responsable (Articles R2142-37 à R2142-38)

Section 8 : Dispositif de vigilance en assistance médicale à la procréation
 Sous-section 1 : Dispositions générales (Articles R2142-39 à R2142-41)
 Sous-section 2 : Système national de vigilance en assistance médicale à la procréation (Articles R2142-42 à R2142-44)
 Sous-section 3 : Système local de vigilance en assistance médicale à la procréation (Articles R2142-45 à R2142-49)

✚ **Déontologie médicale** : article 17 du code de déontologie et ses commentaires (art. R.4127-17 CSP)

| Auteur | Nom du document | Date de Publication | Nature |
|---------------------------------------|---|---------------------|--------------|
| Académie Nationale de Médecine | La conservation des ovocytes | 13 juin 2017 | Rapport |
| Agence de la Biomédecine | Rapport sur l'application de la loi de bioéthique | Janvier 2018 | Rapport |
| Comité consultatif national d'éthique | Avis n°126 sur les demandes sociétales de recours à l'AMP | 15 juin 2017 | Avis |
| Espace Ethique Région ile de France | Fiche repère n°1 : l'assistance médicale à la procréation | 17 janvier 2018 | Fiche repère |

Le Conseil national de l'Ordre remercie le Dr Pierre HECQUARD et le Pr Nathalie RIVES pour leurs auditions des 14 et 21 mars 2018.

✚ Textes et références sur les recherches sur l'embryon et les cellules souches

- Code de la santé publique :

Partie législative

Deuxième partie : Santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte

- Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile
 - Titre V : Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires
 - Chapitre unique. ([Articles L2151-1 à L2151-8](#))
 - Titre VI : Dispositions pénales
 - Chapitre III : Recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires. ([Articles L2163-1 à L2163-8](#))

Partie réglementaire Première partie : Protection générale de la santé

- Livre II : Don et utilisation des éléments et produits du corps humain
 - Titre IV : Tissus, cellules et produits
 - Chapitre Ier : Prélèvement et collecte
 - Section 3 : Prélèvement à des fins scientifiques de tissus ou de cellules embryonnaires ou fœtaux à l'issue d'une interruption de grossesse. ([Articles R1241-20 à R1241-23](#))

- Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant
 - Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile
 - Titre V : Recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires
 - Chapitre unique
 - Section 1 : Mise en œuvre de la recherche. ([Articles R2151-1 à R2151-12](#))
 - Section 2 : Importation et exportation de cellules souches embryonnaires à des fins de recherche. ([Articles R2151-13 à R2151-17](#))
 - Section 3 : Conservation des embryons et des cellules souches embryonnaires à des fins de recherche. ([Articles R2151-18 à R2151-21](#))

 **Déontologie médicale** : article 15 du code de déontologie et ses commentaires (art. R.4127-15 CSP)

| Auteur | Nom du document | Date de Publication | Nature |
|---|--|---------------------|---------|
| Académie Nationale de Médecine et Académie des technologies | Le passage à l'échelle industrielle de la production de cellules souches à usage thérapeutique | 2018 | Rapport |
| Agence de la Biomédecine | Rapport sur l'application de la loi de bioéthique | Janvier 2018 | Rapport |
| Comité consultatif national d'éthique | AVIS N° 112 Une réflexion éthique sur la recherche sur les cellules d'origine embryonnaire humaine, et la recherche sur l'embryon humain <i>in vitro</i>, du 21 octobre 2010 | 21 octobre 2010 | Avis |

Textes et références sur le don d'organes

Organes

- Articles 16 à 16-9 du code civil
- Articles L. 1211-1 à L. 1211-9 du code de la santé publique (principes éthiques) – Articles R. 1211-1 à R. 1211-51
- Articles L. 1231-1 à L. 1231-4 (donneurs vivants) – Articles R. 1231-1 à R. 1231-10
- Articles L. 1232-1 à L. 1232-6 (donneurs décédés) - Articles R. 1232-1 à R. 1241-22
- Articles L. 1233-1 à L. 1235-7 (établissements de santé – autorisations)

Tissus / Cellules

- Articles L. 1241-1 à L. 1243-9 du code de la santé publique

- Articles L. 1245-1 à L. 1245-8
- Articles R. 1241-1 à R. 1243-73, R. 1245-1 à R. 1245-15, R. 1261-1 à R. 1263-9

Biovigilance (sécurité sanitaire)

- Articles L. 1211-7 et L. 1418-1-4 du code de la santé publique
- Articles R. 1211-29 et suivants

✚ **Déontologie médicale** : article 16 du code de déontologie et ses commentaires (art. R.4127-16 CSP)

| Auteur | Nom du document | Date de Publication | Nature |
|---|---|---------------------|------------|
| Académie Nationale de Médecine | Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine | Novembre 2013 | Bulletin |
| Haute Autorité de Santé, Agence de la biomédecine | Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France | Juin 2012 | Evaluation |
| Comité consultatif national d'éthique | Avis sur les questions d'éthiques relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation | Avril 2011 | Avis |
| Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques | Les greffes d'organes : les prélèvements sur donneurs décédés après arrêt cardiaque | Juillet 2013 | Rapport |
| Comité consultatif national d'éthique | Utilisation des cellules souches issues du sang de cordon ombilical, du cordon lui-même et du placenta et leur conservation en biobanques | 2012 | Avis |
| Agence de la biomédecine | Rapport sur l'application de la loi de bioéthique | Janvier 2018 | Rapport |

✚ **Textes et références sur la fin de vie** : (loi n° 2016-87 du 2 février 2016 « Claeys-Léonetti »)

- Articles L. 1110-5 à L. 1110-11 du code de la santé publique (droits de la personne)
- Articles L. 1111-4 et L.1111-12 (expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie)
- Articles R1111-17 à R1111-20 (directives anticipées)
- Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique

✚ **Déontologie médicale** : articles 37 à 38 du code de déontologie et leurs commentaires (art. R.4127-37 et suivants CSP)

| Auteur | Nom du document | Nature | Date de Publication |
|---|---|------------------|---------------------|
| Commission de réflexion sur la fin de vie | <u>Penser solidairement la fin de vie</u> | Rapport officiel | Décembre 2012 |
| Observatoire National de la Fin de Vie | <u>Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France</u> | Rapport | 2013 |
| Conseil national de l'Ordre des médecins | <u>Fin de vie, "assistance à mourir"</u> | Rapport | Février 2013 |
| Comité Consultatif National d'Ethique | <u>Avis sur fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir</u> | Avis | Juin 2013 |
| Comité Consultatif National d'Ethique | <u>Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie</u> | Rapport | Octobre 2014 |