



PUBLIÉ PAR LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE
LA CONFÉRENCE DES EVÊQUES DE FRANCE

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE

CONTRIBUTION DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE

Ce numéro de *Documents Épiscopat* #22 a été publié en août 2026.

Couverture: © iStock / nicolas_

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE

CONTRIBUTION DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE

SOUS LA RESPONSABILITÉ DE MGR NICOLAS BROUWET

PAR MGR NICOLAS BROUWET
*Évêque de Nîmes,
 membre du Comité bioéthique de la CEF*



© HERMINE HALLOUCHERY / CEF

LIRE LA RÉALITÉ EN PROFONDEUR

Ce numéro de *Documents Épiscopat* est destiné à tous ceux et celles qui voudraient mieux comprendre les enjeux de la prochaine révision des lois de bioéthique. Il présente la contribution de l'Église catholique à la consultation organisée dans le cadre des États généraux de la bioéthique par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). Mis en place en 1983, ce comité a pour mission d'éclairer les responsables politiques sur les enjeux éthiques des progrès de la recherche et la technologie

du vivant. « *Il apparut essentiel, écrit lui-même le CCNE, de ne pas laisser les questions du progrès de la science aux seuls scientifiques et médecins et d'ouvrir la réflexion sur les conséquences des progrès de la science aux juristes, aux philosophes, aux grands corps de l'Etat, aux cultes ...* »^[1].

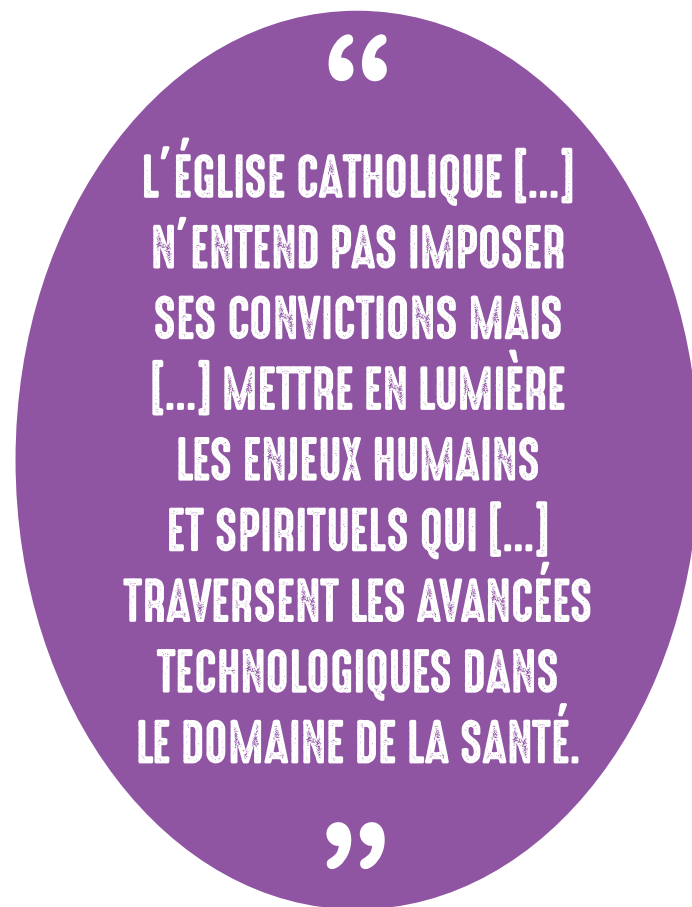
Le CCNE est ainsi composé de 45 membres représentatifs de diverses disciplines (médecins, chercheurs, juristes, parlementaires, philosophes...) et de différents courants intellectuels, philosophiques ou religieux. Face

[1] Site internet du CCNE, « Missions du comité » : ccne-ethique.fr/fr/le-comite/les-missions

aux questions émergentes, cet organisme travaille donc à la rédaction d'un avis pour préparer la révision des lois de bioéthique prévue avant 2028 (la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique devant être réexaminée par le Parlement dans un délai maximal de sept ans). Cet avis, qui sera rendu à l'automne 2026, a été alimenté par les états généraux organisés cette année. Ils sont, au fond, une réflexion collective, incluant non seulement des experts mais également des citoyens, des associations, des institutions. Deux cents auditions et plusieurs centaines de débats citoyens en région ont été planifiés ces derniers mois.

C'est ainsi que l'Église catholique a été elle-même auditionnée sur les thèmes proposés par le CCNE : les examens génétiques et la médecine génomique ; la procréation ; les neurosciences ; les cellules souches et les organoïdes (organes miniatures cultivés *in vitro* à partir de cellules souches) ; le don, la greffe d'organes et la xénogreffe (greffe dont le donneur est d'une espèce biologique différente de celle du receveur) ; le numérique et l'intelligence artificielle en santé ; les liens entre santé, environnement et climat. Cela en ouvrant aussi de nouvelles réflexions sur la sobriété en médecine et la pertinence des soins, sur les nouveaux enjeux de la prévention en santé et sur la santé dans les territoires ultramarins.

Ces pages comportent le dossier remis au nom de l'Église catholique au CCNE. Elles sont introduites par la prise de parole de Mgr Benoît Bertrand,



vice-président de la Conférence des évêques de France, le 7 mai 2026, au moment de l'audition présentant ce rapport.

Nous remercions vivement le Père Bruno Saintôt, sj (Facultés Loyola Paris) qui a rédigé ce rapport avec

le chanoine Brice de Malherbe (Faculté Notre-Dame, Paris) pour le DPN et le DPI; Mme Laure Tabouy (Centre Gilles Gaston Granger à l'Université d'Aix-Marseille; CESP à l'université Paris-Saclay) sur le numérique en santé et l'abbé Thierry Magnin (Université catholique de Lille) pour l'analyse de l'application « Mon Espace santé ».

L'Église catholique est heureuse de contribuer sérieusement à cette réflexion et à ce discernement. Elle n'entend pas imposer ses convictions mais, avec son expérience et son expertise, mettre en lumière les enjeux humains et spirituels qui, selon elle, traversent les avancées technologiques dans le domaine de la santé.

Même si ce dossier peut parfois apparaître très technique, il offre une mise en perspective passionnante pour tous ceux qui veulent comprendre les questions les plus profondes qui se jouent dans la recherche actuelle et dans la législation qui tente de l'encadrer. Autrement dit, ce livret n'est pas destiné aux seuls spécialistes. Il peut être travaillé par des équipes d'aumônerie en santé, par des groupes de soignants, par des étudiants en

médecine ou en soins infirmiers, par les prêtres et les fidèles qui veulent comprendre les enjeux de la prochaine révision des lois de bioéthique et les faire partager.

Le Comité bioéthique de la CEF, composé d'évêques et d'experts, suivra les travaux du CCNE et des parlementaires mais proposera aussi des outils pour se familiariser avec ces questions nouvelles.

L'Église catholique est pleinement dans son rôle quand elle partage son émerveillement devant les progrès de la recherche scientifique mais également ses convictions et ses interrogations. Elle réalise ainsi son désir de servir tel que l'a formulé le pape Léon XIV dans sa première encyclique: *« L'Église apparaît comme une présence qui aide à lire la réalité en profondeur, en soutenant avec une humble fermeté les choix favorisant la dignité de chaque personne, la cohésion des communautés et le bien de tous. Ainsi se place-t-elle aux côtés du monde sans s'y superposer, afin que dans chaque événement humain puisse germer la promesse de justice et de paix que l'Esprit Saint continue de susciter au cœur de l'humanité »* (Magnifica humanitas § 20). ■

Une Église en marche dans l'histoire de l'humanité

19. Présente dans le monde comme signe d'unité pour toute la famille humaine, l'Église reconnaît dans les questions et les défis du temps actuel le cadre dans lequel exercer sa vocation à l'écoute, au dialogue et au service, en se laissant interpeller par tout ce qui touche à l'existence des hommes et des femmes d'aujourd'hui. Cette imbrication de vie avec les peuples lui fait comprendre de plus en plus que sa mission revêt une portée historique et implique une responsabilité vis-à-vis de la manière dont se tissent les relations sociales. C'est pourquoi elle ne peut se considérer comme étrangère aux dynamiques qui façonnent le visage de la société. Au contraire, elle participe activement aux processus par lesquels la société même se développe et s'organise, apportant sa contribution à la mise en place d'une coexistence plus juste et plus fraternelle. Le pape François a rappelé avec force cette dimension historique de la mission ecclésiale en affirmant que « *personne ne peut exiger de nous que nous reléguions la religion dans la secrète intimité des personnes, sans aucune influence sur la vie sociale et nationale, sans se préoccuper de la santé des institutions de la société civile, sans s'exprimer sur les événements qui intéressent les citoyens* » (*Evangelii gaudium* § 183).

20. L'appel et l'engagement à cheminer avec l'humanité dans la réalité concrète de l'histoire conduisent l'Église à reconnaître que les réalités terrestres possèdent une consistance et un ordre qui leur sont propres. Le concile Vatican II a exprimé ce principe avec une grande précision dans la constitution pastorale *Gaudium et spes*, dont nous avons célébré avec reconnaissance le 60^e anniversaire, le 7 décembre 2025 : « *Si, par autonomie des réalités terrestres, on veut dire que les choses créées et les sociétés elles-mêmes ont leurs lois et leurs valeurs propres [...] une telle exigence d'autonomie est pleinement légitime* » (*Gaudium et spes* § 36). Cette mise en évidence montre que la création porte en elle une bonté originelle que le regard humain doit préserver, cultiver et faire mûrir. Dans cette perspective, l'Église apparaît comme une présence qui aide à lire la réalité en profondeur, en soutenant avec une humble fermeté les choix favorisant la dignité de chaque personne, la cohésion des communautés et le bien de tous. Ainsi se place-t-elle aux côtés du monde sans s'y superposer, afin que dans chaque événement humain puisse germer la promesse de justice et de paix que l'Esprit Saint continue de susciter au cœur de l'humanité.

Pape Léon XIV, encyclique *Magnifica humanitas*

SOMMAIRE

Préface

LIRE LA RÉALITÉ EN PROFONDEUR

MGR NICOLAS BROUWET

→ Page 4

Avant-propos

APPORTER UNE PAROLE DE DISCERNEMENT

MGR BENOÎT BERTRAND

→ Page 10

1 CONTEXTE ET MÉTHODES

■ ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

→ Page 18

■ DES VALEURS ET RÉFÉRENCES ÉTHIQUES FONDAMENTALES À CONSOLIDER ET ENRICHIR

→ Page 22

■ ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DE MÉTHODE POUR DES QUESTIONS NOUVELLES

→ Page 31

2 RÉFLEXIONS SUR QUELQUES SUJETS ACTUELS

■ EXTENSION DES INDICATIONS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

→ Page 40

■ LA GAMÉTOGÈSE IN VITRO : UN VERTIGE ÉTHIQUE

→ Page 43

■ EXAMENS GÉNÉTIQUES ET MÉDECINE GÉNOMIQUE

→ Page 48

■ ÉTHIQUE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

→ Page 58

■ SANTÉ, ENVIRONNEMENT ET CLIMAT

→ Page 65

■ DONS, GREFFES D'ORGANES ET XÉNOGREFFES

→ Page 69

3 PROPOSITIONS POUR LE BIEN COMMUN

■ POUR ACCOMPAGNER UNE RÉFLEXION

→ Page 80

Conclusion

UNE ESPÉRANCE DE DIALOGUE

→ Page 83

Bibliographie sommaire

→ Page 84



APPORTER UNE PAROLE DE DISCERNEMENT

■ Par MGR BENOÎT BERTRAND, évêque de Pontoise, vice-président de la CEF

Au nom des évêques de France, Mgr Benoît Bertrand, ainsi que le P. Bruno Saintôt et Mme Odile Duvaux ont été auditionnés dans le cadre des États généraux de la bioéthique, le 7 mai 2026, pour la phase préparatoire à d'éventuelles révisions des lois de bioéthique qui pourraient intervenir en 2028. D'où l'importance de faire entendre, dans ce cadre, la parole singulière de l'Église pour le respect et la dignité de toute vie humaine.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les membres
du Comité consultatif national d'éthique,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous remercions vivement de nous accorder ce temps d'échange sur des questions importantes pour toute la société. En effet, il ne s'agit pas seulement de mettre à jour un cadre juridique. Il s'agit d'interroger en profondeur ce

que nous comprenons de la vie humaine, de sa dignité, de sa vulnérabilité, et du sens que nous donnons au progrès. Dans des débats complexes et nécessaires, il s'agit de s'interroger : « Que ferons-nous de l'homme ? Quel monde voulons-nous pour demain ? »

Si la Conférence des évêques de France a souhaité répondre à l'invitation du Comité consultatif national d'éthique, ce n'est ni pour revendi-

quer une compétence exclusive, ni pour imposer une vision confessionnelle de la société. C'est parce qu'elle considère que les choix bio-éthiques engagent l'humanité commune, au-delà des convictions religieuses ou philosophiques de chacun. L'Église catholique entend apporter une parole de discernement, consciente de ses limites, mais enracinée dans une tradition de réflexion sur la personne humaine, la responsabilité et la justice. Elle souhaite articuler la valeur absolue et unique de toute personne humaine avec le projet d'une société hospitalière et solidaire permettant le soin de chacun en commençant par les plus fragiles.

Le concile Vatican II a précisé le rôle de l'Église dans la société de la manière suivante: «*L'Église qui, en raison de sa charge et de sa compétence, ne se confond d'aucune manière avec la communauté politique et n'est liée à aucun système politique, est à la fois le signe et la sauvegarde du caractère transcendant de la personne humaine*» (GS 76,2). Sa réflexion est guidée notamment par les valeurs fondamentales de dignité, de liberté, d'égalité et de fraternité, qui sont inspirées par le message des Évangiles et reconues par la Déclaration universelle des droits de l'homme et par les textes constitutionnels de notre République. Cette réflexion ne cesse de s'approfondir dans la rencontre des patients et des soignants, et dans le dialogue régulier avec toutes les personnes qui contribuent à la réflexion en éthique biomédicale, en éthique

sociale et en éthique environnementale. Dans cette perspective, nous voulons en appeler à la raison par-delà les seules émotions, et faire confiance à l'intelligence humaine et collective.

UN CONTEXTE EN MUTATION RAPIDE QUI APPELLE À LA PRUDENCE

Avant d'évoquer les valeurs et les références qui nous apparaissent fondamentales et déterminantes pour un juste discernement des choix éthiques et techniques à l'avenir, il nous semble essentiel de rappeler et caractériser le nouveau contexte global dans lequel nous vivons. Les changements et les mutations en tout domaine sont de plus en plus rapides, et pour certains sont devenus critiques, nous appelant donc à décider avec prudence et mesure. La poursuite du progrès au fil des innovations et des attentes sociétales ne peut constituer à lui seul une boussole sûre en temps de crise et de bouleversements permanents.

Tout d'abord, le contexte socio-politique de notre pays est très sensible aux évolutions géopolitiques globales et les incertitudes qui en découlent. Les menaces de conflits plus généralisés et ses conséquences économiques et écologiques risquent de fragiliser davantage les équilibres des politiques de santé et des moyens alloués. Outre la fragilisation des structures de

soin, nous risquons d'observer une moindre importance donnée à la prévention et la vigilance sanitaire et des effets profonds sur la santé mentale et la croissance des jeunes. Dans un contexte de crise et de perte de moyens, les plus vulnérables seront les premiers à ne plus avoir accès à la santé qui leur revient. Tout ceci ne peut que nous encourager à repenser le soin à l'intérieur d'un « principe civique de solidarité ». La santé devient encore davantage un enjeu d'unité nationale et de justice sociale. Les choix éthiques s'inscrivent alors non pas seulement dans le sillage des revendications de droits pour de nouveaux possibles médicaux mais dans une perspective de « sobriété dans le soin » telle que présentée par l'Académie de médecine.

De plus, le contexte médical et médico-social montre un système de santé à bout de souffle voire exsangue portant toujours davantage les maux, les souffrances et les effets néfastes de nos sociétés en tension. Pénurie de personnel, désertification, surcharge marquent et limitent profondément notre capacité nationale à prendre en compte la totalité des besoins en tout lieu. Le maintien de cette capacité de soigner toute personne sur tout le territoire et pour toutes les générations apparaît chaque jour comme la priorité première des politiques de santé. Le contraire serait inquiétant et dangereux.

Enfin, il convient de rappeler le contexte financier particulièrement contraint de notre pays et

spécialement de la protection sociale. Le régime d'austérité instauré depuis de nombreuses années aux politiques de santé ne peut à terme qu'abîmer la qualité globale du soin et opposer les bénéficiaires dans ses priorités. Il serait dommageable que les contributions des États généraux de la bioéthique en vue d'un nouveau projet de loi relatif à la bioéthique se contentent de proposer quelques extensions de possibilités et d'accessibilités techniques sans s'efforcer de penser de façon systémique les évolutions du soin avec les ressources humaines et financières pour les accompagner.

DES VALEURS ET RÉFÉRENCES ÉTHIQUES FONDAMENTALES

Je voudrais rappeler brièvement les valeurs et les références éthiques appelées à guider nos choix communs dans les contraintes de notre contexte actuel. Au cœur de notre contribution se trouve une conviction fondamentale, que nous souhaitons rappeler avec clarté et gravité : la dignité de la personne humaine est inaliénable. Elle ne dépend pas de conditions variables, telles que l'âge, l'état de santé, le niveau d'autonomie, les capacités cognitives ou la reconnaissance sociale. Elle ne se construit pas progressivement et ne disparaît pas avec la fragilité, même extrême ou irrémédiable. Elle est constitutive de l'être humain en tant que tel. Cette affirmation n'est pas spécifiquement religieuse. Elle peut

être philosophiquement partagée. Elle fonde la possibilité même de l'égalité entre les êtres humains. C'est d'ailleurs à cette «*dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine*» que se réfère la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) de 1948 en son article 1^{er} : «*Tous les êtres humains naissent libres et égaux en droit et en dignité.*» Elle est même définie par cette Déclaration comme «*le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde*». Cette dignité est ainsi liée à d'autres valeurs essentielles qui doivent orienter nos discernements éthiques : la liberté, la fraternité, le statut éthique du corps, l'approche holistique de l'accompagnement, la dimension spirituelle de la personne et l'éthique de la vulnérabilité.

- **La liberté** est trop souvent perçue comme capacité de disposer de droits individuels alors qu'elle est davantage orientée et limitée par la fraternité ou la solidarité. Ainsi, la liberté invoquée en bioéthique ne peut être simplement une «liberté de»; elle doit être aussi une «liberté avec» et une «liberté pour». **L'autonomie** est donc relationnelle : elle a besoin des autres pour s'exercer et elle doit s'exercer en assumant la responsabilité des autres.
- **Le statut éthique du corps** nous amène à le regarder non pas comme un matériau à disposition de soi-même ou d'autrui mais indissociable de la personne, comme l'a rappelé de nombreuses fois le Conseil d'État.

Ces trois premières valeurs (dignité humaine, liberté et statut éthique du corps) forment ensemble le socle cohérent du «modèle bioéthique français» qui garantit solidarité et protection de la personne. Leur dépassement à des fins technicistes ou financières mettrait à mal la viabilité du modèle actuel qui a fait ses preuves. En outre, il nous faut nommer aussi des références plus nouvelles qu'il convient d'intégrer :

- **L'approche holistique de l'accompagnement**, un concept déjà présent à l'émergence de la bioéthique, est renouvelé aujourd'hui par celui de santé intégrative. Cette approche nous appelle à renouveler les méthodes trop souvent centrées sur les possibilités techniques, afin de répondre aux questions d'éthique biomédicales.
- **La dimension spirituelle de la personne**, qui n'est pas forcément religieuse. Elle permet d'intégrer avec justesse les références de sens, de valeurs, d'identité ou de transcendance.
- **L'éthique de la vulnérabilité**, valorisée dans l'avis 148 du CCNE, mais qui mériterait aujourd'hui d'être repensée à la lumière d'une « médecine de la personne » englobant sa vulnérabilité dans un cadre écologique global.

Toutes ces références nous permettent de penser les nécessaires régulations éthiques face

à de nouveaux défis: le désir d'éliminer toute souffrance, la volonté d'anticiper toute forme de pathologie, et la puissante logique « techniciste » et financière.

JUSTICE SANITAIRE, PRÉVENTION ET SOLIDARITÉ

Enfin, je voudrais insister sur les enjeux politiques et démocratiques de nos choix éthiques. La réflexion sur la sobriété en médecine, sur les politiques de prévention et sur les inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment en Outre-mer, rappelle que la bioéthique n'est pas seulement une éthique des commencements et des fins de vie mais de toute la vie et indissociable des exigences de la justice et de la solidarité. Elle interroge la manière dont une société prend soin de tous ses membres, et en particulier de ceux qui sont les plus exposés à la précarité et à la vulnérabilité. Elle intègre la qualité d'écoute, l'engagement de l'accompagnement, l'exigence de la fraternité. Une véritable éthique du soin appelle à privilégier non la logique du « toujours plus » technique, mais celle du « toujours mieux » pour la personne, dans la pertinence, la proportion et la qualité de la relation de soin.

Les réponses à ces questions détermineront le type de civilisation que nous léguerons à nos enfants... Le pape François a souvent dénoncé la mise à l'écart des jeunes mais aussi « *la mise au*

“

**LA BIOÉTHIQUE
N'EST PAS SEULEMENT
UNE ÉTHIQUE
DES COMMENCEMENTS
ET DES FINS
MAIS DE TOUTE LA VIE
ET INDISSOCIABLE
DES EXIGENCES
DE LA JUSTICE
ET DE LA SOLIDARITÉ.
ELLE INTERROGE
LA MANIÈRE DONT UNE
SOCIÉTÉ PREND SOIN
DE TOUS SES MEMBRES,
ET EN PARTICULIER
DE CEUX QUI SONT
LES PLUS EXPOSÉS
À LA PRÉCARITÉ
ET À LA VULNÉRABILITÉ »**

rebut des personnes âgées», comme une véritable injustice. Nous plaillons pour une culture de l'inclusion, de la rencontre et de la fraternité entre générations contre une culture de l'égoïsme et, parfois, du « déchet ».

L'encyclique *Laudato si'* (2015) du pape François, texte reconnu et apprécié dans des milieux très divers, nous a recommandé de lier la santé sociale (en commençant par le soin social des plus pauvres), la santé médicale (en visant notamment l'accès égalitaire aux soins médicaux et la correction des inégalités de santé), la santé environnementale et la santé animale. Les États généraux de la bioéthique devraient porter une attention renouvelée à ce concept de soin holistique explicité par les concepts de *Global Health* et de *One Health* et à son impact sur le discernement éthique et juridique. Il avait été seulement évoqué lors des précédents États généraux de la bioéthique en 2018 mais n'avait pas véritablement conditionné la réflexion éthique.

Nous invitons donc à intégrer ces valeurs et références ainsi que ce concept de soin holistique de façon résolue dans ces états généraux de la bioéthique.

EN CONCLUSION

En vous remerciant très chaleureusement pour votre invitation et le temps que nous vous avez accordé, la Conférence des évêques de France forme le vœu que ces États généraux soient un temps de discernement authentique, de responsabilité partagée et de fidélité à la dignité de toute personne humaine. Les États généraux de la bioéthique ne devraient pas seulement éclairer le législateur : ils devraient aussi contribuer durablement à former la conscience éthique des citoyens et à promouvoir une culture du discernement bioéthique dans notre société et donc une culture de justice et de paix. Nous vous remercions de l'attention portée à notre parole et vous souhaitons un bon travail. ■



CONTEXTE ET MÉTHODES

Les valeurs fondamentales de l'éthique sont mises à mal par le contexte médical et sociétal. Devant les avancées de la technique, une réflexion anthropologique est plus que jamais nécessaire.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE

Il faut d'abord évoquer le contexte socio-politique français marqué par de grandes incertitudes liées à la situation géopolitique inquiétante des conflits en Ukraine et au Moyen-Orient et par une conflictualité politique interne qui peine à rassembler les volontés au service du bien commun. Les menaces de conflits destructeurs, de récession économique et de crises écologiques pourraient avoir un impact sur le niveau de vie, le système de protection sociale et la politique de santé publique alors que le déficit de l'Assurance maladie est reparti à la hausse. Le thème de la «sobriété dans le soin» abordé avec pertinence par l'Académie de médecine est aussi désigné comme un «principe civique de solidarité» et concerne

donc les inégalités sociales. Or ces inégalités sont croissantes et constituent une menace pour la cohésion sociale et pour le soin médical et social. Selon le rapport de l'INSEE^[1] de juillet 2025 : «*le taux de pauvreté augmente fortement (15,4% après 14,4% en 2022, soit +0,9 point du fait des arrondis) et atteint son niveau le plus élevé depuis 1996, année où débute la série*». En cohérence avec d'autres analyses, l'encyclique *Laudato si'* (2015) du pape François nous a recommandé de lier la santé sociale (en commençant par le soin social des plus pauvres), la santé médicale (en visant notamment l'accès égalitaire aux soins médicaux et la correction des inégalités de santé), la santé environnementale et la santé animale. Les États généraux de la bioéthique devraient porter une attention renouvelée à ce concept de soin holistique

[1] INSEE Première, *Niveau de vie et pauvreté en 2023*, n° 2063, Juillet 2025

explicité par les concepts de *Global Health* et de *One Health* et à son impact sur le discernement éthique et juridique. Il avait été seulement évoqué lors des précédents États généraux de la bioéthique en 2018 mais n'avait pas véritablement conditionné la réflexion éthique.

CONTEXTE MÉDICAL

Il faut aussi mentionner le contexte médical et médico-social marqué par des déserts médicaux, des structures hospitalières sous tension particulièrement dans le service public (vieillesse, surcharge et désorganisation, contraintes budgétaires, saturation des urgences) par une pénurie de personnel médical (conditions de travail, pénibilité et manque d'attractivité, motivation, salaires), par de nouvelles attentes des soignants (rythme de vie adapté, valorisation de la relation malmenée par l'accélération et la surcharge, reconnaissance et salaire), par une interrogation sur la pertinence des fascinations et fuites en avant techniques, notamment concernant les bénéfices et les risques de l'IA en médecine, au détriment du soin adapté à la singularité de la personne et de la qualité de la relation de soin. Dans ce contexte, le critère souligné par la co-rapporteuse de l'Avis 148 du CCNE, Anne Caron-Déglise, apparaît par-

ticulièrement pertinent: « *Un système de santé efficace ne se mesure pas seulement à sa capacité à innover, mais aussi à sa capacité à ne laisser personne au bord du chemin. Aujourd'hui encore trop de patients vulnérables peinent à être entendus et pris en charge de manière adaptée. Il est temps de repenser l'organisation des soins en intégrant pleinement ces réalités* »^[2].

Cette mesure de la qualité d'un système de santé est bien en adéquation avec un principe fondamental de l'éthique sociale et politique soutenue par l'Église catholique: « *La qualité d'une société ou d'une civilisation se mesure au respect qu'elle manifeste envers les plus faibles de ses membres. Une société techniquement parfaite, dans laquelle seuls sont admis les membres pleinement productifs et dans laquelle celui qui ne rentre pas dans ce modèle ou est incapable de remplir son rôle devient marginal, mis à l'écart ou, pis encore, éliminé, devrait être considérée comme radicalement indigne de l'homme, même si elle s'avérait avantageuse au plan économique* »^[3].

CONTEXTE FINANCIER

Il faut enfin parler du contexte financier du modèle français de protection sociale précisé

[2] CCNE, Communiqué de presse sur Avis 148. *Enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité liées aux avancées médicales et aux limites du système de soins*, 30 janvier 2025, p. 1.

[3] Document du Saint-Siège pour l'année internationale des personnes handicapées, 4 mars 1981, in *Documentation catholique*, n°1807, 3 mai 1981, p. 429.

dans le Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2026 (PLFSS) adopté en décembre 2025. Son objectif est de ramener le déficit de 23 milliards d'euros en 2025 à 17,4 milliards d'euros en 2026. Il se confronte à de grands défis : *«[...] le socle sur lequel la Sécurité sociale est fondée, reposant sur des dépenses très sensibles à la démographie et un financement principalement assis sur le travail, et avec l'impératif d'éviter de constituer une dette sociale qui serait portée par les générations futures, est aujourd'hui confronté à de grands défis»*^[4].

Comment cette baisse du déficit est-elle réalisable et quels seraient ses impacts sur la qualité et l'équité du soin alors que s'accroissent la baisse du nombre de personnes actives, le vieillissement de la population et la chute de la natalité, les maladies chroniques, le coût de certains médicaments et dispositifs médicaux ? Certains craignent une « guerre de générations » où les « boomers » sont accusés de profiter de la vie et de ne pas se soucier suffisamment des conditions de vie des générations à venir. L'acceptation large d'un principe de solidarité et de responsabilité devrait permettre de sortir des logiques d'accusation, de distinguer les différents niveaux de vie des « boomers » et de réfléchir à des formes de redistribution^[5], notamment en prélevant sur les retraites les plus élevées. Certes, la redis-

“
**UNE SOCIÉTÉ
 TECHNIQUEMENT
 PARFAITE,
 DANS LAQUELLE
 SEULS SONT ADMIS
 LES MEMBRES
 PLEINEMENT PRODUCTIFS
 ET DANS LAQUELLE
 CELUI QUI NE RENTRE
 PAS DANS CE MODÈLE [...] DEVIENT MARGINAL,
 MIS À L'ÉCART OU,
 PIS ENCORE, ÉLIMINÉ,
 DEVRAIT ÊTRE
 CONSIDÉRÉE COMME
 RADICALEMENT INDIGNE
 DE L'HOMME. »**

[4] Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, *Dossier de presse*, p. 5.

[5] Voir : HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE, *La participation et la contribution économique, sociale et environnementale des seniors. Revisiter et renouveler les regards sur l'âge et les seniors*, 17 septembre 2025.

tribution a lieu généralement dans les familles mais elle devrait être pensée collectivement. Il serait dommageable que les contributions des États généraux de la bioéthique en vue d'un nouveau projet de loi relative à la bioéthique se contentent de proposer quelques extensions de possibilités et d'accessibilités techniques sans s'efforcer de penser de façon systémique les évolutions du soin avec les ressources humaines et financières pour les accompagner.

Ces trois éléments de contextes étant brièvement décrits, il est nécessaire de rappeler le socle de valeurs et de références éthiques fondamentales de notre République et du «modèle français de bioéthique» reformulé par le Conseil d'État lors des précédents États généraux de la bioéthique en 2018. Le «*point d'équilibre actuel du système français*» est ainsi caractérisé: «[...] *ce dernier apparaît reposer sur une conception particulière du corps humain,*

découlant de l'importance accordée au principe de la dignité de la personne humaine. Cette conception s'incarne dans les principes de respect, d'inviolabilité et d'extra-patrimonialité du corps, qui visent à protéger l'individu indépendamment même de sa volonté. Pour autant, la liberté personnelle inspire également le cadre national: elle se retrouve dans l'importance accordée à l'expression du consentement et dans la valeur croissante attachée au droit au respect de la vie privée. Enfin, ce cadre juridique est également marqué par la place nodale occupée par le principe de solidarité, au travers notamment de la mutualisation des dépenses de santé»^[6].

Ces valeurs et références fondamentales, parfois menacées et toujours à consolider et à enrichir, permettront de conduire les délibérations et de justifier les décisions dans la pluralité des exigences parfois contradictoires et dans l'affrontement aux limites. ■

[6] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique: quelles options pour demain ?*, Étude adoptée en assemblée générale le 28 juin 2018, p. 14.

DES VALEURS ET RÉFÉRENCES ÉTHIQUES FONDAMENTALES À CONSOLIDER ET ENRICHIR

LA DIGNITÉ

La «*dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine*» affirmée par la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) de 1948 doit demeurer la première référence éthique car elle est définie comme «*le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde*». Cette valeur intrinsèque et absolue de «*tous les membres de la famille humaine*» ne disparaît donc pas quelles que soient les fluctuations de l'estime de soi et de l'appréciation d'autrui provoquées par la maladie ou le handicap.

LA LIBERTÉ

La liberté ainsi conçue ne peut être absolue puisqu'elle est orientée et limitée par la frater-

nité ou la solidarité selon l'exigence même de l'article 1 de la DUDH : «*Ils doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité*». Ainsi, la liberté invoquée en bioéthique ne peut être simplement une «liberté de»; elle doit être aussi une «liberté avec» et une «liberté pour». L'autonomie est donc relationnelle: elle a besoin d'autrui pour s'exercer et elle doit s'exercer en assumant la responsabilité d'autrui et en prenant soin d'autrui. La précédente révision de la loi relative à la bioéthique de 2021 a pris en compte cette notion d'autonomie relationnelle, notamment en reconnaissant enfin la souffrance des personnes nées de tiers donneur anonyme. Les citoyens français sont à juste titre particulièrement sensibles à l'avenir de notre modèle social issu du pacte social noué au sortir de la Seconde Guerre mondiale, mais ce système de solidarité doit être préservé

par une pédagogie de la responsabilité et de la sobriété, face aux possibles dérives technicistes et néolibérales.

LE STATUT DU CORPS

La troisième référence éthique fondamentale rappelée par le Conseil d'État concerne le statut éthique du corps. Elle est en accord avec la tradition chrétienne qui, par la référence à l'Incarnation du Christ, c'est-à-dire la venue de Dieu dans la chair, valorise le soin du corps et refuse la séparation radicale ou le dualisme entre l'esprit et le corps. Elle soutient que le corps n'est pas un simple matériau à disposition de soi-même ou d'autrui. Le Conseil d'État rappelle ainsi : *«Ce n'est que progressivement que l'ensemble des attributs de la personne, que ce soit le corps, son image, sa réputation, ont fait l'objet d'une protection spécifique dans une conception moniste du rapport de l'être au corps affirmant que l'enveloppe charnelle est indissociable de la personne, affirmant l'indivisibilité du corps et de l'esprit»*^[1].

Cette protection spécifique conduit à nier la prétention de certains courants éthiques et juridiques à disposer entièrement de son corps ou encore à considérer que le corps ne porte aucune signification des histoires personnelles et familiales, aucun des liens signifiants noués

par les relations d'alliance et les relations d'engendrement. La considération des valeurs et des significations du corps de la personne est donc essentielle en bioéthique ainsi que le montre notamment la réflexion sur l'assistance médicale à la procréation. Comme le précise le Conseil d'État : *«La protection de la personne dans sa composante physique revêt alors une dimension d'ordre public qui s'impose aux individus, ceux-ci n'ayant qu'une possibilité limitée de disposer de leur corps»*^[2].

Nous ne pouvons à la fois valoriser une société très libérale où l'individu contractant est totalement maître de lui-même et une société solidaire où les personnes, au nom de leur dignité et de leur convocation à la fraternité, ne peuvent totalement disposer d'elles-mêmes. Au risque de nier notre modèle de dignité, de liberté, d'égalité et de fraternité, nous ne pouvons souscrire à la conception anthropologique et politique libérale dont atteste la notion de liberté valorisée dans certaines cultures inspirée par John Stuart Mill dans son traité sur la liberté : *«Ce principe veut que les hommes ne soient autorisés, individuellement ou collectivement, à entraver la liberté d'action de quiconque que pour assurer leur propre protection. [...] Le seul aspect de la conduite d'un individu qui soit du ressort de la société est celui qui concerne les autres. Mais pour ce qui ne concerne que lui, son indépendance est,*

[1] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique...*, p. 36.

[2] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique...*, p. 36.

de droit, absolue. Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain»^[3].

Si ces trois références fondamentales étaient atteintes dans leur importance et leur cohésion, par exemple au nom d'une extension des «droits à» et des seules réponses technicistes et financières aux attentes des citoyens par un modèle très libéral, le «modèle français de bioéthique» serait profondément bouleversé dans sa cohérence de modèle anthropologique et de modèle politique de solidarité. Le Conseil d'État avertit de cette cohérence menacée à chaque révision de la loi relative à la bioéthique: «[...] il est souvent difficile d'apporter une modification ponctuelle sans ébranler l'édifice dans son ensemble. Chaque modification doit être pesée en veillant à appréhender ses effets collatéraux sur des questions connexes»^[4].

Pour enrichir le «modèle français de bioéthique», il faudrait ajouter d'autres références importantes.

UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE

La quatrième référence, traditionnelle dans la tradition chrétienne tout en étant renouvelée

par l'encyclique *Laudato si'* et pourtant relativement nouvelle en bioéthique française, est celle d'une méthode globale ou holistique et systémique de prise en charge, d'accompagnement des personnes, et de discernement bioéthique. La dernière pandémie nous a rappelé qu'un virus est à la fois une réalité biologique, une menace personnelle, familiale et sociale, un défi médical et politique, un enjeu géostratégique. Cette méthode globale et systémique est déjà présente chez le créateur du concept américain de bioéthique, Van Rensselaer Potter qui parle d'«*éthique interdisciplinaire*»^[5] dès 1970 ou de «*bioéthique globale*»^[6] dès 1988. Elle est renouvelée par la démarche écologique *One Health* intégrant santé humaine, santé animale et santé environnementale, et par le concept de santé intégrative incluant le milieu et le mode de vie, et donc cette dimension toujours à revaloriser de la prévention en santé.

Le rapport du Conseil d'État de 2018 ne parle pas de cette méthode globale. L'Académie de médecine l'évoque dans son avis de 2023 sur l'avenir du médecin généraliste. Le CCNE la mentionne dans l'*Avis 108* de 2009 sur les soins palliatifs mais ce n'est pas encore véritablement une méthode pour l'ensemble des soins. Le thème apparaît dans le rapport d'activité du CCNE 2023-2024 mentionnant que

[3] JOHN STUART MILL, *De la liberté*, [1859], Paris, Gallimard, coll. «Folio Essais», n°142, 1990, p. 74-75.

[4] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique...*, p. 11.

[5] VAN RENSSELAER POTTER, «Bioethics, the science of survival», in *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 14, n°1, 1970, p. 130.

[6] VAN RENSSELAER POTTER, *Global bioethics: building on the Leopold legacy*, East Lansing, Mich., Michigan State University Press, 1988.

«la réflexion éthique sur la reconstruction de la santé que le CCNE poursuit depuis 2021 s'enracine dans une vision holistique de l'homme» mais surtout de façon nouvelle dans l'avis 148 de 2025: «Le système de soin étant à la croisée de ces composantes physiques, psychologiques, sociales et environnementales des situations de vulnérabilité, les professionnels de santé, les usagers, les aidants et les établissements de soins et médicosociaux qui le constituent doivent être mis en capacité de réaliser des démarches à la fois holistiques et spécifiques, universelles et personnalisées, durables et flexibles»^[7].

Cette compréhension très large d'un «système de soin» peut être encore étendue par les réflexions sur les éthiques et les politiques du *care*, où le *care* ou «le prendre soin» acquiert une dimension englobante puisqu'il désigne «tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde” de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible»^[8]. Ainsi défini, le soin ou le «prendre soin» devient un opérateur global pour penser l'action commune et solidaire dans une société fragilisée et un monde menacé.

Dans l'histoire, le CCNE a été confronté surtout à des questions d'éthique biomédicale et

les compétences réunies suffisaient à les traiter. La nécessité d'aborder les questions d'éthique biomédicale par une éthique globale et systémique confronte le CCNE à des questions de méthode, de nouveaux champs de compétence et d'interaction avec les politiques de santé publique soucieuses de la santé animale et de la santé environnementale.

Le CCNE critique à juste titre, en s'accordant ainsi avec l'attente de relation de la quasi-totalité des médecins, la réduction à une médecine uniquement technique au profit d'une approche globale et d'une valorisation de l'alliance thérapeutique: «Elle [l'éthique de la vulnérabilité] invite les décideurs publics, et au quotidien les soignants qui le souhaitent profondément si les moyens leurs sont réellement donnés, à dépasser une vision techniciste ou purement biomédicale du soin pour s'ancrer dans une approche plus humaine et globale et rechercher une véritable “alliance thérapeutique”»^[9].

Cette quatrième référence devrait être enrichie par la prise en compte de la dimension spirituelle de la personne, qui n'est pas forcément religieuse. Si elle n'apparaît pas dans les avis du CCNE, elle se trouve valorisée par le manuel de certification de l'HAS de 2025 invitant à déve-

[7] CCNE, Avis 148. *Enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité liées aux avancées médicales et aux limites du système de soins*, 30 janvier 2025, p. 19.

[8] JOAN C TRONTO, *Un monde vulnérable : pour une politique du care* [1993], Paris, La Découverte, coll. «Textes à l'appui. Série Philosophie pratique», 2009, p.143.

[9] CCNE, Avis 148. *Enjeux éthiques...*, p. 50. Voir aussi la même idée en p. 34.

lopper le Projet personnalisé de soin (PPS): « *Un projet de soin est un plan d'action créé par une équipe soignante pluridisciplinaire en collaboration avec le patient et sa famille. Il inclut une approche diagnostique et une stratégie thérapeutique, visant à offrir des soins de qualité, adaptées et centrées sur le patient, en tenant compte des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et spirituels* »^[10].

Dans une société pluraliste, cette dimension spirituelle permet d'intégrer les grandes références de sens, de valeurs et de motivations, d'identité, de relation et de transcendance, qui soutiennent la vie de la personne et qui peuvent être mobilisées non seulement dans l'accompagnement – par exemple pour recueillir la volonté du patient et s'opposer ainsi à la « *relégation des approches sensibles et relationnelles* » –, mais aussi dans le discernement éthique global des États généraux de la bioéthique en valorisant les grandes sagesse de l'humanité.

À l'heure où les métiers du soin peinent à recruter non seulement en raison de leur pénibilité et de leur manque d'attractivité financière mais aussi en raison d'un déficit de reconnaissance publique et de motivations intérieures, la valorisation de la dimension spirituelle de la personne oriente et soutient l'engagement des soi-

gnants. L'engagement à prendre soin d'autrui et des institutions qui le réalisent vient accomplir notre humanité; il fait sens et honore les plus hautes valeurs individuelles et collectives.

UNE ÉTHIQUE DE LA VULNÉRABILITÉ

La cinquième référence valorisée par le CCNE dans son *Avis 148* est précisément celle d'une « *éthique de la vulnérabilité* » citée précédemment. Pour la développer, le CCNE se limite méthodologiquement à l'expérience commune de la fragilité humaine et aux « *situations de vulnérabilité* » générées par les avancées de la médecine. Cette approche a le mérite de poser la question de l'adéquation des moyens techniques lorsqu'ils sont mobilisés pour la prolongation de la vie et l'amélioration de la vie tout en créant des situations accrues de vulnérabilités au détriment de la qualité de la vie.

Cette éthique de la vulnérabilité vient aussi questionner l'idée d'un progrès uniquement technique axé sur des performances médicales détachées du bien global de la personne. En plaidant « *en faveur d'une médecine de la personne* »^[11], le CCNE retrouve les interrogations déjà formulées dès les années 1940

[10] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS), *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*, version 2025, p. 172.

[11] CCNE, *Avis 148. Enjeux éthiques...*, p. 8.

“

**VALORISER
LA PERSONNE
EN MÉDECINE,
CE N'EST PAS
SEULEMENT SOULIGNER
UNE DIMENSION
ANTHROPOLOGIQUE
FONDAMENTALE
COMME CELLE
DE LA VULNÉRABILITÉ,
C'EST DAVANTAGE
INSISTER SUR
LA SINGULARITÉ
ET L'IRRÉDUCTIBILITÉ
DE TOUT ÊTRE HUMAIN
ET SUR L'ALLIANCE
DU SOIN.»**

par le Dr Paul Tournier^[12] et ses reprises plus récentes^[13]. Valoriser la personne en médecine, ce n'est pas seulement souligner une dimension anthropologique fondamentale comme celle de la vulnérabilité, c'est davantage insister sur la singularité et l'irréductibilité de tout être humain et sur l'alliance du soin qui lie de façon unique chaque personne soignante avec chaque personne soignée. La médecine n'est pas une simple ingénierie des biotechnologies incluant tous les dispositifs médicaux; elle est fondamentalement une relation d'alliance thérapeutique bienfaisante en elle-même par la sollicitude hébergeant la commune vulnérabilité, agissante par la médiation des techniques biomédicales et normalisée par la régulation du droit.

L'Avis 148 du CCNE réactualise à sa manière les réflexions européennes spécifiques sur la bioéthique, qui ont été publiées dès la fin des années 1990 et presque oubliées depuis. En témoigne cette citation sur le principe de vulnérabilité, un principe qui doit être articulé avec ceux de l'autonomie, de la dignité et de l'intégrité, dans une «*éthique de la solidarité, de la responsabilité et de la justice comme équité*»: «*La vulnérabilité. Ce principe exprime essentiellement deux idées. (a) il exprime pour tous la*

[12] PAUL TOURNIER, *Médecine de la personne* [1940], 12^e éd., Neuchâtel, Suisse, Delachaux & Niestlé, coll. «L'homme et ses problèmes», 1983.

[13] SIMON-DANIEL KIPMAN, ROGER GIL, BRIGITTE GREIS, et al., *Découvrir la médecine de la personne : regards croisés*, Montrouge, France, Doin, John Libbey Eurotext, coll. «Médecine de la personne en questions», 2015. Voir aussi GÉRARD REACH, *Pour une médecine humaine : étude philosophique d'une rencontre*, Paris, Éditions Hermann, 2022.

finitude et la fragilité de l'existence humaine qui, pour ceux qui sont capables d'autonomie, fonde la possibilité et la nécessité de tout discours moral mais aussi de toute éthique. (b) la vulnérabilité est l'objet de tout principe moral en ce qu'elle est un appel à la responsabilité et signale la limite de toute liberté. Les vulnérables sont ceux pour qui les principes d'autonomie de dignité ou d'intégrité sont à même d'être menacés. Tout individu capable de dignité est protégé par ce principe. Mais ce principe requiert spécifiquement non seulement une non-interférence avec les principes de dignité, d'intégrité, autonomie d'autrui mais aussi le devoir d'assistance envers ceux qui sont incapables de réaliser leur potentiel humain. De cette prémisse il s'ensuit un droit positif à l'intégrité et à l'autonomie, qui forme la pertinence des idées de solidarité, de non-discrimination et de communauté»^[14].

Les États généraux de la bioéthique gagneraient à développer la réflexion anthropologique sur la personne et sa vulnérabilité dans le cadre écologique global afin de poursuivre la réflexion du CCNE au-delà des limites méthodologiques définies dans l'Avis 148. Cette réflexion pourrait notamment reprendre les analyses de la philosophe Nathalie Maillard sur la vulnérabilité

comme «*catégorie morale*»^[15] et plus encore sur la «*vulnérabilité anthropologique*» ainsi définie: «*La vulnérabilité anthropologique désigne la fragilité constitutive de la vie humaine ; non seulement la fragilité du corps, mais la fragilité de l'équilibre psychique et émotionnel aussi bien que de l'identité personnelle et de l'estime de soi. Elle désigne aussi la fragilité des capacités qui entrent dans une définition minimale de ce qui fait d'une vie une vie humaine*»^[16].

Dans l'impossibilité de développer ici toutes les inflexions éthiques induites par cette anthropologie de la vulnérabilité et par les réflexions concomitantes des éthiques et des politiques du *care*, il suffira de mentionner les plus importantes :

► Une valorisation du concept d'autonomie relationnelle et la critique d'une autonomie comprise comme seule autosuffisance, simple autodétermination, refus de l'interdépendance. Le «*pouvoir agir*» et le «*pouvoir choisir*» ne sont pas niés mais reconfigurés. L'interdépendance n'est pas une fatalité ou un fardeau mais une condition et une expérience possiblement heureuse de nouvelles capacités personnelles et collectives pour bien vivre ensemble. La médecine, y compris

[14] PETER KEMP, JACOB DAHL RENDTORFF (éds.), *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: report to the European Commission of the BIOMED-II Project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998. Volume 1: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*, Copenhagen (Danemark) ; Barcelona (Espagne), Centre for Ethics and Law ; Institut Borja de Bioètica, 2000, p. 406.

[15] NATHALIE MAILLARD, *La vulnérabilité : Une nouvelle catégorie morale ?*, Genève, Labor et Fides, coll. «*Le champ éthique*» 56, 2011.

[16] NATHALIE MAILLARD, «*À quoi sert la vulnérabilité ? Enjeux éthiques et politiques d'un concept émergent*», dans *Accueillir la vulnérabilité*, Érès, 2020, p. 35-36.

quand elle propose un soin sans possibilité curative comme dans les soins palliatifs, en témoigne. La vulnérabilité n'est pas le contradictoire de l'autonomie mais la condition de sa juste compréhension et de l'affinement de son exercice.

- Une valorisation et une reconnaissance sociale et politique de la personne vulnérable, de la condition commune de la vulnérabilité, et non pas seulement de la personne maîtresse d'elle-même, compétente, mue par son seul intérêt, déliée d'obligations envers ses proches et la collectivité. Sur ce point, la contribution des associations de malades et des mouvements antivalidistes est à intégrer davantage dans tous les débats des États généraux de la bioéthique. Rien ne doit être pensé et fait « pour » sans être pensé et fait « avec ».
- Une considération de la vie humaine, et par conséquent de la santé, intégrant les diminutions, la passivité, la non-puissance, la remise de soi à d'autres en confiance sous les conditions de la reconnaissance de la dignité intrinsèque de tout être humain, du respect, de l'égalité et de la solidarité.
- Un nouveau regard sur la vulnérabilité pensée comme convocation à la responsabilité dans la ligne des travaux du philosophe Emmanuel Levinas.

- Une possibilité actuelle de développer une véritable « politique du *care* » malgré l'échec retentissant de cette thématique alors incomprise et caricaturée dans les programmes politiques formulés en 2010, ou en tous cas une revalorisation et une considération nouvelle des métiers du soin.

Ces quelques considérations sur les valeurs du soin et l'anthropologie du soin soutiennent deux nécessaires régulations pour la réflexion bioéthique actuelle : d'une part, la régulation du désir légitime de s'accomplir, de ne pas souffrir, de guérir, de prévoir et de se prémunir et d'anticiper de possibles pathologies, afin de l'encadrer juridiquement et de l'accompagner par une information adéquate et par une solidarité effective dans l'affrontement à la maladie et au handicap et, d'autre part, la régulation de la logique techniciste et financière du « toujours plus » au profit d'une logique du « toujours mieux » selon la réflexion amorcée par l'Académie de médecine sur la sobriété : « *La sobriété en soins, à l'opposé de la privation, est un mode d'exercice médical et soignant et de consommation des soins qui privilégie la pertinence et la qualité à la quantité* »^[17].

Enfin, ces deux formes de régulation ne peuvent être comprises et soutenues sans une pédagogie adéquate, un pari éducatif commençant dès le jeune âge, comme l'indique bien l'Académie

[17] ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, *La sobriété dans le soin. Principe civique de solidarité*, 9 décembre 2025, p. 1.

de médecine en recommandant la promotion d'un « *civisme d'un comportement en faveur de la santé dès le plus jeune âge* »^[18], et au profit d'une culture de l'hospitalité. Le pape François l'avait rappelé en 2020: « *Éduquer est toujours un acte d'espérance qui invite à la co-participation et à la transformation de la logique stérile et paralysante de l'indifférence en une logique différente, qui soit en mesure d'accueillir notre appartenance commune. [...] Nous sommes aussi conscients qu'un chemin de vie a besoin d'une espérance fondée sur la solidarité, et que tout changement nécessite un parcours éducatif pour construire de nouveaux paradigmes capables de répondre aux défis et aux urgences du monde contemporain, de comprendre et de trouver les solutions aux exigences de chaque génération et de faire fleurir*

l'humanité d'aujourd'hui et de demain »^[19]. Pour prolonger la préoccupation du CCNE d'organiser régulièrement des débats pour les lycéens, il serait possible de promouvoir une pédagogie plus large de réflexion sur la bioéthique dès les cours d'enseignement moral et civique (EMC), dans les cours de sciences de la vie et de la terre (SVT) et dans les cours de philosophie. Les États généraux de la bioéthique ne devraient donc pas seulement organiser des débats régionaux et émettre un avis préalable à la révision de la loi relative à la bioéthique mais aussi, plus largement, contribuer à formuler les conditions d'une pédagogie durable soutenant cette culture de l'hospitalité et de la participation au bien commun du soin médical, social et politique. ■

[18] ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, *La sobriété dans le soin. Principe civique de solidarité*, 9 décembre 2025, p. 12.

[19] FRANÇOIS, Message vidéo à l'occasion de la rencontre organisée par la Congrégation pour l'éducation catholique: « *Global compact on education. Together to look beyond* », Université pontificale du Latran, jeudi 15 octobre 2020

ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DE MÉTHODE POUR DES QUESTIONS NOUVELLES

Après cette reprise des valeurs et références éthiques fondamentales et avant d'étudier quelques possibles évolutions législatives, quelques éléments de méthode énoncés en forme de questions permettront de stimuler et d'orienter la conduite de la réflexion éthique dans la complexité.

Quelles modalités d'évaluations du contexte actuel, des lois précédentes et de leurs impacts systémiques, notamment sur l'équité dans les soins et la justice sociale?

Lors des États généraux de la bioéthique de 2018, les évaluations du contexte médical, des lois précédentes et de leurs impacts sys-

témiques (humains, soignants, médicaux, sociaux, financiers), n'ont pas suscité de réaction et ont été minimisées au profit de l'attribution de nouveaux droits-créances censés apparaître comme des progrès valorisés comme tels par les députés auprès des électeurs. Les débats sont ainsi régulièrement polarisés sur des avancées jugées majeures en termes de communication politique alors que les problèmes de fond du système de santé ne sont pas véritablement abordés. Même si les présents États généraux de la bioéthique n'abordent pas la fin de vie, comment ne pas voir que les modalités de traitement de cette problématique risquent de se reproduire en éthique du début de vie, en éthique de la génétique, en éthique de l'IA en médecine? Il faut un plus grand courage éthique pour aborder les problèmes de fond

plutôt que certaines réflexions affinées sur des problématiques non essentielles concernant peu de personnes et particulièrement médiatisées.

La question peut alors se traduire par une conviction : plus particulièrement sur les sujets controversés (assistance médicale à la procréation (AMP), fin de vie, dépistages génétiques, etc.), il serait important d'évaluer les conséquences globales des lois votées précédemment et d'en tenir compte. Par exemple, il a fallu attendre 2021 pour que les souffrances des personnes nées par AMP avec tiers donneurs puissent être entendues. La remédiation médicale à une souffrance peut en faire naître d'autres qui, pendant longtemps, ne sont pas entendues, pas vues, pas évaluées.

Comment les études d'opportunité portant sur de possibles évolutions législatives prennent en compte les impacts sur le système global de soin et la référence aux «communs de santé» ?

Après l'analyse des lois existantes, il importe aussi d'interroger les impacts potentiels de toute loi nouvelle sur la résolution des problèmes des déserts médicaux, du développement d'une médecine à deux vitesses, de la surconsomma-

tion de médicaments, compte tenu de l'impératif d'équité dans les soins médico-sociaux et de justice sociale en matière de santé publique.

Après l'invitation pressante de l'Académie de médecine à discerner les évolutions envisagées selon une «*éthique de la sobriété*» et le «*principe civique de solidarité*», il serait difficile de comprendre comment des techniques de soins coûteuses et potentiellement dommageables sur la qualité des soins pourraient être encouragées alors même que les soins de bases ne sont plus assurés de façon égalitaires. Le CCNE le soulignait déjà dans l'avis 140 qui tentait de tirer les leçons de la crise sanitaire du COVID mais ces considérations n'ont jusqu'à présent pas vraiment modifié le mode de réflexion bioéthique et les politiques de santé publique : «*Faire au seul motif que l'on sait faire techniquement peut ainsi parfois conduire à des situations de souffrance, de handicap secondaire, de dépendance, de vulnérabilités qui s'imposent à la personne*»^[1].

Aussi, en bénéficiant des recherches plus générales sur les communs, la réflexion bioéthique pourrait s'inspirer davantage de la réflexion sur les communs en santé en incluant l'organisation du soin à la question plus souvent traitée des biens de santé (médicaments, dispositifs, etc.) ou des données de santé : «*La perspective*

[1] CCNE, Avis 140. *Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives*, 20 octobre 2022, p. 27.

des communs n'a pas seulement trait aux biens, mais aussi aux organisations. Sans contrôle démocratique sur l'organisation du soin, pas de santé autonome»^[2]. De façon générale, les communs désignent «non pas ce qui est commun mais ce qui est pris en charge par une activité de mise en commun, c'est-à-dire ce qui est rendu commun par elle»^[3]. Certes, le CCNE a valorisé le concept de «démocratie participative»^[4] en suggérant de prendre en compte les intérêts des patients qui sont parfois différents de ceux des soignants mais l'approche par les communs paraît plus nécessaire parce qu'elle dépasse le recueil et l'arbitrage de la diversité des intérêts. Elle pense fondamentalement l'activité humaine comme «co-activité et co-obligation, co-opération et réciprocité»^[5].

Comment est interrogé l'argument de la demande des citoyens: qui demande quoi, à qui et pourquoi?

Une des manières d'interroger l'invocation de la «démocratie participative» est de questionner le recours à l'argument de la «demande des (ou de certains) citoyens» dans le raisonnement bioéthique. Cet argument est souvent convo-

qué avec celui de la remédiation à la souffrance pour légitimer éthiquement certaines évolutions dans l'utilisation des biotechnologies (AMP, DPN, dépistages génétiques, etc.) ou des conditions du soin. Nous aurions besoin d'une analyse plus affinée des demandes de remédiation à certaines souffrances en questionnant également l'utopie de la santé de l'après-guerre comme «état de complet bien-être physique, mental et social». Par exemple, l'extension des dépistages et des diagnostics génétiques est-elle demandée principalement par un grand nombre de citoyens, par certaines catégories de personnes exposées, par les médecins, par les sociétés qui fabriquent les plateformes de séquençage à haut débit, par les économistes de la santé, par certains courants politiques? Ainsi, l'argument de la demande – ou de l'intérêt – des citoyens pourrait-il parfois masquer l'intérêt des sociétés de commercialisation des tests ou des programmes de médecine génomique soucieux de participer à la compétition internationale des banques de données et des équipes de recherche?

De plus, il serait aussi bon de se demander qui agit principalement sur la désirabilité d'une technique ou d'une évolution législative, qui

[2] JEAN-PAUL GAUDILLIÈRE, CAROLINE IZAMBERT, PIERRE-ANDRÉ JUVEN, *Pandémopolitique: réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte, 2021, p. 220-221. Sur l'application de la réflexion sur les communs aux médicaments, voir ISABELLE MOINE-DUPUIS, «Santé et biens communs: un regard de juriste», *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, Dossier 10, Réseau «Développement durable et territoires fragiles», 2008.

[3] PIERRE DARDOT, CHRISTIAN LAVAL, *Commun: essai sur la révolution au XXI^e siècle*, Paris, La Découverte, 2015, p. 581.

[4] CCNE, *Avis 140...*, p. 44.

[5] PIERRE DARDOT, CHRISTIAN LAVAL, *Commun...*, p. 50.

contrôle ou entretient des modèles de la bonne santé ou de l'acceptabilité et de la performance sociale. À l'heure où il devient nécessaire de repenser solidairement le soin comme responsabilité envers les plus vulnérables, le seul argument d'une nouvelle possibilité ou d'une nouvelle liberté offerte à certains et ne nuisant pas aux autres ne suffit pas à légitimer une proposition législative.

Comment sont pensées, régulées et accompagnées les «prédictions médicales» notamment dans les dépistages génétiques en tenant compte de leurs effets psychiques?

La vulnérabilité anthropologique qui inclut, selon la définition précédente, «*la fragilité de l'équilibre psychique et émotionnel aussi bien que de l'identité personnelle et de l'estime de soi*», est particulièrement mise à l'épreuve par les tests génétiques (dépistage et diagnostic) portant sur soi-même ou sur le fœtus (DPN, DPNI) ou sur l'embryon pré-implantatoire (DPI).

Les progrès techniques et financiers du séquençage haut débit ne suppriment pas l'impact psychique de la décision de procéder pour soi-même ou pour l'embryon à un diagnostic ou à un dépistage génétique. La réponse partielle au désir de savoir et au désir de prédire ne signifient pas forcément l'accès à une plus grande

“

**À L'HEURE
OÙ IL DEVIENT
NÉCESSAIRE DE REPENSER
SOLIDAIREMENT LE SOIN
COMME RESPONSABILITÉ
ENVERS LES PLUS
VULNÉRABLES,
LE SEUL ARGUMENT D'UNE
NOUVELLE POSSIBILITÉ
OU D'UNE NOUVELLE
LIBERTÉ OFFERTE
À CERTAINS ET NE
NUISANT PAS AUX
AUTRES NE SUFFIT
PAS À LÉGITIMER
UNE PROPOSITION
LÉGISLATIVE.»**

liberté de configurer son propre avenir et l'avenir de ceux qui pourront naître. La prédiction peut sidérer au lieu de libérer l'horizon d'une vie qui, certes, sera autre que celle attendue mais bonne par-delà les critères de normalité statistique. Aussi, les avis éthiques concordent tous sur la nécessité de développer le conseil génétique pour ne pas enfermer les personnes dans des prédictions génétiques vécues de façon erronée comme une fatalité ou un destin funeste, ou encore dans l'incertitude d'interprétation des variants de signification inconnue.

Les prédictions données par le dépistage génétique risquent de refermer les possibles au lieu de les libérer dans une « *autre allure de vie* »^[6] comme le suggère Georges Canguilhem en nous aidant ainsi à nous affranchir de la seule normativité statistique. Elles peuvent conduire, dans le cas du DPNI, à désinvestir psychiquement l'enfant à venir au lieu de préparer son possible avenir. La liberté de vivre autrement risque d'être fortement restreinte. Plus nous saurons prédire par dépistage et parfois savoir par diagnostic, plus le refus de faire les tests nous paraîtra comme une anomalie, une aberration, un refus d'amélioration alors même que ces tests seront présentés comme une liberté et comme une manière parmi d'autres d'affronter l'avenir. Il faudra donc rester très vigilants sur les effets sociaux induits par le développement et la possible généralisation de ces tests

génétiques présentés comme une liberté alors même qu'ils ne pourront être accompagnés par un conseil génétique adapté en raison des disponibilités et des coûts de personnels qualifiés.

De façon générale, il faut interroger l'apparente simplicité du principe d'autonomie et du consentement libre et éclairé dans toutes ces situations où la vulnérabilité psychique résulte d'une prédiction, d'une annonce ou d'un constat d'une maladie ou d'un handicap estimés graves. Il faut également prêter une grande attention à la qualité de l'information car la parole médicale peut facilement – et souvent inconsciemment – influencer fortement la décision des personnes concernées ou des parents. L'autonomie de la personne fragilisée reste toujours sous influence et cette influence sous-jacente au soin exige un redoublement de vigilance éthique.

Comment sont discernés l'obstination déraisonnable ou les traitements disproportionnés dans un nouveau contexte de performances techniques, de ressources limitées et d'attention à la vulnérabilité?

L'interrogation conjointe du CCNE et de l'Académie de médecine doit être prise en considération dans toute réflexion bioéthique actuelle parce que, pour la première fois et malgré les

[6] GEORGES CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique* [1943], Paris, Presses universitaires de France, 1972, p. 51.

avertissements anciens d'Ivan Illich dénonçant, dans *Némésis médicale* (1975), la «iatrogenèse clinique», c'est-à-dire «cette foule d'effets secondaires, mais directs, de la thérapeutique», elle ose mettre en cause explicitement l'idée d'un progrès médical technique nécessairement synonyme de qualité de santé. La volonté thérapeutique de «faire beaucoup» peut conduire à la surmédicalisation d'un «faire trop». La qualité du soin n'est pas dans la surmédicalisation mais dans une pertinence médicale et dans un accompagnement adapté.

Cette interrogation est bien résumée dans la présentation suivante de la problématique de l'Avis 148 du CCNE: «*L'éthique du progrès, qui est interrogée dans cet avis, découle d'une interrogation particulièrement sensible et difficile : doit-on agir en médecine au seul motif que l'on sait faire, au risque parfois d'engendrer des situations de souffrance ? En effet, si les personnes vivent plus longtemps ou peuvent vivre avec une situation de vulnérabilité liée à leur santé, indépendamment de l'âge, qu'en est-il de leur qualité de vie ? Par exemple, en réanimation, les avancées technologiques permettent de sauver des vies, mais posent également des questions éthiques complexes lors*

qu'elles entraînent des séquelles sévères, menant à des situations de dépendance totale»^[7].

L'interrogation ne porte pas seulement sur l'obstination thérapeutique déraisonnable en fin de vie mais aussi en réanimation adulte et également, de façon encore plus délicate, en réanimation néonatale. Comment discerner ce qu'il convient de faire entre «ne pas faire assez» et «faire trop» dans l'écoute affinée des attentes personnelles et dans la vigilance par rapport aux pressions sociales et politiques qui peuvent s'exercer dans un sens ou dans un autre en conditionnant fortement la décision personnelle ? Il faudrait veiller à ce que l'argument de la «qualité de vie», qui n'est pas facilement conceptualisable, ne devienne un nouvel argument général pour justifier de nouvelles discriminations et dérives éthiques.

Des réflexions de qualités sont menées depuis longtemps, notamment en réanimation^[8], et il est nécessaire de les poursuivre dans ce nouveau contexte. La tradition chrétienne, qui a distingué depuis le XVI^e siècle les «moyens ordinaires obligatoires et les moyens extraordinaires non obligatoires»^[9] puis les «moyens pro

[7] RÉGIS AUBRY, ANNE CARON-DÉGLISE, JEAN-FRANÇOIS DELFRAISSY, «Les situations de vulnérabilité liées à la santé : un angle mort du progrès. À propos de l'avis 148 du Comité consultatif national d'éthique», *Santé publique*, vol. 38, n° 1, SFSP, 2026, p. 12

[8] Par exemple : LOUIS PUYBASSET (éd.), *Enjeux éthiques en réanimation*, Springer Verlag France, 2010, 634 p.

[9] Voir notamment FRANCISCO VITORIA, *Leçon sur l'homicide [1529]*, trad. Jean-Paul Coujou, Dalloz-Sirey, coll. «Bibliothèque Dalloz», 2009.

portionnés et les moyens disproportionnés»^[10], pourrait continuer à participer de façon générale à cette réflexion et de façon particulière en faisant appel aux ressources spirituelles des personnes concernées.

Comment pouvons-nous parler de la vulnérabilité, des limites et de la mort pour vivre mieux sans tout demander à la médecine?

L'utopie médicale de l'après-guerre s'est construite sur un déni de la mort suscité par le tragique des millions de mort et par les promesses nourries par les succès de la biomédecine. En 1955, le sociologue Geoffrey Gorer parlait d'une «*pornographie de la mort*»^[11] pour désigner cette forme de honte à parler et donc à intégrer la perspective de la mort. Les utopies transhumanistes poursuivent le même désir

ou le même fantasme. L'enjeu éthique actuel n'est pas seulement d'élaborer des solutions pour éviter les souffrances de la fin de vie mais d'intégrer cette perspective pour vivre mieux en se confrontant à toutes ces expériences des limites, qui peuvent s'apparenter à la mort et que nous demandons parfois à la médecine d'occulter par la surmédicalisation : désirs insatisfaits, projets mis en échec, annonce d'une mauvaise nouvelle, etc. Il ne s'agit pas d'arrêter la recherche médicale mais de l'accompagner de façon nouvelle par les contributions des sages philosophiques et religieuses qui peuvent continuer à nous apprendre à bien vivre dans l'expérience des limites et sous l'horizon de la mort. Une éthique globale soucieuse de la qualité de vie ne devrait pas se priver de ces ressources. Surmédicaliser, c'est le réflexe d'une biomédecine qui refuse de devenir une médecine intégrative. ■

[10] CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Déclaration « Iura et bona » sur l'euthanasie et sur l'observation d'un usage thérapeutique et proportionné des médicaments analgésiques*, 5 mai 1980.

[11] GEOFFREY GORER, « The Pornography of Death », *Encounter*, oct. 1955, p. 49-55.



RÉFLEXIONS SUR QUELQUES SUJETS ACTUELS

Les valeurs et éléments de méthode qui viennent d'être exposés permettent d'aborder quelques sujets débattus pendant les États généraux de la bioéthique.

EXTENSION DES INDICATIONS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Les positions de l'Église catholique sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) ont été formulées lors des précédents États généraux de la bioéthique dans la déclaration intitulée *La dignité de la procréation*^[1], signée par tous les évêques de France. La critique argumentée de l'extension de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules, de la réception d'ovocyte de la partenaire (ROPA), de l'AMP *post-mortem* et de la GPA a été explicitée dans ce document et garde toute sa validité.

La situation actuelle, marquée par le développement important de l'AMP pour les couples de femmes et surtout les femmes seules, conduit à souligner particulièrement les points suivants :

- La valorisation précédente de la dimension relationnelle de la personne et de son corps soutient cette affirmation que la procréation ne doit pas s'affranchir d'une relation intégrant toutes les dimensions de la personne (corporelle, psychique, sociale, spirituelle). L'éviction structurelle et institutionnelle (et non pas symbolique) du père demeure à ce titre un très sérieux problème éthique.
- Le droit institue des relations entre les personnes et cette éviction institutionnelle ne peut être justifiée par l'argument d'égalité qui sera à nouveau immanquablement utilisé pour justifier d'autres évolutions. Dans son avis de 2018, le Conseil d'État avait rap-

[1] ÉVÊQUES DE FRANCE, *La dignité de la procréation*, Paris, Bayard-Cerf-Mame, 2018, 110 p.

pelé que: «[...] les règles du droit de la famille fondent une différence de traitement sur une différence de situation liée à l'altérité des sexes. Eu égard à la finalité de compensation d'une infertilité pathologique que la loi assigne à la procréation médicalement assistée, une personne seule, un couple homosexuel, un veuf ou une veuve sont placés dans des situations différentes de celle des couples hétérosexuels infertiles puisque l'impossibilité de procréer à laquelle ils sont confrontés ne résulte pas d'une pathologie. Cela ne disqualifie pas pour autant leur projet parental, mais ces catégories de personnes ne peuvent revendiquer un traitement analogue au nom du principe d'égalité ou de non-discrimination»^[2].

- La ROPA rompt avec le principe d'anonymat du don, qui est garant du non-fléchage du don. En même temps, elle tente de tisser, au lieu même de la dissociation dans l'engendrement, un lien corporel, une forme d'association au principe de la conception. Elle prépare l'acceptation de conventions de maternité pour autrui entre proches dans un cadre d'abord non commercial. Elle pourrait ainsi préparer une acceptation d'une GPA censée être éthique et conduirait à remettre en cause le principe éthique de non-patrimonialité du corps et de l'article 16-7 du Code civil: «Toute convention portant sur la pro-

création ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle.» La non-patrimonialité du corps est un principe essentiel de la cohérence du «modèle français de bioéthique». Aussi, il est particulièrement important de tenir fermement ce principe et de refuser en conséquence toute possibilité d'acceptation de la GPA^[3]. Un contrat financier de gestation et d'abandon d'enfant au profit d'une autre personne ne peut recevoir aucune approbation. En ce sens, il n'y a pas de «GPA éthique».

- La multiplication des familles monoparentales grâce aux techniques d'AMP devrait exiger une évaluation globale de la loi précédente analysant notamment les vulnérabilités spécifiques induites. En voulant répondre à un désir, la médecine ne doit pas contribuer à produire d'autres souffrances.
- Pour rester un événement personnel liant des personnes, la procréation ne doit s'apparenter ni à une fabrication ni à une production optimisée ni à une instrumentalisation ni à une marchandisation. Le développement des cliniques ou des sites étrangers (Cryos International, European Sperm Bank, Eugin Group, My Nucleus, etc.) permettant d'effectuer des tests pré-conceptionnels (*My Nucleus*: «*The best time to prevent disease*

[2] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique: quelles options pour demain?*, Étude adoptée en assemblée générale le 28 juin 2018, p. 51.

[3] Pour une bonne mise au point, voir: MARIE-ANNE FRISON-ROCHE, CHRISTOPHE HAMBURA et ALEXANDRE KÖHLER (collab.), *GPA: dire oui ou dire non*, Paris, France, Dalloz, 2018.

is *pre-pregnancy*»), de choisir un profil de tiers-donneur ou de tiers-donneuse, d'effectuer des tests génétiques visant à améliorer les caractéristiques de l'embryon devrait nous rendre vigilants sur les dérives possibles et sur la nécessité de préserver le «*modèle français de bioéthique*».

- La réflexion sur la «*médecine de la personne*» pourrait être enrichie par la remarque conclusive de la déclaration *La dignité de la procréation*. Elle invite à une forme de considération ou d'émerveillement devant la nouveauté d'une vie humaine, qui pourrait manquer dans certains débats limités aux seules régulations techniques et financières : «*Nous pouvons résister collectivement à la fascination*

des techniques – et à la fascination du marché qui s'en empare – en cultivant l'attention au mystère de la personne et à sa transcendance. N'est-ce pas la perception intuitive de ce mystère qui, dans les yeux des parents regardant avec amour leur enfant, éveille la joie, la gratitude, la sollicitude ainsi qu'une sorte de respect sacré devant ce don qui les dépasse ? Cette qualité du regard, qui discerne la beauté et qui voit avec le cœur, est un appel pour tous. Sans elle, les débats de bioéthique risquent de se réduire à des discussions techniques et financières, qui ne parviennent pas à s'ancrer dans la profondeur du mystère de la personne et de sa dignité. Les défis éthiques actuels nous invitent tous, plus que jamais, à cette forme de considération et de contemplation»^[4]. ■

[4] ÉVÊQUES DE FRANCE, *La dignité de la procréation*, Paris, Bayard-Cerf-Mame, 2018, n° 59, p. 83-84.

LA GAMÉTOGÈNE IN VITRO: UN VERTIGE ÉTHIQUE

La recherche sur les gamètes artificiels obtenus par des cellules souches pluripotentes induites humaines et ses possibilités potentielles d'application ne sont pas connues du grand public et mériteraient des débats informés en dehors des cercles scientifiques. En effet, ces recherches conduisent, dans un avenir relativement proche, à de véritables techniques de fabrication de l'être humain sans recours aux gamètes issus des personnes. Il n'y aurait même plus à donner ses gamètes dans un acte sexuel de donation de soi, il suffirait de les produire. Il n'y aurait plus à donner de soi, il suffirait de produire à partir d'éléments de soi.

En France, la loi relative à la bioéthique de 2021 a permis ces recherches sur les gamètes artifi-

ciels ainsi que sur les chimères animal-homme sous réserve de déclaration à l'Agence de la biomédecine et de son contrôle: «*Sans préjudice de l'article L. 1243-3 et, le cas échéant, de l'article L. 1121-1, les protocoles de recherche conduits sur des cellules souches pluripotentes induites humaines ayant pour objet la différenciation de ces cellules en gamètes, l'obtention de modèles de développement embryonnaire in vitro ou l'insertion de ces cellules dans un embryon animal dans le but de son transfert chez la femelle sont soumis à déclaration auprès de l'Agence de la biomédecine préalablement à leur mise en œuvre*»^[1].

Le contrôle est effectué notamment par référence à l'article 16 du Code civil, qui précise les normes anthropologiques et juridiques de la personne: «*Le directeur général de l'Agence de*

[1] Code de la santé publique, Article L2151-7 (Modifié par LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 21).

la biomédecine s'oppose, dans un délai fixé par voie réglementaire, à la réalisation d'un protocole de recherche ainsi déclaré si le protocole ou ses conditions de mise en œuvre ne respectent pas les principes fondamentaux énoncés aux articles 16 à 16-8 du Code civil, les principes éthiques énoncés au présent titre et ceux énoncés au titre Ier du livre II de la première partie du présent code. Cette décision est prise après avis public du conseil d'orientation de l'agence. »

Une lettre récente de l'Agence de la biomédecine^[2] précise l'état actuel de la recherche sur la gamétogenèse *in vitro* (GIV), les bénéfices thérapeutiques espérés, et évoque quelques questions éthiques sans se prononcer toutefois sur le fond.

En 2016, une équipe de recherche japonaise a réalisé sur des souris la première GIV complète en laboratoire et a obtenu des résultats « spectaculaires » à partir de peau de souris : « [...] des ovocytes et spermatozoïdes entièrement dérivés *in vitro* donnent naissance à des souriceaux en bonne santé. Certains de ces souriceaux étaient même capables de se reproduire à leur tour, démontrant ainsi la capacité des gamètes dits "artificiels" à produire une descendance fertile »^[3].

Pour l'instant, aucune équipe n'a pu obtenir des gamètes humains fonctionnels *in vitro* : « [...]

la reconstitution complète de gamètes humains matures – ovocytes ou spermatozoïdes pleinement fonctionnels – n'a pas encore été atteinte. Les cellules produites présentent encore des anomalies génétiques et épigénétiques, et l'environnement cellulaire nécessaire à leur maturation reste difficile à reproduire en laboratoire »^[4].

L'Agence de la biomédecine détaille les « nouvelles combinaisons pour la reproduction » que pourrait apporter cette technique. Il est nécessaire de citer longuement pour mieux comprendre la révolution annoncée et pour ressentir ce nouveau vertige éthique que les mythes anciens n'avaient même pas envisagés : « *La GIV permet d'envisager de nouvelles combinaisons de reproduction pour les femmes qui se rapprochent ou ont dépassé l'âge de la ménopause, mais également dans d'autres situations.*

Les couples de femmes pourraient avoir des enfants conçus avec des gamètes issus des deux parents. Il s'agirait de créer un spermatozoïde à partir de cellules souches d'une des deux femmes du couple.

Chez les couples d'hommes, un projet parental avec création d'un ovocyte par GIV s'accompagnerait en outre nécessairement du recours à une mère porteuse au travers d'une gestation pour autrui,

[2] AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, *Gamétogenèse in vitro : les cellules souches déplacent les limites de la reproduction humaine*, La Lettre de la biomédecine n°7, septembre 2025.

[3] *Idem*, p. 8-9.

[4] *Idem*, p. 11.

ce qui soulève d'autres questions éthiques importantes, et qui n'est pas autorisé en France à ce jour.

Une autre des applications cliniques potentielles de la GIV est qu'elle permettrait théoriquement une "reproduction en solo". Les gamètes mâles et femelles pourraient être produits in vitro à partir d'un seul et même individu, et fécondés à l'aide des technologies de la FIV.

Enfin, si cette technologie est poussée à son paroxysme, la possibilité technique d'impliquer plus de deux personnes dans la conception biologique d'un enfant, en combinant les gamètes artificiels créés à partir des cellules de plusieurs adultes devient envisageable. Il s'agit du concept de "multiparentalité" qui permettrait à plusieurs personnes d'être génétiquement liées à l'enfant»^[5].

Toutes les combinaisons de nouvelles procréations sont donc envisagées: enfant né d'un couple de femmes grâce à des spermatozoïdes artificiels produits à partir de cellules somatiques reprogrammées en cellules souches pluripotentes induites de l'une d'entre elles; enfant né par GPA après une FIV réalisée avec les spermatozoïdes de l'un et un ovocyte produit à partir de cellules somatiques reprogrammées en cellules souches pluripotentes induites de l'autre; et même enfant né d'une seule personne ou de plus de deux personnes!

Le document de l'Agence de la biomédecine ajoute même la possibilité de produire des gamètes conformes à son genre au nom d'une «technologie inclusive» comme si le terme inclusif suffisait à donner à cette technologie un label éthique: «*De même, la GIV pourrait devenir la première technologie inclusive qui permettrait à une personne transgenre de produire un gamète qui reflète son genre plutôt que son sexe à la naissance, et à un couple de même sexe d'avoir un enfant qui soit biologiquement lié à ses deux parents*»^[6].

Face à ces possibilités inquiétantes qui pourraient devenir prochainement réalité, l'Agence de la biomédecine propose «*d'anticiper et d'encadrer cette révolution biomédicale*» en ouvrant «*un débat public transparent*» pour «*garantir que les décisions prises reflètent les valeurs collectives et non les seuls intérêts d'acteurs technologiques ou économiques*» et en cherchant un cadre éthique et juridique international pour «*pour éviter une course à l'innovation non régulée, qui pourrait conduire à des dérives telles que l'eugénisme, la marchandisation du vivant, ou la création d'inégalités accrues dans l'accès à ces technologies*»^[7].

Le souci d'encadrer les usages de cette technologie et d'éviter de possibles dérives peut paraître raisonnable mais il évite la question de fond,

[5] *Idem*, p. 13-14.

[6] *Idem*, p. 16.

[7] *Idem*, p. 17.

la question principale qui est de se prononcer dès maintenant sur le caractère éthique ou non de la seule production de gamètes artificiels et de la production – il faut employer ce terme précis – d'un embryon et d'un enfant par ce moyen.

L'engendrement d'une personne n'est ni une production ni une reproduction ni une fabrication car ces termes conviennent aux choses qui sont configurables, optimisables, instrumentalisables et maîtrisables selon les logiques techniques. Les personnes engendrent des personnes dans une relation personnelle qui prend la forme désirée – à défaut d'être toujours réalisée – d'un acte de don réciproque de soi, d'un acte d'amour, pour qu'un enfant advienne comme le fruit d'un amour et non pas comme une volonté de production. La dignité de l'enfant ne commence pas à la naissance mais, dès l'engendrement, dans la volonté qu'il soit voulu pour lui-même, c'est-à-dire fruit d'un acte de don, et non pas en conformité avec un projet de production qui en ferait l'analogue d'une chose à disposition. Le projet parental ne confère donc pas tous les droits aux parents pour obtenir un enfant conformément à leur volonté. Comment signifier que l'enfant est voulu comme un être libre, comme un être pour lui-même, comme une personne désirée et accueillie, sinon en refusant qu'il soit configuré et produit de façon analogue à une chose ? La production envisagée de gamètes artificiels

et d'enfant par cette technique est une production à partir d'éléments de soi mais n'est pas un don de soi dans un acte personnel. Les gamètes naturels sont toujours de soi ; les gamètes artificiels sont produits à partir d'éléments de soi et ils ne peuvent être donnés comme étant de soi dans un acte personnel. Admettre la production d'êtres humains à partir de la fabrication de gamètes artificiels, c'est accepter qu'une personne soit issue d'un produit technique, c'est accepter au principe d'une naissance la logique de la production et de l'optimisation des choses, c'est admettre que le corps est dissociable de la personne comme une banque biologique à disposition de sa propre volonté. Une telle réalisation supposerait d'en finir avec le « *modèle français de bioéthique* » et son articulation spécifique entre dignité, liberté et fraternité. Il faudra choisir.

Face à de telles possibilités, il devient plus facile de reconnaître que l'engendrement par l'acte sexuel n'est pas un archaïsme dépassable par la technique mais le critère d'un acte humain, d'une donation mutuelle de soi, de la non-instrumentalisation du corps, de la dignité d'un être non fabriqué mais désiré pour lui-même. Si nous ne prenons pas en compte les conditions de l'engendrement de la personne dans l'impératif éthique du respect de sa dignité, cela signifie que nous sommes progressivement prêts à accepter les techniques de configuration, d'optimisation et de sélection de l'as-

“

**COMMENT SIGNIFIER
QUE L'ENFANT EST VOULU
COMME UN ÊTRE LIBRE,
COMME UN ÊTRE
POUR LUI-MÊME,
COMME UNE PERSONNE
DÉSIRÉE ET ACCUEILLIE,
SINON EN REFUSANT
QU'IL SOIT CONFIGURÉ
ET PRODUIT
DE FAÇON ANALOGUE
À UNE CHOSE?»**

sistance médicale à la procréation (DPN, FIV, DPI, GIV) pourvu qu'elles soient l'objet d'un projet parental. Jusqu'à présent le législateur a réussi à contenir, au nom de la dignité et de ses potentielles menaces par différentes formes d'eugénisme, cette toute-puissance du projet

parental mais il est de plus en plus soumis à la pression de l'autorisation de nombreuses techniques au nom de la science et de la santé.

Ces dérives potentielles de réification de l'être humain par la production d'embryons issus de GIV devraient être expliquées au grand public et interdites dès à présent par le droit comme le fut, dès les premières lois relatives à la bioéthique de 1994, le clonage : « *Est interdite toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée* »^[8]. La lettre de l'Agence de la biomédecine tient à montrer la différence d'une « reproduction en solo » avec le clonage en précisant : « *Le processus de méiose évoqué plus haut, utilisé en GIV, permettra un brassage du matériel génétique et la production de gamètes génétiquement distincts et non des clones* »^[9]. Certes, le brassage génétique issu de la technique de la GIV est censé dissiper la crainte de la reproduction du même et donc l'analogie avec le clonage mais il ne supprime pas la réification de l'être humain en son commencement. Aussi, l'interdiction de produire des embryons à partir de la GIV devrait s'accompagner d'une interdiction similaire anticipée d'utilisation de l'utérus artificiel puisque cette technique ne relève également plus de la science-fiction. ■

[8] Code civil, art. 16-4, création de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994, art. 3.

[9] AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, *Gamétogenèse in vitro : les cellules souches déplacent les limites de la reproduction humaine*, La Lettre de la biomédecine n°7, septembre 2025, p. 13.

EXAMENS GÉNÉTIQUES ET MÉDECINE GÉNOMIQUE

EXTENSION DU DÉPISTAGE PRÉ-CONCEPTIONNEL EN POPULATION GÉNÉRALE

La question de l'extension du dépistage pré-conceptionnel en population générale a déjà été abordée par différents rapports du CCNE (Avis 120, 25 avril 2013; 124, 21 janvier 2016; 126, 17 juin 2017; 129, 18 septembre 2018; 138, 20 mai 2021), du Conseil d'État (28 juin 2018), de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST, 25 octobre 2018), ainsi que par l'avis de la Société française de médecine prédictive et personnalisée (décembre 2019). Jusqu'à présent ce dépistage pré-conceptionnel ne peut être effectué que dans le cadre d'un conseil génétique en cas de maladies génétiques familiales connues ou de signes

d'appel comme le précise à nouveau la note de cadrage de la Haute Autorité de santé (HAS) du 11 juin 2025, *Santé préconceptionnelle*, rappelant la recommandation de bonne pratique de la HAS du 26 mai 2016, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. L'article R1131-5 du code de la santé publique précise en effet: « Un examen des caractéristiques génétiques peut être prescrit à une personne asymptomatique :

- 1° Qui présente des antécédents familiaux;
- 2° Qui partage un projet parental avec une personne porteuse d'une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave, et dont les gamètes sont susceptibles d'être utilisés dans le cadre de ce projet [...]

L'argument central d'une telle proposition d'extension du dépistage pré-conceptionnel en

population générale, qui continuerait évidemment à reposer sur le volontariat, est d'éviter certains recours au DPN et à l'IMG en cas de diagnostic d'une maladie d'une particulière gravité. Comme le dépistage ne donne qu'une probabilité même si elle est de plus en plus affinée, il serait possible de recourir au DPI en cas de risque majeur.

Pour éclairer le jugement éthique, la référence au contexte actuel du soin, aux valeurs et références éthiques fondamentales ainsi qu'aux éléments généraux de méthodes formulés précédemment est essentielle.

Qui demande quoi, à qui et pourquoi?

Certes, le CCNE, dans son avis 129 présenté comme une contribution à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019, fait appel à l'argument du « comité citoyen » des États généraux de la bioéthique : « Par ailleurs, le comité citoyen a émis une opinion sur la génomique en pré-conceptionnel, privilégiant, à la majorité de ses membres, un accès à tous, sous réserve du volontariat »^[1]. Mais c'est un avis limité porté par l'intérêt d'avoir toujours plus de possibilités d'information et d'action. Il importe de resituer cet avis parmi d'autres et dans un nouveau contexte.

Il n'est pas du tout certain que la majorité des personnes ayant un désir d'enfant soient dans

l'attente prioritaire d'une telle possibilité supplémentaire et soient bien informées des conséquences potentielles d'une telle extension répondant au désir de prédire et de prévenir. Comment avoir accès de façon non biaisée à ce qui serait une demande majoritaire hors du contexte des familles déjà affectées par des maladies génétiques connues ? La logique de la recherche médicale, la logique de la médecine personnalisée et la logique financière des sociétés de commercialisation des plateformes de séquençage haut débit (NGS et WGS) conduisent à promouvoir cette extension d'autant plus que les examens génétiques seraient remboursés et contribueraient à fournir les bases de données génétiques nécessaires à la poursuite du « Plan médecine génomique ». Comment prendre en compte d'autres arguments ?

Quelles incidences générales sur le vécu de la grossesse, sur l'enfant et sur les relations parentales ?

De façon générale, le vécu de la grossesse a été sécurisé par les progrès médicaux et il est aussi devenu anxiogène en raison du surcroît d'informations concernant des pathologies potentielles. Les prédictions anxiogènes n'affectent pas uniquement le vécu de la grossesse mais aussi le discernement dans des situations de décision de poursuite ou non de la grossesse. L'extension du diagnostic pré-conceptionnel en

[1] CCNE, Avis 129. Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019, 18 septembre 2018, p. 65.

population générale ne pourra qu'augmenter ce caractère anxiogène en voulant paradoxalement contribuer à le diminuer. Une prédiction mauvaise ne peut être contrée par les seuls arguments rationnels car elle entame cette enveloppe psychique de confiance nécessaire à l'accueil de l'enfant *in utero*. Cette perturbation des conditions d'accueil d'un enfant n'altère donc pas seulement le projet parental mais aussi les conditions d'accueil de l'enfant et la disponibilité à faire face à l'imprévu.

L'extension du dépistage pré-conceptionnel en population générale présente aussi le risque de catégoriser les enfants acceptables, de catégoriser les futurs parents convenables et de déterminer la relation conjugale par la capacité à procréer un enfant «suffisamment sain» plutôt que par l'alliance mutuelle. Le couple ne serait plus le lien de reconnaissance mutuelle permettant d'accueillir un enfant mais l'objet d'une norme sociale au service de la génération d'enfants jugés acceptables par la société. Le CCNE souligne bien ces différents points: *«Cette identification de couples à risque de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique grave [...] conduit à constituer une espèce de "carte d'identité de risque génétique" qui présenterait le double risque d'interférer dans les unions entre personnes envisageant un projet parental et de cataloguer ou catégoriser ces per-*

sonnes, les soumettant ainsi à de potentielles discriminations ou stigmatisations»^[2].

De plus, l'information médicale n'est pas en soi bienfaisante. Comme le mentionne le Code de déontologie médicale elle doit être *«approprée»* et *«tenir compte de la personnalité du patient»*: *«Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension»*^[3].

Quel accompagnement en conseil génétique?

Cette nécessité d'un accompagnement adapté ne peut être réalisé que par des équipes formées de conseillers génétiques et de psychologues. En 2018 le Conseil d'État avait estimé que la demande de conseil génétique associée à cette mesure ne pouvait être assurée et que le risque concomitant d'eugénisme était réel. Cette évaluation du Conseil d'État est encore plus pertinente dans le contexte actuel de manque d'effectif: *«Le Conseil d'État n'identifie aucun obstacle conventionnel ou constitutionnel de principe à l'instauration d'un tel diagnostic. Toutefois, il estime que l'utilité de l'information apportée aux couples ne justifie pas les risques*

[2] CCNE, Avis 120. Questions éthiques associées au développement des tests génétiques fœtaux sur sang maternel, 25 avril 2013, p. 28.

[3] Article R 4127-35.

eugéniques qu'il induirait, ce d'autant plus que le système de santé français ne serait pas en mesure de répondre à l'augmentation de la demande en tests génétiques en découlant »^[4].

Malgré le désir de contrer le danger de dérive eugénique, l'Avis 129 du CCNE risque de stigmatiser, cette fois de façon politique, certaines pathologies puisqu'il propose d'établir une liste de pathologies sous la garantie de l'Agence de la bioéthique. Le discernement médical ne relèverait plus d'un discernement conduit *in situ* par un Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) mais serait imposé et garanti par l'État. Les personnes atteintes de ces pathologies seraient alors désignées officiellement comme n'ayant pas dû naître. Le remède éthique serait plus dangereux que le risque qu'il serait censé éviter: «[...] le dépistage pré-conceptionnel ne devrait concerner qu'un panel de mutations considérées comme responsables de pathologies monogéniques graves, survenant chez l'enfant ou l'adulte jeune, selon une liste volontairement restreinte établie et mise à jour par l'ABM. Les pathologies de survenue tardive ou associées à certains gènes de prédisposition seraient exclues de cette liste »^[5].

Enfin, ce conseil génétique serait aussi affronté à la question des données incidentes ou des

«données secondaires» qui sont obtenues sans être cherchées et qui pourraient être fiables ou bien non interprétables avec certitude. Il faudrait donc, avant toute extension du dépistage pré-conceptionnel en population générale, statuer par des recommandations de bonne pratique sur l'information qui pourrait et devrait être rendue.

Quelle protection pour les données et quels bénéfices pour qui ?

La dernière interrogation relative à l'accroissement des données génétiques et des risques détectés porte sur la confidentialité des données, notamment envers les assureurs qui aimeraient pouvoir indexer leur tarif sur les risques encourus, sur la localisation nécessairement française des données et sur leur usage nécessairement au profit de la santé publique.

Quel rapport entre conjugalité et procréation ?

Le dernier risque éthique à mentionner est celui de l'inversion des priorités entre conjugalité et procréation. En Occident, la valorisation de l'alliance conjugale a mis au principe de la relation conjugale le lien d'amour et non la procréation de l'enfant pour des nécessités politiques voire religieuses. Le lien d'amour n'est plus ordonné de façon prioritaire à la procréation: l'alliance conju-

[4] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique: quelles options pour demain ?*, Étude adoptée en assemblée générale le 28 juin 2018, p. 23.

[5] CCNE, Avis 129. Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019, 18 septembre 2018, p. 68-69.

gale ne doit pas être instrumentalisée par une instance externe, politique ou religieuse, dans le seul but d'obtenir des citoyens ou des adeptes.

Un des risques d'une extension du dépistage pré-conceptionnel en population générale est de contribuer à inverser, non pas par une décision étatique mais par une diffusion néolibérale d'un nouvel idéal de santé, ce rapport entre conjugalité et procréation en faisant de la santé procréationnelle un critère déterminant de l'union. Le désir d'avoir un enfant indemne d'une maladie d'une particulière gravité pourrait devenir un critère d'union conjugale qui s'imposerait progressivement. Sous couvert d'éviter des maladies graves et de promouvoir la santé procréationnelle, certains scientifiques et politiques pourraient contribuer à cet étrange renversement des valeurs qui consiste à conditionner la formation des couples à la qualité attendue de leur projet d'enfant.

Le concept de biopolitique développé par Michel Foucault, à savoir l'utilisation politique des biotechnologies pour prendre en charge, optimiser, réguler et surveiller la vie biologique des individus et des populations, trouverait ici une nouvelle application pertinente. Foucault définit la biopolitique comme *«la manière dont on a essayé, depuis le XVIII^e siècle, de rationaliser*

les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races»^[6].

Pour Foucault, cette évolution suppose une forme de libéralisme comprise comme la mobilisation et l'orientation des libertés entrepreneuriales d'elles-mêmes. Le gouvernement n'est pas ici une institution, mais une «pratique gouvernementale», une forme de gouvernance particulière conçue comme une pratique d'optimisation : *«Le libéralisme est à analyser alors comme principe et méthode de rationalisation de l'exercice du gouvernement – rationalisation qui obéit, et c'est là sa spécificité, à la règle interne de l'économie maximale»*^[7].

Dans une analyse qui date de 1979 mais qui peut être appliquée aux questions actuelles, Foucault pointe particulièrement le néolibéralisme américain capable d'appliquer la rationalité du marché à la famille ou la natalité : *«[...] ce néolibéralisme américain cherche plutôt à étendre la rationalité du marché, les schèmes d'analyse qu'elle propose et les critères de décision qu'elle suggère à des domaines non exclusivement ou non premièrement économiques. Ainsi, la famille et la natalité ; ainsi, la délinquance et la politique pénale»*^[8].

[6] MICHEL FOUCAULT, *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard Seuil, coll. « Hautes études », 2004, p. 323.

[7] *Idem*, p. 323.

[8] *Idem*, p. 329.

L'analyse de Foucault, qui ne peut pas être suspectée d'être inféodée à une pensée religieuse, pourrait servir ici d'instance critique d'un idéal de santé conceptionnelle, qui finirait par s'imposer comme une évidence censée être rationnelle en conditionnant subtilement jusqu'aux choix amoureux.

Un avis éthique très réservé

Compte tenu de toutes les considérations précédentes et malgré le bien visé par les défenseurs d'une telle extension, il apparaît que les conditions médicales et éthiques de son déploiement ne sont pas remplies.

DIAGNOSTIC PRÉNATAL (DPN) ET DIAGNOSTIC PRÉ-IMPLANTATOIRE (DPI)

Compte tenu des remarques précédentes sur «l'éthique de la vulnérabilité», il faut d'abord mentionner que l'enfant au stade fœtal est considéré comme un être vulnérable remis à la solidarité du soin médical et social. Selon le Code de la santé publique^[9], les diagnostics anténataux (diagnostic prénatal et diagnostic préimplantaire) sont considérés comme des éléments de la médecine prénatale dont l'objet premier est le soin de l'enfant avant la naissance, tout en se souciant du bon déroulement de la grossesse pour le

bien-être maternel. L'enfant au stade fœtal et sa mère sont des patients à qui l'on se doit d'offrir tout le soin rendu possible par les progrès de la médecine. En ce sens, plusieurs types d'examen (échographie, amniocentèse, biopsie du trophoblaste, cordocentèse) sont censés avoir pour but premier de poser un diagnostic ouvrant la possibilité de traiter d'éventuelles pathologies développées *in utero* soit avant soit après la naissance, ou encore de préparer les parents à l'accueil d'un enfant porteur de handicap.

Le développement du diagnostic prénatal a cependant été lié à une attitude ambivalente vis-à-vis de l'interruption médicale de grossesse. À ses débuts, il s'agissait de rassurer des couples qui avaient déjà donné naissance à un enfant atteint d'anomalie grave et déterminés à entreprendre une IMG en cas de nouvelle grossesse ou ayant renoncé à toute nouvelle grossesse par peur de récurrence. Mais au cas où le diagnostic était défavorable, le choix demeurait le plus souvent l'avortement^[10].

Au fil des ans, le diagnostic prénatal – ou anténatal, car l'enfant ne naît justement pas tout le temps – est devenu une pratique généralisée, et l'avortement de plus en plus le premier choix à la suite d'un diagnostic défavorable : jusqu'à 95 % ou plus des cas présumés de trisomie 21 ou 18. Pour réduire les risques du diagnostic

[9] Code de la santé publique, article L2131-1

[10] Cf. CONSEIL PERMANENT DE LA CONFÉRENCE DES ÉVÊQUES DE FRANCE, *Essor de la génétique et dignité humaine*, Centurion/Cerf, 1998, p. 27. F. DAFFOS, *La vie avant la vie. La découverte du fœtus*, Calmann-Lévy, 1995, p. 116.

prénatal, des techniques de dépistage prénatal non invasif (DPNI, dont le test sur ADN foetal libre circulant) ont été mises au point.

Dans la pratique, la Haute Autorité de santé préconise dès le premier trimestre de la grossesse des tests combinés : mesure de la clarté nucale par échographie, suivi d'un dépistage à partir des marqueurs sériques, et éventuellement, si le risque de donner naissance à un enfant trisomique est supérieur à 1/250, à partir de l'analyse de l'ADN foetal libre circulant^[11]. Si la mère ne le souhaite pas, l'information est renouvelée au deuxième trimestre.

En 2024, la HAS a recommandé que le DPNI à partir de l'analyse de l'ADN_{flc} dans le sang de la mère, actuellement focalisé sur la recherche d'une éventuelle trisomie 21 (T21) soit étendu à la recherche d'autres anomalies chromosomiques « compatibles avec une grossesse évolutive et susceptibles d'entraîner des conséquences fœtales ou obstétricales d'une particulière gravité ». Par ailleurs, elle a redéfini le facteur de risque autorisant le DPNI à une fourchette comprise entre 1/1000 et 1/51^[12].

Avec le développement des techniques de fécondation *in vitro*, un nouveau type de diagnostic prénatal a été mis en œuvre, le diagnos-

tic préimplantatoire, qui consiste à examiner le profil génétique des embryons conçus avant leur éventuelle implantation dans l'utérus.

La loi autorise le DPI, de manière exceptionnelle, en cas de « forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic »^[13]. La forte probabilité est fondée sur le constat d'une anomalie génétique présente chez l'un des parents ou des grands-parents. « Le diagnostic ne peut avoir d'autre objet que de rechercher cette affection ainsi que les moyens de la prévenir et de la traiter. » En cas de confirmation d'une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint, le « projet parental » peut-être interrompu et l'embryon peut notamment faire l'objet d'une recherche. Déjà discuté en 2021, mais rejeté par le Parlement, le diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A) va-t-il être de nouveau envisagé ?

Les deux questions éthiques principales qui se posent sont l'extension des tests ADN_{flc} à d'autres anomalies chromosomiques que la trisomie 21 et la possibilité de recourir au DPI-A.

Extension des tests ADN_{flc}

Les principaux arguments en faveur du test ADN_{flc} sont l'amélioration des performances

[11] Autorisé depuis la publication du décret n° 2017-808 du 5 mai 2017, JO du 7 mai 2017, texte n°53.

[12] HAS, *Examens basés sur l'ADN libre circulant réalisés dans le cadre du dépistage de la trisomie 21. Opportunité du repérage d'autres anomalies chromosomiques*, 2 octobre 2024.

[13] CSP, Art. 2131-4.

de détection du dépistage, la diminution du nombre de «pertes fœtales» induites par les amniocentèses ou choriocentèses nécessaires pour constituer un caryotype, et la possibilité de poser un diagnostic plus précocement afin de limiter les éventuelles IMG tardives. L'extension de la proposition de ce test à d'autres anomalies chromosomiques (T13 et T18 notamment) ou «*en cas d'antécédent de grossesse avec aneuploïdie*», serait justifiée par «*une diminution du repérage des anomalies chromosomiques autres que la T21 (du fait de la réduction du nombre de caryotypes)*»^[14].

La proposition généralisée du test ADNflcT21 pose déjà divers problèmes éthiques qui seraient accentués par l'extension du DPNI à d'autres anomalies chromosomiques.

Le nombre exceptionnellement élevé d'IMG déjà associées au dépistage prénatal de la T21 ou d'autres anomalies pose la question de la liberté réelle des femmes enceintes, voire du couple, face à ces tests à caractère anxiogène et à leur confirmation diagnostique. Plus de femmes encore seraient touchées si l'extension à d'autres anomalies était retenue. Ne serions-nous pas dans le cas typique d'une pratique

créant une inquiétude sans proposer de solution soignante, fragilisant psychologiquement la femme enceinte, la plaçant sans doute dans une situation de «sur-vulnérabilité», ce qui ne favorise en aucun cas un choix véritable^[15]?

Le vrai problème à résoudre n'est-il pas l'avortement de la quasi-totalité des fœtus suspectés porteurs d'anomalies chromosomiques? Malgré l'attention portée aux plus vulnérables dans les réflexions récentes, n'est-ce pas un rejet inquiétant des personnes handicapées^[16]? Si le risque de fausse couche ou de mort du nourrisson, très élevé pour les T13 ou 18, est certainement angoissant, l'interruption d'une grossesse n'est-elle pas un traumatisme pour une femme et son entourage, quel que soit le stade où elle est pratiquée?

Il est dit que l'extension des indications des tests sur ADNflc permettrait un dépistage plus performant. Performance mortifère cependant, encourageant l'élimination d'une population d'enfants porteurs d'un handicap, en l'absence actuelle de possibilité de guérison. Ne faudrait-il pas privilégier plutôt, pour des nourrissons dont la viabilité est compromise, une approche de soins palliatifs en néonatalogie et, pour les

[14] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3545370/fr/examens-bases-sur-l-adn-libre-circulant-realises-dans-le-cadre-du-depistage-de-la-trisomie-21-opportunite-du-reperage-d-autres-anomalies-chromosomiques .

[15] Cf. CCNE, Avis 148, *Enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité face aux progrès médicaux et aux limites du système de soins*, 30 janvier 2025, notamment p. 12.

[16] « Comment garantir que l'élimination de certains embryons suite à un DPI ou une IMG n'aboutisse à l'élimination préventive de futurs individus considérés comme "indésirables" dans une société de la performance et de l'efficacité? », CCNE, Avis 138, *L'eugénisme, de quoi parle-t-on?* 20 mai 2021, p. 17.

autres, un soutien accru des familles dont l'un des membres est touché par le handicap ?

Proposer un test élargi ne ferait qu'accentuer le « *défaut majeur d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées de la part de notre société* »^[17]. La généralisation envisagée du DPNI pour cibler plusieurs anomalies tendrait à faire basculer notre société dans la discrimination génétique, autrement dit dans l'eugénisme libéral redouté par Jürgen Habermas^[18]. Le diagnostic anténatal devrait avoir pour seule finalité la prise en charge médicale des anomalies détectées et le soutien aux familles, et non une pression sociale pour éliminer ceux que la société estimerait indésirables.

Extension du DPI au DPI-A

Dans son avis 138, le CCNE a estimé que le DPI-A pouvait être légitime, puisqu'il permettrait de sélectionner des embryons plus viables que d'autres, et ainsi diminuer « *le nombre de tentatives d'AMP en limitant le nombre de fausses couches* » limitant « *aussi le risque d'une exposition hormonale élevée* ». D'autre part,

il a considéré qu'une sélection précoce dans le cadre d'une AMP pouvait être considérée comme préférable à un avortement massif des enfants porteurs d'anomalies génétiques comme la trisomie 21^[19].

Le DPI-A ne permet pas de réduire les fausses couches dans le cadre de l'AMP pour toutes les femmes mais seulement pour les plus âgées^[20] et n'améliore pas le taux cumulé de naissances vivantes par cycle initié. Le mosaïcisme fragilise les résultats du DPI^[21] : d'une part du fait de la complexité organique constitutive de l'embryon, d'autre part du fait de la possibilité d'une réorganisation interne de l'organisme embryonnaire éliminant les cellules problématiques. Enfin, les fausses-couches n'ont pas uniquement des causes génétiques, mais peuvent résulter par exemple d'une paroi utérine non réceptive, d'un mauvais site d'implantation ou d'un problème immunologique^[22]. Face aux controverses nourries par de fortes attentes bien compréhensibles de certains collectifs, il faut prendre acte des controverses scientifiques sur l'intérêt du DPI-A, telles que l'illustrent

[17] CCNE, Avis 120, *Questions éthiques associées au développement des tests génétiques fœtaux sur sang maternel*, 25 avril 2013, p. 22.

[18] Cf. J. HABERMAS, *L'avenir de la nature humaine : vers un eugénisme libéral ?* Gallimard, 2002.

[19] Cf. CCNE, Avis 138, p. 18.

[20] « *The value of PGT-A as a routine screening test for all patients undergoing in vitro fertilization has not been demonstrated.* » : PRACTICE COMMITTEES OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE AND THE SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY, « *The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy: a committee opinion* », *Fertility and Sterility*, vol. 122, n° 3, Elsevier, 2024, p. 421.

[21] PAVAN GILL, XIN TAO, YIPING ZHAN, *et al.*, « *Preimplantation genetic testing for aneuploidy mosaicism reporting lacks clinical predictive value for live birth in a multisite, double-blinded study with independent validation* », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 234, n° 4, Elsevier, 2026, pp. 1015-1041.

[22] Cf. S. VIVILLE, « *Il faut mieux évaluer les innovations liées à l'assistance médicale à la procréation* », *Le Monde*, 15 février 2017.

récemment les avis contraires du Pr Samir Hamamah et du Pr Stéphane Viville^[23]. Le DPI-A pourrait illustrer la tentation de l'excès des propositions d'examens diagnostiques ainsi que l'existence d'effets pervers des incertitudes liées aux diagnostics^[24].

Lors des États généraux de la bioéthique précédents, le Conseil d'État avait souligné que le DPI-A constituerait une rupture avec la finalité originelle du DPI et que l'extension des indications du DPI «*tendrait à accréditer l'idée selon laquelle le DPI peut être regardé comme une forme de DPN ultra-précoce*»^[25]. Conscients que la possibilité d'extension des maladies génétiques d'une particulière gravité reconnues comme incurables au moment du diagnostic justifiant le DPI et l'IMG pouvait conduire à

des dérives, certains députés proposaient d'établir une liste officielle de maladies génétiques d'une particulière gravité sous l'autorité de l'Agence de la biomédecine. Une telle reconnaissance juridique et politique signifierait que l'État lui-même désignerait officiellement des citoyens potentiels qui ne sont pas bienvenus. Heureusement, cette proposition pouvant être qualifiée d'eugénique n'a pas été retenue.

Pour sa part l'Église catholique refuse de «*mesurer la valeur d'une vie humaine seulement selon des paramètres de "normalité" et de bien-être physique*»^[26]. Elle est convaincue que le respect de l'égale dignité de toute femme et de tout homme passe par la protection des plus vulnérables, au nombre desquels figurent les embryons humains. ■

[23] CAMILLE STROMBONI, «PMA: l'autorisation du diagnostic préimplantatoire des embryons en France de nouveau interrogée», *Le Monde*, 26 avril 2026. Pour un débat scientifique voir: NORBERT GLEICHER, DAVID F. ALBERTINI, PASQUALE PATRIZIO, *et al.*, «The uncertain science of preimplantation and prenatal genetic testing», *Nature Medicine*, vol. 28, n° 3, Nature Publishing Group, 2022, pp. 442-444; PASQUALE PATRIZIO, SARAH DARMON, DAVID H. BARAD, *et al.*, «Greater PGT-A utilization in IVF clinics does not improve live birth rates but relates to IVF center ownership: a preliminary report», *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 42, n° 1, 2025, pp. 81-84.

[24] Cf. CCNE, avis 148, p. 22.

[25] CONSEIL D'ÉTAT, *Révision de la loi de bioéthique: quelles options pour demain?*, Étude adoptée en assemblée générale le 28 juin 2018, p. 168.

[26] CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, Instruction *Dignitas personae*, 8 septembre 2008, n° 22.

ÉTHIQUE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES

L'immission rapide et croissante du numérique, de l'intelligence artificielle, du traitement massif des données et des neurotechnologies dans le champ de la santé et de la médecine constitue l'un des enjeux majeurs contemporains pour la réflexion bioéthique. Ces évolutions, souvent présentées comme porteuses d'un progrès inéluctable, suscitent de grands espoirs en matière de prévention, de diagnostic, d'innovation thérapeutique, de personnalisation des soins et d'organisation des parcours de santé. Dans le même temps, elles interrogent profondément le sens du soin, la qualité de la relation thérapeutique, la responsabilité des acteurs, ainsi que la conception même de la personne humaine, de son corps et de sa vulnérabilité.

Le contexte médical, médico-social et sanitaire contemporain se caractérise par une dynamique profondément paradoxale: une attente croissante envers les promesses du progrès technologique, portées notamment par le numérique, l'intelligence artificielle, l'exploitation massive des données et les premiers développements des neurotechnologies en santé, et, simultanément, une inquiétude persistante quant au sens, aux finalités et aux effets anthropologiques, sociaux et relationnels de ces transformations. Si ces innovations ouvrent des perspectives indéniables en matière de prévention, de diagnostic, de personnalisation thérapeutique, d'organisation des parcours de soins et de soutien à la décision médicale, elles exposent également à des risques majeurs de réduction de l'humain à ses indicateurs biologiques ou à

ses données, d'appauvrissement de la relation de soin et de fragilisation des repères éthiques fondamentaux, en particulier lorsqu'elles prétendent mesurer, inférer ou moduler l'activité cérébrale et comportementale.

Cette évolution ne peut être appréhendée comme un simple changement d'outils ou d'organisation. Le développement rapide de l'e-santé, entendue comme l'intégration croissante du numérique dans l'ensemble de la santé, transforme en profondeur les pratiques professionnelles, les représentations du soin et les relations entre patients, soignants et institutions. Il engage une mutation culturelle et anthropologique profonde, dès lors que les technologies concernées touchent directement à l'autonomie, à la vie psychique, à la capacité d'agir et à l'identité personnelle. Une telle transformation appelle un discernement éthique d'autant plus exigeant qu'elle concerne le soin, la vulnérabilité et la dignité des personnes.

Dans ce contexte, la bioéthique ne peut se limiter à accompagner l'innovation technique ou à en baliser les usages a posteriori. Elle est appelée à exercer une fonction critique et prospective, afin de discerner ce qui, dans ces transformations, contribue effectivement au bien de la personne et au bien commun, et ce qui, à l'inverse, risque de fragiliser la dignité humaine, d'accroître les inégalités ou d'appauvrir la relation de soin. Ce discernement est d'autant plus

nécessaire que certaines technologies touchent désormais non seulement aux fonctions biologiques, mais à l'activité cognitive, à la vie psychique, à la capacité d'agir et à l'identité personnelle. Les valeurs, les références éthiques fondamentales et les éléments de méthodes présentées dans les premières parties de ce document devraient conduire les discernements à opérer dans l'utilisation des nouvelles techniques. Ces différents repères nourrissent quelques points d'attention éthique.

QUELQUES POINTS D'ATTENTION ÉTHIQUE

Le besoin d'une évaluation et d'une analyse globale

Les évolutions du numérique, de l'intelligence artificielle, des technologies de données et des neurotechnologies en santé se présentent comme des transformations systémiques qui excèdent largement le champ de l'innovation technique. Elles redéfinissent les modalités de production du savoir médical, les conditions de la décision clinique, la relation thérapeutique et les équilibres institutionnels du système de santé. Leur évaluation ne peut dès lors se limiter à des critères d'efficacité, de performance ou d'optimisation des ressources ; elle doit intégrer, selon ce qui a été précédemment suggéré, une analyse globale de leurs impacts sur la justice sociale, l'équité d'accès aux soins, la

responsabilité professionnelle et la liberté des personnes.

La tension entre la quête de maîtrise technologique et la reconnaissance de la vulnérabilité renvoie directement aux exigences du principe de responsabilité et de l'éthique de l'anticipation, qui invitent à évaluer avec prudence les effets à long terme des choix technologiques sur les personnes, les relations et la société.

L'affirmation de la dignité inaliénable de toute personne face aux risques de réduction anthropologique

Comme l'ont souligné à plusieurs reprises le CCNE et le Comité international de bioéthique de l'UNESCO, la généralisation de modèles prédictifs peut conduire à des phénomènes de normalisation, de catégorisation et de standardisation des existences, et comporte le risque d'enfermer les personnes dans des profils probabilistes, fragilisant leur capacité à se projeter librement, à consentir de manière réellement éclairée et à faire face à l'incertitude, dimension pourtant constitutive de toute existence humaine et de toute pratique authentique du soin.

Les neurotechnologies touchent directement à l'activité cognitive, émotionnelle et comportementale. Elles déplacent des frontières éthiques essentielles en interrogeant l'intégrité psychique, l'identité personnelle, la liberté inté-

rieure et la capacité d'agir. Si certaines applications thérapeutiques peuvent ouvrir de réelles voies d'espérance pour des personnes gravement atteintes et contribuer au soulagement de souffrances jusque-là peu accessibles au soin, l'élargissement des usages, notamment hors du champ médical strict, fait peser des risques spécifiques d'abus de pouvoir, de marchandisation de l'humain, de normalisation des comportements et de contrôle social.

Telle qu'elle a été rappelée dans le deuxième chapitre, l'affirmation de la dignité inaliénable de toute personne face aux risques de réduction anthropologique reste le premier repère fondamental pour éviter ces dérives.

L'affirmation d'une éthique de la solidarité et de la vulnérabilité

La protection prioritaire des personnes vulnérables, enfants, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes précaires ou éloignées du numérique, doit aussi servir de guide pour la réflexion. Une technologie injuste, discriminatoire ou indifférente aux fragilités humaines trahirait sa finalité éthique et sociale. À cette exigence s'ajoute la nécessité de former la conscience et le discernement : face aux automatismes technologiques, il importe de développer l'esprit critique, la lucidité et la vigilance intérieure, afin de préserver une liberté capable de ne pas se laisser façonner par les systèmes techniques.

La centralité de la relation médicale et de l'alliance thérapeutique

Lorsqu'elles sont intégrées dans une vision humaniste du soin, les technologies numériques et l'intelligence artificielle peuvent constituer des outils précieux au service des professionnels de santé et des patients. Elles contribuent à améliorer la sécurité, la pertinence, la continuité et la coordination des prises en charge, ainsi que l'accès à certaines expertises médicales, notamment dans des contextes de tension démographique ou territoriale. Elles peuvent également soutenir la prise en compte de la complexité clinique et participer à l'aide à la décision médicale, à condition de demeurer strictement subordonnées à un discernement humain et de ne jamais s'y substituer.

Toutefois, ces apports ne sauraient masquer leurs limites structurelles ni les risques qu'ils comportent. La médecine ne peut être réduite à un traitement de données, et le soin ne saurait se dissoudre dans une interaction médiatisée par des interfaces techniques. L'alliance thérapeutique, fondée sur la rencontre, l'écoute, la confiance et la reconnaissance de la singularité de la personne, demeure irremplaçable. De façon générale, le soin, qu'il soit familial, médical, social ou politique, est avant tout une relation, inscrite dans une histoire, un contexte et une vulnérabilité partagée, et toute innovation doit être évaluée à l'aune de son impact sur cette relation humaine fondamentale.

Une valorisation de la liberté et du consentement éclairé

La logique prédictive, l'analyse automatisée des données et le recours croissant aux algorithmes participent à une reconfiguration du soin qui peut, selon les usages, soutenir le discernement humain ou, au contraire, le reléguer à une fonction secondaire, voire prétendre s'y substituer.

Le renforcement des conditions du consentement libre et éclairé apparaît alors indispensable, notamment dans les situations de vulnérabilité accrue. À l'épreuve de cette vulnérabilité, une liberté authentique ne peut être présumée ; elle doit être accompagnée, soutenue et protégée par des dispositifs institutionnels et pédagogiques adaptés. La justice sociale, l'équité d'accès aux soins et la réduction des fractures numériques doivent demeurer des critères structurants de toute évolution normative, afin que le numérique ne devienne pas un facteur supplémentaire d'exclusion ou de discrimination.

Une responsabilité médicale impossible à déléguer

La responsabilité médicale – et plus largement médico-sociale – est aussi un enjeu central. La décision médicale engage toujours la responsabilité morale et éthique et juridique du soignant mais aussi, dans le contexte numérique, du soigné ; elle ne peut être transférée,

diluée ou effacée par le recours à des systèmes automatisés sans remettre en cause les fondements mêmes de l'éthique médicale. Si l'usage de l'intelligence artificielle peut aider le discernement médical et éthique, une délégation excessive aux algorithmes comporte le risque d'une diminution de l'implication personnelle des soignants, d'une déresponsabilisation des acteurs humains et d'un affaiblissement du discernement clinique, au détriment de la qualité du soin et de la relation de confiance avec les personnes soignées.

La promotion de la sobriété comme principe civique de solidarité

La promotion d'une éthique de la sobriété dans le soin, telle qu'elle est mise en lumière notamment par l'Académie de médecine et par l'encyclique *Laudato si'* du pape François, constitue encore un repère essentiel. Elle invite à interroger non seulement ce qui est techniquement possible ou économiquement rentable, mais ce qui est humainement souhaitable et socialement juste.

Une telle sobriété suppose une vigilance accrue face aux logiques d'accumulation, de prédiction et d'optimisation qui risquent de réduire le soin à une simple gestion des risques ou à une performance mesurable, au détriment de la singularité des personnes, de la qualité de la relation thérapeutique et de l'attention portée à la vul-

néralité. Cette sobriété, guidée par le « juste soin », par la pertinence et la qualité du soin, et par la responsabilité collective, suppose un refus de la fuite en avant technologique.

Une vigilance relative aux formes de gouvernance

Enfin, une gouvernance éthique pluraliste, délibérative et systémique des innovations en santé s'impose comme une condition essentielle d'un progrès véritablement humain. En associant chercheurs, soignants, patients, citoyens, responsables publics et représentants des différentes sensibilités éthiques et spirituelles, cette gouvernance permet de maintenir un discernement collectif éclairé, attentif à la dignité, à la liberté, à l'égalité, à la fraternité et à la vulnérabilité. C'est à cette condition que la loi relative à la bioéthique pourra continuer à jouer pleinement son rôle de repère et de protection, en accompagnant des innovations réellement ordonnées au bien commun et au service de la personne humaine.

« MON ESPACE SANTÉ » : UN EXEMPLE D'IA AU SERVICE DU BIEN COMMUN ?

L'application française « Mon Espace Santé » est un bon exemple pour évaluer l'apport du numérique et de l'intelligence artificielle (IA) à

la santé. Elle offre à chaque citoyen un espace personnel sécurisé pour gérer ses données de santé en favorisant ainsi une meilleure autonomie et coordination des soins et en s'inscrivant dans une visée du bien commun.

Quelques apports pratiques et éthiques

➤ **Confidentialité et sécurité.** Conçue en conformité avec le RGPD, elle garantit la protection des données sensibles grâce à des mesures de sécurité renforcées, limitant l'accès aux seuls professionnels de santé autorisés et au patient lui-même.

➤ **Autonomisation des patients.** En permettant un accès direct aux informations médicales, l'ajout de documents personnels et le suivi du parcours de soins, elle renforce le rôle actif des patients dans la gestion de leur santé.

➤ **Amélioration de la qualité des soins.** Le partage simplifié des antécédents médicaux favorise la continuité des soins, réduit les erreurs et améliore la coordination entre professionnels.

➤ **Équité et prévention.** Elle vise un accès pour tous – y compris pour les personnes en situation de handicap – et permet, sous conditions d'anonymisation et de consentement, l'utilisation de données agrégées pour la recherche et la santé publique.

➤ L'intégration de l'IA vient désormais enrichir les possibilités de l'application :

- Analyse rapide de grandes quantités de données pour détecter des anomalies, prédire des risques et proposer des diagnostics précoces.
- Personnalisation des plans de traitement selon le profil du patient (historique, génétique, mode de vie).
- Assistance aux professionnels via des recommandations cliniques basées sur les preuves scientifiques et l'automatisation de tâches administratives (rédaction de rapports).
- Renforcement de la sécurité par la détection d'activités suspectes et l'anonymisation des données pour la recherche.
- Modélisation et simulation pour tester de nouveaux protocoles médicaux.

Quelques limites et critiques

Malgré ces apports, plusieurs questions et défis éthiques persistent :

➤ **Accessibilité numérique.** La fracture numérique atteint particulièrement les personnes âgées, les populations rurales ou celles disposant de compétences numériques limitées. Les inégalités d'accès à Internet ou aux applications numériques aggravent les disparités en santé.

➤ **Sécurité et confiance.** Même si elle est sécurisée, la plateforme reste vulnérable aux cyberattaques. Certains patients expriment leur réticence à stocker leurs données en ligne, craignant une utilisation par des tiers (assureurs, banques) ou une surveillance étatique accrue.

➤ **Interopérabilité et complexité.** L'intégration avec les systèmes existants des professionnels de santé pose des problèmes techniques, et l'interface peut manquer de convivialité pour certains utilisateurs.

➤ **Fiabilité et responsabilité.** La qualité des données dépend de leur exactitude et de leur mise à jour régulière. Aussi, les erreurs peuvent entraîner des conséquences graves. La question de la responsabilité en cas de dysfonctionnement de l'IA reste complexe.

➤ **Déficit d'accompagnement médical.** L'Académie nationale de médecine avertit «d'effets collatéraux humains douloureux avec

l'annonce sans filtre de maladies graves par la brutalité du numérique à des personnes désespérées en l'attente d'être informées lors de consultations et de prises en charge plus rassurantes»^[1].

➤ **Enjeux éthiques plus larges.** Risque de contrôle des comportements de santé, inégalités accrues par le fossé numérique, et nécessité d'un consentement éclairé et continu.

«Mon Espace Santé» représente une initiative prometteuse pour moderniser la gestion de la santé en France et pour améliorer les soins médicaux. Elle illustre comment le numérique peut servir le bien commun en renforçant l'autonomie des patients et la qualité des soins. Cependant, son succès dépendra de la capacité à relever les défis d'accessibilité, de sécurité, d'interopérabilité et d'acceptation sociale. Une attention particulière doit être portée à la lutte contre les inégalités numériques, au renforcement de la confiance des utilisateurs et à l'actualisation constante du cadre réglementaire pour garantir une utilisation éthique et équitable. ■

[1] ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, *La sobriété dans le soin - principe civique de solidarité*, 9 décembre 2025, p. 5.

SANTÉ, ENVIRONNEMENT ET CLIMAT

Déjà mentionné dans les États généraux de la bioéthique en 2018 sans avoir provoqué de véritables changements de méthode ou de propositions, le lien entre santé, environnement et climat suscite une attention accrue.

RÉFLEXION SUR LE LIEN ENTRE CLIMAT, PAUVRETÉ ET SANTÉ

En conjuguant témoignages et analyses, le rapport du Secours catholique *La crise climatique vue par les personnes qui la vivent*^[1], constitue un bon guide de réflexion sur les rapports entre climat, pauvreté et santé. La question «*Qui demande quoi, à qui, pourquoi ?*» du cha-

pitre 3 suppose le plus souvent d'aller à la rencontre des personnes qui ne parlent pas dans la sphère publique afin de connaître leur vie et leurs attentes. Il a fallu du temps pour mettre le patient et l'attention à ce qu'il vit au centre de la relation médicale et des dispositifs de soin. De même, à condition de les écouter, les personnes les plus démunies peuvent donner des manières pertinentes d'aborder les crises environnementales et sociales. Elles aident à comprendre la pertinence de l'affirmation de l'encyclique *Laudato si'*: «*Il est fondamental de chercher des solutions intégrales qui prennent en compte les interactions des systèmes naturels entre eux et avec les systèmes sociaux. Il n'y a pas deux crises séparées, l'une environnementale et l'autre sociale, mais une seule et complexe crise socio-en-*

[1] SECOURS CATHOLIQUE, *La crise climatique vue par les personnes qui la vivent. Témoignages et recommandations pour une adaptation juste*, 17 février 2026.

vironnementale. Les possibilités de solution requièrent une approche intégrale pour combattre la pauvreté, pour rendre la dignité aux exclus et simultanément pour préserver la nature»^[2].

Un des enseignements méthodologiques de ce rapport, qui entre en résonance avec la dynamique des patients experts ou des patients partenaires, est de soutenir la participation pour toutes les questions de santé publique car elle est un facteur d'adaptation dans les situations de crise: *«L'adaptation doit devenir un levier de justice sociale, reposant sur la participation active des populations concernées et sur la reconnaissance de leurs besoins et de leurs savoirs»^[3].*

Le rapport montre aussi l'impact de la crise climatique sur la santé, en particulier celle des plus démunis, celles des personnes qui sont déjà les plus vulnérables dans leur corps, leur psychisme, leurs réseaux de solidarité, leurs conditions d'habitat et de travail. Un cercle vicieux s'installe alors, *«un cercle vicieux où les personnes déjà fragilisées ou en situation de précarité se trouvent encore plus vulnérables face aux chocs climatiques, qui en retour aggravent encore plus leur situation»^[4].* De plus, les crises climatiques ont un *«effet d'extension»* et *«font basculer de nouveaux publics — à revenus modestes ou*

en équilibre fragile — vers des formes de vulnérabilité, créant ainsi de nouvelles précarités»^[5]. Cette extension constitue un des *«nouveaux enjeux de la prévention en santé»* que le CCNE considère comme un nouveau thème des États généraux de la bioéthique. En analogie avec le fonctionnement d'un organisme vivant, l'aide sociale apportée dans les conditions d'une participation active fortifie le milieu nécessaire au développement d'une santé globale, c'est-à-dire physique, psychique, relationnelle, sociale. Les effets de la crise climatiques ne sont pas seulement des épreuves difficiles à vivre mais aussi des épreuves au sens photographique de révélateurs des conditions, méthodes et dispositifs publics nécessaires à la santé globale des plus vulnérables. Comme le dit bien le rapport: *«[...] la pauvreté n'est pas seulement une question économique, mais un ensemble de réalités étroitement liées entre elles: privations matérielles ou de droits, peurs et souffrances, dégradation de la santé physique et mentale, maltraitance sociale ou institutionnelle, isolement, contraintes de temps et d'espace, ou encore non-reconnaissance des compétences et savoirs»^[6].*

Du point de vue méthodologique pour toute la réflexion bioéthique, il ne s'agit donc pas seulement de s'adapter aux nouvelles conditions

[2] FRANÇOIS, *Laudato si'*. Lettre encyclique sur la sauvegarde de la maison commune, 24 mai 2015, n° 139.

[3] SECOURS CATHOLIQUE, *La crise climatique vue par les personnes qui la vivent...*, p. 10.

[4] *Ibidem*, p. 9.

[5] *Ibidem*, p. 9.

[6] *Ibidem*, p. 28.

climatiques et d'arbitrer les usages du numérique en santé et des nouveaux médicaments ou dispositifs plus ou moins coûteux mais de proposer « *un projet collectif de transformation sociale* ».

Si le rapport insiste également à juste titre sur la nécessité d'assurer « la reconnaissance et la prise en compte des impacts psychologiques des changements climatiques en intégrant la santé mentale dans les politiques de santé et d'adaptation », il faudrait ajouter que certains impacts psychologiques comme l'écoanxiété ne relèvent pas uniquement de l'accompagnement psychologique mais de la solidarité d'une collectivité capable de donner sens à une action même quand les perspectives sont sombres. La grande leçon de Viktor Frankl, tirée de l'affrontement à la désespérance vécue dans les camps de la mort, est encore pertinente dans les risques actuels de paralysies de l'action : « *Chaque fois que l'occasion se présentait, il fallait leur donner un pourquoi – un but – à leur vie (a why - an aim - for their lives) afin de les aider à supporter le terrible comment de leur existence (the terrible how of their existence). Malheur à celui qui ne trouvait plus aucun sens à sa vie (no more sense in his life), qui n'avait plus de but, plus de raison de continuer. Il était vite perdu* »^[7].

Les contributions des philosophies, religions et spiritualités pourraient être intégrées à la

réflexion éthique lorsqu'elles sont capables de donner sens à l'action individuelle et collective dans les épreuves de la vie.

IMPACT DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION SUR LA SANTÉ

L'utilisation massive d'engrais chimiques et de pesticides a contribué au développement de l'agriculture de l'après-guerre. Les avertissements des années 1970 trouvent un nouvel écho dans de nombreuses études scientifiques montrant le caractère toxique des produits phytosanitaires sur l'environnement, l'alimentation et la santé et la nécessité d'accélérer la transition alimentaire et plus généralement la transition écologique. Si ces prises de conscience se généralisent et contribuent à changer certains comportements et certains modes de production, elles ont besoin d'être encouragées non seulement par des programmes de santé publique mais aussi par une pédagogie agissant sur les motivations personnelles et collectives.

Sur ce point encore, les religions et spiritualités pourraient être valorisées dans le cadre de la laïcité pour leur potentiel de motivation et de structuration des comportements. Le pape François l'exprimait en ces termes : « *L'existence de lois et de normes n'est pas suffisante à long*

[7] VIKTOR E. FRANKL, *Man's Search for Meaning. An Introduction to logotherapy*, 4th ed., Beacon Press, 1992, p. 84-85.

terme pour limiter les mauvais comportements, même si un contrôle effectif existe. Pour que la norme juridique produise des effets importants et durables, il est nécessaire que la plupart des membres de la société l'aient acceptée grâce à des motivations appropriées, et réagissent à partir d'un changement personnel. C'est seulement en cultivant de solides vertus que le don de soi dans un engagement écologique est possible»^[8].

Une pédagogie morale capable d'orienter positivement les passions est intrinsèque à la démarche éthique. La spiritualité comme capacité générale à s'émerveiller, donner sens et

valeur en se rapportant à plus grand que soit pourrait être davantage mobilisée en dialogue avec les sciences de la nature et les sciences humaines. «*Il ne s'agit pas de parler tant d'idées, mais surtout de motivations qui naissent de la spiritualité pour alimenter la passion de la préservation du monde*»^[9].

L'Église catholique pourrait être davantage participante de cette démarche de motivation comme elle l'est plus récemment pour le don d'organes notamment avec l'organisation d'une formation organisée par l'Agence de la biomédecine. ■

[8] FRANÇOIS, *Laudato si'*. Lettre encyclique sur la sauvegarde de la maison commune, 24 mai 2015, n° 211.

[9] FRANÇOIS, *Laudato si'*..., n° 216.

DON, GREFFES D'ORGANES ET XÉNOGREFFES

Le don et la greffe d'organes constituent un domaine de réflexion apparemment spécifique et très large : définition de la mort, action soignante orientée vers la préservation d'une vie, refus d'instrumentalisation du corps et, plus largement, place d'une culture du don dans une société parfois tentée de céder aux logiques marchandes.

UNE VALORISATION DU DON D'ORGANES

L'Église catholique valorise le don d'organes comme une manière d'agir en réponse au don que le Christ fait de lui-même. Le christianisme est fondamentalement une religion du don comme réponse pleine de reconnaissance à un

don premier reçu de Dieu. Dans le prolongement des réflexions précédentes sur les spiritualités et religions comme sources de motivation, la motivation religieuse joue ici un rôle essentiel capable de renforcer la solidarité sociale du don d'organes : *« Pour les chrétiens, le don de lui-même que fait Jésus est le point de référence essentiel et l'inspiration de cet amour qui sous-tend la volonté de donner un de ses organes, manifestation de généreuse solidarité extrêmement éloquente dans une société qui est devenue utilitariste à l'extrême et moins sensible au don généreux »*^[1].

Le don d'organes est compris et vécu comme un acte d'amour qui, dans le don *post-mortem*, prolonge l'amour au-delà de la mort grâce à la médiation de la technique : *« Mais donner pendant sa vie une partie de son corps, une offrande*

[1] JEAN-PAUL II, *Discours à un congrès sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, n° 4.

qui ne deviendra effective qu'après la mort, est déjà en de nombreux cas un acte de grand amour, l'amour qui donne la vie aux autres. Ainsi le progrès des sciences biomédicales a fait qu'il est possible pour des individus de projeter leur vocation à l'amour au-delà de la mort»^[2].

Il est donc très surprenant de lire ce baromètre d'opinion publié par l'Agence de la biomédecine en 2024 qui témoigne d'une méconnaissance religieuse: *«Un Français sur deux croit que le prélèvement d'organes et de tissus n'est pas compatible avec les rites funéraires religieux, alors que le don d'organes est reconnu et autorisé par les trois principales religions monothéistes pratiquées en France, et que le prélèvement n'empêche pas de réaliser les funérailles selon les traditions de chacun»^[3].*

Après une période de recherche, l'Église catholique a reconnu le critère de la mort encéphalique pour déclarer la mort et a ouvert d'autres possibilités de prélèvement *post-mortem*: *«Ici, l'on peut dire que le critère adopté récemment pour déclarer avec certitude la mort, c'est-à-dire la cessation complète et irréversible de toute activité cérébrale, s'il est rigoureusement appliqué, ne semble pas en conflit avec les éléments essentiels d'une anthropologie sérieuse»^[4].*

QUELQUES QUESTIONS ÉTHIQUES RELATIVES AU PRÉLÈVEMENT MAASTRICHT III

La question éthique principale actuelle est celle du prélèvement Maastricht III. Ce mode de prélèvement est celui qui connaît la croissance la plus grande (de 15 en 2015 à 307 en 2024) et suscite donc le plus d'espoir pour les personnes en attente de greffe. Certes, il est encadré par un protocole précis élaboré sous l'égide de l'Agence de la biomédecine^[5] (ABM) et validé par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et la Société de réanimation de langue française (SRLF) mais il continue de susciter des tensions éthiques parfois difficiles à résoudre.

La décision d'arrêt des thérapeutiques actives

La première question éthique porte sur la finalité de la décision d'arrêt des thérapeutiques actives (ATA) prise par l'équipe de réanimation alors qu'elle peut déjà être en contact avec l'équipe de la coordination hospitalière des prélèvements d'organes. Certes, le protocole insiste sur *«l'étanchéité des filières: réanimation (décision et mise en œuvre de l'ATA), coordination et équipes»*: *«Le principe retenu est que toutes les*

[2] JEAN-PAUL II, *Discours à un congrès sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, n° 4.

[3] ABM, *Activité de prélèvement et de greffe d'organes en 2023 et baromètre d'opinion 2024*, 13 février 2024.

[4] JEAN-PAUL II, *Discours au 18^e congrès international sur la transplantation d'organes*, 29 août 2000.

[5] ABM, *Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes sur des donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht dans un établissement de santé*, version n°10, décembre 2023.

décisions d'ATA doivent être prises et mises en œuvre de la même façon, indépendamment de toute possibilité de don d'organes; la discussion concernant le don ne doit être envisagée que dans un deuxième temps»^[6].

Mais le fait de travailler ensemble de façon habituelle et d'avoir comme visée de répondre à la demande d'organes risque de ne pas assurer durablement «l'étanchéité» du jugement éthique, et de faire du patient au seuil de sa mort un patient utile pour d'autres. L'utilité anticipée est une menace pour le principe de gratuité et pour le principe de non-patrimonialité du corps (Code civil, art. 16-1). De plus, avant même le vote d'une loi, les débats sur la fin de vie risquent de provoquer une première porosité du dispositif avec la demande anticipée des patients eux-mêmes ou de leurs proches, et donc la coordination anticipée entre la réanimation et la coordination des prélèvements. L'anticipation technique va rendre de plus en plus poreuse le principe d'étanchéité du jugement médical nécessaire à la décision d'ATA.

Les principes médicaux et éthiques des soins palliatifs

La deuxième question éthique concomitante concerne les principes médicaux et éthiques

des soins palliatifs. Comment tout le travail théorique et pratique accompli pour bien distinguer la sédation profonde et continue de l'euthanasie^[7] dans les processus de décision et d'application pourra-t-il avoir encore de la pertinence dans les pratiques? Comment éviter le brouillage des mots et des pratiques? Comme le relatent les résultats d'une étude d'éthique clinique réalisée entre 2020 et 2022 par le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP auprès de professionnels, «Ainsi, certains professionnels affirment que, dans ce contexte, la sédation est en réalité une "hypocrisie", une forme d'"euthanasie en bonne conscience"»^[8]. Comment préserver les principes actuels quand les patients pourront décider une procédure de suicide assisté ou d'euthanasie et demanderont d'en faire un acte altruiste en faisant du désir de mort un désir de donner la vie à autrui? Comment les proches et les soignants pourront-ils vivre ce qui leur apparaîtra alors non plus comme une contradiction éthique mais comme un dilemme résolu entre deux principes éthiques, une délivrance de la souffrance accompagnée d'un don de soi?

La durée acceptable de l'agonie

La troisième question est celle de la durée acceptable de l'agonie quand l'ischémie

[6] ABM, *Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes...*, p. 14.

[7] HAS, *Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie*, février 2018 : (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/difference_entre_sedation_et_euthanasie_web.pdf).

[8] MILENA MAGLIO, FRANÇOIS-XAVIER GOUDOT, «Le prélèvement d'organes de type Maastricht 3. Du discours bioéthique au langage ordinaire», *Médecine/Sciences*, vol. 39, n°12, EDP Sciences, 2023, p. 976.

chaude est limitée à 3 heures pour les reins et à 30 minutes pour le foie ? Comment résister durablement au souci de l'efficacité et donc à la tentation d'accélérer la survenue du décès après décision d'ATA ? La régulation éthique des processus de sédation profonde et continue jusqu'au décès va devenir de plus en plus difficile.

La temporalité de l'annonce aux proches

La quatrième question éthique résulte de la temporalité de l'annonce aux proches. Faut-il les prévenir avant le décès ou après le décès en organisant ainsi une ou deux annonces (décision d'ATA et entretien relatif au prélèvement d'organes). Le protocole actuel précise que ce doit être après le décès pour ne pas influencer les conditions et l'acceptation de l'ATA par le motif du don. Mais il mentionne aussi que, *«après avoir accepté la proposition d'ATA, certaines familles évoquent spontanément le souhait connu de leur proche de faire don de ses organes après sa mort et veulent savoir si ce don reste possible malgré son état de santé»*^[9]. L'étanchéité entre l'avant-ATA et l'après-mort n'est donc pas si bien assurée avec les proches et la perspective du don ne manquera pas d'influencer les jugements à l'avenir.

Le retentissement psychique et éthique de l'ambivalence des actes médicaux

Déjà évoquée dans les points précédents, la dernière question problématique est celle des difficultés du retentissement psychique et éthique de l'ambivalence des actes médicaux sur le vécu des patients, des proches, des soignants. Pour les soignants, il ne faut pas négliger le risque d'une «souffrance éthique» au sens défini par Christophe Dejours de *«la souffrance qui résulte non pas d'un mal subi par le sujet, mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail, des actes qu'il réprouve moralement»*^[10] en raison même des impératifs contradictoires des protocoles de soin. Le CCNE reprend cette problématique générale de la «souffrance éthique» dans son avis 140 dont l'objectif est de tirer les leçons de la crise sanitaire et hospitalière: «Les soignants interrogent le sens profond de leur métier et témoignent d'états “de souffrance éthique” – voire de souffrance psychique – s'estimant contraints d'agir parfois en opposition avec les valeurs éthiques du soin sans espaces pour en parler»^[11].

Il serait important que cette «souffrance éthique» soit intégrée plus largement au discernement des problématiques bioéthiques en

[9] ABM, *Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes...*, p. 17.

[10] CHRISTOPHE DEJOURS, *Souffrance en France: La banalisation de l'injustice sociale*, Le Seuil, 1998, p. 44.

[11] CCNE, *Avis 140 «Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives»*, 7 novembre 2022.

précisant toutefois plus clairement que la souffrance éthique peut provoquer une souffrance psychique et somatique ou des mécanismes de défense délétères dans le soin^[12].

Toutes ces questions méritent d'être posées et discutées particulièrement aujourd'hui pour que le prélèvement Maastricht III ne provoque pas plus de méfiances et de risques d'inscription sur le Registre national des refus (RNR) qu'il ne suscite d'espoirs.

RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LES XÉNOGREFFES

La contribution catholique la plus récente sur l'éthique des xénogreffes est celle de l'Académie pontificale pour la vie, intitulée *Perspectives de la xénotransplantation : aspects scientifiques et considérations éthiques*^[13], rédigée en 2025 et présentée le 23 mars 2026. Elle actualise la contribution du même nom publiée le 26 septembre 2001 en bénéficiant des recherches et expérimentations effectuées depuis lors, notamment grâce aux progrès de l'édition génomique (CRISPR-Cas9), et en affinant ainsi le jugement éthique.

Dans cet avis éthique à destination du CCNE, il ne s'agit pas de rendre compte de tous les progrès techniques et de toutes les nécessaires nouvelles évaluations concomitantes de la balance bénéfices/risques pour la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale mais de préciser, d'une part, le cheminement éthique ayant conduit à une acceptation sous conditions strictes de la xénotransplantation et, d'autre part, quelques règles éthiques fondamentales.

Un modèle d'éthique systémique et l'affirmation d'une valeur intrinsèque des animaux

En conformité avec l'encyclique *Laudato si'* qui résume par «*tout est lié*» son approche globale et systémique, la réflexion place d'abord l'être humain comme une «partie intégrante» de l'écosystème, une partie liée aux autres par sa dépendance et pourtant son rôle spécifique et majeur. Dans ce nouveau paradigme bioéthique, la dignité humaine se traduit de façon analogique pour les animaux par une «valeur intrinsèque» : «*Ces recherches constantes devraient permettre de reconnaître aussi comment les différentes créatures sont liées et constituent ces unités plus grandes qu'aujourd'hui nous*

[12] JEAN-PIERRE DURAND, ISABELLE BASZANGER, CHRISTOPHE DEJOURS, «Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale», *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, Association pour le développement de la sociologie du travail, 2000, p. 18-19.

[13] ACADEMIE PONTIFICALE POUR LA VIE, *Perspectives de la xénotransplantation : aspects scientifiques et considérations éthiques*, Vatican, 23 mars 2026 (sans traduction officielle en français) (PONTIFICAL ACADEMY FOR LIFE, *Prospects for xenotransplantation. Scientific aspects and ethical considerations*, Vatican, March 23, 2026 (désormais noté : PAL, *Prospects...*, n° §, p.)

nommons “écosystèmes”. Nous ne les prenons pas en compte seulement pour déterminer quelle est leur utilisation rationnelle, mais en raison de leur valeur intrinsèque indépendante de cette utilisation »^[14].

De la même façon que le chapitre 1 de cet avis, la méthode globale s'enrichit du choix d'une anthropologie, celle d'un «anthropocentrisme méthodologique modéré»^[15] (*moderate, methodological anthropocentrism*) justifié par une lecture biblique et théologique. L'être humain est un vivant parmi les autres êtres vivants mais il possède à la fois une valeur spécifique absolue, la dignité humaine, et un devoir et une responsabilité propres de prendre soin de la création, notamment en évitant l'exploitation et la souffrance animales.

Certes, ce modèle de l'«anthropocentrisme modéré» ne fait pas l'unanimité aujourd'hui puisque certains courants éthiques valorisent davantage le droit des animaux et de la nature jusqu'à prôner un végétarisme strict^[16]. Mais il assume la tradition occidentale autorisant de tuer des animaux pour les manger tout en intégrant l'apport d'une nouvelle conscience écologique. Selon ce modèle, il peut donc y avoir une raison proportionnée de modifier le génome

d'un animal et de le tuer pour transférer un organe, c'est-à-dire, notamment, un enjeu vital, l'absence d'autres moyens suffisamment disponibles, le respect de la dignité de l'être humain, le respect de la valeur intrinsèque de l'animal, l'absence de risques de santé publique.

Principes éthiques relatifs au respect de la dignité de l'être humain

Dans ce modèle, qui partage beaucoup de points communs avec le «modèle français de bioéthique», le respect de la dignité de l'être humain et donc du receveur est fondamental. Il importe que l'identité de la personne ne soit pas menacée tant au niveau biologique que personnel.

Sur la base des différentes contributions scientifiques et philosophiques, l'étude de l'Académie pontificale pour la vie affirme qu'après la réception d'un xénogreffon, «il n'y a pas de changement d'identité génétique, physique ou psychologique»^[17], ce dernier type d'identité étant à comprendre au niveau de la structure psychologique. Il faut aussi particulièrement veiller à l'absence de modification des cellules germinales.

Les problèmes d'identité liés à la difficile acceptation psychique et spirituelle d'un organe d'ani-

[14] FRANÇOIS, *Laudato si'...*, n° 140.

[15] PAL, *Prospects...*, n° 15, p. 42.

[16] Sur quelques postures de l'éthique de la nature, voir: GÉRALD HESS, *Éthiques de la nature*, Paris, Presses universitaires de France, 2013, chap. IV, La communauté morale et les postures de l'éthique de la nature, p. 111-153.

[17] PAL, *Prospects...*, n° 18, p. 48.

mal modifié génétiquement peuvent provenir du monde personnel de représentation et des réactions d'autrui. Il faut donc «*relever le défi psychologique d'intégrer l'organe de porc dans la propre conscience corporelle*»[18]. L'étude prône alors une information et un accompagnement sur les «*plans psychologique et spirituel*» pour développer un «*consentement éclairé*» et une «*prise de décision partagée optimale*», ainsi qu'une formation spécifique pour toutes les personnes concernées.

Principes éthiques relatifs à la valeur intrinsèque de l'animal

Conformément à la responsabilité que l'être humain doit exercer envers les animaux, le bien-être de l'animal et le respect de sa propre identité devront être particulièrement garantis : «*Le bien-être des animaux génétiquement modifiés doit être garanti afin d'évaluer l'effet de l'expression ou de la non-expression d'un gène sur les aspects anatomiques, physiologiques et/ou comportementaux de l'animal, tout en limitant le stress, la douleur, la souffrance et l'anxiété qu'il peut ressentir*»[19].

Pour éviter certains risques de transmission non évalués, il faudra prendre en compte les effets potentiels sur la descendance et maintenir les animaux sous surveillance stricte.

Principe d'éthique publique et environnementale

Pour rendre la xénotransplantation éthiquement acceptable, il faut en outre prévenir les possibles répercussions sur l'environnement et sur la santé publique de zoonoses émergentes liées spécifiquement à la xénotransplantation. La traçabilité précise du receveur et de ses contacts proches, y compris après sa mort, doit être assurée.

Comme en écho au questionnaire précédent sur la sobriété comme «*principe civique de solidarité*», l'étude de l'Académie pontificale pour la vie s'interroge sur le principe de justice portant notamment sur l'allocation des ressources de santé. Elle invite à questionner l'importance des ressources humaines, techniques et financières mobilisées sur la xénotransplantation, qui pourraient être soustraites aux autres formes de traitement et aux autres domaines de recherche. La réponse à cette objection majeure avance quatre arguments :

- Un besoin urgent d'essayer de sauver des personnes qui, autrement, n'auraient pas de chance de survie.
- Les thérapies actuelles comme la dialyse sont coûteuses et éprouvantes pour les patients. De plus, des études montrent que les coûts importants des transplantations rénales per-

[18] PAL, *Prospects...*, n° 18, p. 49.

[19] PAL, *Prospects...*, n° 23, p. 56.

mettent de réaliser des économies à long terme par rapport à la dialyse.

- Comme la xénotransplantation reste au stade expérimental elle ne doit pas être comptée comme un coût de traitement mais comme un coût de recherche clinique. Il faut donc intégrer les possibles bénéfices collectifs futurs. Selon que la recherche est majoritairement publique ou privée, le critère de la justice ne sera pas le même.
- La recherche sur les xénotransplantations bénéficie aux allotransplantations.

Toutes ces considérations importantes devraient être resituées et rediscutées dans le cadre français.

Des questionnements à poursuivre

Une originalité de l'avis éthique de l'Académie pontificale pour la vie est d'informer sur les expérimentations sur personnes décédées et de les évaluer. Ce modèle expérimental sur personnes décédées (*decedent model*) consiste à tester des greffons porcins sur des personnes en état de mort encéphalique. Depuis 2021, neuf transplantations expérimentales ont été ainsi réalisées. Cette approche est acceptée sur le principe par l'Académie pontificale pour la vie en soulignant son caractère exceptionnel, le respect des règles éthiques générales du prélèvement, et une vigilance accrue déjà soulignée

précédemment à propos des potentielles dérives du prélèvement Maastricht III. Une limite méthodologique est aussi évoquée: comment évaluer l'efficacité clinique de la xénotransplantation sur un patient vivant à partir d'une expérimentation sur personne décédée?

La réflexion éthique sur les xénogreffes est un bon laboratoire pour évaluer la pertinence éthique de l'édition génomique, du franchissement des frontières homme-animal, des nouveaux risques infectieux, de l'impact de la réflexion écologique sur l'éthique biomédicale. Elle doit être particulièrement examinée avec une nouvelle conscience des enjeux écologiques.

UNE CONTRIBUTION À UNE CULTURE DU DON

Pour l'Église catholique, le don et la greffe d'organes invitent à cultiver plus largement le don et la reconnaissance comme deux composantes essentielles de la vie sociale et de la bioéthique comprise comme éthique globale. À l'expérience du don devrait d'abord répondre un mouvement de reconnaissance nourrissant la solidarité: «*Les bénéficiaires de transplantations d'organes ne devraient pas non plus oublier qu'ils reçoivent d'un autre un don unique : le don de soi-même accompli par le donneur, un don que l'on doit certainement considérer comme une*

forme authentique de solidarité humaine et chrétienne »^[20].

Cette promotion d'une culture du don, de la reconnaissance et de la solidarité dépasse largement le cadre du don d'organes même s'il en est une forme éminente: «*Je suis certain que les responsables sociaux, politiques et éducatifs renouvelleront leur engagement à promouvoir une véritable culture du don et de la solidarité. Il faut insuffler dans le cœur des personnes, et en particulier dans le cœur des jeunes, une reconnaissance authentique et profonde du besoin d'amour fraternel, un amour qui puisse trouver une expression dans la décision de devenir un donneur d'organes*»^[21].

Dans une société pluraliste heureusement régulée par le principe de laïcité, la valorisation du don et de la reconnaissance pour motiver une véritable solidarité peut s'appuyer sur les philosophies du don qui montrent son rôle

structurant dans les sociétés humaines^[22], notamment en réaction au risque d'hégémonie des philosophies utilitaristes^[23].

Avec d'autres, les « principales familles philosophiques et spirituelles » représentées au CCNE pourraient participer à la recherche de pratiques sociales contribuant davantage à une culture du don d'organes et plus largement à une culture du don, de la reconnaissance et de la solidarité. Il existe bien des initiatives, notamment celles développées par l'ABM et par des collectifs comme Greffe+ (Villes ambassadrices du don d'organes). Malgré quelques expérimentations locales, il manque aux personnes greffées et à leurs proches des manières d'exprimer leur gratitude et de donner autrement en retour, de transformer l'expérience d'une dette en solidarité active dans d'autres domaines. Les États généraux de la bioéthique sont souvent compris comme une occasion de débats ; ce pourrait être aussi une occasion de créativité. ■

[20] JEAN-PAUL II, *Discours à un congrès sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, n° 5.

[21] JEAN-PAUL II, *Discours au 18^e congrès international sur la transplantation d'organes*, 29 août 2000.

[22] Voir notamment : MARCEL MAUSS, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. [1925], 2^e éd., PUF, coll. « Quadrige », 2012 ; ALAIN CAILLÉ, *Extensions du domaine du don : demander, donner, recevoir, rendre : essai*, Arles, Actes Sud, coll. « Questions de société », 2019 ; ALAIN CAILLÉ, *Anthropologie du don : le tiers paradigme*, La Découverte, coll. « La Découverte-poche. Sciences humaines et sociales », 2007 ; JACQUES GODBOUT, *Ce qui circule entre nous : donner, recevoir, rendre*, Paris, Éd. du Seuil, coll. « La Couleur des idées », 2007 ; JACQUES GODBOUT, *L'esprit du don*, La Découverte, coll. « La Découverte-poche. Sciences humaines et sociales » 86, 2000.

[23] C'est l'objectif revendiqué de la *Revue du MAUSS* (Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales). Voir notamment : ANNE-MARIE FIXOT, « Don, corps et dette : une approche maussienne », *Revue du MAUSS*, vol. 35, n° 1, La Découverte, 2010, p. 477-488.

3

PROPOSITIONS



PROPOSITIONS POUR LE BIEN COMMUN

Ces quelques propositions formulent les points les plus importants à considérer pour la révision de la loi relative à la bioéthique au bénéfice d'une politique systémique de santé publique soucieuse du bien commun.

POUR ACCOMPAGNER UNE RÉFLEXION

1. *Appliquer une méthode d'éthique globale et systémique pour toute question controversée de bioéthique en reprenant, pour les mesures antérieures discutées, leur logique d'argumentation. Les changements de méthode et de cadre de réflexion conduisent à réexaminer la pertinence des réponses précédentes.*
2. *Dans le cadre de cette démarche systémique, intégrer le lien entre crise climatique, pauvreté et santé en gardant la finalité d'une société hospitalière pour tous.*
3. *Conditionner l'évolution extensive d'une loi existante à deux évaluations: d'abord une véritable évaluation pluridisciplinaire rétrospective de la loi et des dispositifs pratiques d'application (AMP, tests génétiques, etc.), et ensuite à une évaluation prospective ou étude d'impact intégrant notamment la cohérence avec le « modèle français de bioéthique », la possibilité d'un véritable accompagnement médical et social, et la « souffrance éthique » des soignants.*
4. *Réaffirmer et reformuler la spécificité de la relation de soin et de l'alliance thérapeutique pour penser toutes les questions de bioéthique. En effet, la médecine est fondamentalement une relation humaine de sollicitude dans l'expérience de la commune vulnérabilité et ne peut devenir une simple ingénierie des biotechnologies ou la simple adjonction de consultations hyperspécialisées. La médecine est l'art de mobiliser, dans le spécifique humain de l'alliance thérapeutique,*

les sciences et les techniques biomédicales, les sciences humaines et une forme de sagesse dans l'épreuve de la maladie, du handicap et de la confrontation à la perspective de la mort.

5. *Développer, en s'aidant de la réflexion amorcée dans l'Avis 148 du CCNE, la réflexion sur la « médecine de la personne », et sur une « anthropologie de la vulnérabilité » qui la conditionne, en vue d'obtenir un consensus large sur les valeurs, principes, manières d'être et de faire, qui structurent la relation de soin, et de renforcer le « modèle français de bioéthique ». Dans cette anthropologie du soin, il serait important d'intégrer la dimension spirituelle de la personne aussi bien dans l'accompagnement que dans le discernement bioéthique.*
6. *Développer la réflexion sur la sobriété amorcée par l'Académie de médecine avec ses conditions de formation (soignants et patients), ses conséquences médicales (s'interroger sur la pertinence, refuser la prescription non justifiée et l'explicitier, réfléchir aux conditions de la réanimation) et sociales (développer une culture de la responsabilité, notamment faire connaître sans accusation les coûts réels des prestations de santé, etc.). Le concept de sobriété devrait être précisé dans le double sens d'une thérapeutique ajustée à la personne et à sa situation et d'une politique de santé juste, c'est-à-dire capable de prioriser les soins de base nécessaires pour tous en résistant aux fascinations des performances techniques isolées et des performances financières espérées.*
7. *Développer de façon sectorielle l'analyse, la diffusion et la communication des critères de l'obstination déraisonnable en s'aidant de cette réflexion sur la sobriété et sur la pertinence médicale. Veiller à ce que l'argument de la « qualité de la vie » ne devienne pas un argument général pour justifier de nouvelles discriminations et dérives éthiques.*
8. *Informers le grand public sur les possibilités et les enjeux éthiques de la gamétogenèse in vitro, et interdire dès maintenant, de façon analogue au clonage, la production d'embryons issus de la gamétogenèse in vitro.*
9. *Prendre en compte davantage dans la réflexion bioéthique et dans l'exercice médical l'impact psychique des prévisions médicales, notamment génétiques, sur le consentement libre et éclairé et sur la capacité à configurer son existence en liberté sous la menace fantasmée d'un nouveau « destin génétique ».*

10. *Examiner de façon critique, dans le contexte du déficit de soignants et de conseillers génétiques et de connaissance de l'impact psychique des prédictions, la pertinence de l'extension des dépistages génétiques pré-conceptionnels en population générale et de tous les tests génétiques. Ces extensions supposent en effet le développement concomitant d'un conseil génétique capable d'assurer la pertinence de la prescription et la qualité d'accompagnement. Il ne suffit pas de prédire et de savoir pour développer une meilleure qualité de vie.*
11. *Développer une pédagogie du don d'organes en veillant tout particulièrement aux risques de dérives éthiques du prélèvement Maastricht III.*
12. *Poursuivre la recherche sur les xénogreffes sous conditions strictes et en respectant le « modèle français de bioéthique ».*
13. *Promouvoir, de façon plus large, grâce à cette pédagogie du don d'organes et avec le concours des « principales familles philosophiques et spirituelles », une pédagogie du don, de la reconnaissance et de la solidarité. Se rendre ainsi capables collectivement de valoriser la capacité de tout être humain à donner plutôt qu'à poursuivre son seul intérêt, et à s'opposer aux seules logiques éthiques et politiques utilitaristes. ■*

UNE ESPÉRANCE DE DIALOGUE

En formulant ses remerciements au CCNE pour cette possibilité de dialogue, l'Église catholique redit sa disponibilité pour contribuer à développer une culture de l'hospitalité, de la solidarité et du soin au bénéfice de tous, et pour participer au discernement éthique sur les questions éthiques les plus délicates au côté d'autres courants de pensée.

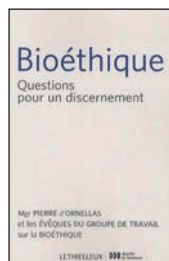
Les différentes crises évoquées : crise sociale et politique de la confiance et des inégalités, crise des structures du soin et des personnels de soin, crise du modèle de protection sociale, crise éco-

logique, crise du développement de l'intelligence artificielle, ne sont pas seulement des menaces pour la qualité de santé mais aussi des opportunités pour penser et réaliser l'avenir de notre modèle de protection sociale et du « *modèle français de bioéthique* », qui organisent de façon cohérente des valeurs et références éthiques fondamentales et très largement partagées.

Les quelques réflexions formulées dans ce document voudraient témoigner de notre espérance tenace et de notre disponibilité à penser et agir en ce sens. ■

Le présent document constitue la contribution de l'Église catholique au débat sur les questions bioéthiques. Afin de permettre un dialogue sur ces problématiques qui nous concernent tous, n'hésitez pas à écrire au Comité bioéthique de la CEF : bioethique@cef.fr

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE



MGR PIERRE D'ORNELLAS,
Bioéthique. Questions pour un discernement,
Lethielleux / DDB, 2009, 144 p.



MGR PIERRE D'ORNELLAS,
Bioéthique. Propos pour un dialogue,
Lethielleux / DDB, 2009, 153 p.



MGR PIERRE D'ORNELLAS,
*Bioéthique. Quelle société voulons-nous
pour aujourd'hui et demain ?*
Balland, 2019, 128 p.



MGR PIERRE D'ORNELLAS,
*Bioéthique. Quel monde voulons-nous ?
Discerner des enjeux d'humanité,*
Bayard / Cerf / Mame, 2019, 119 p.



PAPE FRANÇOIS,
Encyclique *Laudato si'*
sur le souci de la maison commune,
Paris, Bayard / Cerf / Mame, 2015, 204 p.



CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI,
Instruction *Dignitas personae*
sur certaines questions de bioéthique,
Paris, Bayard / Cerf / Mame, 2009, 112 p.



CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI,
***Dignitas infinita*,**
Déclaration sur la dignité humaine,
Paris, Éditions du Cerf, 2024, 112 p.





ANCIENS NUMÉROS



4
8,00 €

CONDUIRE À DIEU
BX MARIE-EUGÈNE
DE L'ENFANT-JÉSUS
P. PIERRE COULANGE

Prêtre, carme, fondateur de Notre-Dame-de-Vie, le bienheureux Marie-Eugène rappelle la vocation universelle à la sainteté et à l'intimité avec Dieu grâce à la foi et à la contemplation. La vie baptismale peut être vécue dans sa totalité par tous les fidèles.



5
10,00 €

**UNE VIE POUR LE CHRIST
ET SON ROYAUME**
CONGRÈS VOCATIONS 2022
MGR BERTRAND LACOMBE

Le congrès national des vocations organisé par le SNEJV a permis d'explorer la richesse de l'appel de Dieu dans le célibat, la vie sacerdotale ou consacrée. L'Évangile de la vocation a résonné à travers conférences, tables rondes, ateliers, temps de prière ou de pèlerinage dans Paris.



6
10,00 €

**PARTIR EN
AMÉRIQUE LATINE**
LE CEFAL ET LES PRÊTRES *FIDEI
DONUM*
MGR ROBERT LE GALL

Un hommage aux prêtres *fidei donum* partis loin de leur terre natale se mettre au service des plus pauvres. Conservés par le CEFAL, archives et témoignages inédits illustrent des décennies de mission française en Amérique latine.



7
10,00 €

**LA PERMANENCE
D'ISRAÆL**
INTERROGE-T-ELLE NOTRE
IDENTITÉ CHRÉTIENNE ?
MGR PIERRE D'ORNELLAS

Dans un contexte international troublé, les extraits du colloque autour des relations avec le judaïsme organisé en mars 2023 par Kecharim-SNRJ et le SNCC, et repris dans ce numéro, permettent de revenir à nos fondamentaux et de nous interroger sur des questions d'éthique et de liturgie.



8
10,00 €

**LES INSTITUTS
SÉCULIERS**
VIE CONSACRÉE
AU CŒUR DU MONDE
MGR PIERRE-YVES MICHEL

Les instituts séculiers proposent à leurs membres de consacrer totalement leur vie à Dieu par la profession des conseils évangéliques, tout en restant pleinement laïcs et en vivant au cœur du monde pour le pénétrer de la force de l'Évangile. Ce document permet de découvrir leur originalité.



9
10,00 €

**LES CHARISMES
ET LEUR DISCERNEMENT
DANS LE PEUPLE DE DIEU. LA
RESPONSABILITÉ PROPRE DU
MINISTÈRE APOSTOLIQUE**
MGR BENOÎT BERTRAND

Cette note de la Commission doctrinale des évêques de France présente une typologie évolutive des charismes. Elle étudie leur discernement dans le peuple de Dieu ainsi que la responsabilité singulière du ministère apostolique.



10
10,00 €

LES 50 ANS DU SNRM
LES ENGAGEMENTS DE L'ÉGLISE
EN FRANCE POUR LE DIALOGUE
AVEC LES MUSULMANS
MGR NORBERT TURINI

Ce document fait le pont entre les 50 ans du SNRM et l'anniversaire de la déclaration *Nostra Aetate* (1965) ; il revisite le dialogue entre musulmans et catholiques, de l'engagement de l'Église de France dans le dialogue à l'amitié et la coopération au service du bien commun.



11
10,00 €

« LEVE-TOI ! »
RETOUR SUR LES JMJ
DE LISBONNE
MGR LAURENT PÉRCEROU

À travers les prières du Saint-Père, les prises de parole d'évêques, des témoignages de jeunes et le récit de temps forts, ce document revient sur les JMJ de Lisbonne et l'enthousiasme qu'elles ont suscité chez la jeunesse catholique française : une génération Lisbonne 2023 a vu le jour.



12
10,00 €

**LES ÉTATS GÉNÉRAUX DU
PATRIMOINE RELIGIEUX**
LES RÉSULTATS DE LA GRANDE
ENQUÊTE
MGR ALAIN PLANET

Inédits par leur ampleur et l'écho qu'ils ont suscité, les États généraux du Patrimoine religieux et les résultats de la grande enquête ont permis de mettre le patrimoine de l'Église en évidence et d'en célébrer les acteurs, les atouts et les défis des décennies à venir.



13
10,00 €

NOSTRA AETATE
60 ANS DE DIALOGUE
AVEC LES RELIGIONS
NON-CHRÉTIENNES
MGR JEAN-MARC AVELINE

« Tous les peuples forment en effet une seule communauté. » À l'occasion des 60 ans de la promulgation de la déclaration *Nostra aetate*, *Documents Épiscopat* propose de donner la parole aux acteurs et représentants de ce dialogue pour mesurer le chemin parcouru.



14
10,00 €

**LUTTER CONTRE
LA PÉDOPHILIE**
FAIRE ADEVENIR
UNE MAISON PLUS SÛRE
MGR THIBAUT VERNY

Quatre ans après la CIASE, ce tome 2 dédié à la lutte contre la pédophilie rend compte de la poursuite du chemin de conversion mené depuis lors qui se traduit par différentes mesures concrètes et engageantes pour l'Église, mesures mises à l'agenda et votées au cours des dernières assemblées plénières des évêques.



15
10,00 €

ALFRED ANCEL
UN ÉVÊQUE LYONNAIS
DANS SON SIÈCLE
MGR OLIVIER DE GERMA

Lyonnais par ses origines familiales, son incardination presbytérale et sa responsabilité d'évêque auxiliaire, Mgr Alfred Ancel a été tout à l'écoute du monde, « véritable disciple » du Christ, à la suite du bienheureux Antoine Chevrier, fondateur du Prado. Découvrez cette figure porteuse d'un message pour les apôtres aujourd'hui.



► # 16
10,00 €

DES DIACRES
POUR UNE ÉGLISE EN
TENUE DE SERVICE
MGR BERTRAND LACOMBE

À l'occasion des 60 ans de la restauration du diaconat permanent, le Comité national du diaconat poursuit les travaux menés depuis 5 ans avec les responsables diocésains du diaconat, avec les Facultés Loyola Paris, les évêques – notamment lors de l'assemblée plénière de mars 2024. Ce numéro rend accessibles au plus grand nombre les analyses et réflexions de ces démarches.



► # 17
10,00 €

PAX CHRISTI, 80 ANS
LA PAIX, PROFOND DÉSIR
DE L'HUMANITÉ
MGR PHILIPPE BALLOT

Pax Christi est né en 1944-1945. L'intuition initiale de « prier pour la conversion de l'Allemagne » s'est transformée en actions pour la réconciliation franco-allemande et la paix. Les années passant, le sujet s'est ouvert au Moyen-Orient, au désarmement, au dialogue et à l'éducation, au développement et à l'écologie. 80 ans après, il s'agit toujours de « prier, réfléchir, agir ».



► # 18
10,00 €

ÉCOLOGIE INTÉGRALE
PASSER DE L'ÉTHOS DU DÉCHET
À LA CULTURE DU SOIN
MGR JACQUES BLAQUART

Des hommes et des femmes de terrain s'engagent chaque jour pour résister à la culture du déchet. Ils pratiquent modestement, mais avec constance, cette belle attention aux signaux faibles qui donnent à voir et à vivre l'aurore d'une culture du soin. Ils cultivent l'espérance en acte en refusant la mise au rebut des êtres et des choses.



► # 19
10,00 €

LES MARTYRS DE
L'APOSTOLAT
BÉATIFICATION DES
«CINQUANTE»
MGR MAURICE DE GERMINY

C'est par amour du Christ dont ils témoignaient auprès de leurs camarades du Service du travail obligatoire que les Cinquante, béatifiés le 13 décembre 2025 à Notre-Dame de Paris, ont donné leur vie. Ils rejoignaient alors Marcel Callo, déjà béatifié par le pape Jean Paul II, et la foule immense des témoins inconnus, victimes de la barbarie nazie. Ce numéro qui leur est dédié rappelle leur histoire et leur sacrifice.



► # 20
10,00 €

KÉRYGMA
UN ÉLAN MISSIONNAIRE
POUR LA CATÉCHÈSE ET
L'ÉVANGÉLISATION
MGR OLIVIER LEBORGNE

La démarche KÉRYGMA a voulu répondre à l'invitation du pape François à fonder toute activité d'évangélisation sur le kérygme. Ce processus synodal s'inscrit dans la dynamique de transformation missionnaire de l'Église en France. Ce numéro en présente la genèse, fait mémoire des fruits du rassemblement à Lourdes en 2023 et met en lumière des mises en œuvre actuelles de quelques diocèses.



► # 21
10,00 €

LA MISSION DE LA MER
UN SIÈCLE D'APOSTOLAT
MARITIME EN FRANCE
MGR ROBERT LE GALL

L'apostolat maritime s'est développé en France à partir des années 1930. L'Église a assuré une présence auprès des marins par l'embarquement de prêtres à bord. Alors que près d'un siècle s'est écoulé depuis le premier congrès de l'apostolat maritime, le CNAEF a souhaité mettre en regard des témoignages, des archives inédites et des recherches universitaires.



Pour compléter votre collection de Documents Épiscopeat, deux possibilités s'offrent à vous :

Commander en ligne (règlement par carte bancaire)

- Rendez-vous sur notre [boutique en ligne](#)
- Sélectionnez le(s) numéro(s) que vous souhaitez commander.
- Pour finaliser votre commande, identifiez-vous ou créez votre compte client, puis suivez les indications jusqu'au règlement sécurisé par carte bancaire.



Commander par courrier (règlement par chèque)

- Veuillez nous faire parvenir un chèque à l'ordre de UADF à l'adresse suivante : [Documents Épiscopeat – UADF](#)
58 avenue de Breteuill – 75007 PARIS
- Merci de préciser le/les numéro(s) que vous commandez ainsi que le nombre d'exemplaires.
Par exemple : n° 8 / 2021 / x4 et n° 5 / 2023 / x2



Frais de port : 5 € pour 1 à 3 exemplaires / 8 € pour 4 à 9 exemplaires / Gratuits à partir de 10 exemplaires.

ABONNEMENT

● Renseignements :

Vente en ligne : publications.cef.fr

E-mail : documents.episcopat@cef.fr

Abonnement en ligne : abonnements.cef.fr

VOUS SOUHAITEZ CONNAÎTRE, SUIVRE LA VIE ET LA RÉFLEXION DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE. RETROUVEZ RÉGULIÈREMENT LA REVUE DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA CONFÉRENCE DES ÉVÊQUES DE FRANCE.

- *Des outils pour analyser et mettre en perspective les grands thèmes qui traversent notre société.*
- *Des dossiers et des notes, rédigés par des responsables ecclésiaux et des spécialistes sur des sujets d'ordre théologique, pastoral, éthique, historique, sociologique.*



JE M'ABONNE

- ☐ **57 €** – Abonnement France métropolitaine, un an (6 numéros)
- ☐ **100 €** – Abonnement France métropolitaine, deux ans (12 numéros)
- ☐ **70 €** – Abonnement DROM-COM et autres pays, un an (6 numéros)
- ☐ **120 €** – Abonnement DROM-COM et autres pays, deux ans (12 numéros)

MES COORDONNÉES

NOM, PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

PAYS : _____ E-MAIL : _____

MON RÈGLEMENT :

Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de **UADF**

RENNVOYER, ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT, À :

SER/DOCUMENTS ÉPISCOPAT
14, rue d'Assas – 75006 Paris

● Contact

Tél. 01 72 36 68 22

E-mail : documents.episcopat@cef.fr

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE

CONTRIBUTION DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE



Documents
Episcopat



© iStock / nicolas_

Soucieuse du devenir de nos sociétés, spécialement pour le respect de la dignité de chacun et la prise en compte des plus fragiles, l'Église catholique s'engage dans un dialogue ouvert et précis avec les différents corps de notre pays sur les questions bioéthiques. Ainsi, à l'occasion de la préparation du prochain avis du CCNE avec les États généraux de la bioéthique, les évêques de France, avec l'aide de travaux de recherche universitaires et des experts, ont préparé un dossier large et complet sur les différents sujets proposés par le CCNE. Ce dossier permet de préciser la vision portée par l'Église au nom du bien commun, du respect de la dignité et de la justice sociale. Il se veut au service de la réflexion des croyants mais aussi de toute personne cherchant à mieux appréhender ces enjeux et à rechercher ensemble à promouvoir le développement humain intégral de nos sociétés.