

L'avenir de la bioéthique

Jean LEONETTI

LES CARNETS DE L'INSTITUT DIDEROT

L'avenir de la bioéthique

Jean LEONETTI

2018

Sommaire

Avant-propos

Jean-Claude Seys

p. 5

L'avenir de la bioéthique

Jean Leonetti

p. 9

Débat

p. 23

Les publications de l'Institut Diderot

p. 41

Avant-Propos

L'Institut Diderot a fait appel au Docteur Jean Leonetti pour animer un *Dialogue du matin* consacré à la bioéthique.

Le sujet est intemporel, mais la publication récente du rapport de synthèse du Comité Consultatif National d'Éthique vient de le replacer sous les feux des projecteurs.

Il nous est apparu souhaitable, en contrepoint de l'agitation médiatique, de rappeler les fondamentaux d'un sujet complexe et sensible.

La personnalité de Jean Leonetti s'est imposée à nous comme particulièrement qualifiée pour mener à bien cet exercice. Il est médecin, et plus particulièrement cardiologue, mais il est aussi homme politique à la fois bien ancré territorialement – il a été élu député des Alpes Maritimes pendant vingt ans et il est maire d'Antibes depuis aussi longtemps – et nationalement puisqu'il a été Ministre des Affaires Européennes. Il est aussi président du Conseil national des Républicains.

Sa qualité de médecin l'a conduit à développer sa réflexion sur nombre des problèmes de bioéthique et ses

fonctions politiques lui ont permis de les faire connaître comme autant de références.

Il a ainsi pris position sur les problèmes liés à l'IVG, la fin de vie – sujet pour lequel il a rédigé un célèbre rapport – la GPA, ou encore la dépendance et le handicap.

Cette riche expérience l'a amené à être rapporteur de la mission d'information sur la révision des lois bioéthiques.

Il a publié par ailleurs plusieurs ouvrages, notamment *Quand la science transformera l'humain* ou *C'est ainsi que les hommes meurent*.

Les questions très pertinentes de l'auditoire ont enrichi ce débat magistral.

Jean-Claude Seys
Président de l'Institut Diderot

L'avenir de la de la bioéthique

Pourquoi la bioéthique ? La science et la médecine progressent, incontestablement ; des maladies qui étaient rapidement mortelles, comme le sida ou le cancer métastasé, sont devenues des pathologies chroniques. Dans les années à venir, la thérapie génique, de nouvelles prothèses, permettront de prolonger non seulement la vie, mais aussi d'améliorer la qualité de vie. Quel sens alors y a-t-il à vouloir interférer avec ces progrès ?

On dit souvent que la religion révèle une vérité, que la morale édicte des règles et que l'éthique s'interroge. La bioéthique consiste à s'interroger sur le possible et le souhaitable en médecine. Il est légitime de s'interroger sur le fait que nos sociétés, comme je l'ai entendu dire une fois, « tiennent des cadavres au chaud pour prélever des organes et des embryons au froid pour procréer ». Notre société touche désormais à l'essence de l'humain, à la naissance et à la mort.

En ce qui concerne la naissance, nous sommes maintenant capables de dissocier les différentes étapes de la procréation. Cela fait évidemment bien longtemps que les humains savent faire l'amour sans procréer. Mais

nous savons désormais créer un embryon sans qu'il y ait de relation humaine, l'implanter dans l'utérus d'une personne qui n'est pas celle qui a donné les gamètes, et il est devenu habituel que l'enfant soit élevé par d'autres personnes que celles qui ont donné leurs gènes. On peut imaginer que trois bouquets de fleurs seront désormais nécessaires le jour de la fête des Mères : le premier pour celle qui a donné ses gamètes, et dont on ne peut nier que l'enfant lui ressemble un petit peu ; le deuxième pour la mère porteuse, en raison de son travail et de l'épigenèse ; le troisième, enfin, pour celle qui est peut-être la « vraie » mère, celle qui a élevé l'enfant. Sylviane Agacinski parle de « corps en miettes »¹. Nous avons en effet fragmenté l'individu.

Avec la mort, le problème est plus simple. Nous avons toujours su tuer et depuis longtemps grâce à des drogues. Ce qui est nouveau, c'est que la médecine est devenue tellement technique et performante qu'elle peut maintenir en vie des personnes jusqu'à un point où les souffrances et la complexité de la situation imposent, quelques fois, de se demander s'il est bon de prolonger ainsi une existence. Un médecin, il y a cinquante ans, disait : « Nous avons fait tout ce qui était possible. » Le corps médical doit aujourd'hui se poser une nouvelle question : ce qui est techniquement possible est-il humainement et raisonnablement souhaitable ? C'est à ce problème que se confronte la bioéthique.

1. S. Agacinski, *Corps en miettes*, nouvelle éd. revue et augmentée, Paris, Flammarion, 2013.

I - ÉTHIQUE DE L'AUTONOMIE ET ÉTHIQUE DE LA VULNÉRABILITÉ

La France a fait un choix que je trouve noble : les décisions en matière de bioéthique ne reviennent pas à un comité d'experts ; ce sont les représentants du peuple, et donc le peuple, qui tranchent sur le permis et l'interdit en ce domaine. Face à ces sujets, les oppositions habituelles et médiatiques entre progressistes et archaïques, entre les anciens et les modernes, la gauche et la droite, ne tiennent pas. La réalité, c'est un conflit de valeurs qui nous traverse tous. Un conflit de valeurs, c'est-à-dire un conflit entre un bien et un bien. Pas entre le bien et le mal. Ce serait trop simple. Un conflit entre deux biens, entre deux éthiques : celle de l'autonomie et celle de la vulnérabilité.

L'éthique de l'autonomie met en avant le choix individuel. Moi, comme individu, comme personne humaine, suis seul légitime à décider pour moi-même. Il n'est pas rare que les médecins ignorent cette prérogative : puisque la personne est malade, ses capacités sont altérées, elle ne peut décider. On le fera donc à sa place. Une véritable éthique de l'autonomie visera alors à faire émerger l'autonomie même dans des situations de grande fragilité, de façon à éviter cette situation verticale où un sachant décide à la place du souffrant, celui-ci n'ayant d'autre choix que de faire ce que le premier propose.

Face à cette éthique de l'autonomie, l'éthique de la vulnérabilité peut nous amener à empêcher quelqu'un de faire ce qu'il souhaite. On le voit bien avec le suicide.

Dans les hôpitaux français et du reste du monde, lorsque quelqu'un arrive après avoir essayé d'attenter à ses jours, les médecins tentent de le réanimer. La société considère qu'il faut essayer de sauver la vie de celui qui a voulu se donner la mort.

S'il n'y avait que l'éthique de l'autonomie comme référence, nous pourrions nous dire qu'après tout, le suicide est un choix individuel avec lequel nous ne devrions pas interférer. Pourquoi altérer cette volonté qui est plus qu'une volonté exprimée, qui est une volonté en acte ? Le suicidé a peut-être même laissé un mot expliquant les raisons pour lesquelles il ne voulait plus vivre. Au nom de quoi la société viendrait-elle dire qu'elle estime pour sa part que cette vie vaut la peine d'être vécue et qu'elle a le droit d'imposer son point de vue ?

C'est pourtant ce que nous faisons. À celui qui estime qu'il n'a pas de raison de continuer à vivre, nous essayons de redonner l'espérance et la capacité de considérer que la vie vaut la peine d'être vécue.

L'éthique de la vulnérabilité va contre la volonté individuelle de l'instant. En un sens, on peut même dire qu'elle promeut, elle aussi, la liberté. Parce que la vraie liberté, c'est pouvoir changer d'avis. Dans une démocratie, des échéances électorales permettent aux individus de reconsidérer leur point de vue. Si nous étions immuables, il n'y aurait qu'à voter une fois à dix-huit ans. Mais les circonstances changent, et nous changeons aussi. Axel Kahn disait de façon un peu provocatrice que celui qui

réussit à se suicider, ou que nous ne sauvons pas du suicide, n'a plus de choix : il n'est plus libre. D'une certaine façon, lui redonner vie au nom de l'éthique de la vulnérabilité, c'est aussi promouvoir l'éthique de l'autonomie. Car cette personne conservera sa capacité de choix. Et elle aura la liberté de recommencer si elle le souhaite.

Une « société des individus » comme la nôtre permet à chacun de s'épanouir. Mais elle trouve ses limites quand la liberté de l'individu aboutit à ne plus se conformer aux règles collectives, quand chacun s'affranchit de la décision collective et revendique un droit pour lui, dont il exige de surcroît que la société l'aide à l'exercer. Il faut donc distinguer les droits-libertés des droits-créances. Le droit-liberté, c'est le droit que j'exerce au nom de ma personne et de ma liberté individuelle. Le droit-créance, c'est le droit que j'exige de la société. Se suicider relève d'un droit-liberté. Le droit pénal ne me sanctionnera pas si je décide de me suicider et si j'échoue. Est-ce pour autant un droit opposable ? Non. Le droit à la vie, lui, est un droit-créance : j'ai le droit d'exiger d'une société démocratique qu'elle me protège dans ma vie. Mais je n'ai pas le droit d'exiger d'elle qu'elle me donne la mort. Il n'y a pas d'équivalent du droit à la vie en termes de droit à la mort (affaire Pretty, CEDH).

II - L'ATTENTION À LA SITUATION

Comme médecins, il nous faut à un moment décider. La médecine, c'est l'acte social envers le vulnérable, même

quand il y a abstention d'acte, décider de ne pas opérer, c'est encore une décision, une prise de responsabilité. Or cette prise de décision doit être attentive à la situation, c'est-à-dire à l'individu et aux circonstances. Pour cette raison, il n'existe pas de règle établie. Prenons le cas des Témoins de Jéhovah. Ceux-ci refusent la transfusion sanguine. Or, quand un adulte jeune arrive à l'hôpital en situation d'urgence vitale, la pratique des médecins, confirmée par la jurisprudence française, notamment l'arrêt du Conseil d'État du 26 octobre 2001, est de transfuser pour sauver la vie du patient. La « vulnérabilité » l'emporte sur l'« autonomie ». Les choses sont pourtant plus compliquées. Comme me le disait, au cours d'une audition, le vice-président du Conseil d'État, la décision aurait pu être différente s'il s'était agi d'un Témoin de Jéhovah très âgé, à quelques semaines de sa mort et dont la transfusion n'aurait servi qu'à prolonger sa vie de quelques jours. La personne et la situation auraient été différentes, et donc probablement aussi la décision.

Il faut ainsi se garder des règles préétablies. Je ne peux pas ne pas tenir compte de la situation présente et de la personne qui est en face de moi.

Je ne peux pas non plus, comme médecin, me retrancher derrière l'alternative : soit tu fais ce que je décide, soit je t'abandonne. J'ai suffisamment de recul pour dire que j'ai vécu une époque où l'on disait au malade que s'il ne voulait pas se faire opérer, il n'avait qu'à rentrer à la maison : « le médecin ne travaille pas à la carte, vous lui faites confiance ou vous partez ».

Les choses, sur ce point, ont heureusement évolué. La loi disait ainsi que le médecin devait respecter la volonté du patient, mais tout mettre en œuvre pour le persuader du bien-fondé de ses positions. C'est contradictoire : la personne est libre, mais on va tout faire pour qu'elle fasse ce qu'on veut. Un rééquilibrage a eu lieu. Même en cas de décision du patient contraire au choix thérapeutique proposé, le médecin n'abandonne pas le patient. On distingue désormais le *cure* (traiter) du *care* (soigner, prendre soin), et le médecin n'a pas le droit de laisser le patient à sa souffrance. Aussi, non seulement le patient a le droit de refuser le traitement, mais il a aussi le droit à ce qu'on ne le laisse pas souffrir à cause des conséquences de son refus. Le médecin, tout en sachant qu'il pourrait sauver un malade dans des circonstances particulières, accepte que celui-ci refuse le traitement salvateur et continue de l'accompagner pour qu'il ne souffre pas. C'est une rupture importante relativement à ce qu'on appelle habituellement le « pouvoir médical ». Encore faut-il considérer les circonstances : il est sûr que, dans le cas des Témoins de Jéhovah, la balance entre éthique de l'autonomie et éthique de la vulnérabilité penchera plus facilement en faveur de la première s'il s'agit d'une personne très âgée condamnée de toute façon à court terme.

III - LA DIGNITÉ HUMAINE

Le débat entre éthique de l'autonomie et éthique de la vulnérabilité prend aussi sa source dans le fait que nous

utilisons couramment deux conceptions différentes de la dignité, qu'il est important de distinguer.

Il y a, premièrement, la dignité individuelle au sens d'« estime de soi ». Dans ce cadre, je peux estimer que la vie qui est la mienne me paraît « indigne » d'être vécue. Au nom de cette dignité comme estime de soi, on peut souhaiter supprimer sa vie qui ne vaut pas la peine d'être vécue.

Mais Sartre disait pourtant de façon très juste qu'« on n'a jamais honte tout seul ». Ma dignité, je la lis en fait dans le regard des autres, dans celui de la société. Si celle-ci me dit que j'ai bien raison de ne pas vouloir continuer à vivre (je ne peux pas marcher, je n'arrive plus à parler, je suis handicapé, etc...) : la mort me paraît légitime. Or un tel message doit être contesté car il revient à rompre le lien de fraternité humaine.

Je crois pour ma part que la vraie dignité, la dignité ontologique, si j'ose m'exprimer ainsi, c'est celle qui dit que le mendiant, le mourant, le prisonnier, le torturé sont toujours dignes. Le sort qui leur est réservé est indigne, mais pas la personne. Nous ne devons pas l'abandonner ni accéder à sa demande de mort. Faire preuve de fraternité, c'est affirmer que toute vie vaut, a priori, la peine d'être vécue et que la dignité est indissociable de l'humanité. Demander à autrui, comme s'il s'agissait d'un droit-créance, de m'aider à mourir reviendrait à altérer le lien d'humanité entre nous.

La France a par ailleurs une tradition qui lui est propre. Être Français, c'est répondre à une hiérarchie des valeurs qui n'est pas partagée par d'autres démocraties. Aux Pays-Bas, vous avez le droit de vous prostituer, de vous droguer, de vous faire euthanasier, dans certaines circonstances. En France, c'est différent : au nom de la vulnérabilité, pour protéger les plus fragiles, nous nous autorisons à interférer avec ces comportements et à privilégier la fraternité collective par rapport à la liberté individuelle.

IV - ULYSSE ET PROMÉTHÉE

Je souhaiterais, pour finir, rendre sensibles les enjeux de la médecine contemporaine à travers deux figures antiques.

La première est celle de Prométhée. Prométhée est un Titan. C'est un demi-dieu qui vole le feu aux dieux de l'Olympe pour le donner aux hommes. Il existe ainsi une conception prométhéenne de la médecine, humaniste à sa manière : l'homme n'est pas une bête, il a besoin de la technique, du feu, pour pouvoir progresser, comprendre et innover.

Prométhée est puni pour son *hybris*, son orgueil : enchaîné à un rocher, un aigle vient tous les jours dévorer son foie qui repousse chaque nuit. Comme pour le tonneau des Danaïdes ou le rocher de Sisyphe, le supplice de Prométhée consiste en une perpétuelle répétition du même geste dépourvu de sens. L'enfer, c'est répéter une

même tâche inutile. Prométhée est donc châtié pour son orgueil, de se comparer et d'imiter les Dieux. Mais il a voulu conquérir quelque chose d'essentiel pour les hommes, leur capacité à repousser leurs limites.

La médecine française est très prométhéenne. Elle est encore souvent paternaliste, elle conseille avec force ce qu'elle estime être le meilleur. Elle est l'une des plus interventionnistes au monde. Nous préférons chercher à guérir les maladies, plutôt qu'accompagner les pathologies chroniques, voire les prévenir. C'est une médecine triomphante qui sauve et qui guérit.

A la figure prométhéenne, je voudrais opposer celle d'Ulysse. Je pense en particulier à deux épisodes de l'*Odysée*.

Le premier est celui, bien connu, des Sirènes. Ulysse sait que le chant des Sirènes l'attirera, lui et son équipage, vers le rivage, où ils rencontreront un destin funeste. Quelle est son attitude ? Rappelons qu'Ulysse n'est pas un dieu. C'est un homme, *polytropos*, nous dit Homère : un homme aux multiples visages, avec toutes les qualités et tous les défauts de notre espèce. Il est parfois sublime, parfois sordide, il ment puis se montre généreux, il a ses moments de force et de faiblesse. À l'approche des Sirènes, Ulysse met de la cire dans les oreilles de ses marins. Ceux-ci ne seront pas tentés. Mais pour sa part, il se fait attacher au mat, et demande à ses compagnons de resserrer les liens lorsque, séduit par les Sirènes, il demandera à être détaché pour aller les rejoindre.

Pourquoi Ulysse fait-il cela ? Pour deux raisons, selon moi. La première, c'est qu'il veut savoir. Ulysse refuse que la connaissance soit limitée. Ulysse ne se masque pas la face, il s'expose au chant des Sirènes, parce qu'il veut savoir ce que c'est – mais sans y succomber. La seconde raison tient précisément au fait que, pour ne pas succomber au chant des Sirènes, Ulysse fait appel à des liens humains et collectifs. Ulysse dit à ses compagnons : ne m'écoutez pas quand je vous demanderai de me libérer, n'écoutez pas l'individu que je suis. L'individu, qui se distinguera, certes, parce qu'il sera le seul à connaître le chant des Sirènes, s'accomplit grâce et avec les autres qui l'empêchent.

Le second épisode qui m'intéresse dans l'*Odyssee* est celui de la séparation d'avec Calypso. Calypso est une déesse. Elle a la jeunesse éternelle et l'immortalité : les deux fantasmes de la médecine de performance. Avant même d'en venir à Ulysse, la personne de Calypso nous conduit déjà à nous demander quelle finalité nous assignons à la médecine. Vise-t-elle l'amélioration de l'individu, de ses performances, ou a-t-elle pour but de soigner les malades et de compenser les handicaps ? Dans le second cas, nous sommes du côté de la vulnérabilité, de la solidarité. Dans le premier, de celui de Prométhée – et peut-être qu'alors la solidarité ne doit pas s'exercer de la même façon.

Revenons à Ulysse. Calypso l'aime, elle veut le retenir, mais elle se rend compte aussi qu'il vieillira, tandis qu'elle restera éternellement jeune et belle. Calypso propose alors à Ulysse l'immortalité et la jeunesse éternelle.

Or Ulysse refuse. Homère nous le décrit sur le rivage pleurant et pensant à Ithaque et à son foyer. Ulysse déclare qu'il veut retourner à sa patrie et dans son foyer.

Ulysse, contrairement à Prométhée, ne rivalise pas avec les dieux. Ulysse acquiesce à ce qu'il est : un homme. C'est celui qui dit, probablement avec orgueil : « Je suis un homme ; ma destinée, c'est la finitude, la vulnérabilité, et j'embrasse cette condition qui est la mienne. » Camus commentant cet épisode de l'*Odyssée* disait que nous avons oublié la « fierté de l'homme, qui est la fidélité à nos limites »². J'ajouterai qu'il faut voir en Ulysse un exemple pour la médecine moderne. Le modèle prométhéen continuera à exister, bien entendu. Il faut laisser les hommes chercher, sans leur interdire aucune voie. Parce que l'homme doit savoir. Mais quand il sait, il lui faut aussi trouver les liens humains qui l'empêcheront d'agir contre l'humain. Il lui faut accepter sa vulnérabilité, qui est la marque de son humanité, et comme Ulysse, respecter la vie et accepter la mort.

2. A. Camus, « L'exil d'Hélène », in *Noces suivi de l'Été*, Paris, Gallimard, Folio, 1999, p.139.

Débats

Didier Cultiaux (Préfet de région honoraire) : *Vous avez décrit les éléments du dilemme. Mais qu'en est-il de la législation ? Que mettre comme garde-fous, notamment juridiques ?*

Jean Leonetti : Il est compliqué de faire des lois sur des normes floues. Le Conseil d'État m'a récemment demandé de définir « l'obstination déraisonnable ». Mais qu'est-ce que c'est, l'obstination déraisonnable ? C'est quand on s'obstine, et que c'est déraisonnable... Une fois qu'on a dit ça... Comment avancer ? L'obstination déraisonnable, ce n'est pas l'acharnement thérapeutique. L'acharnement thérapeutique est prométhéen, et heureusement que ça existe, cela signifie se battre pour sauver la vie avec des traitements. Mais avec l'obstination déraisonnable, je suis sorti de la raison. Quand ai-je franchi la limite ? La collégialité qui a été introduite dans la loi est une bonne chose, c'est un élément modérateur qui évite l'arbitraire du choix individuel, elle éclaircit le « flou ». Mais les choses ne seront jamais blanches ou noires, il y a de l'ambivalence, parce que l'humain est ainsi fait.

La loi doit néanmoins poser un cadre préalable, des limites, sur des bases éthiques. Par exemple, concernant

la fin de vie, nous n'abandonnerons pas le patient, nous ne le laisserons pas souffrir, et nous ne prolongerons pas de manière anormale sa vie – mais que veut dire prolonger de « manière anormale » ? Le texte dit au sujet des actes médicaux, dans ces circonstances, des formules à la fois claires et ambiguës : « Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. » Pas « ils doivent », mais « ils peuvent ». Il y a donc déjà une marge de liberté de décision. Mais on doit s'interroger, puisque l'éthique est une interrogation : si je peux, qu'est-ce que cela signifie si je le fais ? Suis-je en train d'abandonner mon malade, ou au contraire de l'accompagner ? Est-ce que je suis en train de le laisser souffrir inutilement ? Est-ce que je suis en train de prolonger inutilement sa vie, ou est-ce que la prolongation de la vie a du sens ? Ces lois sont à la fois des cadres, mais aussi des cheminements guidés par le questionnement. Et je pense que nous devons à la fois dire l'interdit, l'interdit de tuer, et en même temps nous obliger à nous questionner sur les étapes et les objectifs, en fonction de la personne, en fonction des circonstances, et en référence à ce que nous estimons être nos valeurs communes. On peut, par exemple, s'appuyer sur la morale kantienne : « considère l'individu toujours comme une fin et jamais seulement comme un moyen ». C'est déjà pas mal. Pour ma part, la référence à Levinas m'intéresse encore plus. Levinas nous dit que l'individu devient homme quand il découvre deux choses : l'altérité et la mort. Il voit son compagnon mourir, il comprend que lui aussi va mourir puisqu'il est semblable. L'altérité et la

finitude se découvrent en même temps à chacun. Surtout, Levinas insiste sur le « visage » : le visage de l'autre me renvoie à l'altérité et m'interdit de le tuer. Si pour Kant je dois respecter une loi morale, pour Levinas, l'exigence morale naît de l'expérience de la figure de l'autre, de son visage qui exige de ma part responsabilité et fraternité.

Jean-Pierre Door (Député du Loiret, cardiologue) : *En introduction, vous avez rappelé que les progrès de la science sont indéniables et qu'ils ne feront qu'augmenter. L'homme doit savoir, l'homme doit inventer. Comment juger alors le principe – constitutionnel – de précaution ? Celui-ci n'est-il pas un frein, obligatoire maintenant, à tous ces progrès ?*

Jean Leonetti : Quelles limites fixer ? Malheureusement, je n'ai pas de réponse a priori à la question : nous sommes, là aussi, écartelés entre le possible et le souhaitable, entre explorer le champ des possibles, pour reprendre la formule de Pindare, ce qui est ambition humaine, et en même temps se rendre compte de sa vulnérabilité et la respecter, qui est aussi une limite humaine.

Jean de Kervasdoué (économiste de la santé, professeur émérite au CNAM) : *Comment penser la bioéthique aujourd'hui, alors que la France est un pays ouvert ? Hier soir, pour un article que j'étais en train d'écrire, j'ai tapé sur Google : « Où trouver une mère porteuse ? ». J'ai eu accès en un clic à des adresses en Ukraine, en Russie, aux États-Unis. On voit bien que les décisions françaises, notamment en matière de PMA, conduisent*

les femmes qui désirent un enfant à aller dans d'autres pays, à commencer par l'Espagne. Comment donc penser la bioéthique dans un pays ouvert ?

Jean Leonetti : Je vais faire un peu cocorico : je crois que le monde est attentif à ce que fait la France en matière de bioéthique. Je ne parle pas seulement de l'Europe. Je vois bien qu'au Canada, au Liban, aux États-Unis, la réflexion française fait référence. De plus, jusqu'à nouvel ordre, le choix relève encore des États-nations. La preuve, c'est que la convention d'Oviedo, qui a été signée par la France, est une convention générale qui, tout en rappelant certains grands principes, comme celui de dignité humaine, laisse le suicide assisté se faire en Suisse, donne latitude à l'Angleterre concernant les mères porteuses, permet à la France d'établir des interdictions et à des pays comme l'Espagne ou l'Italie de mettre des interdictions encore plus fortes concernant la fin de vie. Il y a donc un panel de choix.

Dans cette situation, votre question revient à se demander pourquoi interdire quoi que ce soit, puisque de toute façon il y aura bien un endroit dans le monde où ce sera possible. Mais qu'un jeune homme vende son rein en Amérique du Sud, parce qu'il est dans une extrême pauvreté et qu'il pourra ainsi faire vivre toute sa famille, est-ce juste ? Non, c'est une double injustice. Mais puisque cela existe, que cela se fait ailleurs, pourquoi faire des lois dans son propre pays ? Pourquoi en fin de compte ne pas toujours s'aligner sur le moins-disant éthique ?

Je crois qu'il est important de continuer à énoncer l'interdit. Oui, des choses sont interdites chez nous, même si elles sont permises ailleurs. Ce sont des parlementaires, c'est-à-dire des représentants du peuple, qui ont à dire ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. Je dirais même que la France a, à mes yeux, la mission d'aller convaincre les autres pays que, par exemple, les mères porteuses, sont la négation de toutes les références éthiques : c'est la marchandisation du corps, une transgression de l'indisponibilité du corps humain, la chosification de l'individu et de la personne, avec l'enfant qu'on commande et qu'on peut refuser, et une rupture d'égalité. La France doit continuer à rechercher une position d'équilibre et peut-être un jour convaincre que certaines choses doivent être interdites non seulement dans notre pays, mais peut-être aussi dans un espace européen.

Imaginons : une personne descend de sa Rolls et vous propose d'acheter votre rein pour un million d'euros. Ça vous fait sourciller, vous refusez. Puis vous allez sur Google et vous voyez que la mortalité d'une néphrectomie est quasi nulle et que votre longévité avec un seul rein est la même, voire supérieure en raison de biais statistiques. Votre acheteur vous rappelle pour vous proposer 4 millions d'euros. Dans cette situation, vous commencerez peut-être à considérer cette option. Devons-nous laisser faire, ou pas ? La France dit non : « nous ne te laisserons pas faire, même si ce rein est à toi, que tu es autonome, et qu'on ne peut pas dire que ce morceau de viande soit en quoi que ce soit un marqueur

de ta personnalité. Car si je vends mon corps, j'altère l'humanité qui nous relie, dans sa dignité ».

Je continue donc à être partisan de certaines interdictions, au nom de la dignité humaine. Nous serions sinon dans un monde ouvert et le monde ouvert, comme vous l'avez dit, est un monde marchand. Ce qui nous choque chez Shylock, dans *Le marchand de Venise*, ce n'est pas qu'il réclame son dû, c'est qu'il réclame une livre de chair humaine. Déjà du temps de Shakespeare apparaît dans une conscience européenne que le corps ne se marchande pas. Pourtant, les Anglais autorisent les mères porteuses... Je disais ainsi à des amis anglais qu'au moins, comme cela, ils n'ont pas de problèmes de tourisme procréatif. Je me suis vu répondre deux choses. Premièrement, que le Britannique n'autorise pas : il n'interdit pas, ce qui est légèrement différent. Il considère que deux adultes peuvent passer un contrat privé qui n'a rien à voir avec la morale publique. Et ils iront ensuite devant les tribunaux en cas de litige. La seconde réponse était qu'il y a du tourisme procréatif anglais, parce que, je cite, « l'utérus ukrainien et bien moins cher que l'utérus londonien. » Ce n'est donc pas en autorisant sur notre territoire quelque chose que nous allons régler le problème et en profiter pour nous débarrasser de notre inquiétude éthique. Il serait tellement plus simple de se dire : « c'est possible, ça se fait, alors autorisons-le. » Mais la vraie question est : « C'est possible, puis-je le faire pour autant ? »

Jean de Kervasdoué : *C'est en fait tout le débat sur le transhumanisme...*

Jean Leonetti : Oui...

Jean de Kervasdoué : *Et en ce qui concerne le principe de précaution évoqué à la question précédente ?*

Jean Leonetti : Le principe de précaution a, selon moi, été quelque peu dénaturé. Il dit en fait que lorsque je me lance dans une voie inconnue, je peux m'y engager, mais en prenant les précautions qui me permettent de voir s'il existe des inconvénients. Il s'agit plus d'un principe de vigilance que de précaution. Cette vigilance ne doit pas m'empêcher d'avancer, mais m'oblige à examiner, étape par étape, les conséquences de la décision initiale. Or ce principe est maintenant accommodé à toutes les sauces : dans ma ville, si je construis une école, il y aura toujours quelqu'un pour dire qu'il craint que cela fasse du bruit, que l'on tombe sur une nappe phréatique ou qu'on fragilise les bâtiments environnant. Le principe de précaution devient alors un principe d'inaction. Jean-Pierre Door défend un principe de responsabilité à la place du principe de précaution. Mais si on relit bien ce principe, tel qu'il a été écrit, il ne consistait pas à ne rien faire, si on ne sait pas, mais à faire, en se donnant l'obligation de contrôler les inconvénients de l'action entreprise.

Michel Hannoun (médecin, Directeur des études chez Servier Monde) : *La question de la GPA ayant été évoquée, j'aurais aimé connaître votre point de vue concernant l'idée avancée par un certain nombre de professeurs de médecine, de gynécologues, etc. de la*

« GPA éthique ». L'expression me laisse pantois, mais peut-être y a-t-il là une idée, liée au fait que le droit à l'enfant, puisque c'est un des motifs invoqués, pourrait avoir du sens. Comment aussi favoriser la réflexion bioéthique en France et chez les législateurs ?

Jean Leonetti : Votre seconde question me permet de souligner quelque chose d'important, selon moi : il n'y a pas de spécialistes de l'éthique. Il serait même dangereux de penser qu'il en existe. Les hôpitaux veulent parfois créer un poste d'éthicien. Je ne crois pas que ce soit une bonne chose. Il faut que la pratique médicale s'imprègne d'éthique, qu'il y ait une réflexion éthique, mais il n'y a nul besoin d'un spécialiste qui viendrait expliquer la morale aux médecins, ou expliquer au peuple ce qui est bon pour lui. On discute de ces sujets-là au café du commerce le matin, les gens y pensent, et c'est pour cela que les États généraux de la bioéthique ont été mis en place. Ce genre d'initiatives est toujours un peu déstabilisant pour le pouvoir, car le peuple ne répond jamais comme prévu. Je crois ainsi que le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), pour lequel j'ai un immense respect, outrepassa de deux façons ses fonctions quand il dit que la société est prête à accepter la procréation médicalement assistée pour les femmes célibataires.

Premièrement, le CCNE n'a pas à dire si la société est prête. Le CCNE est un comité d'experts dont la fonction est de donner un avis sur le plan éthique. Ce n'est pas un panel citoyen. Le CCNE doit ainsi étudier les tensions

éthiques que soulève une technique, les inconvénients et les avantages de telle ou telle position. Mais c'est le législateur qui représente le peuple.

Ensuite, dire que la société est « prête » ou « pas prête » revient implicitement à valider le sujet dont il est question. On sous-entend que, tôt ou tard, la société sera « prête ». Autrement dit, que la technique en débat est acceptable et que le seul problème, c'est la société qui n'est pas encore à la hauteur. L'impression, sinon, est qu'on souhaite de toute façon mettre en place telle ou telle pratique, mais qu'on attend uniquement parce qu'il y a encore trop d'ignorants qui n'en comprennent pas l'intérêt. On attend pour mettre en place quelque chose qu'on fera de toute façon, à un moment ou à un autre. Le CCNE, avec tout le respect que j'ai pour lui, devrait porter la tension éthique et ne pas s'aventurer à dire si la société est « prête ». Surtout quand les États généraux ont montré qu'elle ne l'était pas vraiment.

Xavier Breton (Député de l'Ain) : *Après les États généraux qui viennent de se terminer et avant le texte du projet de loi qui va arriver à l'automne, à la lumière de votre expérience de 2004 et de 2011, trois questions rapides : quelles sont vos inquiétudes et vos craintes relativement au texte à venir ; vos attentes et vos espoirs, par rapport à ce texte ; enfin, avez-vous des conseils à donner au législateur ?*

Jean Leonetti : Je me garderai bien de donner des conseils... En revanche, je voudrais faire la remarque

suivante : la révision systématique des lois de bioéthique pose problème. Je crois préférable de réviser la loi quand le besoin s'en fait sentir au regard de l'évolution de la société ou de la science. Mais la révision systématique a pour effet qu'au moment de l'échéance, les législateurs sont mis sous pression, notamment médiatique, pour modifier la loi, faire du nouveau, même si la loi est équilibrée, et au risque sinon de passer pour d'insupportables conservateurs. À l'époque, j'avais défendu l'absence de révision systématique ; d'autres en voulaient une tous les cinq ans ; le résultat a été une révision tous les sept ans, ce qui me paraît un mauvais compromis.

Si j'avais quand même un conseil à donner, ce serait de rester lucide et de bien faire attention à ce que dit le peuple. Le peuple a beaucoup de bon sens sur ces questions, peut-être plus que les médias ou ceux qui militent activement dans un sens ou dans un autre. Si on lui demande si c'est une bonne chose de vendre son rein, il répondra que non. Quand on pose aux Françaises la question des mères porteuses, elles se déclarent favorables – mais à quoi, précisément ? À pouvoir utiliser une mère porteuse, pas à en être une. Un utérus porteur est pauvre. La société qui pose le problème de la mère porteuse est riche. On marchandise le pauvre.

Pour un Député, il est plus facile de se faire connaître par la transgression que par l'intelligence collective. De généreux libertaires diront pourquoi, au nom de quoi, de quelle morale, etc. ... C'est le danger.

Concernant les questions en débat, je suis assez ouvert au sujet des cellules souches. Je pense aussi qu'il n'est pas bon que les hommes puissent congeler leurs spermatozoïdes, mais que les femmes n'aient pas le même droit avec leurs ovocytes. La société a évolué : après-guerre, les femmes avaient leur premier enfant à 22 ans en moyenne, elles l'ont maintenant à 30 ans. Or l'horloge biologique fait que la production d'ovocytes se raréfie de façon importante à la quarantaine. Une femme qui approche cette tranche d'âge peut légitimement se dire qu'elle pourra encore avoir envie d'avoir un enfant. Pour réaliser son projet, elle devrait faire conserver ses ovocytes. Cela ne me choque pas particulièrement, car je n'y vois pas une transgression contre la vulnérabilité de l'autre.

Quant à la question des greffes d'organe, les dons entre vifs se multiplient, car la sécurité des opérations augmente. Il y a aussi le débat autour de Maastricht III : il est délicat de dire qu'on va arrêter la machine et au passage prélever un organe, alors que jusqu'à aujourd'hui la logique était de prolonger la vie le temps de prélever l'organe. J'y suis cependant favorable, mais décider d'arrêter la survie et en même temps proposer de prélever, même s'il y a des garde-fous (les deux décisions sont prises par deux équipes différentes), reste éthiquement compliqué. L'avenir de la greffe, c'est le don entre vifs et probablement aussi l'utilisation de greffons prélevés sur des personnes au sujet desquelles on dira que le maintien en vie est déraisonnable. Ça se fait, cela doit-il être généralisé ? Je ne sais pas, et je ne suis pas

au fait des toutes dernières évolutions techniques sur ce point, qui peuvent poser des problèmes éthiques et faire pencher la balance dans un sens ou dans un autre. Enfin, ma position sur la fin de vie est bien connue...

Jean-Charles Taugourdeau (Député de Maine-et-Loire) : *Je souhaiterais revenir au principe de précaution. Le sens de l'article 5 de la Charte de l'environnement est qu'il faut prendre des précautions quand on s'autorise à faire quelque chose. Cela signifie, j'insiste, qu'il faut en appeler au principe de précaution contre ceux qui veulent interdire brutalement des molécules ou autres – la Charte de l'environnement énonçant par ailleurs à l'article 4 un principe de responsabilité assignant à celui qui crée des dommages à l'environnement l'obligation de les réparer. Je crois important de le rappeler : l'application du principe de précaution doit servir à éviter les interdictions brutales, tout autant que les autorisations cavalières. J'ajoute que comme l'a souligné M. Leonetti, du point de vue des médias, ne pas bouger passe effectivement non pas pour un statu quo, mais pour une régression, un refus de la modernité. Je crois comme lui, relativement à ce que pense le peuple quand on l'interroge, que beaucoup de choses dépendent de la façon dont on le fait ou dont on pose la question.*

Jean Leonetti : Votre dernière remarque pose le problème de la démocratie participative. Comment procéder ?

Le sondage est binaire. Il s'applique donc mal aux questions éthiques, qui décrivent, par définition, des

situations complexes, où trancher par oui ou par non est assez réducteur.

Il y a la solution d'Internet : on ouvre le débat sur Internet, le risque étant que seuls les gens avertis, qui ont déjà une opinion définie, participent. Lors des premiers États généraux de la bioéthique, nous avons adopté comme solution un peu contraignante de ne pouvoir donner un avis qu'après être passé par une étape d'information.

Une méthode que, pour ma part, je trouve très utile est celle des panels citoyens. Des citoyens sont tirés au sort selon la méthode des quotas. On les réunit une première fois pour un week-end d'information : on leur explique, de la façon la plus neutre possible, ce qu'est un ovocyte, un embryon, la nidation, etc., ou encore les différents états du droit dans le monde. Dans un deuxième temps, on se concentre sur les problèmes éthiques soulevés par telle ou telle question. Des intervenants en faveur de la généralisation de la PMA, par exemple, viennent expliquer leur position, ainsi que d'autres personnes qui, elles, y sont opposées. Enfin, lors d'un troisième week-end, les citoyens délibèrent, à l'aide d'une personne chargée d'éclairer le débat sans le diriger. Le résultat est selon moi convaincant. Des hommes et des femmes sans expertise préalable ou point de vue particulièrement construit sur une question donnée produisent une véritable réflexion informée et argumentée.

Le peuple ne devrait pas être exclu de ces sujets-là. La naissance, la mort, la vie, la médecine sont des thèmes

qui nous concernent tous, et c'est élever le débat que de permettre aux citoyens d'en discuter après avoir été informés, comme c'est le cas dans les panels. Le débat ne doit pas être confisqué par les experts et les responsables politiques. Les États généraux sont donc une bonne chose. Mais je ne sais pas quelle serait la meilleure formule. Combiner Internet, réunions en régions et panels citoyens, ce n'était pas si mal. Cette fois-ci, il n'y a eu un panel citoyen que sur la fin de vie – et qui, au passage, n'a interrogé aucun parlementaire.

Charles Descours (Sénateur honoraire de l'Isère, chirurgien) : *Refuser la GPA et la PMA, alors qu'elles sont autorisées dans des pays voisins, aboutit à une rupture d'égalité. Les riches pourront aller faire une GPA ou une PMA à côté, tandis que les autres n'auront pas cette possibilité. Je ne défends pas ici la légalisation, mais cette rupture d'égalité me gêne.*

J'ai une deuxième question sur les cellules souches. Vous savez bien qu'il est très difficile de dire à des parents dont la thérapie cellulaire va peut-être permettre de guérir les enfants, qu'on n'autorise pas la recherche sur les cellules souches. Ou, plus précisément, qu'elle n'est possible que par dérogation ou par l'importation de cellules souches en provenance d'autres pays. Concernant les maladies orphelines et les thérapies cellulaires, il est vraiment très difficile de faire admettre des interdictions pour raisons éthiques.

Jean Leonetti : Pour ce qui est du riche et du pauvre, je

dirais : tant pis pour les riches... Si la pratique comme la GPA, par exemple, est mauvaise, et que seuls les riches y ont accès, on pourrait dire qu'on en préserve les autres. Ce que je dis n'est pas une simple provocation : comment soutenir que quelque chose que je juge contraire à la morale ne soit plus réservée qu'aux riches mais à tous ? Ce serait une curieuse solidarité.

En ce qui concerne les cellules souches, je suis très « prométhéen » sur ce sujet : il faut avancer si les promesses thérapeutiques se confirment.

Votre question me permet par ailleurs de donner un autre exemple de tension entre autonomie et vulnérabilité.

Des parents ont un enfant atteint d'une maladie génétique d'une exceptionnelle gravité et qui meurt dans les premières années de sa vie. Ce couple veut faire un nouvel enfant. Puisqu'on sait déceler les embryons porteurs de l'anomalie dont a été victime le premier enfant, on fait des tests, on sélectionne un embryon qui ne porte pas cette anomalie (diagnostic préimplantatoire), et on l'implante. La mère peut, comme n'importe quelle autre mère, demander un dépistage de la trisomie 21, qui se fait en général vers la fin du premier trimestre avec une mesure échographique et le dosage des marqueurs sériques. En cas de risque important, une amniocentèse est proposée pour établir le caryotype fœtal. Ce dépistage relève de l'autonomie de la mère, comme le choix de faire une interruption médicale de grossesse en cas de diagnostic positif.

Implanter à une mère un embryon, dépourvu de la maladie génétique qui a atteint son premier enfant, pour lui demander quelques semaines plus tard si elle veut faire une IMG pour cause de trisomie 21, est vraiment délicat. La mère pourrait légitimement considérer qu'on aurait pu la prévenir avant de ce risque et l'éviter. Ma position a été minoritaire à l'Assemblée, et je comprends les objections qu'on peut lui faire. Je suis bien entendu sensible aux risques de l'eugénisme, de la recherche de l'enfant parfait dont on aura décidé par avance du sexe, de la couleur des yeux, etc. Mais je suis néanmoins plutôt partisan dans ce cas d'un dépistage avant implantation, en demandant à la mère si elle souhaite mener une grossesse à terme en cas de trisomie 21.

Richard Villet (Président de l'Académie de chirurgie et de la Commission de cancérologie de l'Académie de médecine) : *Vous avez parlé de l'originalité de la France. Vous avez évoqué les Pays-Bas et l'Angleterre. Ces pays lisent la même philosophie, et sont pourtant très différents. Je m'interroge depuis longtemps sur la raison de cette différence entre pays latins et pays anglo-saxons. N'y a-t-il pas là une influence de la religion, entre des pays de tradition catholique et des pays de tradition protestante ?*

Jean Leonetti : J'ai cru à un moment qu'on pouvait faire une telle différence entre pays du Nord et pays du Sud. Puis je me suis heurté au fait suivant : les soins palliatifs ont été inventés par les Anglais – par une Anglaise, plus précisément, Cisely Sanders. Une infirmière, qui,

au passage, était si peu écoutée qu'elle décida de passer un diplôme de médecine – ce qui en dit long sur le paternalisme médical anglo-saxon de l'époque.

Cisely Sanders a ainsi fondé au St. Christopher's Hospice de Londres le premier service de soins palliatifs. Ceux-ci sont donc nés au Nord, alors qu'on pourrait croire que la charité catholique était un terrain plus favorable que le libre arbitre anglo-saxon. Par ailleurs, les Anglais n'ont pas légiféré sur l'euthanasie et sur le suicide assisté.

Il est probable cependant qu'en France, par exemple, nous voyions la situation de façon plus moralisatrice, en termes de bien et de mal, et moins utilitariste. Le législateur anglais accepte une *common law* générale qui se règle petit à petit par des décisions de jurisprudence, tandis que le Français veut une loi complète qui va dans le détail, ce qui fait que, devant chaque cas complexe, on s'imagine qu'il y a un « vide juridique » qu'il faudrait combler par la loi. Regardez l'affaire Vincent Lambert. Celle-ci est allée jusqu'en Conseil d'État et jusqu'à la Cour européenne des droits de l'homme. Ces deux institutions ont donné raison aux médecins, et confirmé la loi. Pourtant certains pensent qu'il faut changer la loi, à cause de cette affaire et qu'il y a un vide juridique. Pour un Français, si une loi ne s'applique pas bien, il faut la refaire ; pour un Anglo-saxon, il est assez naturel que la loi générale ne règle les problèmes qu'après un tâtonnement jurisprudentiel. Il s'agit de deux philosophies différentes : d'un côté, une *common law* large avec, devant chaque problème particulier, un rôle dévolu au

juge, tandis que, chez nous, l'implication du juge passe pour un échec de la législation. Je ne m'aventurerai pas à vous donner la raison de ces différences. Mais pour répondre à votre question, je ne suis pas sûr que la religion soit le principal facteur explicatif.

Jean-Claude Seys : Il ne nous reste plus qu'à vous remercier...

Jean Leonetti : C'est moi qui vous remercie – et bon courage au législateur !

Les Publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

- L'avenir de l'automobile - Louis Schweitzer
- Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme - Etienne Klein
- L'avenir de la croissance - Bernard Stiegler
- L'avenir de la régénération cérébrale - Alain Prochiantz
- L'avenir de l'Europe - Franck Debié
- L'avenir de la cybersécurité - Nicolas Arpagian
- L'avenir de la population française - François Héran
- L'avenir de la cancérologie - François Goldwasser
- L'avenir de la prédiction - Henri Atlan
- L'avenir de l'aménagement des territoires - Jérôme Monod
- L'avenir de la démocratie - Dominique Schnapper
- L'avenir du capitalisme - Bernard Maris
- L'avenir de la dépendance - Florence Lustman
- L'avenir de l'alimentation - Marion Guillou
- L'avenir des humanités - Jean-François Pradeau
- L'avenir des villes - Thierry Paquot
- L'avenir du droit international - Monique Chemillier-Gendreau
- L'avenir de la famille - Boris Cyrulnik
- L'avenir du populisme - Dominique Reynié
- L'avenir de la puissance chinoise - Jean-Luc Domenach
- L'avenir de l'économie sociale - Jean-Claude Seys
- L'avenir de la vie privée dans la société numérique - Alex Türk
- L'avenir de l'hôpital public - Bernard Granger
- L'avenir de la guerre - Henri Bentegeat & Rony Brauman
- L'avenir de la politique industrielle française - Louis Gallois
- L'avenir de la politique énergétique française - Pierre Papon
- L'avenir du pétrole - Claude Mandil
- L'avenir de l'euro et de la BCE - Henri Guaino & Denis Kessler
- L'avenir de la propriété intellectuelle - Denis Olivennes
- L'avenir du travail - Dominique Méda
- L'avenir de l'anti-science - Alexandre Moatti
- L'avenir du logement - Olivier Mitterand

-
- **L'avenir de la mondialisation** - Jean-Pierre Chevènement
 - **L'avenir de la lutte contre la pauvreté** - François Chérèque
 - **L'avenir du climat** - Jean Jouzel
 - **L'avenir de la nouvelle Russie** - Alexandre Adler
 - **L'avenir de la politique** - Alain Juppé
 - **L'avenir des Big-Data** - Kenneth Cukier & Dominique Leglu
 - **L'avenir de l'organisation des Entreprises** - Guillaume Poitrinal
 - **L'avenir de l'enseignement du fait religieux dans l'École laïque** - Régis Debray
 - **L'avenir des inégalités** - Hervé Le Bras
 - **L'avenir de la diplomatie** - Pierre Grosser
 - **L'avenir des relations Franco-Russes** - S.E Alexandre Orlov
 - **L'avenir du Parlement** - François Cornut-Gentille
 - **L'avenir du terrorisme** - Alain Bauer
 - **L'avenir du politiquement correct** - André Comte-Sponville & Dominique Lecourt
 - **L'avenir de la zone euro** - Michel Aglietta & Jacques Sapir
 - **L'avenir du conflit entre chiïte et sunnites** - Anne-Clémentine Larroque
 - **L'Iran et son avenir** - S.E Ali Ahani
 - **L'avenir de l'enseignement** - François-Xavier Bellamy
 - **L'avenir du travail à l'âge du numérique** - Bruno Mettling
 - **L'avenir de la géopolitique** - Hubert Védrine
 - **L'avenir des armées françaises** - Vincent Desportes
 - **L'avenir de la paix** - Dominique de Villepin
 - **L'avenir des relations franco-chinoises** - S.E. Zhai Jun
 - **Le défi de l'islam de France** - Jean-Pierre Chevènement
 - **L'avenir de l'humanitaire** - Olivier Berthe - Rony Brauman - Xavier Emmanuelli
 - **L'avenir de la crise du Golfe entre le Qatar et ses voisins** - Georges Malbrunot
 - **L'avenir du Grand Paris** - Philippe Yvin
 - **Entre autonomie et Interdit : comment lutter contre l'obésité ?** - Nicolas Bouzou & Alain Coulomb
 - **L'avenir de la Corée du Nord** - Juliette Morillot & Antoine Bondaz
 - **L'avenir de la justice sociale** - Laurent Berger
 - **Quelles menaces numériques dans un monde hyperconnecté ?** - Nicolas Arpagian

Les Notes de l'Institut Diderot

- **L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert** - Emmanuel Halais
- **Le futur de la procréation** - Pascal Nouvel
- **La République à l'épreuve du communautarisme** - Eric Keslassy
- **Proposition pour la Chine** - Pierre-Louis Ménard
- **L'habitat en utopie** - Thierry Paquot
- **Une Assemblée nationale plus représentative** - Eric Keslassy
- **Où va l'Égypte ?** - Ismail Serageldin
- **Sur le service civique** - Jean-Pierre Gualazzi

-
- La recherche en France et en Allemagne - Michèle Vallenthini
 - Le fanatisme - Texte d'Alexandre Deleyre présenté par Dominique Lecourt
 - De l'antisémitisme en France - Eric Keslassy
 - Je suis Charlie. Un an après... - Patrick Autréaux
 - Attachement, trauma et résilience - Boris Cyrulnik
 - La droite est-elle prête pour 2017 ? - Alexis Feertchak
 - Réinventer le travail sans l'emploi - Ariel Kyrrou
 - Crise de l'École française - Jean-Hugues Barthélémy
 - À propos du revenu universel - Alexis Feertchak & Gaspard Koenig
 - Une Assemblée nationale plus représentative - *Mandature 2017-2022* - Eric Keslassy
 - L'avenir de notre modèle social français - Jacky Bontems & Aude de Castet
 - Handicap et République - Pierre Gallix
 - Réflexions sur la recherche française... - Raymond Piccoli
 - Le système de santé privé en Espagne : quels enseignements pour la France ? - Didier Bazzocchi & Arnaud Chneiweiss

Les Dîners de l'Institut Diderot

- La Prospective, de demain à aujourd'hui - Nathalie Kosciusko-Morizet
- Politique de santé : répondre aux défis de demain - Claude Evin
- La réforme de la santé aux États-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie française ? - Victor Rodwin
- La question du médicament - Philippe Even
- La décision en droit de santé - Didier Truchet
- Le corps ce grand oublié de la parité - Claudine Junien
- Des guerres à venir ? - Philippe Fabry
- Les traitements de la maladie de Parkinson - Alim-Louis Benabib

Les Entretiens de l'Institut Diderot

- L'avenir du progrès (actes des Entretiens 2011)
- Les 18-24 ans et l'avenir de la politique

L'avenir de la bioéthique

Le nom de Jean Leonetti se trouve associé depuis une quinzaine d'années aux questions dites de «bioéthique», questions graves puisqu'il s'agit de la vie et de la mort, des connaissances qui permettent aux médecins d'en redéfinir les perspectives. Le «pouvoir médical» modifie aujourd'hui profondément les rapports des patients à la médecine et à eux-mêmes. Il y va en définitive de la liberté des individus, donc aussi de notre conception de la démocratie.

Au moment où le parlement aborde une nouvelle fois les perspectives controversées de la PMA et de la GPA annonçant débats et polémiques, nous avons tenu à entendre un médecin reconnu qui est en même temps un homme politique respecté.

Jean LEONETTI



Jean LEONETTI, est Médecin, Maire d'Antibes Juan-les-Pins et Président de la Communauté d'Agglomération Sophia-Antipolis.
Député des Alpes-Maritimes de 1997 à 2017 et Ministre des Affaires Européennes de juin 2011 à mai 2012.

