



RL
DS

DROIT & SANTÉ

REVUE LUXEMBOURGEOISE



#26 ISSN 2658-9923
MARS 2026

Depuis 2006
20 | **TE&H** éditeur juridique
JOER



Droit & Santé *Revue luxembourgeoise*

**CHOISISSEZ L'OFFRE D'ABONNEMENT
QUI VOUS CONVIENT LE MIEUX**

ABONNEMENT À LA REVUE

215,53€ hTVA

*Pour les abonnés LexNow, accès à la revue numérique
sans supplément de prix.*

ABONNEMENT NUMÉRIQUE

182,52€ hTVA

Réservé aux abonnés LexNow.

CONTACTS

T +352 26 31 64-1

F +352 26 31 64-99

✉ clients@legitech.lu

RÉDACTRICE EN CHEF:

Aurore Merz-Spet

COMITÉ SCIENTIFIQUE:

Marie Ehrmann
Cindy Humbert
Salomé Lannier
Cindy Limonnier
Jean-Aymeric Marot
Annaëlle Nahon
Pierrot Schiltz
Mike Schwebag
Jordane Segura

Éditeurs responsables:

Marc-Olivier Lifrange

Dorian Grégoire

Éditeur:

Legitech Sàrl

R.C.S. Luxembourg:

B 113932

Gérants:

Nicolas Buck

Marc-Olivier Lifrange

SIÈGE SOCIAL:

1, rue Pletzer | L-8080 Bertrange

TVA LU 21011575

T +352 26 31 64-1

F +352 26 31 64-99

www.legitech.lu

Abréviation recommandée: RLDS

La revue est aussi disponible sur la base de données LexNow: www.lexnow.lu

Prix abonnement papier 2025 :

215,53 euros hTVA et frais de port inclus.

Prix abonnement numérique 2025:

182,52 euros hTVA sous condition préalable d'être abonné à un des domaines de LexNow.

Pour vous abonner: www.legitech.lu

Souscription à l'abonnement possible à tout moment.

Le prix indiqué hTVA comprend les frais de port pour tous les pays de la zone EURO. L'abonnement couvre 4 numéros. Il est renouvelé automatiquement sauf résiliation expresse 1 mois avant l'échéance.

ISSN: 2658-9923

Maquette: lola strategy&design

Mise en page: Kosmo et Nord Compo

Imprimeur: Reka

Tous droits de reproduction, de traduction, d'adaptation par tous procédés, réservés pour tous pays. Il est strictement défendu de reproduire partiellement ou totalement, la présente publication sous quelque forme et sur quelque support que ce soit, sauf autorisation écrite et expresse de l'éditeur.

Disclaimer:

Conformément à l'article 66 de la loi modifiée du 8 juin 2004 sur la liberté d'expression dans les médias, il est porté à la connaissance du lecteur que la société éditrice de la revue est détenue directement par la société à responsabilité limitée IVB, dont la participation excède 25% et contrôlée par M. Nicolas Buck, entrepreneur demeurant à Luxembourg.

*Vous désirez rédiger un article
pour la Revue luxembourgeoise
Droit & Santé ?*

N'hésitez pas à adresser vos suggestions d'articles et/ou de sujets. Le comité scientifique les analysera avec la plus grande attention. En cas d'acceptation, l'éditeur pourra vous communiquer sa charte rédactionnelle: ✉ dorothee.pirson@legitech.lu

APPEL À CONTRIBUTIONS

LEGITECH
éditeur juridique

www.legitech.lu

Doctrine

L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL À L'ÉPREUVE DE LA LOYAUTÉ : ENTRE PROTECTION DE LA SANTÉ DU CONSOMMATEUR ET STRATÉGIES DU MARKETING NUTRITIONNEL

ANNAËLLE NAHON

JURISTE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La culture populaire prête à Hippocrate l'idée que l'aliment serait notre unique médicament. Pourtant, le texte authentique du traité *Aliment* révèle une pensée autrement plus nuancée : « Dans l'aliment, médication excellente ; dans l'aliment, médication mauvaise ; mauvaise et excellente relativement »¹. En consacrant cette ambivalence originelle, le père de la médecine esquissait déjà les contours d'un défi contemporain majeur, celui de la protection du consommateur face au risque d'une information nutritionnelle déloyale véhiculée par les industries alimentaires.

Alors que le XXI^e siècle est marqué par une progression préoccupante des maladies cardiovasculaires et de nombreux cancers, le rôle et la responsabilité des acteurs du secteur agroalimentaire se trouvent plus que jamais interrogés, tant au regard des enjeux de santé publique que des exigences croissantes de protection du consommateur. Une étude menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)² établit ainsi un lien entre la consommation élevée d'additifs, conservateurs largement utilisés par les industries alimentaires, et le développement de cancers. Il est par exemple observé un risque accru d'apparition du cancer du sein chez les consommateurs de nitrate de potassium, connu sous le nom « d'additif E252 » et qui figure sur la liste européenne des additifs autorisés³.

Face à ces constats scientifiques alarmants, le législateur de l'Union ainsi que les États membres usent de l'outil normatif pour renforcer la transparence et la loyauté de l'information nutritionnelle, et mieux protéger le consommateur d'allégations de santé trompeuses. Si les institutions de régulation sont mieux armées pour garantir la sécurité alimentaire à l'image de l'Agence européenne de sécurité des aliments (EFSA), le marché alimentaire est le théâtre d'une tension croissante entre l'impératif de

santé publique, l'enjeu de protection du consommateur et la liberté d'expression commerciale des opérateurs du secteur agroalimentaire.

Le terme de blanchiment par la santé (souvent désigné par l'anglicisme *healthwashing*)⁴ décrit les stratégies de marketing consistant à présenter un produit comme globalement bénéfique pour la santé en mettant en avant certains éléments favorables tenant à la santé et au bien-être, de manière à influencer la perception du consommateur. Le nutri-blanchiment constitue, quant à lui, une déclinaison spécifique de ce phénomène dans le domaine alimentaire : il repose uniquement sur la mise en avant de certaines caractéristiques nutritionnelles de la denrée afin de lui conférer une image saine, indépendamment de son profil nutritionnel global.

L'actualité récente, en effet marquée par de vifs débats autour de l'obligation du Nutri-Score et la recrudescence des pratiques de *healthwashing* souligne l'urgence d'une réflexion sur l'effectivité de la norme.

En témoigne le dernier bilan d'activité publié en 2025 par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)⁵ concernant les allégations relatives à l'origine des produits. En effet, 34 % des produits alimentaires font l'objet d'une anomalie relative à l'origine française.

Tout comme l'origine française envoie un signal positif au consommateur, une allégation nutritionnelle de santé telle que « riche en vitamines » est souvent utilisée pour masquer un profil nutritionnel global médiocre. Le contournement par les industries du secteur agroalimentaire du cadre juridique illustre ainsi une volonté de manipuler la perception du consommateur au détriment de l'exactitude scientifique.

1. Hippocrate, *Aliment*, 19 (Littre 9, 104), éd. et trad. R. JOLY, Paris, Les Belles Lettres (CUF), 1972, p. 142.
2. E. CHAZELAS *et al.*, « Intake of food additive nitrites and nitrates and risk of cancer: results from the NutriNet-Santé prospective cohort », *International Journal of Epidemiology*, 2022, vol. 51, n° 4, pp. 1206-1219.
3. Règlement (UE) n° 1129/2011 de la Commission du 11 novembre 2011 modifiant l'annexe II du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et

du Conseil en vue d'y inclure une liste de l'Union des additifs alimentaires, *J.O.U.E.*, 12 novembre 2011, L 295, p. 1.

4. R. HEISS, B. NADERER et J. MATTHES, *Healthwashing in high-sugar food advertising: the effect of prior information on healthwashing perceptions in Austria*, Health Promotion International, 2021.

5. DGCCRF, Bilan d'activité 2024 : « La protection du consommateur et la loyauté des transactions », Ministère de l'Économie, mars 2025.

Il convient dès lors d'analyser l'évolution de l'encadrement normatif et la pertinence de ces instruments pour dissiper l'opacité, sinon la déloyauté des informations nutritionnelles dénoncées tant par les associations de consommateurs que par les autorités de régulation, dont le rôle ne cesse de se renforcer.

I. LE DROIT À L'ÉPREUVE DU MARKETING NUTRITIONNEL : UN ENJEU CONTEMPORAIN DE PROTECTION DU CONSOMMATEUR

A. Une harmonisation souhaitée au niveau européen : le règlement (CE) n° 1924/2006

1) La distinction nouvelle faite entre allégation nutritionnelle et allégation de santé

Après des années d'errance, le règlement (CE) n° 1924/2006⁶ a instauré un cadre normatif dont l'avènement était aussi impératif qu'attendu, non seulement par les consommateurs mais également par les industriels souffrant de la concurrence déloyale des produits au marketing volontairement alléchant. En effet, avant 2006 et en l'absence d'harmonisation européenne, les industriels avaient le champ libre pour embellir des produits faussement sains et tromper le consommateur.

L'entrée en vigueur de ce texte a opéré un changement de paradigme radical : il marque le passage d'un régime de liberté de principe à un système de liste positive établie au niveau européen, où toute allégation non expressément autorisée est, par voie de conséquence, prohibée. Le règlement concernant les allégations nutritionnelles et de santé vise en effet à garantir un haut niveau de protection du consommateur en assurant que les informations communiquées soient claires, exactes et compréhensibles par le consommateur moyen. Ce règlement opère une distinction conceptuelle stricte entre l'allégation nutritionnelle et l'allégation de santé, essentielle à la qualification des messages portés sur l'étiquetage commercial :

L'allégation nutritionnelle⁷. Elle se définit par l'affirmation d'une teneur spécifique en un nutriment ou une substance bénéfique pour la santé. C'est le cas par exemple des messages tels que « source de protéines » ou « faible teneur en matières grasses ». Leur emploi est subordonné

au respect de critères de composition objectifs et quantifiables annexés au règlement.

L'allégation de santé⁸. Elle suggère l'existence d'un lien entre une catégorie de denrées, un aliment ou l'un de ses constituants et la santé, à l'instar du message « Contribue à la solidité des os » apposé sur certains produits laitiers.

2) Le rôle pivot de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) dans l'examen scientifique des allégations nutritionnelles et de santé

L'article 6 du règlement concernant les allégations nutritionnelles et de santé prévoit ensuite que « Les allégations nutritionnelles et de santé reposent sur des données scientifiques généralement admises et sont justifiées par de telles données »⁹. Toute demande d'autorisation d'un nouveau libellé nutritionnel par un acteur du secteur de l'agroalimentaire est en effet soumise à l'évaluation de l'EFSA¹⁰. Ce n'est qu'après un avis scientifique favorable attestant que l'allégation est étayée par des éléments scientifiques probants que l'allégation nutritionnelle ou de santé peut être inscrite à la liste positive annexée au règlement. Ce mécanisme renforce le rôle de l'EFSA en tant que garant de la santé du consommateur et fait de l'expert scientifique le « gardien de la sémantique », limitant ainsi drastiquement la discrétion des industriels et les risques de tromper le consommateur.

Cette nouvelle réglementation cristallise toutefois une tension complexe entre la protection de la santé publique¹¹ et la liberté d'expression des opérateurs économiques. En effet, si l'encadrement des allégations constitue une limitation à la liberté d'expression protégée par l'article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)¹² et essentielle au fonctionnement d'une société démocratique, il en va de la préservation de la démocratie que de prévenir la déloyauté de l'information.

La question centrale pour le juriste devient alors celle de la proportionnalité : « dans quelle mesure la restriction du discours marketing, au nom de la loyauté de l'information nutritionnelle, demeure-t-elle compatible avec le droit pour un industriel de diffuser des informations sur ses produits ? ». Dans cette tension, l'EFSA devient ainsi le filtre légitimant les restrictions à la liberté d'expression des industriels, et permet de guider les autorités

6. Règlement (CE) n° 1924/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires, *J.O.U.E.*, 30 décembre 2006, L 404, p. 9, ci-après « règlement concernant les allégations nutritionnelles et de santé ».

7. *Ibid.*, art. 2, pt 4.

8. *Ibid.*, art. 2, pt 5.

9. *Ibid.*, art. 6.

10. *Ibid.*, art. 15.

11. L'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dispose qu'un « niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

12. CEDH, art. 10.

nationales de contrôle dans leur rôle de surveillance de la chaîne alimentaire.

Depuis sa création par la loi du 8 septembre 2022¹³, l'Administration luxembourgeoise vétérinaire et alimentaire (ALVA) s'est affirmée comme le garant unique de la chaîne alimentaire au Luxembourg et l'autorité principale de contrôle de l'étiquetage alimentaire, au même titre que la DGCCRF en France. Le rôle de l'ALVA face aux allégations de santé est toutefois complexifié par la diversité linguistique très spécifique du marché luxembourgeois. En effet, l'ALVA doit s'assurer que les produits issus d'États frontaliers sont en conformité avec les exigences européennes et ne les contournent pas en apposant sur les emballages des traductions approximatives qui pourraient tromper la vigilance du consommateur dit « moyen ».

B. L'obligation de loyauté de l'information mise à l'épreuve pour les industriels : la construction prétorienne de la notion de « consommateur moyen »

1) Le renforcement de la protection du consommateur apportée par le règlement (CE) n° 1169/2011 dit « INCO »

Si le règlement concernant les allégations nutritionnelles et de santé a posé les premières pierres de ce qu'est aujourd'hui l'encadrement des informations nutritionnelles sur les emballages commerciaux, le règlement n° 1169/2011¹⁴ rénove le cadre juridique existant en garantissant un haut niveau de protection des consommateurs.

En effet, il introduit notamment le principe de loyauté de l'information de telle sorte que les inscriptions ne doivent pas induire en erreur sur la nature du produit, sa composition, sa quantité, son origine et ses qualités. Il crée également une double obligation : celle d'apposer certaines mentions¹⁵ telles que la liste des ingrédients, la date de limite de consommation (DLC) ou encore les conditions particulières de conservation, et celle de mettre en évidence la présence d'allergènes listés au sein de son annexe II.

Par ailleurs, le règlement INCO dispose que « Les informations facultatives sur les denrées alimentaires n'empiètent pas sur l'espace disponible pour les informations

obligatoires sur les denrées alimentaires »¹⁶. Pourtant, la prolifération des labels privés crée une « jungle »¹⁷ illisible pour le consommateur. Cette situation remet en question l'effectivité du règlement INCO, lequel garantit au consommateur « une information précise, claire et aisément compréhensible »¹⁸. Ce faisant, l'efficacité du cadre juridique européen ne saurait s'apprécier à la seule aune de la conformité technique des mentions obligatoires. Dans ce contexte, le rôle de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) est devenu prépondérant.

2) Les interprétations prétoriennes ont consolidé la mise en œuvre du règlement INCO

En s'extrayant d'une lecture purement stricte des étiquetages nutritionnels, la CJUE a en effet insufflé une dimension nouvelle : la validité scientifique reconnue par l'EFSA est complétée par la prise en compte de la vigilance du « consommateur moyen » dans l'appréciation de la légalité des allégations nutritionnelles.

Dès 1998 et l'arrêt « Gut Springenheide »¹⁹, la notion de consommateur moyen, entendue comme un consommateur normalement informé, raisonnablement attentif et avisé, devient le standard d'appréciation du caractère trompeur de l'étiquetage alimentaire. Par la suite, la jurisprudence *Teekanne*²⁰ a marqué un tournant important dans la mise en œuvre des réglementations européennes en ce qu'elle consacre une appréciation globale des messages portés sur l'emballage. En effet, la Cour admet que l'impression d'ensemble créée par le visuel prime sur l'exactitude technique de chaque élément d'information apposé sur le produit.

Dans cette affaire, la Cour a été confrontée à une infusion dont l'emballage arborait des visuels de framboises et de fleurs de sureau alors que le produit ne contenait aucun ingrédient naturel issu de ces fruits, mais uniquement des arômes. Si les mentions rendues obligatoires par le règlement INCO étaient effectivement présentes, la Cour a considéré que l'étiquetage ne doit pas suggérer, par un visuel trompeur, la présence d'un ingrédient en réalité absent. Cette appréciation très pragmatique de la réglementation européenne complète les outils normatifs existants et garantit ainsi une meilleure protection des consommateurs face à des pratiques marketing nouvelles qui se situent aux frontières de la légalité.

13. Loi du 8 septembre 2022 portant création et organisation de l'Administration luxembourgeoise vétérinaire et alimentaire et portant modification de diverses lois, *Mémorial A*, 29 septembre 2022, n° 502.

14. Règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, ci-après « règlement INCO », *J.O.U.E.*, 22 novembre 2011, L 304, p. 18.

15. *Ibid.*, art. 9.

16. *Ibid.*, art. 37.

17. *Rapport d'information sur l'étiquetage des produits* (n° 21-742), soulignant la « jungle des labels » et l'obsolescence de l'affichage physique face aux enjeux de santé.

18. Règlement INCO, art. 7, § 2.

19. CJCE, 16 juillet 1998, *Gut Springenheide*, C-210/96.

20. CJUE, 4 juin 2015, *Teekanne*, C-195/14.

C. Les nouveaux visages du healthwashing qui mettent au défi les outils normatifs existants

1) Le nouveau défi de l'information nutritionnelle dématérialisée

L'un des défis majeurs est l'apparition de l'étiquetage numérique. C'est le cas plus particulièrement dans le secteur du vin, marqué par une ouverture à la dématérialisation de la liste des ingrédients et de la déclaration nutritionnelle par le biais d'un « Code QR », que le législateur européen a encadré avec le règlement (UE) n° 2021/2117²¹. Cette rupture avec l'obligation d'affichage physique sur l'emballage prévue par la réglementation européenne jusqu'alors en vigueur redéfinit les contours du « droit à l'information » et nécessite de développer de nouveaux garde-fous juridiques. Afin que l'étiquetage dématérialisé ne devienne pas un outil de marketing déguisé, le législateur européen a en effet imposé des conditions strictes.

Le code QR ne doit collecter aucune donnée personnelle et ne doit diriger vers aucun contenu promotionnel. L'information doit être disponible en ligne tant que le produit est commercialisé, ce qui soulève en sus des questions autour de la pérennité de l'hébergement numérique. De plus, la valeur énergétique doit rester mentionnée physiquement sur l'étiquette garantissant un accès immédiat à l'information sans outil technologique.

2) L'apparition de nouvelles formes de « nutri-blanchiment » : le cas des nitrites, une « zone grise » du marketing nutritionnel

Le nutri-blanchiment se définit comme une stratégie de communication visant à conférer à un produit un bénéfice de santé supérieur à sa réalité nutritionnelle, souvent en exploitant et instrumentalisant les zones d'ombres de la réglementation européenne.

Ce faisant, le droit luxembourgeois offre, à travers le prisme de la loyauté des transactions et dans le sillage de la jurisprudence *Teekanne*²², un arsenal particulièrement adapté pour appréhender ces stratégies marketing de contournement des outils normatifs européens. Si le règlement INCO constitue la *lex specialis* pour les allégations techniques, les articles L.122-2 et L.122-3 du

Code de la consommation luxembourgeois, transposant la directive (CE) n° 2005/25²³, font office de filet de sécurité permettant de sanctionner la tromperie générée par la présentation globale du produit. L'originalité de l'article L.122-2 réside en effet dans sa capacité à qualifier de trompeuse une pratique même si les informations fournies sont « factuellement correctes »²⁴.

Ainsi, dans leur étude intitulée « *Healthwashing: corporate communication strategies in a legal gray zone* »²⁵, Anna Galmiche, Félix Delerm et Mélanie Levy théorisent le concept de *healthwashing* non pas comme un simple abus marketing, mais comme une nouvelle forme de « déterminant commercial de la santé ». L'apport majeur de cette recherche réside dans l'analyse des messages périphériques qui échappent à la définition technique européenne des allégations de santé à l'instar de la mention « Nos amis pour la vie » apposée sur des produits laitiers transformés. C'est ici que le droit se heurte à la liberté de création commerciale, tant que l'emballage ne contient pas d'éléments factuellement faux.

Le cas de la charcuterie contenant des nitrites est emblématique de cette tension. Alors que des études pointent un lien entre ces additifs et des risques cancérigènes²⁶, le règlement (CE) n° 1333/2008 sur les additifs alimentaires²⁷ autorise leur usage pour prévenir le botulisme²⁸. Dans ce cas précis, les stratégies marketing de contournement s'opèrent par des mentions du type « Conservation sans nitrites ajoutés », les nitrites étant remplacés par des substances chimiquement identiques riches en nitrates qui se transforment en nitrites lors du processus de fabrication. Ces allégations ambiguës tombent ainsi dans le champ de définition des pratiques commerciales trompeuses au sens des articles L.122-2 et L.122-3 du Code de la consommation luxembourgeois.

Si l'arsenal luxembourgeois permet en partie de protéger les consommateurs des stratégies trompeuses de *healthwashing*, force est de constater que ces réglementations nationales ont jusque-là consisté à pallier une harmonisation européenne encore imparfaite. Conscient de ces insuffisances, le législateur européen a rénové récemment le cadre juridique entourant la protection de la santé des consommateurs face aux allégations nutritionnelles trompeuses.

21. Règlement (UE) n° 2021/2117 du Parlement européen et du Conseil du 2 décembre 2021 modifiant les règlements (UE) n° 1308/2013, (UE) n° 1151/2012, (UE) n° 251/2014 et (UE) n° 228/2013, *J.O.U.E.*, 6 décembre 2021, L 435, p. 262.

22. Cf. *supra*, note 18.

23. Directive (CE) n° 2005/29 du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2005 relative aux pratiques commerciales déloyales des entreprises vis-à-vis des consommateurs dans le marché intérieur, *J.O.U.E.*, 11 juin 2005, L 149, p. 22.

24. Art. L.122-1, § 1^{er}, pt 2, du Code de la consommation luxembourgeois.

25. A. GALMICHE, F. DELERM et M. LEVY, « Healthwashing: corporate communication strategies in a legal gray zone », *Loyola Consumer Law Review*, 2023, 36/1, pp. 23 et s.

26. *Avis relatif aux risques associés à la consommation de nitrites et de nitrates*, 12 juillet 2022, saisine n° 2020-SA-0106.

27. Règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relatif aux additifs alimentaires, *J.O.U.E.*, 31 décembre 2008, L 354, p. 16.

28. OMS, *Botulisme – Aide-mémoire*, 25 septembre 2023, disponible à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/botulism>.

II. LE RENFORCEMENT DE LA RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE ET L'APPARITION DE NOUVELLES FORMES DE RÉGULATION AU SERVICE DE LA SANTÉ DES CONSOMMATEURS

A. La directive n° 2024/825 dite « EmpCo »²⁹ : une révolution récente en faveur de la protection du consommateur contre les messages déloyaux

1) La fin d'une errance normative : la prohibition des allégations de santé ambiguës

Face à la sophistication croissante des stratégies de *healthwashing*, le législateur européen a récemment renforcé son arsenal à travers la directive (UE) n° 2024/825, dite « EmpCo », dans le même esprit que le droit luxembourgeois. Ce texte marque en effet un tournant majeur : il ne s'agit plus seulement de réguler ce qui est écrit sur l'emballage physique du produit, mais de prohiber les allégations de santé dénuées de fondement scientifique solide et qui n'ont pour seul effet que de détourner l'attention du consommateur d'une information nutritionnelle loyale, au profit de messages promouvant à tort les bénéfices pour la santé d'un produit.

Le renforcement de la loyauté s'articule autour d'un nouveau régime de preuve. En intégrant ces pratiques à la « liste noire » des pratiques commerciales déloyales de l'annexe I de la directive (CE) n° 2005/29³⁰, le législateur européen décharge les autorités nationales de la preuve complexe de l'altération du choix du consommateur par le visuel aguicheur de l'emballage : le seul usage d'une mention vague devient illicite. Si la directive EmpCo impose désormais, avec l'insertion d'un point (d) nouveau à l'article 6, paragraphe 2, de la directive précitée, que les allégations reposent sur des informations publiquement disponibles et vérifiées par un tiers indépendant, elle sera prochainement complétée par la directive Green Claims³¹ en cours de négociations européennes. Cette dernière devrait parachever l'arsenal normatif en subordonnant la licéité de toute allégation environnementale à l'existence de « preuves scientifiques largement reconnues ». Si la directive Green Claims vise principalement à renforcer la transparence dans le secteur de l'environnement, cette disposition témoigne d'une nouvelle démarche coercitive du législateur européen qui frappe également de plein fouet les pratiques de *healthwashing*,

qui utilisaient jusqu'alors des termes tels que « naturel », « sain » ou « durable » destinés à éclipser une réalité nutritionnelle médiocre.

À l'image de l'ambivalence décrite par Hippocrate³², selon laquelle une même substance peut être bénéfique ou nocive selon son usage, les allégations vagues entretiennent une zone d'incertitude. Le droit européen cherche désormais à supprimer cette incertitude en imposant des preuves objectives, afin de protéger le consommateur contre toute forme de tromperie. C'est ainsi une réponse pragmatique à la « mauvaise médication » dénoncée par Hippocrate : le droit ne tolère plus que l'ambiguïté de l'aliment soit exploitée au détriment de la clarté informative. Ce tournant répond en partie aux lacunes identifiées dès 2022 par le Sénat français dans son rapport « Information du consommateur : privilégier la qualité à la profusion »³³. En dénonçant une « jungle des labels » et un cadre réglementaire sectoriel trop permissif face aux allégations vagues, le Sénat préfigurait l'interdiction des mentions génériques et la nécessaire certification par un tiers, désormais imposées par la directive EmpCo.

2) Le rôle renforcé de l'ALVA par la directive EmpCo

L'impact opérationnel pour l'ALVA est considérable. En transformant des notions jurisprudentielles mouvantes issues notamment de l'arrêt *Teekanne* en une interdiction textuelle stricte, la directive EmpCo a considérablement réduit la charge de la preuve incombant à l'administration en charge du contrôle de la chaîne alimentaire et de la loyauté de l'information. Dans le contexte d'un marché luxembourgeois polyglotte caractérisé par la coexistence de produits étiquetés en trois langues, cette directive impose une standardisation souhaitable. L'ALVA dispose en effet désormais d'un pouvoir de sanction plus effectif : la constatation d'une promesse de santé non étayée scientifiquement sur un emballage lui permet notamment d'infliger une amende administrative en vertu de son pouvoir de sanction administrative sans que la preuve d'un préjudice pour le consommateur n'ait à être rapportée. Cette mutation vers une infraction caractérisée sécurise l'intervention publique et garantit que la loyauté de l'information nutritionnelle ne soit plus un idéal théorique, mais une condition *sine qua non* de mise sur le marché.

29. Directive (UE) n° 2024/825 du Parlement européen et du Conseil du 28 février 2024 modifiant les directives (CE) n° 2005/29 et (UE) n° 2011/83 afin de donner aux consommateurs les moyens d'agir en faveur de la transition verte grâce à une meilleure protection contre les pratiques déloyales et à une meilleure information, ci-après « Directive EmpCo », *J.O.U.E.*, 6 mars 2024, série L.

30. Cf. *supra*, note 21.

31. Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la justification et à la communication des allégations environnementales explicites (directive sur les allégations écologiques), 22 mars 2023, COM(2023) 166 final.

32. Hippocrate, *Aphorismes*, trad. É. LITTRÉ, in *Œuvres complètes d'Hippocrate*, t. IV, Paris, J.-B. Baillière, 1844, aphorisme I, 1.

33. Sénat, *Rapport d'information n° 742 (2021-2022) sur la lutte contre le greenwashing*, présenté par M. G. CHEVROILLIER et Mme M. de CIDRAC, 29 juin 2022.

Cependant, la directive EmpCo ne constitue que le premier volet de cette réponse globale. Si elle prohibe le flou marketing, l'industrie tente de le combler par d'autres biais. En effet, bien que le texte de 2024 ait tari les dérives du marketing, il ne résout pas la question de la compréhension de la qualité nutritionnelle par le consommateur. C'est précisément pour traduire cette complexité technique en une information visuelle audible du consommateur moyen que des outils de notation, comme le Nutri-Score, ont pris une place prépondérante dans le paysage du secteur de l'industrie agroalimentaire.

B. Le Nutri-Score : un profil nutritionnel novateur en réponse aux limites de la réglementation européenne

1) Le Nutri-Score : un nouvel outil algorithmique largement adopté par les États membres

L'un des échecs notables de la régulation européenne concernait l'application de l'article 4 du règlement INCO. Ce texte prévoyait en effet l'établissement de profils nutritionnels dans le but d'éviter qu'un produit intrinsèquement déséquilibré en raison de sa composition en sucre, sel ou matière grasse ne puisse se parer d'une allégation de santé vertueuse. Le véritable angle mort de la réglementation de 2006 demeure les produits ultra-transformés (PUT). Un aliment peut techniquement respecter le règlement INCO en étant par exemple « riche en fer », tout en possédant un profil alimentaire dégradé par des procédés industriels. C'est précisément pour combler ce vide que les outils de notation globale, à l'instar du Nutri-Score, tentent de s'imposer non plus comme une règle de droit, mais comme un contre-pouvoir informationnel. En permettant au consommateur de comparer la qualité nutritionnelle de différents produits d'une même catégorie grâce à un code couleur, il vise à orienter le consommateur vers des choix alimentaires plus sains et à le responsabiliser dans ses habitudes de consommation, tout en incitant les acteurs de l'industrie agroalimentaire à améliorer la qualité de leurs produits afin de ne pas subir une concurrence négative par le score.

Alors que cet outil demeurait jusqu'en 2024 lacunaire en ce qu'il ne prenait pas en considération les teneurs en additifs, la révision de son algorithme de calcul l'a considérablement renforcé. Cette mise à jour a en effet répondu aux critiques en pénalisant plus sévèrement les

édulcorants, les sucres ajoutés et les produits ultra-transformés, là où le règlement INCO avait failli. Ainsi, de nombreux produits qui affichaient jusqu'alors un score « A » ou « B », notamment en raison de l'ajout d'arômes ou d'édulcorants, ont été reclassés en « C » ou « D ». Cette révolution du Nutri-Score constitue un nouveau moyen de neutraliser les stratégies industrielles visant à contourner l'esprit du droit par des pratiques de *healthwashing*.

Dès 2021, le Luxembourg a fait le choix du Nutri-Score en le formalisant dans son ordre juridique³⁴ afin d'encadrer l'usage du logo Nutri-Score par les opérateurs du marché alimentaire. Ce choix revêt une importance particulière dans le contexte luxembourgeois marqué par un multilinguisme sociétal. En ce sens, le recours à un système fondé sur un code couleur et une classification alphabétique standardisée présente l'avantage de transcender les barrières linguistiques, en assurant une compréhension immédiate et intuitive de l'information nutritionnelle par l'ensemble des consommateurs, indépendamment de leur langue de référence. Le Nutri-Score apparaît ainsi comme un instrument privilégié de lisibilité et d'accessibilité de l'information alimentaire, contribuant à l'effectivité du droit du consommateur à une information claire, compréhensible et non trompeuse.

2) Un levier de régulation encore imparfait, largement contesté et dépourvu d'harmonisation européenne

Si la généralisation du Nutri-Score dans une grande majorité des États membres témoigne d'une volonté affirmée de renforcer l'information du consommateur et de promouvoir des choix alimentaires éclairés, ce dispositif n'en demeure pas moins un instrument de régulation aux contours fragiles. Son caractère volontaire³⁵, les multiples pressions des industriels et l'absence d'une harmonisation européenne contraignante en limitent encore la portée.

D'un côté, les industriels dénoncent en effet ce qu'ils qualifient de « sanction mathématique », largement documentée par la doctrine³⁶, qui ne tiendrait pas compte de la complexité des recettes et de la composition des produits. De l'autre, des États membres, au premier rang desquels l'Italie³⁷, mènent une fronde juridique arguant que le Nutri-Score pénaliserait injustement les produits du terroir (huile d'olive, fromages AOP) protégés par des indications géographiques, notamment les produits « *Made in Italy* ». L'Autorité italienne de la concurrence (AGCM)

34. Règlement grand-ducal du 7 mai 2021 relatif à l'utilisation du logo Nutri-Score au Grand-Duché de Luxembourg, publié le 25 mai 2021.

35. L'article 35 du règlement INCO autorise des « formes d'expression complémentaires » à titre volontaire.

36. P. CHASSANY, « Nutri-Score : outil de santé publique ou normalisation excessive de l'alimentation ? », *Revue européenne de droit de la consommation*, 2021.

37. Question écrite E-004318/2019 au Parlement européen sur l'étiquetage Nutri-Score et la discrimination des produits alimentaires de haute qualité « *Made in Italy* », 10 décembre 2019.

a même considéré que l'usage du Nutri-Score pouvait être susceptible d'induire en erreur les consommateurs en leur donnant l'impression d'une évaluation absolue de la composition d'un produit indépendamment de son intégration dans une alimentation équilibrée.

De plus, en l'absence d'une harmonisation européenne, le marché intérieur demeure exposé à une fragmentation normative, certains États membres se prévalant de l'article 36 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)³⁸ consacré à la protection de la santé en tant que motif d'intérêt général pour imposer des dispositifs nationaux autonomes. Une telle invocation, si elle n'est pas strictement encadrée par le principe de proportionnalité, est susceptible de constituer une entrave à la libre circulation des marchandises, pourtant garantie par l'article 35 du TFUE³⁹.

C. L'avènement des applications de notation : la « gouvernamentalité algorithmique » au service de la santé du citoyen

1) La régulation par la donnée supplante les modes traditionnels d'exercice du pouvoir

Si le Nutri-Score constitue un outil puissant pour standardiser l'information nutritionnelle, des applications comme Yuka apportent une dimension complémentaire : elles permettent au consommateur d'accéder à une information plus complète sur la composition des produits, incluant les additifs et les labels biologiques, et de mieux comprendre les effets combinés sur la santé.

Ce faisant, Yuka agit comme un levier de régulation douce, incitant les industriels à améliorer la qualité de leurs produits tout en renforçant la responsabilité des consommateurs. Cette dynamique illustre la notion de « gouvernamentalité algorithmique »⁴⁰, par laquelle les citoyens sont guidés et responsabilisés par des outils de calcul visant à promouvoir leur santé. À l'instar de la littérature foucauldienne, les applications de notation alimentaire comme Yuka mettent en œuvre une forme moderne de pouvoir biopolitique⁴¹ : elles structurent les conduites individuelles à travers l'information numérique.

Ce phénomène de régulation citoyenne agit comme un palliatif nécessaire aux silences du droit positif en opérant une synthèse informationnelle que le règlement INCO ne permet pas. En effet, l'application intègre dans sa note

trois dimensions que le droit peine à unifier : la qualité nutritionnelle (60 %), la présence d'additifs (30 %) et la dimension biologique (10 %). La force de cette régulation algorithmique réside ainsi dans la mise en œuvre d'un principe de précaution. Là où le règlement INCO établissait une présomption de sécurité pour toute substance autorisée par l'EFSA, Yuka définit un standard d'excellence qui devance les évolutions normatives en sanctionnant indirectement la présence de nitrites ou de colorants suspectés d'être délétères pour la santé.

2) La saga judiciaire des nitrites : un tournant jurisprudentiel

Cette intrusion de la société civile dans l'évaluation de la qualité alimentaire a suscité un contentieux particulièrement nourri, principalement axé sur la notion de dénigrement commercial. Les procédures engagées par les groupements industriels à l'encontre de ces applications ont contraint le juge à arbitrer entre la protection des intérêts économiques et la liberté d'expression garantie par l'article 10 de la CEDH⁴². Le contentieux ayant opposé Yuka à la Fédération française des industriels charcutiers traiteurs (FICT) témoigne de cette tension. Plusieurs tribunaux de commerce avaient condamné en première instance Yuka pour « dénigrement commercial », estimant que la notation des nitrites E250 manquait de base factuelle et jetait le discrédit sur des additifs pourtant autorisés par le règlement (UE) n° 1129/2011⁴³ établissant la liste des additifs alimentaires autorisés.

Au nom de la primauté de la sécurité sanitaire et de la protection de la santé des citoyens, la cour d'appel de Paris⁴⁴ et celle d'Aix-en-Provence⁴⁵ ont toutefois infirmé ces décisions. Le juge considère désormais que l'information sur les risques sanitaires des nitrites participe d'un sujet d'intérêt général protégé par la liberté d'expression. Ainsi, dès lors que la notation repose sur une base factuelle objective et qu'elle s'appuie sur des sources scientifiques vérifiables, elle constitue une contribution légitime au débat de santé publique. Le dénigrement commercial s'efface ainsi devant le droit du consommateur d'être éclairé sur les propriétés intrinsèques de l'aliment, par-delà les silences de l'étiquetage conventionnel.

Le défi reste toutefois entier concernant la transparence de ces algorithmes privés. Contrairement au Nutri-Score qui est de la propriété de Santé publique France (SPF), les pondérations des applications privées échappent au

38. TFUE, art. 36.

39. *Ibid.*, art. 35.

40. L. HERTIG, « La gouvernamentalité algorithmique et la régulation des comportements alimentaires », *Revue européenne de droit de la consommation*, 2022, pp. 102-115.

41. M. FOUCAULT, *Naissance de la biopolitique*, Cours au Collège de France (1978-1979), Gallimard/Seuil, 2004.

42. *Cf. supra*, note 11.

43. *Cf. supra*, note 3.

44. Paris, pôle 5, 1^{er} ch., 7 juin 2023, n° 21/11775.

45. Aix-en-Provence, 1^{er}-9^{es} ch., 8 décembre 2022, n° 2022/816.

contrôle démocratique. Le rapport du Sénat de 2022⁴⁶ souligne d'ailleurs la nécessité de fiabiliser les bases de données utilisées par ces applications pour garantir une loyauté de l'information équivalente aux standards publics et éviter des dérives informationnelles.

Ainsi, les applications comme Yuka entrent désormais dans le champ du règlement (UE) n° 2022/2065, dit « *Digital Services Act* »⁴⁷. En tant que plateformes en ligne, elles doivent assurer la transparence de leurs algorithmes et gérer les réclamations des professionnels. Elles sont en effet soumises à des obligations de diligence qui offrent aux industriels un nouveau canal de contestation : non plus le procès pour dénigrement, mais le signalement pour contenu illicite ou inexact à travers les mécanismes du règlement DSA.

III. CONCLUSION : VERS UNE RESPONSABILISATION TOTALE DU CONSOMMATEUR

L'évolution de l'encadrement de l'information nutritionnelle démontre que l'étiquetage n'est plus une simple mention légale, mais un écosystème dynamique naviguant entre liberté commerciale, liberté d'expression et liberté économique d'un côté, et protection de la santé publique et droit à une information loyale de l'autre. La directive EmpCo assure la loyauté informationnelle, le

Nutri-Score institutionnalise la comparaison des produits et les applications algorithmiques introduisent une fonction critique. La responsabilité juridique de l'exploitant du secteur alimentaire s'étend désormais au-delà de la conformité de son étiquette physique : elle englobe la qualité des données numériques fournies et la capacité à justifier chaque promesse de santé devant les citoyens.

En parallèle des évolutions relatives au Nutri-Score et à l'essor des applications d'information nutritionnelle, les directives dites « *Breakfast* » ont été révisées en 2024⁴⁸ afin de renforcer l'information et la transparence à l'égard des consommateurs pour certains produits alimentaires, tels que le miel, les jus de fruits, les confitures et le lait déshydraté. Ces modifications doivent être transposées par les États membres et pleinement appliquées à partir de juin 2026. Elles s'inscrivent dans une stratégie normative cohérente visant à permettre au consommateur de faire des choix plus éclairés, prolongeant ainsi l'ambition du règlement INCO.

Le défi majeur pour les années à venir est désormais double : garantir que la donnée nutritionnelle soit non seulement loyale sur l'emballage physique, mais également certifiée au sein de l'écosystème numérique. La loyauté de l'information s'impose désormais comme le corollaire indispensable du droit à une alimentation saine. ■

46. Cf. *supra*, note 31.

47. Règlement (UE) n° 2022/2065 du Parlement européen et du Conseil du 19 octobre 2022 relatif aux services numériques et modifiant la directive (CE) n° 2000/31, ci-après « règlement DSA », JO, 27 octobre 2022, L 277, pp. 1-37.

48. Directive (UE) n° 2024/1438 du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2024 modifiant les directives du Conseil relatives à certains produits alimentaires, J.O.U.E.

L'ÉDITION DU GÉNOME GERMINAL, OU L'ÉLABORATION DES LOIS DE L'HÉRÉDITÉ

JEAN-AYMERIC MAROT

DOCTEUR EN DROIT
FONCTIONNAIRE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE¹

En novembre 2018, le chercheur chinois He Jiankui annonçait au monde la naissance de jumelles nées d'embryons génétiquement modifiés, déclarant son ambition de les immuniser contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH/sida)². À cette fin, il avait fait usage d'un ensemble de technologies permettant l'édition du génome germinal humain (TEGGH), c'est-à-dire l'altération ciblée et aux effets potentiellement héréditaires d'ADN de l'embryon précoce ou des gamètes. D'un côté, à supposer que l'intention de He soit sincère, elle semble louable et potentiellement bénéfique pour la santé publique ; de l'autre, le développement et l'application clinique de ces technologies sur des enfants à naître impliquent des interrogations de nature à la fois éthique, sociale, juridique, philosophique et technique. Or, si l'événement avait fait grand bruit à l'époque, qu'en est-il aujourd'hui du cadre juridique applicable à ces technologies ? Et qu'en sera-t-il demain ?

À suivre Bertrand Mathieu, « la détermination du principe cardinal de l'ordre juridique relève d'un choix idéologique »³ ; c'est donc par là que nous proposons d'entamer notre réflexion.

I. LE CADRE IDÉOLOGIQUE

En tant que phénomène social, le droit n'opère pas en autarcie. Il est bien sûr constamment influencé par des facteurs culturels, historiques ou économiques, mais il exprime avant tout un système de valeurs. À ce titre, en ce que le droit reflète l'évolution des valeurs importantes pour la société, il permet d'étudier cette évolution et éventuellement d'en prédire la trajectoire future. D'un

autre côté, le droit peut aussi agir comme catalyseur pour déclencher ou accélérer le changement social dans une direction déterminée par les acteurs et institutions habilités à façonner les règles juridiques⁴. Dans les deux cas, il découle de cet « irrédentisme »⁵ des valeurs au droit que tout système juridique représente logiquement une tentative de matérialiser dans la société une certaine conception de la justice, intimement liée aux valeurs qui la sous-tendent : ainsi, il peut être avancé que « [l]e droit est indissociable du jugement de valeur, et le droit médical un peu plus que ses confrères »⁶.

Au sommet de la hiérarchie des normes, les dispositions constitutionnelles et les droits de l'homme cristallisent des valeurs sociales communes qui irriguent le droit positif : « ces dispositions-valeurs forment le centre de gravité d'un ordre juridique, centre de gravité à partir duquel l'opérateur juridique tirera les concrétisations les plus diverses, en faisant "parler" ces normes dans les contextes infiniment variables de la vie sociale »⁷. De la même façon, lorsque se présente un dissensus sociétal quant aux valeurs les plus importantes à défendre, il en résulte potentiellement un droit lacunaire et une forme d'insécurité juridique. Ce cas de figure est notamment susceptible d'apparaître quand les institutions et acteurs du droit sont confrontés aux applications des nouvelles technologies ou sont amenés à se prononcer sur des questions morales particulièrement clivantes, deux situations qui concernent directement l'édition du génome germinal humain.

Lorsque surviennent ces impasses, il y est typiquement remédié en remontant à la source primordiale des droits

1. Les opinions exprimées dans cet article le sont à titre personnel, et ne reflètent pas nécessairement l'approche privilégiée par le gouvernement luxembourgeois. Pour approfondir la réflexion synthétisée dans ces quelques pages, le lecteur intéressé est invité à consulter l'ouvrage *Une analyse prospective du droit applicable aux techniques d'édition du génome germinal humain* écrit par le même auteur et publié en 2025 par Legitech.

2. D. CYRANOSKI et H. LEDFORD, « Genome-edited baby claim provokes international outcry », *Nature Biotechnology*, 2018, 36 (7), pp. 607 et 608.

3. B. MATHIEU, « Le principe de dignité : un principe universel de portée limitée », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 2020, 31 (4), pp. 38 et 39.

4. E. LAUROBA et P. ROBLES, « Rapport général », in *Concepts, intérêts et valeurs dans l'interprétation du droit positif* (Travaux de l'Association Henri Capitant), Bruylant, 2019, pp. 274 et 275.

5. Pour reprendre l'expression de D. GILLES et S. LABAYLE, « L'irrédentisme des valeurs dans le droit : la quête du fondement axiologique », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 2012, 42 (1-2), pp. 309-361.

6. G. MÉMETEAU, « La diversité des sources du droit médical », in C. PUIGELIER (dir.), *La diversité du droit. Mélanges en l'honneur de Jerry Sainte-Rose*, Bruylant, 2012, p. 1031.

7. R. KOLB, « Droit et valeurs : la réception de valeurs en droit », *Refugee Survey Quarterly*, 2002, 21 (3), p. 250.

fondamentaux, à savoir la dignité humaine. Celle-ci est à la fois perçue comme un « principe directeur de la bioéthique » et le principe dominant du droit biomédical international, guidant l'interprétation d'autres principes plus spécifiques⁸. Néanmoins, la notion de dignité humaine est elle-même susceptible d'interprétations diverses, voire divergentes, qui peuvent soutenir à la fois des arguments d'interdiction et des revendications de liberté. Même au sein d'un même ordre juridique, les institutions se montrent parfois incapables de s'accorder sur son contenu : ainsi, dans l'affaire très médiatisée en France du jeune Nicolas Perruche relative à l'indemnisation d'un enfant né handicapé⁹, « [a]u nom du même principe de dignité de la personne humaine, la plus haute juridiction de l'ordre judiciaire et la représentation politique parvinrent à des résultats parfaitement contradictoires »¹⁰. De fait, on en distingue généralement deux conceptions.

La première, la conception objective, est parfois présentée comme « *dignity as constraint* » et correspond à l'idée selon laquelle la pratique biomédicale moderne devrait être guidée par une vision collective de la dignité plutôt que par les préférences personnelles¹¹. Ainsi, l'individu se voit privé de certaines prérogatives sur son propre corps et tenu de respecter une norme de conduite, au nom d'une valeur transcendante qui s'impose à lui en raison de son appartenance à l'humanité¹². Cette conception s'inscrit résolument dans une logique protectrice de la communauté humaine, représente un frein à la liberté individuelle et commande à la fois des devoirs envers autrui et une solidarité d'espèce¹³. Poussée à l'extrême, cette attitude légitime mais teintée de paternalisme encourt les risques de restreindre excessivement les libertés ou de consacrer des préjugés moraux¹⁴ ; c'est d'ailleurs « lorsqu'elle sert à établir des limites aux droits subjectifs, et en premier lieu à la liberté, que la dignité est parfois perçue comme le cheval de Troie du retour à un certain ordre moral »¹⁵ ou bien comme « un vague substitut pour une variété de craintes imprécises à propos de thèmes scientifiques socialement controversés »¹⁶.

À l'inverse, la conception subjective de la dignité, ou « *dignity as empowerment* », est intimement liée à la capacité et à la liberté d'exercer des choix autonomes concernant sa propre personne et son propre corps¹⁷. Ce point de vue repose sur une démarche éthique permissive et attribue une fonction émancipatrice à la dignité. Plutôt que transcendante, elle apparaît comme immanente : la perspective bascule de l'appartenance à l'ensemble de l'humanité vers celle de l'autodétermination de l'individu. En ce sens, par ailleurs proche du *harm principle* de John Stuart Mill¹⁸, c'est l'assujettissement à la volonté d'autrui qui violera la dignité humaine.

L'une et l'autre conception de la dignité sont régulièrement mobilisées dans les débats éthico-politico-juridiques, du fait de leur poids rhétorique, et s'y retrouvent le cas échéant instrumentalisées. Mais employée à mauvais escient, la dignité objective se mue en « un moyen inespéré d'étouffer toute aspiration au changement »¹⁹ ; tandis que les dérives de la dignité subjective peuvent engendrer une forme de fondamentalisme dans laquelle le sujet de droit souverain exige de l'État l'assouvissement de tous ses désirs, menant à la figure d'un *individu total* qui s'érige pratiquement contre le reste de la société²⁰.

Quand elles se gardent de tout excès, les deux conceptions de la dignité ne sont ni inconciliables, ni mutuellement exclusives. Leur signification s'apprécie néanmoins au regard de l'évolution des mentalités. À ce titre, les demandes sociétales actuelles reflètent des repères nouveaux, qui entrent le cas échéant en conflit avec la conception des grands principes de protection du corps humain dans les pays traditionnellement civilistes, tels que l'indisponibilité, l'inaliénabilité ou la non-patrimonialité. Commentant la « désinstitutionnalisation » de la vie privée et familiale et la déconstruction progressive en droit belge du livre premier du Code civil, Jean-Louis Renchon observait une dilution de ces principes, au point que les spécialistes en viennent à considérer le droit à disposer de son corps comme le principe et l'indisponibilité comme l'exception²¹. Il constatait dès 2007 l'apparition d'un « nouveau modèle culturel d'autoréalisation de l'individu »²²,

8. R. ANDORNO, *Principles of international biolaw. Seeking common ground at the intersection of bioethics and human rights*, Bruylant, 2013, pp. 19, 20 et 41-43.
 9. Sur cette affaire, voir en priorité l'ouvrage d'O. CAYLA et Y. THOMAS, *Du droit de ne pas naître : à propos de l'affaire Perruche*, Gallimard, 2002, et les nombreuses contributions qui y sont dédiées dans C. PUIGELIER (dir.), *op. cit.*
 10. J.-P. AMANN, « L'arrêt Perruche et nos contradictions face à la situation des personnes handicapées », *Revue française des affaires sociales*, 2002/3, p. 127.
 11. D. BEYLEVELD et R. BROWNSWORD, *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*, Oxford University Press, 2001, pp. 29-47.
 12. Q. LE PLUARD, « La fin de l'humanisme juridique ? Vers un dépassement de l'Homme comme seule fin du droit », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, 11, pp. 113-120.
 13. D. MANAÏ, *Droits du patient et biomédecine*, Stämpfli, 2013, pp. 22 et 23.
 14. B. FEUILLET-LIGER, « The Case for a Limited Use of Dignity as a Legal Principle », in B. FEUILLET-LIGER et K. ORFALI (dir.), *The Reality of Human Dignity in Law and Bioethics. Comparative Perspectives*, Springer, 2018, pp. 309 et 310, et les références citées.

15. C. BYK, « Le concept de dignité et le droit des sciences de la vie : une valeur symbolique et dynamique au cœur de la construction sociale de l'homme », *Journal international de bioéthique*, 2010, 21 (4), p. 74.
 16. T. CAULFIELD et U. OGBOGU, « Stem cell research, scientific freedom and the commodification concern », *EMBO reports*, 2012, 13 (1), p. 12.
 17. D. BEYLEVELD et R. BROWNSWORD, *op. cit.*, pp. 9-28.
 18. Pour une déclinaison de la pensée de Mill dans le contexte de la procréation assistée, voir notamment J. GLOVER, *Choosing Children. Genes, Disability, and Design*, Oxford University Press, 2006, pp. 73 et s.
 19. E. DREYER, « La dignité opposée à la personne », *Recueil Dalloz*, 2008, 7356 (39), p. 2730.
 20. P. MARTENS, *Le droit peut-il se passer de Dieu ? : six leçons sur le désenchantement du droit*, Presses universitaires de Namur, 2007, p. 29, et les références citées.
 21. J.-L. RENCHON, « Le droit belge de la personne et de la famille : de l'indisponibilité à l'autodétermination ? », *European Review of Private Law*, 2007, 15 (3), p. 380.
 22. *Ibid.*, pp. 349 et s.

concomitant à l'apparition d'une « culture de la procréation »²³ confortée par les techniques modernes de PMA. La même analyse a d'ailleurs été proposée en droit français²⁴, alors que la doctrine remarque que le corps humain « est de plus en plus appréhendé comme un nouveau territoire lucratif »²⁵. Selon une étude comparative dirigée par Brigitte Feuillet-Liger et Saibé Oktay-Özdemir, le constat de cette situation s'étendrait en réalité à une grande variété de systèmes juridiques à travers le monde²⁶.

Au Luxembourg également, la Commission nationale d'éthique (CNE) relevait en 2015 que les changements sociétaux et les progrès de la science avaient bouleversé le modèle traditionnel « naturel » de la famille, remis en cause par la montée de nouvelles exigences normatives telles que l'autodétermination ou la non-discrimination²⁷. De plus, les résultats parus en 2024 d'une étude conçue dans le cadre de l'*European Values Study* (EVS) ont montré « une convergence des systèmes des valeurs politiques, économiques et sociétales en raison même du processus d'individuation et du progrès de l'individualisme de la société grand-ducale » et ont confirmé que « parmi les hypothèses vérifiées à nouveau, ce qui caractérise désormais la société grand-ducale c'est la prédominance du libéralisme culturel et économique comme système de référence personnelle et d'action collective. Les "grand-ducaux" se considèrent [...] comme sujets de leur propre émancipation »²⁸.

Il est d'ailleurs éclairant de contraster les résultats de l'EVS en 1999, qui montraient les citoyens luxembourgeois farouchement opposés à l'expérimentation scientifique sur les embryons humains ainsi qu'à la manipulation génétique des aliments²⁹, avec les données des baromètres plus récents qui témoignent de leur vision très positive de la fécondation *in vitro*³⁰, des biotechnologies, du génie génétique ou des améliorations cognitives et cérébrales (qui sont susceptibles de se présenter sous des formes autres que génétiques)³¹. Notons encore que si le Luxembourg n'a pas participé à l'EVS en 2017, les données de 2008 laissent déjà entrevoir que les opinions

concernant « les investigations scientifiques sur l'embryon et les gènes [*sic*] alimentaires [...] sont plus permissives en 2008 qu'en 1999, quelles que soient les conditions sociales » (bien que les hommes et les personnes ayant une scolarité supérieure s'y montrent légèrement plus favorables)³², et que « [l]a mentalité collective est prête à accepter ou à tolérer celles-ci. Ce qui amène à penser que de nouvelles dispositions légales pour faire évoluer des questions de société comme l'expérimentation scientifique sur des embryons humains ou la manipulation génétique des aliments seront acceptées favorablement par la population »³³. La hausse constante des demandes de PMA³⁴ ainsi que leur prise en charge par l'assurance maladie³⁵ constituent des indices supplémentaires du *Zeitgeist* luxembourgeois. Le Conseil d'État observait d'ailleurs dans son avis du 2 février 2016, à propos de la proposition de loi n° 6797 relative à l'assistance médicale à la procréation, que plusieurs de ces techniques étaient pratiquées depuis une dizaine d'années dans le pays malgré l'absence de cadre légal aménageant leur accessibilité³⁶. Mais les choses ont-elles changé aujourd'hui ?

II. LE CADRE JURIDIQUE

Les règles encadrant l'édition du génome germinal humain sont pour partie négociées au niveau international, et pour partie adoptées dans la législation domestique.

Tout d'abord, la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention d'Oviedo) est un instrument phare du droit biomédical international élaboré sous l'égide du Conseil de l'Europe, qui inclut essentiellement des principes généraux dont la concrétisation doit être assurée par des protocoles additionnels dédiés à des problématiques spécifiques ou par le droit interne des Hautes Parties contractantes. Elle développe des principes éthiques, des concepts juridiques ainsi que l'esprit général de la Convention européenne des droits

23. L'expression revient de façon récurrente dans l'ouvrage de M. IACUB, *Penser les droits de la naissance*, PUF, 2002.

24. S. ÉTOA, « Corps humain et liberté », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, 2017, 15, p. 23.

25. H. HURPY, « La protection juridique du corps dans l'hypermodernité : les excès de la volonté individuelle en question », *Connexions*, 2018, 110 (2), p. 37.

26. B. FEUILLET-LIGER, « La non-patrimonialité du corps humain : un principe sans l'être ! », in B. FEUILLET-LIGER et S. OKTAY-ÖZDEMİR (dir.), *La non-patrimonialité du corps humain : du principe à la réalité. Panorama international*, Bruylant, 2017, pp. 385-418.

27. CNE, *Avis 26. PMA, GPA, accouchement anonyme : autant de défis éthiques pour la société*, 2016, p. 9, https://cne.public.lu/dam-assets/fr/publications/avis/Avis_26.pdf.

28. Chambre des Députés, *La « révolution tranquille » des valeurs au Luxembourg*, 3 avril 2024, <https://www.chd.lu/fr/node/2255> ; Voir aussi P. REUTER, « Luxembourg, eine paradoxe Gesellschaft », *Reporter*, 9 mars 2022, <https://www.reporter.lu/fr/studie-luxemburg-eine-paradoxe-gesellschaft/>.

29. M. LEGRAND, « Qu'est-ce qui fait vivre les habitants du Grand-Duché de Luxembourg ? », in M. LEGRAND (dir.), *Les valeurs au Luxembourg. Portrait d'une société au tournant du 3^e millénaire*, Éditions Saint-Paul, 2002, p. 111 ; P. DICKES,

« La permissivité, une évolution contrastée », *Cahiers du CEPS/INSTEAD*, 2010-18, p. 7 ; Voir aussi les données complètes de l'étude européenne, disponibles à l'adresse <https://europeanvaluesstudy.eu/methodology-data-documentation/previous-surveys-1981-2008/survey-1999/>.

30. P. POIRIER, *European Values Study- Luxembourg. Volet III- STUDIALUX. Résultats préliminaires*, 13 janvier 2022, p. 94.

31. Commission européenne, *Eurobaromètre spécial 516. Connaissances et perception des citoyens européens en matière de science et de technologie*, avril-mai 2021 ; Les données spécifiques au Luxembourg sont disponibles à l'adresse <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=76851>.

32. P. DICKES, « Jugement moral et cohésion sociale », *CEPS/INSTEAD Working Papers*, 2011-17, pp. 37 et 52.

33. *Ibid.*, p. 20.

34. A. GOERENS, « Procréation assistée. Quelle est la situation au Luxembourg ? », *RTL Infos*, 19 juillet 2021, <https://infos.rtl.lu/actu/luxembourg/a/1758227.html>.

35. Statuts de la CNS, art. 143bis.

36. CE, *Avis n° 51.126 sur la proposition de loi relative à l'assistance médicale à la procréation*, 2 février 2016, p. 2, https://conseil-etat.public.lu/content/dam/conseil_etat/fr/avis/2016/02/51126.pdf.

de l'homme (CEDH), dont elle se présente comme un prolongement dans le domaine de la biomédecine. Mais surtout, la Convention d'Oviedo est le premier (et encore aujourd'hui le seul) texte international contraignant dont les dispositions mentionnent explicitement l'édition du génome germlinal humain. Son article 13 prescrit en effet qu'une intervention « ayant pour objet de modifier le génome humain ne peut être entreprise que pour des raisons préventives, diagnostiques ou thérapeutiques et seulement si elle n'a pas pour but d'introduire une modification dans le génome de la descendance ». Le fondement de cette prohibition serait à rechercher moins du côté de l'innocuité de la procédure, mais plutôt dans les risques de discrimination génétique, de possibles accusations de « jouer à Dieu », ou encore dans l'affaiblissement du principe interdisant de tirer un profit financier du corps humain³⁷. Les spécialistes de la matière ne sont pas tous sensibles à ces motivations, et le cas échéant déplorent la perte d'une chance de prévenir des maladies graves par le biais de thérapies germinales³⁸, un certain conservatisme moral qui fait obstacle à une approche dynamique des droits fondamentaux³⁹, voire une forme de technophobie⁴⁰.

Parallèlement aux efforts menés à l'échelle du Conseil de l'Europe, le Comité international de bioéthique (CIB) de l'UNESCO préparait activement un projet de Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme, destiné à encadrer la recherche et les applications de la génétique dans le respect de la dignité humaine et des droits fondamentaux, et adopté par la Conférence générale de l'UNESCO le 11 novembre 1997 (soit quelques mois après l'ouverture à la signature de la Convention d'Oviedo). Cette Déclaration a été complétée par une seconde Déclaration internationale sur les données génétiques humaines (2003), puis par une Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005). Ces trois instruments compilent les grands principes sous-tendant le droit de la biomédecine sur lesquels la communauté internationale s'est accordée ; en revanche, ils sont dépourvus de force contraignante et leur mise en œuvre reste *a priori* entièrement dépendante de la bonne volonté des États,

sauf éventuellement à inspirer les juges en quête d'outils pour interpréter d'autres dispositions juridiques. Afin de répondre aux avancées rapides de la science, le CIB a toutefois actualisé sa réflexion à propos du génome humain et des droits de l'homme en 2015, invitant les États membres de l'UNESCO à convenir d'un moratoire sur les TEGGH et à envisager la révision des trois Déclarations pour prendre en compte les nouvelles applications de la génétique⁴¹. Plus récemment, l'Organisation mondiale de la santé s'est elle aussi emparée de ces thématiques. En juillet 2021, un panel d'experts commissionnés par le directeur général de l'organisation a publié un programme-cadre pour la gouvernance de l'édition du génome humain, identifiant les valeurs et principes qui doivent y contribuer ainsi que sept différents scénarios hypothétiques pour illustrer leur propos⁴², accompagné d'un ensemble de recommandations pratiques formulées par les membres du panel⁴³.

Conceptuellement proches, les instruments régionaux et universels de protection des droits de l'homme forment également le « droit commun » de la biomédecine, particulièrement là où ils consacrent des droits liés à la protection de la vie privée, à la jouissance d'une bonne santé ou au bénéfice des progrès scientifiques⁴⁴. Du fait de la formulation délibérément vague de cette catégorie de droits, leur contenu normatif dépend éminemment de l'interprétation qui en est faite par les juges : ces dernières années, la Cour de Strasbourg a ainsi eu à se prononcer notamment sur des griefs relatifs au droit à devenir parent au sens génétique du terme⁴⁵, au droit d'accéder aux techniques de PMA afin de procréer un enfant qui ne soit pas atteint par la maladie génétique dont les parents d'intention sont des porteurs sains⁴⁶, à l'intérêt supérieur de l'enfant⁴⁷, ou encore sur l'interprétation des dispositions de la CEDH à la lumière de la Convention d'Oviedo ou du droit de l'Union européenne⁴⁸.

Mais d'autres contentieux se profilent. S'interrogeant sur l'impact juridique potentiel des TEGGH, la doctrine anticipe en effet déjà, sans prétention d'exhaustivité, de

37. CoE, *Rapport explicatif de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine*, Oviedo, 4 avril 1997, § 89 ; V. L. RAPOSO, « The convention of human rights and biomedicine revisited: Critical assessment », *The International Journal of Human Rights*, 2016, 20 (8), p. 1289 ; F. BAYLIS et L. C. IKEMOTO, « The Council of Europe and the prohibition on human germline genome editing », *EMBO reports*, 2017, 18 (12), p. 2084.

38. V. L. RAPOSO, *op. cit.*, p. 1289.

39. H. D. C. ROSCAM ABBING, « The Convention on Human Rights and Biomedicine: An Appraisal of the Council of Europe Convention », *European Journal of Health Law*, 1998, 5 (4), pp. 383 et 384.

40. C. BYK, « Progrès scientifique et droits de l'homme : la rupture ? », *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, 2003, 54, pp. 379 et 380.

41. CIB, *Rapport du CIB sur la mise à jour de sa réflexion sur le génome humain et les droits de l'homme*, 2 octobre 2015, §§ 118 et 127, réf. SHS/YES/IBC-22/15/2 REV.2.

42. WHO Expert Advisory Committee on Developing Global Standards for Governance and Oversight of Human Genome Editing, *Human genome editing: a framework for governance*, 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030381>.

43. *Ibid.*

44. Sur le « droit à la science », voir notamment C. ROMANO et A. BOGGIO, *The Human Right to Science: History, Development, and Normative Content*, Oxford University Press, 2024.

45. Voir notamment Cour EDH, 10 avril 2007, *Evans c. Royaume-Uni*, req. n° 6339/05, §§ 72, 73 et 90 ; Cour EDH, 4 décembre 2007, *Dickson c. Royaume-Uni*, req. n° 44362/04, §§ 66 et 78 ; Cour EDH, 3 novembre 2011, *S.H. et al c. Autriche*, req. n° 57813/00, § 81 ; Voir aussi, sur l'absence de lien génétique en tant que chef de dommage susceptible d'entraîner réparation, l'arrêt de la cour d'appel de Singapour, 22 mars 2017, *ACB v Thomson Medical Pte Ltd and others*, aff. SGCA 20, <https://www.elitigation.sg/gd/s/2017>.

46. Cour EDH, 28 août 2012, *Costa et Pavan c. Italie*, req. n° 54270/10, § 57.

47. Pour une vue d'ensemble, voir M. SALES JARDI, « L'intérêt supérieur de l'enfant dans les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme concernant les familles alternatives », *Rivista di Studi Politici Internazionali*, 2015, 82 (1), pp. 103-119.

48. Voir notamment Cour EDH, 9 mars 2004, *Glass c. Royaume-Uni*, req. n° 61827/00, § 75 ; Cour EDH, 12 novembre 2008, *Demir et Baykara c. Turquie*, req. n° 34503/97, §§ 76-84 ; Cour EDH, *Elberte c. Lettonie*, 13 janvier 2015, req. n° 61243/08, §§ 36, 37 et 100.

possibles conflits intergénérationnels sur fond de « droit » à un patrimoine génétique inaltéré⁴⁹ du *nasciturus* ou, au contraire, de son « droit » à un futur ouvert⁵⁰. Les implications normatives de l'insaisissable principe de précaution restent également ambiguës, quoique les paramètres de son application aux TEGGH se précisent à mesure que les connaissances scientifiques progressent et que les technologies gagnent en fiabilité⁵¹. En outre, même si certains entrevoient l'éventualité de modifications génétiques à des fins prophylactiques⁵², d'autres craignent que celles-ci ne dépassent jamais le stade d'expérimentations incontrôlées⁵³, ou qu'elles favorisent l'émergence d'une nouvelle forme de tourisme procréatif à l'avantage d'une frange de la population⁵⁴.

Au Luxembourg, quelques dispositions légales éparses font référence à la PMA, à l'instar de l'article 143bis des statuts de la CNS qui liste les frais remboursables, ou l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui contient une définition du service national de PMA. En revanche, les TEGGH ne sont pas explicitement réglementées. Certes, la Constitution affirme le respect dû à la dignité humaine⁵⁵ et aux droits fondamentaux concernés⁵⁶, mais leur concrétisation législative ne figure encore actuellement qu'au stade de promesse dans l'accord de coalition pour la législature 2023-2028⁵⁷.

Saurait-on éventuellement trouver un indice dans le régime juridique applicable à l'embryon humain⁵⁸? Peu de détails ont été expressément réglés par le législateur luxembourgeois. On trouve ainsi que « le respect de tout être humain dès le commencement de la vie » est garanti aux termes de l'article 1^{er} de la loi modifiée du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption de la grossesse, sauf les exceptions que cette loi établit. Cependant, d'après l'exposé des motifs, « la conscience collective ne considère pas un embryon, du

moins dans les premiers temps de la grossesse, comme un être humain véritable ». En revanche, l'enfant à naître se voit sous certaines conditions reconnaître des droits patrimoniaux en application de la maxime romaine *infans conceptus [pro nato habetur quoties de commodo ejus agitur]*, reprise à l'article 725 du Code civil. Mais l'application de cette règle n'a de sens qu'à l'égard d'un *nasciturus*, « celui qui est appelé à naître », ce qui ne correspond pas au destin de tous les embryons. Finalement, la loi du 1^{er} août 2007 relative aux tissus et cellules humains destinés à des applications humaines précise que les « tissus ou cellules embryonnaires ou fœtaux ne peuvent être prélevés, conservés et utilisés à l'issue d'une interruption de grossesse qu'à des fins destinés à des applications humaines »⁵⁹. En l'absence d'un cadre légal clair, il n'est toutefois pas possible d'en faire don à la recherche ou à un autre couple. Dès lors, aucune recherche sur l'embryon humain n'est menée, ce que déplorent le Conseil d'État et la CNE⁶⁰. Dans le cadre du projet de loi n° 5528 portant approbation de la Convention d'Oviedo et de ses protocoles, le Collège médical s'était lui aussi prononcé, dans un avis en date du 30 novembre 2005, en faveur de la recherche sur les embryons humains, estimant que celle-ci ne posait pas un problème d'ordre médical mais plutôt d'ordre politique, religieux, voire philosophique, alors que le projet de loi sous rubrique prévoyait l'interdiction inconditionnelle de la recherche sur ceux-ci⁶¹. Notons à cet égard que le Comité national d'éthique de recherche (CNER), chargé de la protection des personnes qui participent à une étude en santé, indique déjà sur son site travailler « dans le respect des principes [...] de la Convention d'Oviedo »⁶², alors même que le Luxembourg a signé mais n'a pas ratifié cette Convention⁶³.

Il reste donc à élaborer une réponse législative aux questions posées par le développement et la possibilité factuelle d'applications cliniques des TEGGH. Or, l'élaboration de textes de loi dans les domaines relevant

49. Voir notamment N. PRIMC, « Do we have a right to an unmanipulated genome? The human genome as the common heritage of mankind », *Bioethics*, 2020, 34 (1), pp. 41-48.

50. Voir notamment R. L. MINTZ et al., « Will CRISPR Germline Engineering Close the Door to an Open Future? », *Science and Engineering Ethics*, 2019, 25 (5), pp. 1409-1423.

51. J. ALMQVIST, « A Human Rights Approach to Risk: The Case of Human Germline Editing », *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review*, 2021, 43 (3), pp. 185-200.

52. P. ENRÍQUEZ, *Rewriting Nature: The Future of Genome Editing and How to Bridge the Gap Between Law and Science*, Cambridge University Press, 2021, pp. 162 et 163.

53. S. NEWMAN, « Opposing Human Genetic Engineering », *The CRISPR Journal*, 2025, 8 (4), pp. 252-256.

54. Voir notamment A. ROSEMAN et al., « Heritable Genome Editing in a Global Context. National and International Policy Challenges », *Hastings Center Report*, 2019, 49 (3), pp. 34-36.

55. Art. 12.

56. Voir notamment les articles 13, 15, 20, 34 et 43.

57. Les partis de la coalition CSV et DP, *Accord de coalition 2023-2028. « Lëtzebuerg fir d'Zukunft stäerken »*, 20 novembre 2023, pp. 98, 105 et 106, <https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/dossier/formation-gouvernement-2023/accord-coalition.pdf>.

58. Voir à ce sujet J. BOUR, « L'embryon, une chose?... ailleurs et au Luxembourg », *Annales du droit luxembourgeois*, 2010, 20, pp. 49-72; D. STOFFEL et M. SCHWEBAG, « L'embryon humain en droit luxembourgeois », *Revue luxembourgeoise Droit & Santé*, 2020, 3, pp. 21-23.

59. Art. 11, (2), al. 1^{er}, de la loi du 1^{er} août 2007 relative aux tissus et cellules humains destinés à des applications humaines.

60. Voir notamment CNE, *Avis 24. La recherche sur les embryons surnuméraires au Luxembourg*, 2013, pp. 5-7, https://cne.public.lu/dam-assets/fr/publications/avis/Avis_24.pdf; CE, *Avis n° 51.126...*, op. cit., p. 4; Voir aussi les remarques de la CCDH, *Avis 06/2021 sur le projet de loi 6568A portant réforme du droit de la filiation*, 2021, p. 24, https://ccdh.public.lu/dam-assets/dossiers_th%C3%A9matiques/bio%C3%A9thique/avis/2021/Bioethique-filiation-Avis-PL6568A-20210301.pdf.

61. Avis du Collège médical dans le cadre du projet de loi n° 5528 portant approbation... et modifiant la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine, déposé le 9 janvier 2006, p. 13, https://wdocs-pub.chd.lu/docs/Dossiers_parlementaires/5528/20250515_Dep%C3%B4t.pdf.

62. Voir la page d'accueil ainsi que l'onglet « Statuts / Législations » du site du CNER, disponibles à l'adresse <https://cner.gouvernement.lu/fr.html>.

63. Voir sur ce sujet J.-A. MAROT, « La ratification luxembourgeoise de la Convention d'Oviedo », *Bulletin luxembourgeois des questions sociales*, 2025, 40, pp. 65-110.

de la bioéthique commande la prudence, du fait de leur caractère particulièrement polarisant. Au-delà de remporter la majorité arithmétique des voix exprimées au Parlement, il convient donc de s'assurer que les choix normatifs posés par le législateur seront alignés avec les valeurs prévalentes dans la société, et que ceux-ci conserveront leur pertinence face aux avancées scientifiques et aux mœurs changeantes de la société.

III. LE CADRE POLITIQUE

Du fait de leur immixtion dans la sphère d'autonomie personnelle de chacun, les règles de droit biomédical interrogent sur « la légitimité de l'intervention de l'État dans le domaine des normes relatives au corps »⁶⁴. Or, celle-ci peut s'avérer difficile à asseoir dans les démocraties occidentales, où le pluralisme moral et politique complexifie l'atteinte d'un « vaste consensus social » sur des thèmes aussi clivants que le statut de l'embryon ou l'édition du génome germinal humain⁶⁵. En l'absence d'un tel consensus, le risque est réel de voir s'éroder la confiance placée par les citoyens dans les institutions, de compromettre leur adhésion aux lois et de s'exposer à la critique d'un « déficit démocratique ».

Face à des conflits de valeurs incommensurables, une piste de solution consiste à évaluer la légitimité d'une règle sur la base des garanties procédurales qui ont mené à son adoption⁶⁶. Cette approche offre l'avantage de désamorcer la charge idéologique liée aux questions de fond et peut se concrétiser de diverses manières.

Plusieurs démocraties occidentales connaissent ainsi un système de suivi législatif, aux conséquences politiques et juridiques inégales⁶⁷. L'évaluation des textes déjà adoptés est susceptible de porter *inter alia* sur la véracité de données scientifiques qui justifient l'existence d'une loi spécifique, sur d'éventuelles lacunes et incohérences qui auraient échappé au législateur, etc. Les parlementaires peuvent aussi se regrouper dans une formation dédiée aux politiques publiques ayant un impact à long terme, à l'image de celles qui existent notamment en Autriche,

au Brésil, au Chili, en Finlande, en Islande, en Lituanie, aux Philippines ou en Uruguay⁶⁸. En Israël, la Knesset avait pour sa part établi entre 2001 et 2006 une « Commission pour les générations futures » agissant sous la direction d'un commissaire désigné par le président de l'assemblée sur proposition d'un comité *ad hoc*⁶⁹. La Commission disposait notamment du pouvoir de retarder le processus législatif, à l'instar du Conseil d'État luxembourgeois, si elle estimait que les projets et propositions de lois risquaient de porter atteinte aux intérêts des générations futures. D'autres formations dans d'autres pays et ordres juridiques exercent des fonctions similaires, selon les cas indépendantes, rattachées au Parlement ou hébergées administrativement par un ministère, et dotées de pouvoirs plus ou moins contraignants⁷⁰. Leur présence et surtout leur multiplication témoignent, sans aucun doute, d'un souci partagé de justice intergénérationnelle et de la perspective durable dans laquelle s'inscrivent les efforts de gouvernance à long terme des technologies en santé.

En outre, il peut être opportun d'intégrer dans la loi un mécanisme de révision périodique obligatoire, comme c'est le cas pour les lois de bioéthique françaises⁷¹. Certains vont même encore plus loin : par exemple, les lois de l'État américain de Rhode Island et d'Israël, instaurant respectivement l'interdiction du clonage reproductif et un moratoire sur le clonage ainsi que l'utilisation de cellules germinales génétiquement modifiées à des fins de reproduction, comportent un délai d'expiration⁷². Ces formes de « législations temporaires » semblent recueillir l'approbation de la Cour européenne des droits de l'homme qui, dans l'affaire *S.H. et al c. Autriche*, avait reproché à l'État défendeur de ne pas avoir « procédé à un réexamen approfondi des règles régissant la procréation artificielle à la lumière de l'évolution rapide que connaissent la science et la société à cet égard »⁷³.

Une dernière bonne pratique tient à encourager la participation du public dans l'élaboration des politiques de santé, par des consultations ou des débats publics éclairés⁷⁴. La Cour EDH prend d'ailleurs en compte ce facteur lorsqu'elle est appelée à se prononcer sur une violation

64. X. BLOY, *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique*, LGDJ, 2016, p. 33.
 65. Voir notamment J. HERVOIS, *La production de la norme juridique en matière scientifique et technologique*, thèse de doctorat, Université de La Rochelle, 2011, pp. 99 et s., <https://theses.hal.science/tel-00688129>; L. ROSENBAUM, « The Future of Gene Editing — Toward Scientific and Social Consensus », *New England Journal of Medicine*, 2019, 380 (10), pp. 972 et 973, et les références citées.
 66. D. TERRÉ, *Les questions morales du droit*, PUF, 2007, pp. 223 et s.
 67. B. RIDARD et R. EL HERFI, *Les députés peuvent-ils agir lorsque le fondement factuel d'une loi leur semble erroné ?*, Cellule scientifique de la Chambre des Députés, 8 octobre 2024, p. 19, <https://www.chd.lu/fr/node/2546>.
 68. V. KOSKIMAA et T. RAUNIO, « Expanding anticipatory governance to legislatures: The emergence and global diffusion of legislature-based future institutions », *International Political Science Review*, 2024, 45 (2), pp. 261 et 277.
 69. S. SHOHAM et N. LAMAY, « Commission for Future Generations in the Knesset: lessons learnt », in J. C. TREMMEL (dir.), *Handbook of Intergenerational Justice*, Edward Elgar Publishing, 2006, pp. 244-281.
 70. Pour un tour d'horizon, voir notamment World Future Council, *Prenons soin de notre avenir. Comment intégrer les générations futures dans l'élaboration*

des politiques, avril 2014, https://www.worldfuturecouncil.org/wp-content/uploads/2016/01/WFC_2014_Guarding_our_Future_Fr.pdf; N. JONES et al., « Representation of future generations in United Kingdom policy-making », *Futures*, 2018, 102, pp. 153-163.
 71. J.-R. BINET, *Droit de la bioéthique*, LGDJ, 2023, pp. 75-80.
 72. Voir notamment C. CASONATO, « The Essential Features of 21st Century Biolaw », in E. VALDÉS et J. A. LECAROS (dir.), *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century: Building Answers for New Questions*, Springer, 2019, pp. 84-87, et les références citées; V. RAVITSKY et G. BEN-OR, « The Regulation of Human Germline Genome Modification in Israel », in A. BOGGIO et al. (dir.), *Human Germline Genome Modification and the Right to Science: A Comparative Study of National Laws and Policies*, Cambridge University Press, 2020, pp. 571-576.
 73. Cour EDH, 3 novembre 2011, *S.H. et al. c. Autriche*, req. n° 57813/00, § 117.
 74. K. SÉNÉCAL et al., « Favoriser l'implication du public pour accroître la légitimité des prises de décision en matière de politiques de santé ? », *Journal International de Bioéthique*, 2013, 24 (4), pp. 161 et 162, et les références citées.

alléguée de la CEDH en matière de fécondation humaine ou d'avortement⁷⁵. Il n'est donc pas rare de voir en cette matière la procédure législative habituelle consolidée par la tenue d'un débat public, le cas échéant accompagné du maintien d'un dialogue continu avec la société civile. L'effet légitimant de ces démarches complémentaires n'a pas échappé aux autorités publiques, qui réalisent combien l'inclusion des groupes sociaux intéressés à l'élaboration des normes juridiques peut renforcer leur efficacité et leur efficacité⁷⁶. La prise en compte de l'opinion publique permet en effet d'anticiper les réactions des citoyens face aux avancées scientifiques controversées, évitant d'un côté de dilapider les ressources nécessaires à la conception d'une législation à laquelle les destinataires se révéleront être hostiles, et de l'autre « d'inhiber de manière injustifiée l'innovation, de stigmatiser les nouvelles technologies ou de créer des barrières commerciales »⁷⁷. Ces dernières années, de vastes débats publics ont ainsi été organisés chez nos voisins : en Allemagne avec le projet *Genomchirurgie im gesellschaftlichen Diskurs*⁷⁸, au Royaume-Uni avec le *Public dialogue on research involving early human embryos*⁷⁹, ou encore aux Pays-Bas avec le *DNA-dialogue*⁸⁰. D'autres dispositifs participatifs à la forme plus solennelle existent aussi en France, comme les « Grenelle », les « assises » ou les « États généraux » — quoique ceux-ci n'échappent pas à tout reproche⁸¹.

Au Luxembourg, l'étude POLINDEX 2025, réalisée par la Chaire de recherche en études parlementaires de l'Université du Luxembourg, démontre un fort soutien de la population luxembourgeoise à la démocratie directe et participative⁸². Mais concernant la bioéthique, très peu de démarches ont été entreprises. La CNE ambitionnait d'ailleurs dans son avis 1/1999 sur la Convention d'Oviedo d'organiser et de publier les Actes d'une Seconde Journée d'Éthique⁸³, afin de contribuer à un large débat public portant sur les questions fondamentales posées par les développements de la biologie et de la médecine. Malheureusement, si cette Journée a bien eu lieu le 11 juin 1999, aucun document de synthèse n'a par la suite été rendu public. Dans le même ordre d'idées, le député André Bauler, dans une récente question

parlementaire adressée aux ministres de la Justice et de la Santé et de la Sécurité sociale, a suggéré d'initier une campagne d'information à destination du public afin de mieux préparer la société luxembourgeoise aux enjeux émergents du transhumanisme⁸⁴.

Pourtant, l'ancien président de la CNE Arsène Betz appelait pourtant déjà en 1990 (soit deux ans après la création de la Commission) au débat public sur les avancées de la génétique, et exprimait simultanément un doute quant à la capacité des décideurs politiques à appréhender adéquatement la matière : « *es muß eine nationale Diskussion geben, die von Luxemburgern getragen wird. Ich weiß nicht, ob unsere Politiker derzeit ausreichend gerüstet sind, um sich einer derartigen Debatte zu stellen* »⁸⁵. Betz s'interrogeait alors, à juste titre, sur la littératie des gouvernants en sciences et en santé ainsi que sur leur légitimité pour élaborer des règles applicables à des technologies qu'ils ne maîtrisent pas eux-mêmes : presque toujours, comme le rappellent Jean-Claude Kaplan et Marc Delpech, « ceux qui font les lois et disent le droit » appartiennent à la catégorie des profanes⁸⁶.

Fort heureusement, le législateur luxembourgeois est aujourd'hui beaucoup mieux équipé pour répondre aux défis posés par les progrès de la biomédecine. Il peut en effet s'appuyer non seulement sur un solide *corpus* d'avis motivés de la CNE, mais également sur ceux de la Commission consultative des droits de l'homme (CCDH) qui dispose d'un groupe de travail « Bioéthique »⁸⁷. Celle-ci exhortait dans son avis n° 06/2021 le gouvernement luxembourgeois à « mettre tout en œuvre afin que le cadre légal et réglementaire soit systématiquement analysé et adapté en fonction de l'évolution de la société et de la biomédecine », cette recommandation s'appliquant à la fois au projet de loi sous avis mais aussi de façon générale aux questions « liées à la PMA, la GPA et les manipulations génétiques, épigénétiques et embryonnaires »⁸⁸. Dans cet esprit, la CCDH suggérait la mise en place d'un conseil permanent multidisciplinaire, chargé d'accompagner le gouvernement et le législateur dans

75. R. O'CONNELL et S. GEVERS, « Fixed Points in a Changing Age? The Council of Europe, Human Rights, and the Regulation of New Health Technologies », in M. L. FLEAR et al. (dir.), *European Law and New Health Technologies*, Oxford University Press, 2013, p. 68, et les références citées.

76. J. HERVOIS, op. cit., pp. 46 et 47.

77. NASEM, *Human Genome Editing: Science, Ethics, and Governance*, 2017, p. 164, et les références citées, <https://www.nap.edu/catalog/24623>.

78. Sur ce projet et d'autres initiatives similaires, voir Comité de bioéthique (DH-BIO), *Guide pour le débat public relatif aux droits de l'homme et la biomédecine*, 12 mars 2020, réf. DH-BIO/INF(2018)11 FINAL, <https://rm.coe.int/inf-2018-11-guide-deb-with-appendix-final-f/16809ea3cf>.

79. Hopkins Van Mil, *Public dialogue on research involving early human embryos*, octobre 2023, <http://www.hopkinsvanmil.co.uk/s/HVM-HDBI-public-dialogue-report-231023-FINAL.pdf>.

80. S. van BAALEN et al., « The DNA-Dialogue: A Broad Societal Dialogue About Human Germline Genome Editing in the Netherlands », *The CRISPR Journal*, 2021, 4 (4), pp. 616-625.

81. J. HERVOIS, op. cit., pp. 291 et s.

82. A. DARABOS et Ph. POIRIER, *POLINDEX 2025. Note générale*, 2025, <https://www.chd.lu/sites/default/files/2025-09/note-de-recherche-generale-i-fra-polindex-2025.pdf>.

83. CNE, *Avis 1/1999. Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*, 1999, p. 85, https://cne.public.lu/dam-assets/fr/publications/avis/1999_1.pdf.

84. Député A. BAULER, *Question Parlementaire n° 1896. Thématique de la transhumanité*, 5 février 2025, <https://www.chd.lu/fr/question/28307>.

85. A. BETZ et al., « Nicht gescheiter als unsere Nachbarn », *forum*, 1990, (120), pp. 36-38.

86. J.-C. KAPLAN et M. DELPECH, *Biologie moléculaire et médecine*, 2007, p. 590.

87. La liste des différents groupes de travail de la CCDH est disponible à l'adresse <https://ccdh.public.lu/fr/commission/organisation/groupes-de-travail.html>.

88. CCDH, *Avis 06/2021 sur le projet de loi 6568A portant réforme du droit de la filiation*, 2021, pp. 3, 4 et 18, https://ccdh.public.lu/dam-assets/dossiers_th%C3%A9matiques/bio%C3%A9thique/avis/2021/Bioethique-filiation-Avis-PL6568A-20210301.pdf.

leurs prises de décisions dans les domaines de la bioéthique et de la biomédecine.

Si les avis de ces instances consultatives courent toujours le risque d'être instrumentalisés⁸⁹, ils permettent au moins de clarifier l'horizon normatif de la société luxembourgeoise. Les députés peuvent encore compter sur les services d'une cellule scientifique multidisciplinaire, qui depuis septembre 2021 met à leur disposition « toutes les informations nécessaires pour qu'ils soient en mesure de juger des thématiques complexes » et organise des conférences, des événements ou des ateliers dans l'objectif explicite de créer des ponts entre la science et la politique⁹⁰. Récemment, cette cellule a d'ailleurs produit une étude de la faisabilité d'un dispositif délibératif permanent à l'échelle nationale au Luxembourg⁹¹.

IV. CONSIDÉRATIONS FINALES

À l'époque de la signature de la Convention d'Oviedo et dans les années qui l'ont suivie, tant les partis politiques⁹² que la CNE⁹³ se montraient divisés quant à l'approche à adopter à l'égard de la thérapie génique germinale, de la PMA, de la recherche sur les embryons ou des biotechnologies en général. Depuis lors, l'évolution des mœurs et du droit positif tant au Luxembourg qu'en Europe laisse transparaître une montée en puissance de l'autonomie individuelle et, à travers elle, de l'autonomie reproductive. Le développement toujours plus fiable des technologies d'assistance à la procréation a participé à élargir le domaine de cette autonomie, et l'utilisation des TEGGH rend techniquement possible une maîtrise de la procréation historiquement inégalée⁹⁴. Pour autant, le progrès technique n'opère pas dans un vide normatif : la recherche, le déploiement et la diffusion des nouvelles technologies s'inscrivent toujours dans un ensemble de réalités sociales dynamiques et interdépendantes.

Or, si les données les plus récentes semblent indiquer que les Luxembourgeois accueillent favorablement les applications des nouvelles technologies en santé, elles restent lacunaires : il ne saurait en être déduit une préférence nationale pour l'interdiction, l'autorisation ou la possibilité sous conditions de la recherche ou de l'application clinique des TEGGH. Toute conclusion sur l'appétit au risque des Luxembourgeois quant à ces technologies, au regard de leur profil d'innocuité actuel ou futur, serait pareillement spéculative.

Afin de clarifier le positionnement des citoyens sur cette thématique, il est recommandé d'organiser un débat public, pluraliste et éclairé, impliquant la société civile et des experts issus de disciplines variées. La structure d'un tel débat pourrait être inspirée par les modèles déjà éprouvés ailleurs, ou par les lignes directrices explicitées dans le *Guide pour le débat public* du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe⁹⁵, et ses résultats devraient permettre de garantir l'alignement entre l'état du droit positif luxembourgeois, les valeurs sociales qui le sous-tendent et la trajectoire des innovations scientifiques. Il est également recommandé de réexaminer périodiquement la concordance entre ces éléments, soit par l'entremise d'un organe spécifiquement chargé de cette mission, soit en intégrant des garanties procédurales à cet effet dans les textes législatifs pertinents.

Juridiquement, dans l'attente d'une décision quant à la ratification par le Luxembourg de la Convention d'Oviedo (éventuellement assortie de réserves) ou le retrait de sa signature⁹⁶, toutes les options sont sur la table. Mais le droit biomédical est un droit « délibératif qui émerge de la discussion »⁹⁷, un droit qui fait intervenir un large éventail d'acteurs politiques et scientifiques participant à sa formation, et qui ne peut s'affranchir des tendances éthiques prévalentes dans la société luxembourgeoise. Le législateur luxembourgeois aura à cœur de considérer ces contraintes.

89. F. MIGNECO *et al.*, « „Instrumentalisiert wird man immer" », *forum*, 2002, 214, pp. 39 et 40.

90. Une présentation ainsi que les actualités de la cellule scientifique sont disponibles à l'adresse <https://www.chd.lu/fr/cellule-scientifique>.

91. R. EL HERFI *et al.*, *La participation citoyenne peut-elle être institutionnalisée? Étude de la faisabilité d'une plateforme nationale de participation citoyenne au Luxembourg*, Cellule scientifique de la Chambre des Députés, 28 octobre 2025, https://www.chd.lu/sites/default/files/2026-01/cs-2025-dr-051-20260128_mise-a-jour.pdf.

92. V. ZOTZ, « „Nein, aber..." – „Ja, aber..." Parteien und Biotechnologie », *forum*, 2002, 214, pp. 25 et 26.

93. Voir notamment CNE, *Avis 1/1999...*, *op. cit.* ; CNE, *Avis 2001.1. La procréation médicalement assistée (P.M.A.)*, 2001 ; CNE, *Avis 2002.3. La recherche sur les embryons (I). Les cellules souches et le clonage thérapeutique*, 2002 ; CNE,

Avis 2003.1, 2003 ; Tous les avis sont disponibles à l'adresse <https://cne.public.lu/fr/publications/avis.html>.

94. J. RUEDA, « From Self-Determination to Offspring-Determination? Reproductive Autonomy, Procrustean Parenting, and Genetic Enhancement », *Theoria*, 2022, 88 (6), pp. 1088-1092.

95. Comité de bioéthique (DH-BIO), *Guide pour le débat public...*, *op. cit.*

96. Convention de Vienne sur le droit des traités, art. 18, *lit. a* : « Un État doit s'abstenir d'actes qui priveraient un traité de son objet et de son but [...] lorsqu'il a signé le traité ou a échangé les instruments constituant le traité sous réserve de ratification, d'acceptation ou d'approbation, tant qu'il n'a pas manifesté son intention de ne pas devenir partie au traité ».

97. M. FARTUNOVA-MICHEL *et* B. NABLI, *Droit de l'Union européenne de la bioéthique*, Bruylant, 2021, pp. 46 et s. et p. 244.

PRÉLÈVEMENT D'ORGANES APRÈS ARRÊT CIRCULATOIRE : BESOIN MÉDICAL, CADRE LÉGAL ET OBSTACLES POTENTIELS

CLAUDE BRAUN¹

DIRECTEUR MÉDICAL DES HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN
PRÉSIDENT DE LUXEMBOURG-TRANSPLANT

La transplantation d'organes permet de traiter des défaillances irréversibles de certains organes pour sauver des vies ou améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. Le Luxembourg dépend entièrement des programmes de transplantation dans nos pays voisins, mais participe activement grâce aux organes prélevés dans les hôpitaux luxembourgeois. La pénurie d'organes nécessite cependant une discussion sur de nouvelles modalités de prélèvement, comme celui après décès en arrêt circulatoire ou après décès par euthanasie. Certains aspects du cadre légal luxembourgeois existant restent donc à clarifier ou à actualiser avant l'implémentation clinique de ces nouvelles pratiques.

I. INTRODUCTION

La transplantation d'organes améliore considérablement la survie et la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance d'organe terminale. En 2024, la Fondation Eurotransplant a coordonné au sein des centres de transplantation dans ses pays affiliés (Allemagne, Autriche, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg, Slovaquie, Croatie, Hongrie) un nombre de greffes impressionnant : 3 223 reins, 1 741 foies, 1 336 poumons, 698 cœurs, 155 pancréas et sept intestins grêles². Ces 6 275 organes transplantés ont été prélevés auprès de 2 181 patients décédés (plusieurs organes peuvent être prélevés chez un seul donneur). Malgré ces efforts, une pénurie d'organes persiste : 9 184 nouveaux patients ont été inscrits sur une liste d'attente de Eurotransplant au cours de 2024, contribuant à un nombre de 13 570 patients actifs sur liste d'attente au 31 décembre 2024.

Historiquement, la première greffe d'un organe chez un être humain a été réalisée en 1954 par l'équipe de Joseph Murray au Peter Bent and Brigham's Hospital à Boston³.

Le rein d'un donneur vivant a été greffé à son jumeau identique. L'identité immunologique entre les tissus du donneur et du receveur n'a pas provoqué de rejet, et cette situation a permis la survie du receveur sans traitement immunosuppresseur pendant huit ans. Il convient d'ajouter qu'à cette époque, il n'existait pas encore de traitement chronique par dialyse, qui ne se développait qu'à partir de 1966 après la description de la création d'un accès vasculaire permettant des ponctions régulières⁴.

L'euphorie suscitée par la réalisation d'une greffe d'organe a dû être freinée par le fait que, vu l'absence de médicament immunosuppresseur à cette époque, la transplantation entre personnes génétiquement non identiques restait impossible, ne permettant ainsi pas une propagation plus large de ce traitement sauveur de vie. Il fallait donc rechercher d'autres sources pour récupérer des organes pour une greffe. Il était aussi évident que le don vivant était bien une option pour la greffe rénale, mais n'était définitivement pas envisageable pour d'autres organes non paires, tels que le cœur ou le pancréas.

II. DIFFÉRENTES MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT CHEZ UNE PERSONNE DÉCÉDÉE

A. *Don après mort cérébrale (donation after brain death, dbd)*

En 1963, le professeur Guy Alexandre réalisait pour la première fois, aux Hôpitaux universitaires de Louvain, la transplantation d'un rein en provenance d'un patient qu'il décrivait comme « se trouvant dans un état de mort cérébrale »⁵ selon des critères qu'il avait développés, concept qui, à ce moment, n'était pas encore officialisé, ni unanimement accepté par la communauté médicale, ni ancré dans un cadre légal.

1. L'auteur est spécialiste en médecine interne et néphrologie et professeur agrégé à l'Université de Heidelberg. Il est directeur médical des Hôpitaux Robert Schuman au Luxembourg. Il assure la présidence de l'ASBL Luxembourg-Transplant et est membre du Kidney Advisory Committee (ETKAC) de Eurotransplant. Ses points de vue reflètent les discussions et efforts menés au sein du comité de Luxembourg-Transplant.
2. Eurotransplant, *Annual report 2024*, disponible à l'adresse www.eurotransplant.org.

3. J. P. MERRILL, J. E. MURRAY et al., « Successful homotransplantation of the human kidney between identical twins », *J Am Med Assoc*, 28 janvier 1956, 160(4):277-82.
4. M. J. BRESCHIA, J. E. CIMINO et al., « Chronic hemodialysis using venipuncture and a surgically created arteriovenous fistula », *N Engl J Med*, 17 novembre 1966, 275(20):1089-92.
5. <https://surgery.international/professor-guy-alexandre-1934-2024/>.

En 1968, un comité *ad hoc* de la Harvard Medical School⁶ proposait une définition de la mort cérébrale, concept qui au fil des années a été revu et adapté aux avancées de la médecine, mais dont les principes servent toujours de référence pour le cadre légal régissant le constat de la mort. Un forum composé d'experts internationaux a publié, ensemble avec des experts de la World Health Organisation (WHO), en 2014, des recommandations sur la définition de la mort et les mesures diagnostiques y relatives⁷. La mort cérébrale y est décrite comme « *diagnosis and confirmation of death based on the irreversible cessation of functioning of the entire brain, including the brainstem* ». De manière très sommaire, le constat de la mort cérébrale repose sur plusieurs critères, dont le coma (abolition de la conscience et de la vigilance, non réversible par les stimulations), la détermination d'une cause intrinsèque (par exemple une hémorragie cérébrale, une hypoxie cérébrale prolongée) ou extrinsèque (par exemple un traumatisme sévère), l'absence d'autres causes potentiellement réversibles (par exemple une intoxication médicamenteuse, une hypothermie profonde), l'absence de toute activité du tronc cérébral (abolition des réflexes du tronc), l'apnée en présence de stimuli physiologique (arrêt respiratoire en présence d'hypercapnie), et l'irréversibilité de cette situation (répétition du diagnostic après une période définie). En fonction de l'âge du patient et de l'étiologie, des adaptations de la procédure sont à prévoir. Il faut noter que la notion de mort cérébrale comme équivalence de la mort de l'individu n'est pas universellement acceptée. Le Japon a adopté en 1997 avec plus de deux décennies de retard sur les pays occidentaux une loi concernant la mort cérébrale et le prélèvement d'organes⁸. Cette loi ne reconnaît pas la mort cérébrale comme la mort de l'individu, mais comme un état de transition permettant une explantation d'organes au cas où l'intéressé aurait exprimé par écrit sa volonté de donner ses organes et en l'absence d'opposition de la famille. Malgré l'entrée en vigueur de cette loi, les greffes pratiquées à partir des organes d'un sujet en état de mort cérébrale restent très peu répandues au Japon.

B. Don après mort par arrêt circulatoire (donation after circulatory death, dcd)

Les progrès médicaux dans le secteur de la transplantation d'organes à partir de la fin du xx^e siècle entraînaient une pénurie d'organes de plus en plus importante. Avec l'arrivée d'immunosuppresseurs puissants, l'affinement des techniques opératoires, une meilleure gestion du

suivi post transplantation et un élargissement des critères d'éligibilité pour une greffe, notamment l'abolition d'une limite d'âge formelle, de plus en plus de patients pouvaient être mis sur liste d'attente pour un nouvel organe. En conséquence, les temps d'attente sur liste de transplantation ne continuaient d'augmenter, et régulièrement des patients décédaient pendant leur listing actif.

Il y avait donc urgence de trouver des sources supplémentaires d'organes à transplanter. Le don vivant joue un rôle important pour les patients en attente d'un rein. En 2024, 29 % des reins transplantés dans les centres affiliés à Eurotransplant provenaient d'un donneur vivant. Pour le foie, 6 % seulement étaient réalisés sous forme d'un don de lobe hépatique par donneur vivant. Pour plusieurs raisons, il est impossible d'augmenter significativement ce ratio.

Dès le début des programmes de transplantation, des organes en provenance de donneurs décédés après un arrêt cardiaque étaient transplantés. Contrairement à la situation du patient en mort cérébrale, patient traité aux soins intensifs, sous respiration artificielle, chez lequel le cœur continue à battre, le cœur chez le patient en arrêt cardiaque ne produit plus de débit cardiaque, et une phase d'ischémie « chaude » est observée entre le moment de l'arrêt cardiaque et la perfusion avec des liquides froids, début de l'ischémie « froide ». En 2002, l'équipe de transplantation des hôpitaux universitaires de Zürich avait publié les résultats d'une série de 122 patients greffés entre 1985 et 2000 d'un rein de donneur décédé d'arrêt circulatoire. Alors que la fonction initiale du greffon reprenait moins rapidement qu'un rein de donneur décédé par mort cérébrale, la survie du greffon sur 10 ans était strictement identique⁹.

De nombreuses autres études ont confirmé la non-infériorité du don de rein après arrêt circulatoire par rapport à la mort cérébrale. Progressivement, d'autres organes ont été prélevés dans ce même contexte, en commençant par les organes infradiaphragmatiques (foie, pancréas), puis avec l'arrivée de nouvelles techniques de prélèvement et de conservation, les organes supradiaphragmatiques (poumons, cœur). Les résultats de ce type de greffe sont également non inférieurs à la technique de prélèvement après mort cérébrale¹⁰. Le fait que l'on puisse transplanter un cœur après arrêt cardiaque a fait que l'on ne parle plus de prélèvement après arrêt cardiaque, mais après arrêt circulatoire (cette distinction plutôt sémantique nous rencontrera plus tard dans ce texte).

6. JAMA, *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, 5 août 1968, 205(6):337-40.
7. S. D. SHEMEI, L. HORNBY *et al.*, « International guideline development for the determination of death », *Intensive Care Med*, 25 mars 2014, 40(6):788-797.

8. P. CHEMOULLI, « La mort invisible ou le problème de la mort cérébrale et des greffes d'organes au Japon », *Éthique & Santé*, novembre 2004, vol. 1, issue 4, pp. 216-222.
9. M. WEBER, D. DINDO *et al.*, « Kidney transplantation from donors without a heartbeat », *N Engl J Med*, 25 juin 2002, vol. 347, n° 4.
10. J. N. SCHRODER, C. B. PATEL *et al.*, « Transplantation Outcomes with Donor Hearts after Circulatory Death », *N Engl J Med*, 7 juin 2023, vol. 388, n° 23.

III. LA SITUATION DU PRÉLÈVEMENT ET DE LA TRANSPLANTATION D'ORGANES AU LUXEMBOURG

A. Cadre légal

Le Luxembourg dispose depuis 1982¹¹, donc quatre ans plus tôt que la Belgique¹², d'une loi déterminant le cadre du prélèvement de substances d'origine humaine, donc organes et tissus (le prélèvement de sang et de plasma et le transfert d'embryons, entre autres, ne tombent pas sous l'application de cette loi).

Plusieurs points méritent une considération particulière. L'article 6 de cette loi dispose que des « prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur le cadavre d'une personne n'ayant pas de son vivant fait connaître par écrit son refus à un tel prélèvement ». Le Luxembourg s'est donc doté comme un des premiers pays en Europe d'une stratégie de *opt-out* par rapport au prélèvement d'organes et de tissus. En absence de refus documenté, un prélèvement est autorisé (consentement présumé). L'article 9 précise que « avant de procéder au prélèvement, le médecin est tenu de vérifier si le défunt ne s'y est pas opposé ». En pratique clinique, ceci est un point sensible. En absence de tout document signé par le patient de son vivant, l'équipe en charge de décider sur un éventuel prélèvement contacte le ou les proches ou personnes de confiance du défunt pour connaître sa volonté présumée. Il s'avère que, dans un grand nombre de cas, aucune discussion sur ce sujet n'avait été entamée lors de son vivant, et les proches hésitent à se prononcer en faveur.

À cette fin, la loi prévoit dans son article 10 une stratégie d'information de la population. « Lors de chaque délivrance d'un passeport ou d'une carte d'identité ou d'une carte d'identité d'étranger, l'agent remet en même temps au titulaire de cette pièce une formule de déclaration à deux options que l'intéressé peut remplir et signer s'il entend exprimer qu'il est ou qu'il n'est pas donneur d'organes après sa mort. Le ministre de la Santé détermine la forme de cette pièce et il en remet des exemplaires aux services compétents qui sont tenus de les délivrer aux particuliers qui en font la demande, même en dehors de toute délivrance d'une pièce d'identité. Est équivalente à l'autorisation ou au

refus exprimés dans la pièce visée à l'alinéa qui précède toute déclaration d'autorisation ou de refus consignée dans un écrit. » Il est donc question du « passeport de vie », carte prévue pour documenter la volonté de son propriétaire par rapport au prélèvement d'organes et de tissus lors de son décès. La proposition du Conseil d'État¹³ de documenter cette décision directement sur le passeport ou la carte d'identité n'a pas été retenue dans le texte final de cette loi.

Si l'intention semble bonne, la question est permise pour-quoi l'on doit manifester son accord pour un tel geste, alors que seul le refus écrit, tel que stipulé dans l'article 6 de la loi, s'opposerait à un prélèvement.

Force est aussi de constater qu'à notre connaissance, pas un seul document de ce type n'a jamais été remis lors de la délivrance d'un passeport ou d'une carte d'identité.

Avec l'implémentation du dossier de soins partagé (DSP) par l'agence eSanté, chaque personne affiliée à la sécurité sociale luxembourgeoise peut y exprimer sa volonté en matière du don d'organes. Le curseur est mis, par défaut, dans la position « Je suis donneur d'organes », et doit activement être changé en cas de refus du don, reflétant ainsi la logique d'un *opt-out* du cadre légal. La loi du 2 mars 2021 portant création d'un Observatoire national de la santé¹⁴ remplace l'article 10 de loi du 25 novembre 1982 par la disposition suivante : « Lors de son premier accès au dossier de soins partagé visé à l'article 60quater du Code de la sécurité sociale¹⁵, le titulaire du dossier indique s'il s'oppose au prélèvement d'organes après son décès. À défaut de dossier de soins partagé ou en cas de fermeture de celui-ci, une personne peut également exprimer son opposition au prélèvement d'organes par écrit et confier cet écrit à la personne de confiance visée à l'article 12 de la loi modifiée du 24 juillet 2014¹⁶ relative aux droits et obligations du patient. »

Si le DSP d'une personne décédée renseigne un « OUI », ou si une déclaration écrite confirme le consentement à un prélèvement d'organes, il n'y a en principe plus l'obligation de questionner les proches sur la volonté présumée du défunt, mais il y a lieu d'informer que l'on agit suivant la volonté de cette personne.

11. Loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine, *Mém. A/JOGDL*, 3 décembre 1982, n° 98, p. 2002.

12. Loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes, disponible à l'adresse <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1986/06/13/1987009088/justel>.

13. Projet de loi n° 2287 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine, <https://wdocs-pub.chd.lu/docs/archive/32/38/3071160.pdf>.

14. Loi du 2 mars 2021 portant création d'un Observatoire national de la santé et modification 1° de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 2° de la loi modifiée du 25 novembre 1982 relative aux organes destinés à la transplantation ; 3° de la loi modifiée

du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2021/03/02/a168/1o>.

15. Code de la sécurité sociale, 2025, https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/securete_sociale/20250101.

16. Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant : – la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ; – la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ; – le Code civil, <https://legilux.public.lu/filestore/eli/etat/leg/memorial/2014/a140/fr/pdf/eli-etat-leg-memorial-2014-a140-fr-pdf.pdf>.

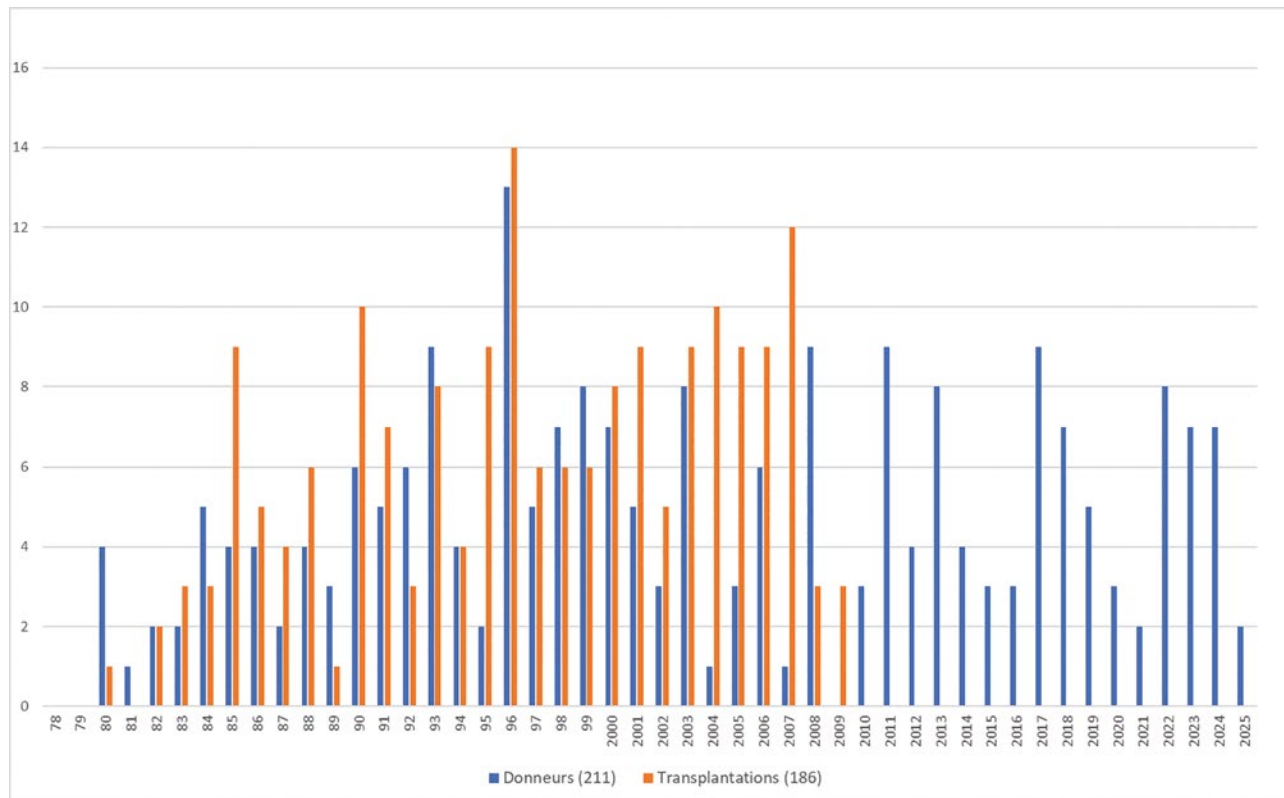
En pratique clinique, les équipes médico-soignantes sont cependant régulièrement confrontées à l'absence de toute déclaration de consentement ou de refus, à une incertitude des proches quant à la volonté présumée de la personne décédée, et à une connaissance souvent rudimentaire du contenu et des fonctionnalités du DSP, voire une certaine méfiance de cet outil. Les mesures de sensibilisation à la thématique du don d'organe doivent donc être poursuivies de manière rigoureuse.

Un point particulier de la loi déterminant le cadre du prélèvement de substances d'origine humaine concerne l'article 8, disposant que « le prélèvement ne peut être effectué que si le défunt a eu son dernier domicile légal au Luxembourg ». Le motif de cette restriction reste peu clair. Le cadre légal diverge entre les différents pays européens (et membres de Eurotransplant). Alors que l'article 10 de la loi belge sur le prélèvement et la transplantation d'organes dispose que « des organes, [...] destinés à la transplantation, ainsi qu'à la préparation, dans les conditions déterminées par l'article 2, de substances thérapeutiques peuvent être prélevés sur le corps

de toute personne inscrite au registre de la population ou depuis plus de six mois au registre des étrangers », la loi allemande ne prévoit pas une telle restriction¹⁷. Comme le Luxembourg dispose d'un nombre très important de travailleurs frontaliers non-résidents, il y a une forte probabilité que la question d'un prélèvement d'organe chez une telle personne se posera. Il est difficile à concevoir pourquoi un don d'organe ne pourrait être réalisé dans le cas d'un patient hospitalisé au Grand-Duché, ayant manifesté son consentement dans son pays de résidence. Ceci est un point à clarifier lors d'une future modification du cadre légal luxembourgeois. À noter qu'au niveau du don vivant d'organe, le domicile légal n'est pas considéré comme critère dans le processus d'évaluation du donneur potentiel.

B. Prélèvement et transplantation au Luxembourg

Le Luxembourg ne dispose actuellement plus de centre de transplantation. Historiquement, des greffes de rein ont été réalisées au Centre Hospitalier de Luxembourg. La dernière transplantation a été réalisée en 2009, avec un total de 186 interventions à partir de 1980¹⁸ (graphique 1).



Graphique 1 : nombre de transplantations (de rein) et de prélèvements (donneurs) réalisés au Luxembourg jusqu'en 2025. À noter qu'un seul prélèvement peut résulter en plusieurs organes du même donneur.

17. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG), 05.11.1997, <https://www.gesetze-im-internet.de/tpg/BJNR263100997.html>.

18. Luxembourg-Transplant, coordination, communication personnelle.

Les patients en attente d'une greffe d'organe sont donc impérativement listés dans un hôpital à l'étranger, en général un centre hospitalier universitaire. La proximité géographique, les bonnes relations confraternelles, la similarité du cadre légal et l'importante activité de transplantation font de la Belgique un partenaire privilégié, et la grande majorité des patients luxembourgeois sont en effet listés dans un centre belge.

L'ASBL Luxembourg-Transplant est le service national de coordination¹⁹ qui établit et tient à jour une liste des coordinateurs de garde impliqués dans la transplantation et le prélèvement d'organes, une liste officielle des patients en attente d'une greffe d'organe. En outre, il met en place des procédures standardisées et applique des modes opératoires de façon à garantir un cadre de qualité et de sécurité allant du prélèvement à la transplantation ou à l'élimination d'organes, conformément aux exigences de l'organisation européenne d'échange d'organes avec laquelle il collabore, ainsi que des procédures permettant de garantir la caractérisation, le transport et la traçabilité des organes, conformément aux dispositions du règlement grand-ducal du 27 août 2013 concernant la caractérisation, le transport et l'échange d'organes destinés à la transplantation²⁰. Les coordinateurs de Luxembourg-Transplant organisent également les prélèvements d'organes dans les hôpitaux luxembourgeois, y inclus la coordination des différentes équipes de prélèvement et le transport des organes vers les centres de transplantation suivant l'allocation décidée par Eurotransplant.

Dans la logique d'allocation de Eurotransplant, le Luxembourg est considéré comme faisant partie de la Belgique (historiquement, les centres belges s'étaient affiliés en plusieurs régions, dans lesquelles les règles d'allocation prévoient un bonus pour les patients listés dans un des centres affiliés si l'organe prélevé provient de ces mêmes centres). Le Luxembourg a donc la formidable chance que ses patients listés en Belgique sont traités comme les résidents belges et profitent des avantages de ce listing. La Belgique étant un pays avec une des plus hautes activités de prélèvement au niveau mondial, le temps d'attente pour un rein est en moyenne aux alentours de deux ans, alors qu'en Allemagne, pays avec une activité nettement inférieure, le temps d'attente peut approcher les neuf à dix ans.

Tous les organes prélevés au Luxembourg étant mis dans le pool commun de Eurotransplant et alloués selon des

règles strictement définies par ses différents comités, il est d'une importance primordiale que le Grand-Duché participe de manière active aux programmes de prélèvement. Il en ressort une obligation sociétale morale de tout mettre en œuvre pour que le Luxembourg ne soit pas considéré comme pays uniquement preneur de greffons, mais plutôt comme acteur contribuant activement au remplissage du pool d'organes mis à disposition des pays membres de Eurotransplant. Les chiffres du graphique montrent cependant une autre réalité. Pour les reins, le Luxembourg profite de plus de transplantations que d'organes prélevés (en moyenne une vingtaine de reins sont greffés à des résidents luxembourgeois). Au niveau du bilan total des organes, entre six et huit donneurs par année sont requis pour obtenir un bilan neutre entre prélèvements et transplantations. À titre informatif, six prélèvements au Luxembourg correspondent à un taux de 8,9 par million d'habitants. La Belgique, en 2024, a réalisé 31,4 prélèvements par million.

C. Le prélèvement après mort en arrêt circulatoire

Comment donc la Belgique arrive-t-elle à développer une telle activité de prélèvement ?

Un des points les plus importants est l'implémentation du concept de prélèvement après mort en arrêt circulatoire. Une formalisation des critères permettant ce diagnostic a été réalisée la première fois lors du premier « International Workshop on Non-Heartbeating Donors » organisé en 1995 à Maastricht²¹. Quatre catégories ont été retenues²² :

- I *Dead on arrival*
- II *Unsuccessful resuscitation*
- III *Anticipated cardiac arrest*
- IV *Cardiac arrest in a brain-dead donor*

Les deux premières catégories sont considérées comme situations « non contrôlées ». Il s'agit de patients arrivant dans un département d'Urgence après ou en cours d'une réanimation cardiopulmonaire, qui s'avèrera sans succès. La mort en arrêt circulatoire sera posée au service d'Urgence même. Ces cas de figure sont, même dans des grands centres hospitaliers, extrêmement rares, comme il faudra disposer, quasi en temps réel, des équipes pouvant poser le diagnostic de la mort selon des protocoles établis, des équipes pouvant procéder immédiatement au

19. Règlement grand-ducal du 18 juillet 2018 relatif à l'organisation et aux méthodes de travail du service national de coordination des dons d'organes, *Mém. A./JOGDL*, 17 août 2018, n° 694.

20. Règlement grand-ducal du 27 août 2013 concernant la caractérisation, le transport et l'échange d'organes destinés à la transplantation, *Mém. A./JOGDL*, 3 septembre 2013, n° 159, p. 3073.

21. G. KOOSTRA et al., « Categories of non-heart-beating donors », *Transplant Proc*, 27 octobre 1995, 27(5):2893-4.

22. A. R. MANARA et al., « Donation after circulatory death », *Br J Anaesth*, janvier 2012, 108 Suppl 1:i108-21.

prélèvement d'organes, et ceci avec les infrastructures adaptées, comme une salle de bloc opératoire libre dans les plus courts délais.

Les catégories III et IV sont considérées comme situations « contrôlées », comme il s'agit de patients hospitalisés, en règle générale en soins intensifs. Alors que la catégorie IV reste également très rare, la catégorie III représente la très grande majorité des prélèvements réalisés après décès circulatoire. Il s'agit essentiellement de patients présentant des pathologies cérébrales graves, comme hémorragie, traumatisme ou hypoxie, mais qui ne vont évoluer vers une mort cérébrale. Un autre cas de figure est celui de patients atteints de maladies neuromusculaires graves et évolutives, qui refusent d'aboutir dans une situation de perte complète d'autonomie et de rester grabataires et dépendants d'un appareil de ventilation jusqu'à la fin de leurs jours. Un retrait de traitement supportif peut alors être envisagé chez ces patients, situation évoluant alors inévitablement vers une mort par arrêt circulatoire. Ce cas de figure est réalisé de manière « programmée », dans un cadre « contrôlé ».

Depuis l'introduction de ce concept en Belgique, de plus en plus de prélèvements d'organes ont pu être réalisés après décès circulatoire. En 2024, 182 de 372 organes (49 % ; tous types confondus) ont été prélevés après décès en mort circulatoire. Le ratio aux Pays-Bas est même plus impressionnant : 65 % des 360 organes prélevés sont issus de patients en arrêt circulatoire. À noter qu'au sein de Eurotransplant, uniquement la Belgique, les Pays-Bas et l'Autriche réalisent ce type de prélèvements. À noter également que les patients luxembourgeois inscrits sur une liste d'un de ces pays profitent des organes issus de ce programme.

Au fil du temps, les critères de Maastricht ont été adaptés. Un ajustement majeur a été proposé par un groupe belge²³, avec l'introduction de la catégorie V, le prélèvement d'organes après euthanasie. Le principe de cette nouvelle catégorie se greffe sur celui de la catégorie IV, avec la principale différence que la demande émane d'un patient demandant activement l'acte de l'euthanasie, suivi par un prélèvement d'organes, et ceci dans le cadre légal en vigueur en Belgique²⁴. En dehors de la Belgique, cette pratique n'est possible qu'aux Pays-Bas, en Espagne, au Canada et dans certains États d'Australie. En 2023, 14 patients avaient opté pour ce choix en Belgique, pour un total de 3 423 euthanasies réalisées.

IV. PRÉLÈVEMENT D'ORGANES APRÈS ARRÊT CIRCULATOIRE AU LUXEMBOURG – LE CADRE LÉGAL

Le règlement grand-ducal du 3 décembre 2009 déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement²⁵ détermine les procédés à suivre pour constater la mort d'une personne avant de procéder à un prélèvement de substances sur son corps. Alors que l'article 2 définit le cadre à respecter lors du constat d'une mort cérébrale, l'article 3 définit quatre situations qui permettent le constat de la mort si les trois critères cliniques suivants — absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, abolition de tous les réflexes du tronc cérébral et absence totale de ventilation spontanée — sont simultanément présents :

- arrêt cardiaque survenu en dehors de tout secours médical et s'avérant immédiatement ou secondairement irréversible ;
- arrêt cardiaque survenu en présence de secours et persistant après tentative de réanimation (massage cardiaque et respiration artificielle) ;
- arrêt cardiaque irréversible survenu après arrêt programmé des soins, décidé en raison d'une destruction extensive du cerveau ;
- arrêt cardiaque irréversible survenu au cours d'un état de mort encéphalique primaire, pendant sa prise en charge en réanimation.

Ces quatre situations ressemblent très fortement aux critères de Maastricht I-IV énumérés ci-dessus. On peut donc raisonnablement argumenter qu'au Luxembourg, rien ne s'oppose à l'implémentation d'un programme de prélèvement d'organes après arrêt circulatoire selon un modèle établi, par exemple, en Belgique.

Quelques mentions méritent cependant une discussion et probablement une adaptation du cadre légal afin de clarifier des nuances sémantiques et d'éviter tout malentendu dans l'interprétation de ce texte.

En effet, le texte fait mention d'« arrêt cardiaque » respectivement d'« arrêt cardiocirculatoire », alors que la nomenclature actuelle officielle est celle d'« arrêt circulatoire ». En pratique clinique, il n'y a pas de différence de fond entre ces différentes descriptions d'une même situation.

23. P. EVRARD, « Belgian Modified Classification of Maastricht for Donors After Circulatory Death », *Transplantation Proceedings*, 2014, vol. 46, n° 9, pp. 3138-3142.

24. Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, et modifications (loi du 27 mars 2024 publiée le 29 mars 2024 [articles modifiés : 3ter, 7, 8, 9, 11 et 13/3]).

25. Règlement grand-ducal du 3 décembre 2009 déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement, *Mém. A./JOGDL*, 16 décembre 2009, n° 240, p. 4291.

Puis il est question de l'arrêt cardiaque irréversible après arrêt programmé des soins, décidé en raison d'une destruction extensive du cerveau. Cette dernière notion n'est médicalement pas très précise, et elle semble exclure des situations d'un arrêt programmé chez des patients souffrant de maladie neuromusculaire sévère et évolutive. L'arrêt des soins ne sera finalement pas décidé en raison d'une destruction du cerveau, mais à la suite de la volonté du patient d'éviter toute souffrance prolongée et toute forme d'acharnement thérapeutique. Ce cas de figure devrait être intégré dans une actualisation de ce règlement grand-ducal.

Enfin, il n'est pas question de la catégorie V des catégories de Maastricht, le prélèvement après euthanasie. Le cadre légal luxembourgeois prévoit l'euthanasie et l'assistance au suicide comme modalités de mort naturelle²⁶. Le législateur ne fait cependant pas de lien entre cette forme de décès et un potentiel prélèvement d'organes. Dans son avis du 2 juin 2009 sur le projet de règlement grand-ducal déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement, le Conseil d'État estime que « la catégorie III englobe désormais également les donneurs potentiels décédés à la suite d'un acte d'euthanasie ou d'aide au suicide, conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. En effet, ces personnes, si elles se sont déclarées donneurs potentiels, remplissent formellement les critères de la catégorie III »²⁷. Ce texte, d'une actualité et modernité étonnantes, mérite une nouvelle lecture dans le contexte actuel d'optimisation du cadre légal relatif aux différentes options de prélèvement d'organes.

Il faut souligner que l'implémentation du prélèvement d'organes chez des patients en arrêt circulatoire ou après euthanasie ne nécessitera pas seulement une adaptation ou du moins un consensus sur l'interprétation du cadre légal actuel. Ces nouvelles options sont loin d'être

acceptées par tous les intervenants médico-soignants potentiellement impliqués dans une telle démarche. En analogie à la réalisation de l'euthanasie, une participation à une telle procédure ne devra pouvoir être imposée (article 15 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide²⁸). Des équipes dédiées sont à privilégier, tout en communiquant de manière transparente aux autres collaborateurs la réalisation de ces procédures dans le respect du cadre légal et de la volonté de la personne décédée. Une procédure décrivant tous les aspects des modalités de constat de la mort et du prélèvement, comme la durée d'observation après arrêt circulatoire (le temps du « *no touch* »), reste à être rédigée et validée pour le Luxembourg. Une communication prudente et avec la sensibilité requise devra se faire au grand public. Il faut mentionner que les coordinateurs de Luxembourg-Transplant sont régulièrement confrontés avec cette question par des membres de famille qui sont au courant de l'existence de cette modalité de prélèvement d'organes dans certains pays, parfois jusqu'à revendiquer la réalisation de cette procédure. Il y a donc une certaine urgence pour clarifier le cadre légal, en vue de pouvoir augmenter le nombre d'organes prélevés au Luxembourg.

V. CONCLUSION

La transplantation d'organes améliore considérablement la survie et la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance d'organe terminale. Le Luxembourg dépend entièrement des programmes de transplantation dans nos pays voisins, mais participe activement grâce aux organes prélevés dans les hôpitaux luxembourgeois. La pénurie d'organes disponibles nécessite une discussion sur de nouvelles modalités de prélèvement, comme celui après décès en arrêt circulatoire ou après décès par euthanasie. Certains aspects du cadre légal luxembourgeois existant restent cependant à clarifier ou à actualiser avant l'implémentation clinique de ces nouvelles pratiques.

26. Loi du 2 mars 2021 modifiant la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Mém. A/JOGDL*, 3 mars 2021, n° 167.

27. Avis n° 48.331 du Conseil d'État du 2 juin 2009 : Projet de règlement grand-ducal déterminant les procédés à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement.

28. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Mém. A/JOGDL*, 16 mars 2009, n° 46, p. 615.

Actualité

RÉSUMÉ DU COLLOQUE « LES ENFANTS DANS LE MONDE DE LA SANTÉ »

MIKE SCHWEBAG

MÉDIATEUR DE LA SANTÉ, JURISTE

MAÏTÉ POOS

MÉDIATRICE AGRÉÉE, JURISTE, SERVICE DU MÉDIATEUR DE LA SANTÉ

Le 29 octobre 2025, le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé¹ a organisé, en partenariat avec le service de l'Ombudsman fir Kanner a Jugendlecher (OKAJU)², une après-midi consacrée aux droits des enfants dans les soins de santé.

Le colloque a réuni environ 70 personnes issues de différents domaines : jeunes, professionnels de santé, associations de patients, représentants des tutelles, acteurs en lien avec la santé des enfants, juristes, etc. Les échanges visaient à réfléchir ensemble sur une thématique commune : s'investir pour offrir aux enfants une expérience positive, dans le respect de leurs droits en matière de santé.

Quatre experts (Dr Annagrazia Altavilla, Prof. Imelda Coyne, M. Andrew Clarke et M^{me} Aurélie Pasquier)³ ont partagé leur savoir et expérience du terrain. Les experts ont notamment présenté le guide du Conseil de l'Europe (CoE) sur la participation des enfants aux décisions de santé⁴, en mettant en avant l'importance de leur implication dans les soins, et ceci même dans des contextes biomédicaux complexes.

Dans son intervention, M^{me} Pasquier (CoE) a notamment souligné le rôle joué par les législations nationales dans le respect des principes éthiques. Ainsi, au Luxembourg, la loi prévoit que l'enfant doit être associé à l'exercice des droits relatifs à sa santé en fonction de sa maturité et que le jeune patient peut, sous certaines conditions, être autorisé à exercer seul ses droits⁵.

La voix des jeunes a notamment été portée par les « Young Advisors » de l'OKAJU. Ils ont créé spécialement pour le colloque deux vidéos pour illustrer avec humour les « bons » comportements et les choses à éviter pour assurer la participation de l'enfant dans les soins.

Les intervenants ont souligné que la participation des enfants en tant qu'acteur de leur propre santé contribue à la diminution de l'anxiété des jeunes patients, et renforce en même temps la compréhension et l'adaptation de l'enfant à des situations complexes. Le fait que l'enfant se sente valorisé et entendu renforce la relation de confiance avec le professionnel de santé, bien que la décision finale incombe généralement aux parents. La participation active de l'enfant dans sa prise en charge préserve son sentiment de contrôle et d'être part entière dans ce triangle processuel entre professionnels de santé, parents et enfant.

Après les présentations des différents intervenants, deux ateliers ont été organisés auxquels les participants ont pu s'inscrire et participer activement.

I. VERS UNE CHARTE NATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT PATIENT

Le premier atelier était dédié à un échange sur le besoin d'une charte nationale des droits de l'enfant patient, son périmètre d'application (services spécialisés, pédiatres ou tous prestataires) et l'identification des éléments essentiels à y intégrer. L'atelier a majoritairement regroupé des professionnels du terrain, des représentants des établissements de santé et des associations des patients. Ils ont échangé sur des expériences propres et se sont prononcés en faveur de l'élaboration d'une charte luxembourgeoise.

Les participants de l'atelier ont notamment mis en avant l'importance que la future charte prenne en compte les spécificités du contexte luxembourgeois, y compris linguistique. Les destinataires de la charte et le périmètre d'application, ainsi que le format (langage facile, utilisation des pictogrammes) et la diffusion de la future charte,

1. www.mediateursante.lu.

2. www.okaju.lu.

3. Vous trouverez plus d'informations sur les intervenants en ligne à l'adresse <https://www.okaju.lu/droits-de-lenfant/sante/>.

4. Disponible en ligne à l'adresse <https://www.coe.int/fr/web/human-rights-and-biomedicine/guide-to-good-practice-concerning-the-participation-of-children>.

5. Art. 13 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; Pour une analyse, voir M. SCHWEBAG, « Le patient mineur et ses parents face aux soins de santé », *RLDS*, 2022, n° 9-10, pp. 11-23.

ont été discutés. L'objectif retenu est que la future charte soit accessible, inclusive et adaptée à la diversité de la population (diversité de genre, d'origines socio-ethniques, de langues parlées, etc.) au Grand-Duché du Luxembourg.

II. PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES ENFANTS CONCERNANT LEUR SANTÉ : ÉCHANGE D'EXPÉRIENCES, PROJETS, BONNES PRATIQUES

Le deuxième atelier était consacré à la participation des enfants aux décisions concernant leur santé. Il a permis aux participants issus de différents domaines (professionnels de santé, médecine scolaire, associations, etc.) d'échanger autour de leur expérience de terrain. Un état des lieux a été fait et des bonnes pratiques ont été recueillies, qui s'articulaient autour de cinq grands axes, à savoir la communication avec les enfants, l'implication des enfants, l'éducation des enfants à la santé, les limites rencontrées ainsi que les propositions d'amélioration (par exemple la simplification du vocabulaire utilisé, avoir recours à des facilitateurs de discussion en cas d'attentes divergentes entre parents et enfants, l'inclusion directe de l'enfant, etc.).

Les principaux freins relevés sont notamment la barrière linguistique, un dialogue centré sur les parents et non sur

l'enfant lui-même, et un manque de temps des professionnels ou des parents.

Les participants au colloque, notamment aux ateliers, ont exprimé leur souhait de poursuivre les échanges à travers un espace d'échanges dédié (sous forme de plateforme ou autre), basé sur les besoins identifiés sur le terrain. La mise en place d'un tel espace permettrait, collectivement, de progresser, de favoriser les bonnes pratiques et d'affronter les défis rencontrés sur le terrain.

À travers son mot de clôture, M^{me} Martine Deprez, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, a remercié les participants et les experts pour la qualité des échanges. Madame la ministre a souligné l'importance d'écouter les voix des jeunes patients et a encouragé à poursuivre les réflexions et travaux en vue d'offrir aux enfants une expérience positive lors des soins médicaux, dans le respect de leurs droits.

Plus d'informations sur le colloque du 29 octobre 2025 sont disponibles en ligne sur le site de l'Ombudsman fir Kanner a Jugendlecher : <https://OKAJU.lu/sante>. ■



1
DEFINITION D'UN ENFANT



2
MEMES DROITS POUR TOUS



3
INTERET SUPERIEUR DE L'ENFANT



4
RENDRE LES DROITS REELS



5
ROLE DE LA FAMILLE



6
VIE, SURVIE ET DEVELOPPEMENT



7
NOM ET NATIONALITE



8
IDENTITE



9
NON-SEPARATION DES FAMILLES



10
CONTACT AVEC LES PARENTS A L'ETRANGER



11
PROTECTION CONTRE LES ENLEVEMENTS



12
RESPECT DE L'AVIS DES ENFANTS



13
LIBRE PARTAGE DES IDEES



14
LIBERTE DE PENSEE ET DE RELIGION



15
CREER OU REJOINDRE DES GROUPES



16
PROTECTION DE LA VIE PRIVEE



17
ACCES AUX INFORMATIONS



18
RESPONSABILITE DES PARENTS



19
PROTECTION CONTRE LA VIOLENCE



20
ENFANTS PRIVES DE FAMILLE



21
ENFANTS ADOPTES



22
ENFANTS REFUGIES



23
ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP



24
SANTE, EAU, NOURRITURE, ENVIRONNEMENT



25
REVOIR LE PLACEMENT DE L'ENFANT



26
AIDE DES GOUVERNEMENTS



27
NOURRITURE, VETEMENTS ET LOGEMENT SUR



28
ACCES A L'EDUCATION



29
OBJECTIFS DE L'EDUCATION



30
CULTURE, LANGUE ET RELIGION DIFFERENTES



31
REPOS, JEU, CULTURE ET ARTS



32
PROTECTION CONTRE LE TRAVAIL DANGEREUX



33
PROTECTION CONTRE LES DROGUES



34
PROTECTION CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES



35
PREVENTION DE LA VENTE ET DE LA TRAITE



36
PROTECTION CONTRE L'EXPLOITATION



37
ENFANTS EMPRISONNES



38
PROTECTION EN TEMPS DE GUERRE



39
RETABLISSEMENT ET REINTEGRATION



40
ENFANTS AYANT DESOBEI A LA LOI



41
APPLICATION DES MEILLEURES LOIS



42
CONNAISSANCE DES DROITS DE L'ENFANT



43-54
FONCTIONNEMENT DE LA CONVENTION

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

7 Lorsqu'ils naissent, les enfants doivent être enregistrés et recevoir un nom officiellement reconnu par le gouvernement de leur pays. Les enfants doivent avoir une nationalité (appartenir à un pays). Autant que possible, les enfants doivent connaître leurs parents et être élevés par eux.

6 Chaque enfant a le droit de vivre. Les gouvernements doivent s'assurer que les enfants survivent et s'épanouissent le mieux possible.

5 Les gouvernements doivent laisser les familles et les communautés guider leurs enfants pour que, en grandissant, ils apprennent à utiliser leurs droits le mieux possible. Plus les enfants grandissent, moins ils auront besoin de conseils.

4 Les gouvernements doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour que tous les enfants habitant ou de passage dans leur pays profitent de tous les droits qui sont dans cette convention.

3 Les adultes doivent réfléchir aux effets que leurs décisions auront sur les enfants. Tous les adultes doivent faire ce qui est mieux pour les enfants. Les gouvernements doivent s'assurer que les parents, ou d'autres personnes si nécessaire, protègent les enfants et s'occupent d'eux. Ils doivent aussi faire attention à ce que toutes les personnes et tous les endroits qui s'occupent des enfants fassent leur travail le mieux possible.

2 Tous les enfants, garçons ou filles, ont ces droits, peu importe qui ils sont, où ils vivent, la langue qu'ils parlent, leur religion, ce qu'ils pensent, à quoi ils ressemblent, s'ils ont un handicap, s'ils sont riches ou pauvres, qui sont leurs parents ou leur famille et ce que ces derniers pensent ou font. Aucun enfant ne doit être traité injustement pour quelque raison que ce soit.

1 Un enfant est une personne de moins de 18 ans.

14 Les enfants ont le droit d'avoir leurs propres pensées, opinions et religion, mais cela ne doit pas empêcher d'autres personnes de profiter de leurs droits. Les parents peuvent guider les enfants et leur apprendre à utiliser correctement ce droit en grandissant.

13 Les enfants ont le droit de partager librement ce qu'ils apprennent, pensent et ressentent, que ce soit en parlant, en dessinant, en écrivant ou de toute autre manière, sauf si cela fait du mal à d'autres personnes.

12 Les enfants ont le droit de donner librement leur avis sur les questions qui les concernent. Les adultes doivent les écouter avec attention et les prendre au sérieux.

11 Les gouvernements doivent empêcher qu'un enfant soit emmené en dehors du pays si cela est contre la loi. Cela peut arriver par exemple en cas d'enlèvement ou lorsque l'un des deux parents retient un enfant dans un autre pays contre la volonté de l'autre parent.

10 Lorsqu'un enfant ne vit pas dans le même pays que ses parents, les gouvernements doivent laisser l'enfant et ses parents voyager afin qu'ils puissent rester en contact et être ensemble.

9 Les enfants ne doivent pas être séparés de leurs parents sauf si ceux-ci ne les élèvent pas correctement. C'est le cas lorsqu'un parent fait du mal à un enfant ou ne s'occupe pas de lui. Les enfants dont les parents ne vivent pas ensemble doivent pouvoir rester en contact avec leurs deux parents, sauf si cela leur fait du mal.

8 Les enfants ont le droit d'avoir leur propre identité, c'est-à-dire un document officiel disant qui ils sont et précisant leur nom, leur nationalité et leurs relations familiales. Personne ne doit leur enlever cette identité. Cependant, si cela arrive, les gouvernements doivent les aider à la retrouver rapidement.

21 Lorsqu'un enfant est adopté, le plus important est de faire ce qui est le mieux pour lui ou pour elle. Si l'enfant ne peut pas être élevé correctement dans son propre pays - en vivant avec une autre famille, par exemple - il peut être adopté dans un autre pays.

20 Tout enfant qui ne peut pas être élevé par sa propre famille a le droit d'être élevé correctement par des personnes qui respectent sa religion, sa culture, sa langue et tout autre aspect de sa vie.

19 Les gouvernements doivent protéger les enfants contre la violence, les mauvais traitements et le manque de soins et d'attention de la part de toutes les personnes qui s'occupent d'eux.

18 Élever les enfants est principalement la responsabilité des parents. Lorsqu'un enfant n'a pas de parents, la responsabilité de l'élever doit être donnée à un autre adulte qu'on appelle un « représentant légal ». Les parents et les représentants légaux doivent toujours tenir compte de ce qui est mieux pour l'enfant. Le gouvernement du pays doit les aider. Lorsqu'un enfant a ses deux parents, ils sont tous les deux responsables de l'élever.

17 Les enfants ont le droit de recevoir de l'information sur Internet, à la radio, à la télévision, dans les journaux, les livres et d'autres sources. Les adultes doivent faire attention à ce que ces informations ne soient pas dangereuses pour les enfants. Les gouvernements doivent encourager les médias à partager des informations provenant de différentes sources, dans des langues que tous les enfants peuvent comprendre.

16 Chaque enfant a le droit à une vie privée. La loi doit protéger les enfants contre toute attaque à leur vie privée, à leur famille, à leur foyer, à leurs communications et à leur réputation.

15 Les enfants peuvent rejoindre ou créer des groupes ou des associations et se réunir avec d'autres personnes, du moment que cela ne fait de mal à personne.

28 Chaque enfant a droit à une éducation. L'école primaire doit être gratuite. Chaque enfant doit avoir accès à l'éducation secondaire et à l'éducation supérieure. Les enfants doivent être encouragés à atteindre le niveau d'éducation le plus élevé possible. La discipline à l'école doit respecter les droits de l'enfant et ne doit jamais utiliser de la violence.

27 Les enfants ont le droit d'être nourris et habillés et de vivre dans un lieu sûr afin de pouvoir s'épanouir le mieux possible. Les gouvernements doivent aider les familles et les enfants qui n'ont pas les moyens de payer pour tout cela.

26 Les gouvernements doivent fournir de l'argent ou d'autres types de soutien afin d'aider les enfants des familles pauvres.

25 Lorsqu'un enfant est placé pour habiter dans un autre endroit que chez lui, que ce soit pour des raisons de soins, de protection ou de santé, sa situation doit être suivie souvent afin de vérifier que tout va bien et qu'il se trouve toujours dans l'endroit qui est le meilleur pour lui.

24 Les enfants ont le droit d'avoir les meilleurs soins de santé possible, de l'eau potable, de la nourriture saine et de vivre dans un environnement propre et sûr. Tous les adultes et les enfants doivent être informés de la manière de rester en sécurité et en bonne santé.

23 Tout enfant en situation de handicap doit avoir la meilleure vie possible dans la société. Les gouvernements doivent supprimer tous les obstacles qui empêchent les enfants en situation de handicap de devenir indépendants et de participer activement à la vie de la communauté.

22 Les enfants qui quittent leur pays pour s'installer dans un autre pays en tant que réfugiés (parce qu'ils n'étaient pas en sécurité chez eux) doivent recevoir une protection et de l'aide, et avoir les mêmes droits que les enfants nés dans le pays dans lequel ils sont arrivés.

35 Les gouvernements doivent faire attention à ce que les enfants ne soient pas enlevés ou vendus et à ce qu'ils ne soient pas emmenés dans d'autres pays ou endroits pour y être exploités (c'est-à-dire que l'on profite d'eux).

34 Les gouvernements doivent protéger les enfants de l'exploitation sexuelle et des violences sexuelles, par exemple contre des personnes qui forcent les enfants à avoir des relations sexuelles contre de l'argent ou à faire des photos ou des films sexuels.

33 Les gouvernements doivent protéger les enfants des drogues dangereuses et doivent faire attention à ce qu'ils n'en prennent pas, n'en fabriquent pas, n'en transportent pas et n'en vendent pas.

32 Les enfants ont le droit d'être protégés de tout travail dangereux ou mauvais pour leur éducation, leur santé ou leur développement. S'ils travaillent, ils ont le droit d'être en sécurité et d'être payés comme il faut.

31 Chaque enfant a le droit de se reposer, de se détendre, de jouer et de participer à des activités culturelles et créatives.

30 Chaque enfant a le droit de parler sa propre langue, et de pratiquer sa propre culture et sa propre religion, même si la plupart des personnes du pays dans lequel il vit ont une langue, une culture ou une religion différentes.

29 L'éducation des enfants doit les aider à développer pleinement leur personnalité, leurs talents et leurs capacités. Elle doit leur enseigner à comprendre leurs droits et à respecter les droits et la culture des autres, ainsi que leurs différences. Elle doit les aider à vivre en paix et à protéger l'environnement.

42 Les gouvernements doivent activement faire connaître cette convention aux enfants et aux adultes afin que tout le monde soit informé des droits de l'enfant.

41 Si un pays a des lois qui protègent mieux les droits de l'enfant que cette convention, ces lois doivent être appliquées.

40 Les enfants accusés de ne pas respecter la loi ont le droit de recevoir un traitement juste et une aide de personnes qui connaissent la loi. Un grand nombre de solutions doivent être disponibles pour aider ces enfants à devenir de bons membres de la communauté. La prison doit toujours être la dernière possibilité choisie.

39 Les enfants blessés ou victimes de mauvais traitements, de négligence ou de la guerre ont le droit d'obtenir de l'aide pour pouvoir se rétablir et retrouver leur dignité.

38 Les enfants ont le droit d'être protégés en temps de guerre. Aucun enfant de moins de 15 ans ne peut faire partie de l'armée ou participer à des combats.

37 Les enfants accusés de ne pas respecter la loi ne doivent pas être tués, torturés, traités cruellement, ni emprisonnés pour toute la vie ou avec des adultes. La prison doit toujours être la dernière possibilité choisie et pour une durée aussi courte que possible. Les enfants emprisonnés doivent être aidés par un avocat ou d'autres personnes qui connaissent la loi et doivent pouvoir rester en contact avec leur famille.

36 Les enfants ont le droit d'être protégés contre toute autre forme d'exploitation (c'est-à-dire que l'on profite d'eux), même si elle n'est pas spécifiquement mentionnée dans cette convention.

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT DES NATIONS UNIES VERSION POUR LES ENFANTS

La Convention relative aux droits de l'enfant est un accord important signé par des pays qui ont promis de protéger les droits de l'enfant. La Convention relative aux droits de l'enfant explique qui sont les enfants, quels sont leurs droits et quelles sont les responsabilités des gouvernements (c'est-à-dire les dirigeants du pays) en ce qui les concerne. Tous ces droits sont liés entre eux, sont aussi importants les uns que les autres et ne peuvent être retirés aux enfants.

Plus d'informations sur unicef.lu/childrights/.

unicef | fir all Kand

Impression réalisée avec le soutien financier du Service des Droits de l'enfant, MENJE
LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse

43-54 Ces articles expliquent les efforts des gouvernements, de l'Organisation des Nations Unies (par exemple le Comité des droits de l'enfant et l'UNICEF), ainsi que d'autres organisations, pour que tous les enfants puissent profiter de chacun de leurs droits.

UNE ANALYSE PROSPECTIVE DU DROIT APPLICABLE AUX TECHNIQUES D'ÉDITION DU GÉNOME GERMINAL HUMAIN

Préface : **Jörg Gerkrath**



92€ TTC
402 pages
Édition 2025

La première étude approfondie en français sur les techniques d'édition du génome germinale humain et leur encadrement juridique et philosophique à l'international.

AUTEUR : JEAN-AYMERIC MAROT

Pour toute commande :
contact@legitech.lu
www.legitech.lu

LEGITECH éditeur juridique



Gagnez en temps et en efficacité

LEXNOW facilite vos recherches juridiques et vous donne un accès rapide à toute la législation consolidée, la jurisprudence, les dossiers parlementaires, les circulaires... LexNow est alimentée quotidiennement et enrichie par des commentaires et notes de professionnels de renom.



Pour découvrir Lexnow,
rendez-vous sur
www.lexnow.lu



ou contactez-nous au
+352 26 31 64-1



ou par email à
lexnow@legitech.lu

LEXNOW
LEGAL WATCH FOR YOU

powered by Legitech

DROIT & SANTÉ

REVUE LUXEMBOURGEOISE

#26 - MARS 2026

RL⁻
DS

Doctrine

L'étiquetage nutritionnel
à l'épreuve de la loyauté :
entre protection de la santé
du consommateur et stratégies
du marketing nutritionnel

Annaëlle Nahon

1

L'édition du génome germinal
humain, ou l'élaboration
des lois de l'hérédité

Jean-Aymeric Marot

9

Prélèvement d'organes
après arrêt circulatoire :
besoin médical, cadre légal
et obstacles potentiels

Claude Braun

17

Actualité

Résumé du colloque
« les enfants dans le monde
de la santé »

Mike Schwebag, Maïté Poos

24

Legitech Sàrl

1, rue Pletzer,
L-8080 Bertrange

T +352 26 31 64-1
www.legitech.lu



Depuis 2006
20 LEGI éditeur juridique
JOER

PERIODIQUE

Post
LUXEMBOURG

Envois non distribuables à retourner à:
L-3290 BETTEMBOURG

PORT PAYÉ
PS/766

