

# Quatre enjeux éthiques de la « e-santé »

Edouard Kleinpeter.

Institut des sciences de la communication (CNRS, Université Paris Sorbonne, Université Pierre et Marie Curie)  
Paris, France  
edouard.kleinpeter@cnrs.fr

## Mots-clés

Ethique – Communication – Protection des données – Accessibilité – Quantified Self

## Résumé

Cette communication propose d'aborder, sans prétention à l'exhaustivité, quatre enjeux éthiques liés à la e-santé. Le premier est celui de la génération des données médicales, de leur redéfinition alors que se multiplient et se décentralisent les outils de mesure, de leur protection et de leur usage. Le second est celui de l'égalité d'accès aux technologies de e-santé, qui doit être pensé à la fois sur les plans politiques, économiques et en matière d'accessibilité matérielle et cognitive. Le troisième est celui de l'approche implicite du corps, de la maladie et du soin sur laquelle se fonde la e-santé et qui redéfinissent les contours de la normativité. Si le corps est essentiellement considéré comme une entité génératrice de données, la maladie s'apparente à une dysfonction qu'il s'agit de réparer. Or, cette conception évacue la dimension psychologique du mal-être du patient et le subordonne à un acte médical mécanisé. Elle ouvre également la voie à une augmentation de la santé, à une « sur-santé », en faisant de chaque individu le gestionnaire de son propre « capital santé ». Enfin, le quatrième, conséquence du précédent, concerne l'abandon du langage et pose la question de la reconfiguration de la relation entre le médecin et son patient et pointe la nécessité de la relation à l'autre, de la mise en mot de la pathologie.

## INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait, dans le préambule de sa Constitution entrée en vigueur en 1948, la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2006). Cette définition fixe non seulement l'horizon normatif de la médecine, entendue comme « art de guérir », mais nous conduit également à envisager dans quelle mesure les dispositifs technologiques, dits de « e-santé », contribuent d'une part à la réalisation de l'objectif d'une meilleure santé pour tous, tout en reconfigurant, d'autre part, les rapports que nous entretenons à notre propre santé.

Les bénéfices potentiels de la « e-santé » sont, de fait, nombreux et objectifs, en matière d'efficacité diagnostique, d'autonomie du patient, de suivi médical, de personnalisation du traitement, d'économie sur les dépenses publiques, de prévention et d'alerte sanitaire, de diffusion de l'information aux populations et aux personnels de santé, etc. Dans le même temps, et de manière non moins objective, leur conception et leur développement reposent sur une approche bien spécifique de la médecine et du rapport au corps qu'il s'agit de mettre à jour et d'interroger sur le terrain de l'éthique. Nous soulèverons, lors de cette communication, quatre enjeux qui, nous semble-t-il, doivent être posés ou réactualisés dans le cadre de l'utilisation des dispositifs de e-santé.

## I. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES MEDICALES ET ENJEUX DE DEFINITION

La question de la protection des données personnelles médicales, si elle n'est pas nouvelle et fait d'ores et déjà l'objet de nombreux travaux, doit néanmoins être retravaillée à l'heure où les données de santé peuvent être (et sont) collectées, stockées et exploitées par des organismes qui échappent en partie au contrôle de la puissance publique. On pense, par exemple, à Calico (*California Life Company*), à la firme 23AndMe ou au projet *Google Health*, trois *spin-off* de la firme de Mountain View, qui se fixent pour objectifs respectifs de combattre le vieillissement, de vendre des analyses génétiques et d'archiver des dossiers médicaux, en faisant un usage massif de l'expertise de Google en matière d'exploitation et de traitement algorithmique de données. En Europe, la Charte des droits fondamentaux fait état, dans l'article 8, du droit de « *toute personne à la protection des données à caractère personnel la concernant* ». Mais comment concilier, d'une part, la simplicité d'usage et la fluidité des échanges d'information qui font la force des dispositifs de e-santé et, d'autre part, la nécessaire sauvegarde de ce droit fondamental ? Comment se prémunir, par exemple, de l'usage de ces données par les compagnies d'assurance ? Rappelons à cet égard que la Grande-Bretagne a autorisé, sous certaines conditions<sup>1</sup>, l'accès aux résultats de tests génétiques

<sup>1</sup> Notamment en fonction de la hauteur du contrat d'assurance : à partir de £500.000 pour un contrat

aux assureurs (ABI, 2014). Par ailleurs, si la pratique de la médecine se déplace à présent hors les murs des institutions de santé, sur des supports de plus en plus nombreux et diversifiés, comment garantir la sécurité des échanges et du stockage d'information face à de potentiels piratages ?

On serait tenté de n'y voir ici qu'un enjeu technique, mais une autre question se pose, à savoir : comment définir ce qu'est une donnée de santé et, partant, ce qu'il s'agit de protéger ? Les dispositifs de e-santé sont, en effet, capables de mesurer de nombreux paramètres physiques et physiologiques liés au fonctionnement organique du corps d'un individu, à ses variables morphologiques, à son activité, voire à son état émotionnel. Dès lors, comment discriminer, à un instant donné, les données pertinentes à l'établissement d'un diagnostic ou, plus prosaïquement, celles qui relèvent du droit à la protection et celles qui pourraient (devraient ?) être anonymisées et/ou partagées ? Dans un rapport commandé par la Cnil en 2013, le cabinet d'avocats Hogan Lovells souligne, précisément, cette absence de délimitation claire de la notion de donnée de santé dans les législations internationales. Elle est « souvent définie de manière empirique, selon les circonstances du traitement et le type d'information concernée » (Cnil, 2014). La Food & Drug Administration américaine, responsable des certifications de mise sur le marché des dispositifs médicaux, a émis en 2015 les lignes directrices (*guidance*) de la régulation pour les dispositifs de santé connectée qui établit clairement ce qu'est un dispositif de données médicales<sup>2</sup> sans toutefois définir avec précision ce que sont, précisément, ces données médicales (FDA, 2015a ; 2015b). En Europe, le Groupe européen des protections de données (dit groupe « Article 29 ») a produit en 2007 un document de travail sur le traitement des données personnelles relatives à la santé dans les dossiers médicaux électroniques (*electronic health records*). Il rappelle notamment l'article 8 de la Directive 95/46/EC du Parlement et du Conseil de l'Europe interdit « le traitement de données personnelles dévoilant des origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, religieuses ou philosophiques, les adhésions à des syndicats, et les données concernant la santé ou la sexualité »

---

d'assurance vie, £300.000 pour une assurance contre les maladies graves (*critical illness insurance*), £30.000 pour une assurance contre la perte des revenus (*income protection insurance*).

<sup>2</sup> Il y est mentionné qu'un « Dispositif de données médicales est un dispositif qui est destiné à remplir l'un des usages suivants : i) le transfert électronique de données médicales, ii) le stockage électronique de données médicales, iii) la conversion électronique de données médicales d'un format dans un autre ou iv) l'affichage électronique de données médicales » (FDA, 2015b)

(Groupe Article 29, 2007) et définit à cet égard les données de santé comme celles qui ont un « lien clair et étroit » (« *clear and close link* ») avec la description de l'état de santé d'une personne. Les données administratives, telles que le numéro de sécurité sociale, sont quant à elles qualifiées de « sensibles » (« *sensitives* ») et ne devant être divulguées que dans le contexte d'un acte médical. Toutefois, il n'est là encore pas évident de déterminer, dans de nombreux cas, si les données ont, oui ou non, un lien « clair et étroit » avec la santé d'un individu, notamment car elles sont bien souvent confondues avec des données de « bien-être » qui, elles, n'imposent pas de régulation a priori. S'il est potentiellement opératoire dans le cadre d'une pratique habituelle de la médecine, telle que pratiquée et encadrée par des acteurs humains, il est évident que ce flou ne saurait subsister sans dommage dans le cadre de la génération, du stockage et du traitement automatisé de données.

## II. EGALITE D'ACCES AUX TECHNOLOGIES DE L'E-SANTE

Ici encore, l'OMS pose dans son préambule le droit fondamental de tout être humain de posséder « le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » (OMS, *op. cit.*). Dès lors, si les technologies de l'e-santé concourent effectivement à atteindre ce meilleur état de santé, la question se pose de leur accessibilité, à la fois matérielle et cognitive, au sein des sociétés humaines. L'enjeu est, en premier lieu, celui des politiques de santé publique : comment favoriser, garantir et soutenir cet accès à l'ensemble des populations tout en maintenant la viabilité du système ? En second lieu, et en lien avec le premier, la question se pose sur le plan économique. Les technologies innovantes ont potentiellement un coût de développement élevé sur lequel leurs concepteurs espèrent, à juste titre, un retour sur investissement. Dès lors, comment répartir au mieux les coûts, évaluer au plus près le service médical rendu et décider de ce qui, éventuellement, pourra être pris en charge par la collectivité ? Si la e-santé laisse entrevoir une diminution des dépenses de santé en autonomisant le patient et en automatisant partiellement le diagnostic, le coût des technologies elles-mêmes et de leur diffusion au plus grand nombre reste à évaluer. En l'état actuel, le système de e-santé et, plus particulièrement, de santé mobile, est en plein essor avec un marché qui est passé de 17000 à 97000 applications mobiles de santé entre 2010 et 2012 (Cnil, *op. cit.*). Les prévisions sont également à la hausse et le potentiel considérable. Selon un rapport du cabinet Research2guidance paru en 2013 et cité par la Cnil (*ibid.*), le marché de la santé mobile représentera 26 milliards de dollars et concernera 1,7 milliards de personnes (sur 3,4

milliards de détenteurs de Smartphone) à l'horizon 2017. La vente d'appareils et de capteurs connectés représentera quant à elle 5 milliards de dollars en 2017 contre plus de 18 milliards pour les services. Les modèles économiques des acteurs du marché sont majoritairement fondés sur la monétisation des données produites par leurs utilisateurs : « *Si vous ne payez pas pour le service, c'est que vous êtes le produit* » (*ibid.*). Les différentes stratégies, assez classiques parmi les entrepreneurs du Web, consistent soit à récupérer les données pour générer des publicités ciblées, soit à les revendre sous forme agrégées (anonymisées) à d'autres acteurs économiques, soit à les intégrer dans une logique de plateforme, puis à en proposer l'accès à d'autres entreprises. Enfin, en troisième lieu se situent les enjeux en matière d'ergonomie. Il s'agit, en effet, de permettre l'accès le plus large aux technologies de l'e-santé quelles que soient les capacités physiques et cognitives des personnes qui en ont besoin, en particulier les publics les plus fragiles. Selon une enquête Ifop commandée par BNP Paribas et publiée en décembre 2013, seuls 11% des foyers français disposent actuellement d'un objet connecté de e-santé (balance, montre, coach électronique, etc.). Parmi les 89% qui n'en possèdent pas, seuls 12% prévoient d'en faire l'acquisition dans les trois prochaines années (Ifop, 2013), les principaux freins étant le scepticisme sur l'efficacité de la mesure, la peur de l'intrusion, de la mauvaise utilisation, du contrôle ou de la dépendance et, enfin, de ne pas être capable de s'en servir. Ces résultats relativisent, du moins en France, le potentiel de développement du marché, subordonné à une certaine méfiance de la part des utilisateurs potentiels.

### III. VERS UN NOUVEAU RAPPORT AU CORPS ET A LA MEDECINE

Une autre question que pose le développement de la e-santé est celui de la conception particulière de la médecine sur laquelle elle se fonde et qui s'orienterait davantage vers une « science de la mesure » qu'un « art de guérir ». La puissance de quantification apportée par les dispositifs technologiques entraîne, de fait, un rapport au corps et à la pathologie de plus en plus orienté par les données qu'ils permettent de recueillir. Un signe est l'apparition récente de la notion de « capital santé » que posséderait chaque individu et qu'il s'agirait d'évaluer, d'entretenir, de préserver, de faire fructifier, bref, de gérer, comme si la maladie ou le mal-être pouvaient être traduits sous forme de chiffres ou de statistiques. Le corps est alors assimilé à une machine et la maladie, à une dysfonction pour laquelle, pour reprendre les termes d'Henri Atlan, « *d'un point de vue biologique, la personne n'existe pas* » (Atlan & Bousquet, 1993). Si cette approche mécaniste et

systématique est l'un des fondements de la médecine en tant qu'elle permet, notamment, la reproductibilité de l'acte et la transmissibilité des bonnes pratiques par l'enseignement, elle évacue la mentalisation et le ressenti du patient dont l'apprentissage fait, pourtant, également partie intégrante de la formation des jeunes médecins. Dans cette approche, le corps et sa physiologie sont réduits à un ensemble de données qui ne peuvent, par essence, pas retranscrire le vécu du patient, ou ce que cela signifie pour lui d'habiter un corps, malade ou non. Cette évacuation du mental est décrite par David Le Breton lorsqu'il écrit que « *toute forme vivante ou non tend désormais à être perçue comme un agrégat d'informations. Le monde animé se transforme en message déjà déchiffré ou en voie de l'être. Son infinie complexité et ses ambivalences se résolvent en un modèle unique de comparaison mettant sur le même plan des réalités différentes en liquidant leur statut ontologique.* » (Le Breton, 2013). Ceci implique que les dispositifs capables de gérer au mieux ces « *agrégats d'informations* » sont, dès lors, les plus à même d'en repérer et réparer les dysfonctions.

En encourageant la standardisation par la quantification obsessionnelle de soi, le risque associé est celui d'une uniformisation vers la moyenne, d'une « normopathie », où personne ne saurait jamais être « suffisamment normal » avec, pour corollaire, l'hypocondrie généralisée. Le concept de « normativité », classiquement avancé par Georges Canguilhem pour définir l'état non-pathologique d'un organisme se réfère à l'organisme lui-même, au mode d'existence de l'individu et la norme n'est de surcroît, comme il l'écrit, « *pas un concept statique ou pacifique, mais un concept dynamique et polémique* » (Canguilhem, 2013, p. 225). Autrement dit, la norme est toujours négociée, à un instant et dans une société donnés, pour un individu particulier, et ne saurait être imposée par la technologie, forcément simplificatrice et universalisante. Dans une recherche en cours menée dans le cadre d'un projet partenarial sur l'agénésie de membre (absence de formation d'un membre pendant la vie intra-utérine), les premiers résultats<sup>3</sup> d'une enquête menée par entretiens sociologiques qualitatifs (16 individus) et par entretiens cliniques de recherche en psychanalyse (6 individus rencontrés 6 fois chacun) ont permis de mettre en évidence cette tension entre le vécu de la personne agénésique d'une part et la norme exogène à laquelle il est soumis d'autre part, tension qui se modifie, en particulier, sous l'effet de l'appareillage du corps par une prothèse. Il apparaît en effet que l'individu

<sup>3</sup> Projet de partenariat institution-citoyens pour la recherche et l'innovation (Picri) soutenu par la région Ile-de-France sur la période 2014-2016 : *Agénésie : Des corps incomplets ?* Les premiers résultats sont en cours de publication.

pensera son corps complet (appareillé ou non) dès lors qu'il satisfait à la norme telle qu'il la conçoit (ce qui comprend, entre autres, l'intériorisation faite par l'individu de la norme exogène), ou incomplet dès lors qu'il perçoit une distance, respectivement, entre son corps et la norme. La prothèse tend alors tantôt à satisfaire à une normativité sociale, sans que la personne elle-même n'en ressente forcément l'utilité, tantôt à réparer un corps perçu comme déficitaire. Autrement dit, la technique participe, à tout moment, à la construction et à la représentation de la normativité individuelle. Comme l'écrit Dominique Lecourt : « Non, la technique n'est pas extérieure à la vie humaine. Issue de la vie, elle y trouve sa place, y insère et y compose ses normes » (Lecourt, 2003, p. 94). Elle est, donc, l'une des composantes de la norme, mais ne saurait en constituer l'unique prescripteur.

Dans le même ordre d'idées, le mouvement de « l'auto-mesure de soi » (*quantified self*) institue non seulement l'individu en tant qu'entrepreneur de sa propre santé, mais pose aussi les fondements de la recherche d'une santé parfaite, d'une « sur-santé ». Incidemment, c'est dans cette lignée que s'inscrit le mouvement transhumaniste. Il préconise, en effet, une modification de l'être humain par la technique et pose, en particulier, le principe d'une imperfection fondamentale de la condition humaine, soumise à la déchéance, la maladie, la souffrance et la mort, et qu'il conviendrait de dépasser grâce à un usage raisonné de la technologie.

#### IV. L'ADIEU AU LANGAGE ET LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Le ressenti et le vécu personnel du patient qui seraient, de fait, évacués par une médecine reposant uniquement sur les données, fondent pourtant à la fois la notion de « bien-être » sur laquelle repose la définition de la santé de l'OMS et la relation singulière que tisse le médecin avec son patient. Il convient donc de s'interroger sur ce que serait une médecine trop concernée par les données et qui oublierait que c'est dans la subjectivité que se traduit le mal-être et dans la relation à l'autre que s'opère sa mise en mots, tout aussi critique pour le diagnostic que la mesure des paramètres physiologiques. Dominique Lestel argumente en ce sens lorsqu'il écrit que « la propension de l'humain à créer de la signification repose largement sur une ambiguïté de la représentation qui sous-tend toutes les formes de symbolisme »<sup>4</sup> (Lestel, 2013, p.148). Or, c'est précisément cette ambiguïté du langage que la technique propose d'évacuer de la relation,

<sup>4</sup> Il s'appuie ici sur le texte de Sky Marsen « *The Role of Meaning in Human Thinking* », *Journal of Evolution and Technology*, 17(1), pp. 45-58

d'en abstraire la qualité morale qui « est déjà compromise par la généralisation des échanges instrumentalisés qui caractérisent la vie moderne » (Besnier, 2009, p.124).

Si l'on en croit le très médiatique médecin urologue et fondateur du site *doctissimo.fr* Laurent Alexandre, les médecins sont amenés, à l'horizon 2040, à être remplacés par des machines qui se chargeront de l'intégralité du processus de soin : pose du diagnostic, prescription du traitement, réalisation des opérations chirurgicales, etc<sup>5</sup>. C'est donc la dimension communicationnelle de l'acte médical qui s'effacerait au profit de sa seule dimension informationnelle. Le psychiatre et psychanalyste Guy Dana s'inquiète de ce glissement d'une médecine « connotative », qui laisse place au ressenti du patient, à son expression et à l'interprétation du praticien, vers une médecine « dénotative » qui se bornerait à expliquer des symptômes par un ensemble de paramètres identifiés grâce aux données qu'ils génèrent (Dana, 2015). Nous sommes, de fait, passés d'un mode biographique à un mode biométrique du récit de soi<sup>6</sup>. C'est le triomphe de ce que Fanny Georges appelle, dans le contexte des réseaux sociaux, « l'identité calculée » (Georges, 2009) qui est le produit d'une quantification faite à l'insu de l'utilisateur et qui s'oppose, notamment, à son « identité déclarative ». La question est donc d'importance : comment maintenir, dans le contexte d'une médecine mécanisée, l'évaluation qualitative de la pathologie, qui ne saurait s'exprimer qu'à travers la singularité du dialogue intersubjectif entre le patient et son médecin ?

Enfin, une généralisation des dispositifs de e-santé impliquerait une autre modification dans la relation patient-médecin, à savoir que le second pourrait (devrait ?) de plus en plus devenir prescripteur et orienter le premier vers tel ou tel dispositif, telle ou telle application. Le Conseil national de l'ordre des médecins a récemment produit un livre blanc qui s'intéresse à ces questions (CNOM, 2015). Il souligne, notamment, l'attente des patients en matière de conseils pour « s'y retrouver » dans l'offre proposée. Ceci impose en particulier que les personnels de santé soient à même de se saisir de ces questions. Des formations spécifiques doivent

<sup>5</sup> Propos répété à de nombreuses occasions et dans de nombreux médias. Voir par exemple son intervention au colloque « *IA & Santé : de la réparation à l'augmentation* » (Paris, 29 septembre 2014). La vidéo est disponible sur le site web : <https://sites.google.com/site/limiciasante/home> (consulté le 25 mai 2015)

<sup>6</sup> Formule empruntée à Eric Dagiral, dans le texte de présentation de son projet *Quantified Self : se quantifier pour se raconter ?*

(page Web :

<http://recherche.parisdescartes.fr/CERLIS/Recherche/Recherches-en-cours/Dagiral-Quantified-Self-se-quantifier-pour-se-raconter>, consulté le 25 mai 2015)

donc être élaborées qui devront porter, précise le CNOM, « non pas sur l'outil, mais sur son intégration éthique et déontologique dans la pratique médicale elle-même ».

#### CONCLUSION

Le développement de la e-santé porte son lot d'espairs et d'interrogations nouvelles. Le rôle de la réflexion éthique, forcément nécessaire dans ce contexte, ne doit toutefois pas être de freiner, mais bien d'accompagner l'innovation, de construire les scénarios prospectifs qui permettent d'avancer vers une évolution souhaitable de la médecine et de la société en général. Si le rapport au corps, à la pathologie, à la normativité et aux dimensions communicationnelles de l'acte médical se renouvelle face à l'avènement actuel et au développement probable de l'offre de e-santé, c'est bien sur le plan éthique que doivent être révélés, interrogés et évalués les fondements et présupposés qui la sous-tendent.

#### REFERENCES

ARTICLE 29 Data Protection Working Party – *Working Document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR)*. 15 Février 2007

Association of British Insurers (ABI) – *Concordat and Moratorium on Genetics and Insurance*. 2014.

ATLAN Henri & BOUSQUET Catherine – *Questions de vie. Entre le savoir et l'opinion*. Seuil. 1993

BESNIER Jean-Michel – *Demain les Posthumains. Le futur a-t-il encore besoin de nous ?* Hachette Littérature. 2009

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique* (1943), Paris, PUF, coll. Quadrige. 2013

Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil) – *Le Corps, nouvel objet connecté. Du Quantified Self à la M-Santé : Les nouveaux territoires de la mise en données du monde*. Cahiers Innovation & Prospective n°2. 2014

Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) – *Santé connectée. De la e-santé à la santé connectée*. Livre Blanc du CNOM. Janvier 2015. Disponible à l'adresse : [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_pdf/janvier2015/master/sources/index.htm](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_pdf/janvier2015/master/sources/index.htm) (consulté le 25 mai 2015)

DANA, Guy – Intervention orale au Colloque « *Disciplines sans frontières* », Table ronde « *Regards croisés sur le transhumanisme* » (Actes à paraître). Paris, 16 avril 2015. Site Web : <http://disciplinessansfrontieres.fr/> (consulté le 25 mai 2015)

Food and Drug Administration (FDA) – *Mobile Medical Applications : Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff*. 9 Février 2015a

Food and Drug Administration (FDA) – *Medical Device Data Systems, Medical Image Storage Devices, and Medical Image Communications Devices : Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff*. 9 Février 2015b

GEORGES, Fanny – *Représentation de soi et identité numérique. Une approche sémiotique et quantitative de l'emprise culturelle du Web 2.0*. Réseaux n°154(2), pp. 165-193. 2009

Institut français d'opinion publique (Ifop) – *Les objets connectés au centre d'un nouvel écosystème de santé ?* Enquête commandée par BNP Paribas et réalisée sur 1001 personnes de 18 ans et plus par questionnaire en ligne entre le 20 et le 22 novembre 2013. Publiée en Décembre 2013.

LE BRETON David – *L'Adieu au corps : vers Homo Silicium*. In MUNIER Brigitte (dir.) *Technocorps. La sociologie du corps à l'épreuve des nouvelles technologies*, pp. 43-65. Eds François Bourrin, Paris, 2013

LECOURT Dominique – *Humain, posthumain*. PUF. 2003

LESTEL Dominique – *Des enjeux de la tentation posthumaine*. In MUNIER Brigitte (dir.) *Technocorps. La sociologie du corps à l'épreuve des nouvelles technologies*, pp. 145-170. Eds François Bourrin, Paris, 2013

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé* (supplément à la quarante-cinquième édition). Octobre 2006. Accessible en ligne à l'adresse : [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf) (consulté le 25 mai 2015)

Parlement européen, Conseil de l'Union européenne & Commission européenne – *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union européenne*. 18 Décembre 2000