



# **LE DON D'ORGANE :**

***QUESTIONS POUR UN DEBAT***

**Pastorale de la Santé et Pastorale Familiale  
du diocèse d'Autun, Chalon et Mâcon  
Atelier Ethique et Foi de la zone chalonnaise**

**Décembre 2008**

Créé à l'initiative de la pastorale de la santé et de la pastorale familiale du diocèse d'Autun en juin 2004, l'atelier « Ethique et Foi » de la zone chalonnaise a engagé depuis janvier 2008 une réflexion sur le thème des *dons d'organes*. Il se compose d'une petite dizaine de personnes, certaines étant de milieu médical et d'autres non. Dans sa réflexion, il s'est fait aider de professionnels spécialisés dans les prélèvements d'organes à l'hôpital de Chalon : le Dr Jean-Yves Poy, médecin réanimateur, et M. Rémy Tentoni, infirmier.

Le texte que nous vous proposons ci-dessous à partir du travail de cet atelier n'a pas la prétention d'être exhaustif sur la question du don d'organe. Nous souhaitons simplement partager le contenu de ce travail afin de sensibiliser un large public et de contribuer à la réflexion de l'Eglise sur un sujet qui nous semble important au regard de la réflexion éthique chrétienne. Dans un premier temps, nous nous proposons d'apporter quelques éléments de compréhension sur la réalité du don d'organe, telle qu'elle est vécue dans notre pays et en particulier dans notre région. Dans un second temps, nous récapitulerons les problèmes que nous avons relevés et les réponses qui leur sont éventuellement apportées. Enfin, nous plaçant d'un point de vue chrétien, nous proposerons quelques pistes de débat, notamment dans la perspective de la révision de la loi de bioéthique.

## **I – Le don d'organe en théorie et en pratique**

### **1. *Ce qu'est le don d'organe.***

Nous sommes tous concernés par la question du don d'organe, puisque chacun est un « donneur » ou un « receveur » potentiel. Le don d'organe s'effectue en deux étapes : le prélèvement d'un organe sur une personne morte ou vivante, puis la greffe ou transplantation à une autre personne, en attente de cet organe ; cet acte médical se réalise dans un but *thérapeutique*. En effet, il peut arriver qu'un organe devienne défaillant et qu'il soit nécessaire de le remplacer par un organe sain. Ce dernier porte alors le nom de greffon. L'indication d'une greffe d'organe peut être vitale : il peut s'agir du cœur, d'un lobe de poumon, d'un morceau de foie, d'un rein... La greffe d'organe ou de tissus peut également être proposée dans le but d'apporter une amélioration de vie importante en ce qui concerne les autres organes (rein, cornée...).

La transplantation d'organe à visée thérapeutique substitutive se fait depuis les années 1950. Initialement exceptionnelle, elle est devenue une pratique clinique courante depuis moins de vingt ans. Deux lois de bioéthique sont venues définir ses conditions d'application en 1994 et 2004.

### **2. *Les principes des lois de bioéthique.***

La loi de 2004 permet un prélèvement d'organe si la personne n'a pas exprimé d'opposition de son vivant : elle ne recherche pas le consentement de la personne, ou du moins elle le présume ! L'application de ce principe, dit du *consentement présumé*, permet évidemment une organisation plus efficace que si l'on demandait un consentement explicite, d'où l'importance d'avoir réfléchi à la question et de se prononcer de son vivant, surtout en cas de refus ! Cependant, comme on le verra plus loin, les praticiens ont l'obligation, avant d'intervenir, de rechercher l'avis qui aurait été celui du donneur de son vivant, en rencontrant *la famille et/ou les proches*, ce qui atténue la rigueur de la loi.

Par ailleurs, la loi de bioéthique fixe quelques points de repère permettant de lutter contre d'éventuels abus et de garantir la dignité, le respect et la liberté des personnes :

- le principe de *bienfaisance* s'applique au receveur et semble évident : il s'agit de lui procurer des années supplémentaires de vie ou d'en améliorer la qualité ;

- en revanche, le principe de *non-maléficienc*e appliqué au donneur vivant (uniquement un lobe de foie ou un rein) est plus difficile à réaliser. En effet, il faut non seulement garantir la liberté du donneur, mais aussi lui permettre d'accomplir ce don dans des conditions maximales de sécurité. Tout don d'une partie de son corps, quelle qu'elle soit, expose en effet le donneur à *certaines risques*. Ce dernier doit intégrer le changement opéré dans son corps, mais aussi l'éventualité de poursuivre sa vie avec une possible perte d'intégrité corporelle. Dans la même perspective, lorsque le donneur est décédé, l'équipe recherche la non-opposition de la famille - pour ne pas aggraver sa souffrance - et la conformité éventuelle à la personnalité du défunt ;

- *liberté, gratuité, équité*. Le principe de liberté est affirmé dans la loi, mais il ne fonctionne réellement que pour un donneur vivant. Par ailleurs, le don d'organe est considéré en France – à la différence d'autres pays – comme un acte de générosité et de solidarité entièrement gratuit : la loi interdit toute rémunération et contrepartie de ce don. Enfin, le législateur souhaite une répartition équitable d'un

bien commun qui reste rare (comme on le verra), d'où la fixation d'un certain nombre de critères par le code de santé publique et l'intervention d'un *service de régulation et d'appui*, chargé de faire respecter une règle d'équité : il n'y a pas de « privilégiés » en ce domaine, des sanctions judiciaires très lourdes étant appliquées si l'on contrevient à ce principes d'égalité dans l'accès à un greffon ;

- *anonymat*. Le nom du donneur ne peut être communiqué au receveur et réciproquement. La famille du donneur peut cependant être informée des organes et tissus prélevés ainsi que du résultat des greffes, si elle le demande.

### 3. *Sa mise en oeuvre*

Les organes greffés sont prélevés sur le corps d'un être mort ou vif :

- dans le cas où le donneur est *vivant*, le don s'effectue sur la base d'une décision éclairée et libre – moyennant cependant l'autorisation du président du tribunal de grande instance appuyée sur les conclusions d'un comité d'experts qui rencontre de manière systématique le donneur. Ce don est révocable à tout moment ;

- dans le cas d'une personne décédée, le prélèvement se fait donc sur la base de son *consentement présumé*, sauf si un refus explicite a été préalablement inscrit sur dans le système informatique du registre national des refus ou recueilli par l'un de ses proches ; ce registre est tenu par l'Agence de biomédecine. Le refus peut être exprimé par tous les moyens possibles : en l'absence de ce dernier, on pose le principe de l'acceptation du don par le donneur potentiel. La volonté du défunt prime sur toutes les autres. La difficulté vient du fait que l'avis du défunt est le plus souvent inconnu et, faute de le connaître, les proches ne veulent pas prendre la responsabilité de statuer sur un don potentiel de peur de trahir la volonté du défunt.

Le don d'organe s'opère dans un cadre très *réglementé*, tant en ce qui concerne les circonstances du décès, que le prélèvement et la transplantation. En effet, seules les personnes décédées en état de mort encéphalique dans un service de réanimation sont concernées par un éventuel prélèvement d'organe. De façon plus explicite, celui-ci n'est envisageable que pour des personnes *décédées brutalement* à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), de fausse route alimentaire, de pendaison, certains accidents de la route ... Tout prélèvement et toute transplantation obéissent à un protocole bien défini.

Du prélèvement de l'organe jusqu'à sa greffe, un *personnel nombreux et expérimenté* est requis : 70 à 80 personnes sont mobilisées chaque fois et ne disposent que de quelques heures. La procédure est donc rapide, ce qui amène la famille à faire un travail de deuil « accéléré ». Tout en étant dans le choc de l'annonce du décès, elle doit rapidement prendre une décision quant à l'opportunité ou non d'un prélèvement d'organe ; les proches ont à se prononcer selon leur avis propre, mais avant dans le respect de la personnalité du défunt. Un véritable *discernement* est à poser pour qu'une décision soit prise, la plus ajustée possible à la personne décédée et à ce qu'elle aurait pu ou non accepter par rapport au don d'une partie de son corps.

Lorsque le donneur est vivant, le temps de réflexion qui permette d'aboutir à un choix est plus long : l'urgence n'est plus la même. Un *comité spécifique* est consulté.

### 4. *Quelques données chiffrées.*

En 2004, les personnes en attente d'une greffe d'organe en France étaient au nombre d'11 500. Ce nombre augmente chaque année du fait de l'allongement de la durée de vie, mais aussi du fait d'un manque de greffons. La même année, 4 348 personnes ont bénéficié d'une greffe dont elles avaient besoin et 260 malades sont décédés faute de greffons.

Actuellement, un prélèvement a lieu en moyenne pour deux morts encéphaliques ; nous l'expliquons par la réticence des proches ou leur incertitude par rapport à l'accord du donneur. Nous comptons donc *très peu de prélèvements* (8 à 12 morts encéphaliques recensées par an à Chalon-sur-Saône) par rapport à la demande : notre société est ainsi confrontée à une *pénurie* d'organes. L'Agence de biomédecine cherche à faire connaître ses besoins et à incite toute personne à parler de cette éventualité en famille ou entre proches pour faire connaître son choix et faciliter la prise de décision si besoin.

L'organisation générale du don d'organe est gérée par l'Agence de biomédecine. En Bourgogne, cinq établissements ont une autorisation de prélèvement : les Centres Hospitaliers (CH) de Mâcon, de Chalon, d'Auxerre et de Nevers ainsi que le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon.

Soulignons par ailleurs que, malgré les moyens exceptionnels que mobilisent les transplantations d'organes, celles-ci restent en définitive nettement *moins coûteuses* que les traitements lourds et de longue durée subis par leurs bénéficiaires.

## **II- Quelques problèmes soulevés par l'atelier**

### ***1. Quelle liberté de choix ?***

En ce qui concerne le *donneur décédé*, la loi ne recherche donc pas son consentement : le prélèvement est effectué grâce à la non décision ou au silence, interprété comme un assentiment de la personne décédée. Cette manière d'agir sans l'accord explicite d'une personne traduit *le primat de l'intérêt général* sur l'intérêt individuel du donneur ou de sa famille : le corps appartient à la société et non à la personne ! On attribue ainsi au silence la valeur juridique du consentement au don. Dans le cas d'une application littérale de la loi, les prélèvements peuvent devenir la norme et l'avis des proches ne serait plus indispensable, sauf en cas de refus explicite. En réalité, on l'a vu, le corps médical atténue la portée de cette loi en consultant la famille, mais le manque de greffons pourrait conduire à des dérives que, de fait, la loi autorise !

Quant au *donneur vivant*, son don est-il réellement « éclairé et librement consenti » ? Ici se pose la question des limites du choix libre, dans la mesure où le don répond le plus souvent à une sorte d'obligation « interne » de venir en aide à l'autre... A titre d'exemple : un frère est-il libre de venir en aide à sa sœur ? Quelle culpabilité s'il ne le fait pas ? Et si sa sœur ne survit pas ? Quelles répercussions psychologiques ? En cas de survie de la sœur, quelle dette a-t-elle envers son frère ? Comment va-t-elle pouvoir « rendre » à son frère ce qu'il a donné pour elle ? ... Les questions du don, de la *dette*, de la *culpabilité* et de la rivalité sont sous-jacentes à cette pratique.

Le choix librement consenti est extrêmement difficile, car les motivations ne sont *jamais purement altruistes*. Plus le donneur sera proche d'un point de vue relationnel, plus les implications d'ordre psychologique risquent en effet d'être importantes.

### ***2. Les répercussions psychologiques.***

En ce qui concerne le *donneur vivant*, sa réflexion sur le choix à faire pour sauver un proche peut être vécue comme un don accepté dans une générosité sublime ; il peut également être un *sacrifice* jamais totalement assumé. Le don ressemble beaucoup à un cadeau, mais il n'est, en réalité, jamais totalement gratuit, ni même désintéressé. Il porte une valeur de lien social, mais aussi une certaine charge agressive qui rend le receveur redevable de ce qu'il reçoit. Rendre une personne redevable d'un don sans retour n'est donc pas anodin : on donne ou reçoit plus qu'un organe. Toute une *symbolique* de la vie humaine est présente à travers l'organe greffé.

Pour le receveur, le don reçu peut être vécu comme un geste d'amour par excellence ; il peut aussi être vécu comme une *intrusion*. Accepter un corps, non seulement étranger, mais aussi faisant partie intégrante d'une personne autre, n'est pas sans répercussion : dans la mesure où cet organe permet la vie du receveur, ce dernier peut bien se demander qui vit en lui ? Plusieurs étapes sont repérées dans le chemin d'acceptation – d'assimilation – de l'organe reçu : il est d'abord l'organe prélevé, puis l'organe greffé pour devenir « mon » organe ... De ce *processus d'intégration* peut dépendre en partie le rejet ou non de la greffe. Ainsi la réussite d'une greffe ne dépend-elle pas uniquement de facteurs biologiques, mais aussi de facteurs psychologiques permettant l'acceptation et l'assimilation d'un « corps étranger offert ».

Quant à la famille, elle endure une forte souffrance face à une mort inattendue et/ou dramatique. Trop d'évènements majeurs simultanés qui n'ont pas été préparés dans le temps comme dans le cas d'une longue maladie viennent la bousculer. Dans cette succession rapide d'évènements et la nécessité de prendre une décision au plus vite, la famille du défunt doit donc, comme on l'a dit, faire un *deuil accéléré* et, si nécessaire, trouver un consensus rapide entre ses différents membres : or, le deuil est un processus qui nécessite différentes étapes dans le temps. Néanmoins, et paradoxalement, grâce au débat rendu nécessaire par le projet de transplantation, il semble que l'acceptation de ce deuil en soit facilitée...

### ***3. La question de la confiance.***

L'accord pour le don demande une confiance sans faille entre la famille et l'équipe de coordination médicale et infirmière. Tout se joue dans l'établissement de ce rapport de confiance : d'abord dans la manière d'annoncer aux proches l'évolution du patient vers la mort cérébrale certaine, ensuite, et de façon très rapprochée dans le temps, dans la manière d'envisager la possibilité du don. La *prise en charge humaine* est le gage de la réussite des opérations, tant pour la famille que pour l'équipe de coordination. Pour étayer cette confiance, la coordination de Chalon a fait un travail de certification ISO 9001 et a rédigé une *charte éthique* (voir annexe).

Cette confiance se trouve plus particulièrement mise à l'épreuve lors de la constatation de la *mort encéphalique*. Cette notion est ainsi définie par l'agence de biomédecine : « suite à un accident vasculaire cérébral ou à un traumatisme crânien, le cerveau peut être immédiatement détruit. C'est la mort encéphalique. Lorsque cela se produit à l'hôpital, il est possible de maintenir artificiellement l'activité cardiaque et la respiration pour préserver les organes et permettre le prélèvement, puis la greffe, mais ce maintien ne peut durer que quelques heures ».

C'est une question délicate, car la famille peut, d'une part ne pas croire à la réalité de cette mort, d'autre part soupçonner que celle-ci ait été *anticipée* en vue d'un prélèvement : a-t-on vraiment fait tout ce qu'il fallait faire ? Pourtant, la constatation de la mort est soumise à des conditions précises validées par des examens qui assurent de manière absolument formelle la mort encéphalique irréversible, où les fonctions vitales dépendant des centres internes de l'encéphale doivent avoir cessé avant qu'une transplantation soit possible. Malgré cela, si la famille n'est pas dans une confiance totale envers l'équipe médicale, elle peut douter !

#### **4. Les risques de dérive commerciale.**

Bien des malades attendent longuement une greffe : attente angoissante pendant laquelle certains meurent faute d'organe disponible. Notre pays doit donc chercher à réaliser plus de greffes et donc plus de prélèvements, sur des personnes mortes ou vives, mais avec les risques de dérive qu'un tel impératif pourrait provoquer.

Dans ce contexte, les risques de développement du *commerce des organes* sont réels : beaucoup de groupes influents de médecins et de spécialistes de l'éthique militent en ce sens. Certains pays pratiquent le « don rémunéré », ce qui peut se défendre, semble-t-il, à différents niveaux : la valeur conférée à un organe peut en effet permettre au receveur de mieux l'intégrer ; en outre, le donneur entre dans un processus médical lourd et risqué, avec un risque d'arrêt de travail qu'il faut pouvoir indemniser... A partir de là, on peut cependant aboutir à la vente d'organes sur un marché...

En France, nous résistons à cette rémunération du don et *a fortiori* à sa commercialisation (à distinguer cependant du trafic d'organes volés, autre type de dérive) et tenons ferme à la *gratuité*. Nous restons très opposés à l'idée de pouvoir nous « vendre par morceaux » pour subsister, mais des pressions existent pour faire évoluer cette législation...

### **III- Quelques pistes pour un débat.**

En vue de sauver ou d'améliorer la qualité de vie, le prélèvement d'organe ne rencontre pas d'objection de principe de la part des autorités religieuses. Toutes invitent ainsi leurs fidèles à une réflexion en faveur du don et disent leur *assentiment* dès lors qu'il s'agit de sauver une personne en péril.

L'un des documents de référence pour l'Eglise catholique sur les questions éthiques posées par le prélèvement après la mort et la transplantation de tissus et d'organes est le *discours de Pie XII* prononcé le 13 mai 1956<sup>1</sup>. Ce discours porte principalement sur le prélèvement de cornée, mais le propos a été élargi ultérieurement par l'Eglise catholique. Pie XII refusait de considérer le corps d'un individu particulier décédé comme appartenant au tout qu'est l'humanité. Cependant, il acceptait pleinement le principe du prélèvement de tissus et d'organes sur un cadavre à des fins thérapeutiques et même scientifiques, à condition que le corps soit traité avec *respect* et que les droits et les sentiments de la famille ne soient pas violés. Il invitait à une éducation prudente du public qui aide la famille à consentir au prélèvement sur le corps d'un proche décédé.

Les interventions suivantes du magistère allaient surtout insister sur le principe du libre consentement.

#### **1. La question de la liberté**

Ainsi, en 1978, Mgr Etchégarray, évêque de Marseille, allait-il mettre en garde contre une application inhumaine de la loi, « faisant fi de la *liberté* de l'homme et des sentiments de la *famille* en deuil. »<sup>2</sup>. Plus récemment, dans un discours prononcé en 1991<sup>3</sup>, Jean-Paul II se réjouissait « de ce que la médecine ait trouvé dans la transplantation d'organes une nouvelle manière de servir la famille humaine », mais précisait

<sup>1</sup> Documentation catholique (DC) 1956, n° 1228, col. 773.

<sup>2</sup> DC 1978, n° 1741, p. 442

<sup>3</sup> DC n° 2051, 7 juin 1992, p. 526-527

que « la transplantation suppose une *décision antérieure explicite, libre et consciente* de la part du donneur ou de quelqu'un qui représente légitimement le donneur. ». Ainsi l'Eglise catholique est-elle favorable au don d'organes dans la mesure où le respect de la personne, sa liberté, sa dignité et sa conscience sont pleinement respectés.

Si la pratique médicale semble en ce domaine conforme aux recommandations de l'Eglise, notamment à travers la consultation et la prise en charge humaine des proches du défunt, il n'en reste pas moins que la loi française autorise une approche dont la perspective est opposée : il peut y avoir prélèvement, dès lors qu'un refus n'a pas été exprimé ! Rappelons que dans le mariage c'est l'Eglise qui a mis l'accent la première sur le consentement libre des époux : en ce domaine, ne devrait-elle pas plaider pour une mise en conformité de la loi par rapport à la pratique ? Des campagnes régulières d'information viseraient, dans cette perspective, à susciter dans la population l'expression de consentements plutôt que de refus.

## **2. Le risque de « chosification » de la personne.**

Ce type de thérapie conduit à une certaine dissociation entre la personne et son corps : le donateur perd un de ses organes, que gagne le receveur. Or, la tradition judéo-chrétienne souligne à quel point le corps fait partie de notre personnalité : « nous sommes un corps », et non « nous avons un corps ». Un organe humain est certes une chose, mais une chose bien particulière, prélevée sur un corps humain, lui-même *indissociable d'une personne*. Il y a donc bien là un *traumatisme humain* qu'on aurait tort de négliger, vis-à-vis du donneur comme du receveur, et qui rend encore plus indispensable l'accompagnement psychologique évoqué précédemment. On peut par ailleurs se demander, dans cette perspective, si la norme de l'anonymat actuellement en vigueur est pertinente à cet égard.

Plus généralement se pose à travers cette thérapie la question du *statut de l'être humain* et de son corps : peut-il disposer de son corps comme bon lui semble ? Que peut-il s'autoriser à faire du corps de son semblable ? A l'extrême, est-ce un bien qu'il peut échanger librement sur un marché ? Comment, dans la nouvelle loi de bioéthique, résister à une telle dérive : ne plus considérer une personne qu'à travers ses organes ?

## **3. La question de la finitude.**

La question du don d'organe nous met enfin en face de la réalité de notre fragilité humaine. Il s'agit d'un sujet difficile aujourd'hui, dans une société où tout est fait pour nous pousser à *évacuer* de notre vie la réalité de la mort. Pourtant, la personne greffée a bien conscience que l'organe reçu la met en sursis, d'autant qu'elle devra suivre toute sa vie un traitement médical « anti-rejet ». Quant à la personne qui accepte le prélèvement d'un de ses organes, elle ne peut passer à côté d'une prise de conscience d'une fragilisation de son corps.


Un autre aspect serait à réfléchir. Dans notre société où tout est fait pour sortir la mort de la vie, la pratique du don d'organe ne risque-t-elle pas de nous faire croire à notre immortalité ? Dans la mesure où un organe vital peut être remplacé, notre *rêve d'immortalité* voit les limites de notre finitude reculer et donc, participer à l'entretien de l'illusion : pourrait-on à l'extrême remplacer tous les organes d'une personne ?

Néanmoins, on peut penser qu'au contraire la pratique du don d'organe *nous aide à repenser notre mort* et à envisager notre finitude humaine. En effet, cette pratique nous met en face de la réalité ; la réalisation d'une greffe reste une possibilité à envisager qui, non seulement n'est pas toujours honorée pour diverses raisons déjà évoquées, mais elle reste précaire dans la mesure où sa réussite n'est pas assurée d'avance. La personne pour qui la greffe ne prend pas doit vivre alors un second deuil de guérison à faire en relativement peu de temps.

+++++

En conclusion, les membres de l'atelier « Ethique et Foi » ont souhaité mettre en évidence le « *poids d'humanité* » dont témoignent les équipes médicales mobilisées par ce type d'intervention. Alors que les besoins sont considérables et qu'il faut agir vite, leur pratique cherche à respecter la personnalité des donneurs et la douleur de leurs familles. Au-delà des questions éthiques qui demeurent posées dans une perspective chrétienne, il nous a paru utile de faire connaître aux membres de l'Eglise et à sa hiérarchie ce secteur sanitaire qui devrait également les interpeller quant à l'effort de solidarité auquel ils pourraient contribuer, à la fois au plan des dons d'organes – si insuffisants – et de l'accompagnement humain et spirituel des personnes concernées.

## ANNEXE

 CENTRE HOSPITALIER William Morey 71321 CHALON-SUR-SAÔNE	DOCUMENT REFERENCE	PAGE 1 / 1
	CHARTRE ETHIQUE	VERSION 1
	CHPOT	UF 3302

Ce document a été élaboré et adopté par la Coordination Hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus du Centre Hospitalier William MOREY de Chalon-sur-Saône.

Cette charte éthique permet de garantir la dignité de l'homme lors d'une procédure de prélèvement d'organes et/ou de tissus.

Le don d'organes est un geste de solidarité sociale entre un patient qui vient de décéder, sa famille, ses proches et un patient en attente de greffe qui c'est la seule chance de traitement.

La loi impose une rencontre de l'équipe de coordination des prélèvements avec ses proches. Durant cet entretien à la recherche d'une opposition exprimée de son vivant par le défunt, nous nous engageons à développer une attitude inspirant la confiance.

Pour permettre cette confiance, la Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus s'engage à développer :

Une relation **RESPECTUEUSE** s'appuyant sur :

- Une description des faits tels qu'ils se sont produits sans rien cacher ou taire
- Un respect des opinions exprimées quelles qu'elles soient.
- L'adoption d'un langage clair et compréhensible par tous
- Un respect de la confidentialité des propos échangés

Une relation **JUSTE** définie par :

- Une compassion à la mesure de la souffrance des personnes rencontrées.
- Une attitude ne cherchant pas à imposer le prélèvement à tout prix.
- Une disponibilité quelque soit l'aboutissement de l'entretien.
- Un respect de la volonté du défunt ou de sa famille dans les limites de la loi.
- Un respect du corps de la personne décédée.
- Une disponibilité dans les suites du prélèvement.

Dr. J-Y POY

Dr. A GAUDRAY

Mme C ROUTHIER

Mr R TENTONI

Mme C BRAVAIS