

## Resolution

### Involvement of doctors in the European Working Group on AIDS, Adopted at Munich, 1987 (CP 87/64)

The Heads of Delegations of the Medical Associations of the 12 Member States belonging to the Standing Committee of Doctors of the EC have taken note of the decision taken by the Health Ministers of the EC in Brussels on May 15, 1987 to set up a special Group to devise a European strategy to combat AIDS.

The Standing Committee urges the Health Ministers to ensure that representatives of European doctors in hospitals and private practice participate in the work of this Group. The Standing Committee is prepared to designate experts with specialized knowledge and experience in AIDS control and, furthermore, is of the opinion that cooperation of the Standing Committee in other health matters is urgently required.

### 2.10 Recommendations on ethical problems concerning artificial insemination

(CP 85/93 Annex)

#### Recommandations sur le problèmes éthiques posés par les méthodes de procréation artificielle

1. – Le C.P. réuni en assemblée plénière des délégations nationales, après avoir entendu le rapport de Président AUTIN sur les travaux de la Commission d'éthique médicale concernant les problèmes posés par la procréation artificielle, adopte les règles *minimales* d'éthique suivantes, qu'il recommande aux organisations nationales compétentes de faire connaître aux médecins en vue d'éclairer leur conscience et de guider leur conduite en ce domaine, sans préjudice des *dispositions déontologiques ou légales plus contraignantes* intervenues dans leur pays.
- 1.1 – Les techniques de procréation artificielle ont pour objectif primordial de faire naître un enfant chez un couple stérile. Elles ne peuvent être utilisées par le médecin qu'après avoir obtenu le consentement éclairé des intéressés.
- 1.2 – Lorsque ces techniques ne font appel qu'aux gamètes provenant du couple, elles sont considérées comme un moyen parfaitement licite de lutter médicalement contre la stérilité du couple. Il en va ainsi de l'I.A.C., et de la F.I.V. lorsqu'elle ne met en jeu ni un sperme, ni un ovocyte étranger au couple et que la réimplantation a lieu dans l'utérus de la mère génétique, sous réserve cependant, des recommandations prévues ci-dessous au 1.5.
- 1.3 – Lorsqu'il est nécessaire de faire appel au don par des tiers de sperme ou d'ovocyte, le médecin veillera à ce que les receveurs de l'enfant à

naître aient conscience de la responsabilité qu'ils prennent à son égard, les donateurs devant renoncer à tout droit sur ce dernier. Il est recommandé au médecin de consulter, avant d'intervenir, l'organisation professionnelle compétente en matière d'éthique médicale, notamment en cas d'expérimentation sur embryons.

- 1.4 – Les organisations professionnelles peuvent d'autre part, intervenir, s'il y a lieu, dans chaque pays auprès des pouvoirs compétents en vue d'obtenir que soit amélioré le degré de sécurité juridique des enfants à naître dans de telles conditions, par une réforme de régime de filiation, notamment en matière de désaveu ou de recherche de paternité, ou par régime assoupli d'adoption par anticipation. Cela serait particulièrement important et urgent dans les Etats membres où serait envisagée, dans certaines conditions, l'autorisation du recours à des "mères de substitution".
- 1.5 – La fécondation artificielle requiert la fertilisation d'un certain nombre d'ovocytes. Quel sera le statut de ces embryons surnuméraires qui peuvent être conservés congelés, en vue de réimplantation ultérieure, ou faire l'objet de recherches? L'éthique médicale fondée sur le respect de la vie et de la personne humaine conduit à considérer ces embryons, non comme des matériaux de laboratoires, mais comme "des personnes humaines conditionnelles", les conditions étant leur réimplantation et leur naissance viable. Le respect qui leur est dû entraîne, en conséquence:
  - 1.5.1 – Une information préalable et suffisante, par le médecin, des intéressés, compte tenu de leur niveau de connaissance, sur les techniques, leurs inconvénients, les échecs possibles, le problème des embryons congelés et conservés en vue de réimplantations ultérieures ou d'expérimentation éventuelle.
    - L'obtention du consentement éclairé des intéressés, confirmé par écrit.
  - 1.5.2 La fixation d'une durée limitée de conservation, laissant leurs chances aux réimplantations éventuelles.
  - 1.5.3 – La soumission de toutes recherches ou expérimentations aux règles de la Déclaration d'Helsinki – Tokyo adoptées en 1975 par l'Association médicale Mondiale et notamment le recours à l'avis de Comités d'éthique.
  - 1.5.4 – La limitation à une période très brève du développement des embryons, des études et recherches susceptibles d'être pratiquées.
  - 1.5.5 – L'interdiction de la réimplantation ultérieure des embryons ayant fait l'objet de recherche ou d'expérimentation.
  - 1.5.6 – La subordination de toute réimplantation ou destruction ultérieures au consentement des parents ou, à défaut d'accord ou de possibilité de consultation, à la décision de l'autorité de contrôle.

- 1.5.7 – L'exercice, en effet, d'un contrôle des conditions de conservation et d'utilisation des embryons surnuméraires par une autorité compétente.
- 1.5.8 – L'adaptation des règles légales de filiation et de succession aux problèmes posés par le statut de ces embryons.  
Article "suspendu" dont l'examen est soumis à la décision de l'assemblée plénière:
- 1.4 bis – Les techniques de procréation artificielle sont appliquées, en principe, aux couples mariés, en vue d'assurer à l'enfant à naître le maximum de sécurité. Dans les autres cas, il est recommandé au médecin de consulter, avant d'intervenir, l'organisation professionnelle compétente en matière d'éthique médicale.

## 2.11 Trade in organ transplantation

Adopted in Madrid, 1991;  
revised in Cascais, 1993  
(CP 91/182 Rev.)

### Motion on trade in organ transplant

The Standing Committee of Doctors of the EC (CP), meeting in Madrid on 2-5 October 1991, considered the topic of trade in organ transplantation and its ethical implications.

The CP notes with satisfaction the technical progress made in the field of organ transplant and its benefits for the patients.

However, The CP wishes to express its great concern about the tendency seen for commercial exploitation of this benefit via a trade in human organs.

The CP unanimously agrees that such commerce in human organs is ethically indefensible and that the donation of organs may only be done anonymously (with certain exceptions) and without any commercial aspects for donor, recipient or their relatives.

Furthermore, the CP unanimously agrees that no prisoner or detainee shall be subjected to organ removal under duress or promise of reduction of sentence or other advantages. Nor should the organs of persons who have been executed be used for the purpose of transplant due, namely, to the extreme difficulty of verifying the presence of informed consent in such cases.

## 2.12 Living wills/advance directives (CP 93/83 Final)

Statement of the standing committee of doctors of the EC on living wills/advance directives adopted during the Plenary Meeting held in Cascais on 12-13 November 1993

### Introduction

The Standing Committee is opposed to any legislation giving living wills/advance directives the force of law, because if that were the case, it would constrain the ability of the doctor to treat the patient to the highest professional and ethical standards.

Such a document can only be a written expression of the wish and intention of the patient, made at the time when the patient was fully "compos mentis", which can later be of use as a basic framework of care.

The Standing Committee recognises that approaches to this issue are determined by a range of social, cultural and religious factors, which mean that there are wide variations in legal provision and professional attitudes from one country to another. While respecting these national differences, the Standing Committee has identified basic principles.

### Recommendations

1. This form of expression of wish and intention is not intended to promote active euthanasia.
2. Doctors should not be obliged to act contrary to their consciences. The doctor should inform the patient at the outset of any objections which she/he may have to the content of an individual expression of wish and intention and, if necessary, assist the patient in transferring to the care of another colleague.
3. Doctors should at all times seek to act in the best interests of their patients and to recommend the treatments which they consider most appropriate.
4. The doctor/patient relationship is based on mutual respect, trust and good communication. Doctors should explain treatment options to patients and ensure that they have sufficient information on which to base decisions.  
In the absence of contrary evidence, a valid statement of wish and intention is of value in representing a patient's settled wish when the patient may no longer be competent to express a view. The patient is responsible for ensuring that the existence of his/her advance directive is known to those who may be asked to comply with its provisions.  
Those who interpret it must take account of the possibility that the patient's views about treatment may change as his or her clinical condition changes.
5. Patients may wish that every possible treatment should be provided to the point of death. They also have the right to refuse treatment at all times.