

Fédération de l'hospitalisation privée

Concernant les grands principes et les modalités d'application de la loi de bioéthique :

Il nous semble important de distinguer les grands principes de notre droit, à l'abri des évolutions rapides des progrès scientifiques, des modalités d'application de la loi, qui peuvent évoluer plus rapidement en intégrant les apports bénéfiques des avancées scientifiques.

Selon nous, il est important que des principes fondateurs de notre société, protecteurs de certaines valeurs phares soient préservés de manière durable, et à cette fin, considérés comme a priori intangibles. Les modalités d'application de la loi doivent selon nous évoluer dans le respect de ces grands principes.

I-2 Leçons d'expériences

I-2-A Concernant la question de l'opportunité de fixer une limite d'âge pour accéder à l'AMP

Nous estimons, comme le conseil d'orientation de l'Agence de la Biomédecine, que les disparités susceptibles d'être engendrées par l'absence de limite d'âge réglementairement prévue, ne doivent pas aboutir à une détermination a priori d'une limite d'âge pour bénéficier d'une AMP. Les caractéristiques biologiques, psychologiques, et sociales de chaque individu doivent être prises en considération, dans le cadre de la prise en charge par les équipes pluridisciplinaires.

Si en pratique, la plupart des équipes médicales ont fixé un seuil, il pourrait être intéressant de connaître celui-ci ainsi que les arguments ayant présidé à sa détermination, de manière à ce que l'ensemble des équipes pluridisciplinaires aient une vision globale des pratiques en la matière et des raisonnements possibles dans des cas de figure proches de ceux qu'ils rencontrent.

Un lissage progressif des pratiques pourrait progressivement en découler, qu'il conviendrait ensuite d'évaluer au regard des attentes sociétales, et des résultats des AMP dans les différents cas de figure.

I-2 B. Questions portant sur l'amélioration simple du dispositif existant

La possibilité de diligenter une enquête sociale dans le cadre d'un accueil d'embryons ne doit à notre avis pas être étendue à d'autres techniques d'AMP : le principe d'une enquête sociale ne nous paraît pas recevable de manière évidente. C'est prendre le risque de subordonner systématiquement le projet parental à des critères sociaux, ce qui nous paraît difficilement compatible avec certains principes fondamentaux de notre droit, comme le respect de la vie privée.

En revanche, un entretien systématique avec un psychologue ou un médecin qualifié en psychiatrie nous paraîtrait d'autant plus légitime que si des troubles psychiques sont décelés, un traitement idoine pourra être mis en place dans ce contexte crucial pour les parents comme pour l'enfant à venir.

I-3 Questionnement de principes

I-3-A Questionnement relatif à l'accessibilité à l'AMP

Il est indéniable que la pratique médicale cherche toujours à repousser les limites naturelles. Cela étant, à notre avis, le caractère incontestable de cette caractéristique ne constitue pas un argument en faveur d'une prise en charge des infertilités « médicalement non pathologiques ». Il ne nous semble pas choquant que la ménopause naturelle constitue la limite à ne pas franchir pour bénéficier d'une AMP.



Fédération de l'Hospitalisation Privée

En revanche, la ménopause précoce, qui relève d'une ménopause pathologique, devrait selon nous pouvoir donner lieu à une conservation d'ovocytes, si des facteurs génétiques sont décelés avant la survenue de cette ménopause.

Concernant les activités des établissements compte tenu de leur nature juridique :

La question de la limitation de l'AMP aux seuls établissements publics ou privés à but non lucratif nous semble très peu pertinente : de nombreux établissements de santé de notre secteur d'activité ont une activité clinique d'AMP, qui s'avère indispensable à une offre de soins satisfaisante sur chacun des territoires de santé concernés.

La réglementation propre aux activités d'AMP s'impose à tous les établissements de santé autorisés en la matière ; selon nous, nos établissements ont donc vocation à participer à l'ensemble des activités d'AMP, y compris à l'accueil d'embryons.

Par ailleurs, le raisonnement qui consiste à considérer les établissements de santé de notre secteur comme étrangers à tout questionnement éthique ne nous paraît pas recevable.

C'est faire bien peu de cas de la conscience professionnelle des différents acteurs de ces établissements. Les professionnels et les établissements de santé autorisés en AMP exercent leur art dans le respect des règles déontologiques et des bonnes pratiques en la matière, quelle que soit la nature juridique des établissements concernés.

Nous vous rappelons enfin que le projet de loi Hôpital Santé Patient Territoire prévoit de confier aux établissements de notre secteur des missions de service public, ce qui témoigne de la reconnaissance par les pouvoirs publics, de notre capacité à participer à l'ensemble des activités de soins et aux missions de service public de santé.

Concernant les situations où l'un des membres du couple est décédé :

Dans la mesure où une femme veuve ou célibataire peut adopter un enfant, il nous paraît normal qu'une femme veuve puisse accéder à l'AMP avec les gamètes de son conjoint ou les embryons issus du couple (transfert post mortem des embryons congelés).

Il nous paraît donc opportun d'associer au consentement du conjoint lors de toute tentative de FIV/ICSI, la possibilité d'un accord pour quatre possibilités : destruction, don pour la recherche, don pour un autre couple, transfert post mortem. On peut imaginer que le consentement à l'insémination ou au transfert post-mortem, puisse être confirmé à intervalles réguliers pour être valable au moment opportun. (Une fois par an ?). On peut également prévoir que ce consentement ne vaille que pendant un certain temps à compter du décès du membre du couple.

Nous estimons également que l'absence de toute manifestation de l'un des deux membres du couple, alors qu'il a été consulté à plusieurs reprises, vaut abandon d'embryons, conduisant à la possibilité d'un accueil d'embryons après consentement unique de l'autre conjoint.

Enfin, nous ne sommes pas convaincus que l'AMP doive être réservée à la demande parentale d'un couple en âge de procréer, marié, ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans. Il convient selon nous d'ouvrir certaines techniques d'AMP aux femmes seules, dans des conditions qui restent à déterminer car l'évolution de notre société le justifie.

II Don de gamètes

II-2 Leçons d'expériences

Conformément à ce que nous indiquons plus haut, il nous paraît tout à fait souhaitable que les établissements de santé de notre secteur d'activité puissent participer à l'ensemble des activités d'AMP, y compris le don de gamètes et l'accueil d'embryons. Il va de soi qu'une telle activité de la part de nos établissements impliquerait des conditions de suivi et de contrôles identiques aux structures publiques exerçant ces activités. Les évolutions législatives en cours, qui permettront la participation de nos établissements à des missions de service public, sont un argument en ce sens.

En revanche, nous partageons les réticences du conseil d'orientation quant à la promotion du don de gamètes. Si une meilleure information sur le don de gamètes doit être mise en œuvre, il convient selon nous d'éviter une incitation au don, qui soit d'ordre fiscal ou social, ou même de l'ordre d'une reconnaissance par la société. Une telle incitation nous paraît en effet contestable compte tenu des contraintes inhérentes au don d'ovocytes.

Ce sont par ailleurs les résultats des centres d'AMP qu'il nous paraît souhaitable d'améliorer en première intention compte tenu des disparités au plan national, en renforçant l'évaluation des différents centres.

III L'information de la parentèle dans le cadre d'un conseil en génétique

III-2-A Questions concernant l'applicabilité de la loi

La procédure prévue par la loi nous paraît en effet d'une complexité excessive.

Si une liste de pathologies génétiques doit être établie, celle-ci devrait à notre avis être évolutive, et peut-être non limitative.

Il convient à notre avis que le médecin, en cas de risque de transmission d'une pathologie génétique à l'enfant, recueille l'avis du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Par ailleurs, il serait souhaitable que la levée du secret professionnel soit subordonnée à l'accord d'un comité ad hoc national, le cas échéant dépendant de l'Agence de la biomédecine.

III-3 Questionnement de principes

Il est à notre avis souhaitable de revoir l'équilibre actuel entre le secret professionnel et la nécessaire information génétique à la parentèle lorsque les pathologies ou particularités génétiques découvertes, sont graves, et susceptibles de traitement médical simple.

Afin de préserver le droit de chacun de garder le silence sur son état de santé, il convient selon nous de préférer en pareilles hypothèses, des voies permettant de diffuser le contenu de l'information aux personnes potentiellement concernées, sans pour autant révéler la situation du patient dont les examens ont mis au jour cette information.

Dans les situations de couple, nous nous interrogeons par ailleurs sur l'opportunité de prévoir une levée du secret professionnel. L'anonymat et le secret médical paraissent en effet difficiles à préserver en cas de projet parental, du fait des conséquences potentielles sur l'enfant à venir.

IV Prélèvements multi organes et de tissus après un décès suite à un arrêt cardiaque

Il nous semble particulièrement important, comme l'a relevé le conseil d'orientation de l'Agence de la Biomédecine, de faire en sorte que l'information donnée aux proches soit particulièrement approfondie et compréhensible.



Fédération de l'Hospitalisation Privée

Ainsi que le souligne le conseil d'orientation de l'Agence de la Biomédecine, l'étanchéité des filières de prise en charge des patients souffrant d'un arrêt cardiorespiratoire, est primordiale.

D. LE ROLE D'UNE AGENCE

Il nous semble tout à fait cohérent, compte tenu des missions actuelles de l'Agence de la Biomédecine, et de la volonté du parlement en la matière, de confier à l'Agence l'ensemble des agréments et autorisations concernant l'AMP.

Par ailleurs, il conviendrait en effet d'articuler les autorisations données par les ARH (futurs ARS) et l'Agence de la Biomédecine. La multiplicité des intervenants en matière d'autorisation d'AMP ne facilite pas la lisibilité d'ensemble du dispositif.

Il y a donc deux solutions : soit de transférer toute procédure d'autorisation à l'Agence de la biomédecine, soit d'inscrire ces procédures dans le SROS de chaque région et de les confier aux ARH/ARS, solution que nous privilégions.

On peut enfin estimer qu'un agrément par praticien n'est pas indispensable, mais qu'en revanche, il est impératif que soit assurée une évaluation rigoureuse de la qualité des soins prodigués par l'ensemble des professionnels de santé dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation.