

PRINCIPES GENERAUX DE BIOETHIQUE

Quels principes généraux devraient guider la révision des lois bioéthiques ? On ne peut faire l'économie de cette réflexion avant de répondre à des problèmes particuliers.

Une référence à la « Loi naturelle »(1) nous semble nécessaire. En fait, cette notion est mal comprise et de ce fait elle n'est pas partagée par tous. Elle se situe dans la grande tradition philosophique humaniste classique de Platon et Aristote à Kant en passant par Thomas d'Aquin : qu'est-ce que l'Homme en effet ? Vaste question certes, mais on peut répondre qu'il est à la fois « nature » et « culture ». La nature c'est ce qui est commun à toute l'humanité, dans l'Histoire et dans les Civilisations. La nature de l'Homme ne se réduit pas à des déterminismes biologiques.

Comment se décline la nature de l'Homme ?

- sur le plan corporel : par sa biologie, l'Homme se rattache au règne animal par l'Evolution ; par exemple, l'équilibre entre les sexes est issu de la nature biologique.

- sur le plan psychique. La Loi naturelle indique que l'Homme est un « animal raisonnable », familial et social et qu'il est doué de liberté. Le psychisme se décline au masculin et au féminin. L'enfant, sauf accident, a besoin d'un père et d'une mère, etc.

- bien que la question reste ouverte, on peut évoquer la nature spirituelle de l'Homme ; c'est le cas dans les religions. Même des athées ou agnostiques comme André Comte-Sponville ou Luc Ferry (2) font référence à une « spiritualité laïque »...

Si cette Loi naturelle est souvent non écrite, elle s'exprime positivement par les Droits de l'Homme : à ce sujet prenons garde : si l'on ignore ou l'on nie comme le font certains la nature humaine, les droits de l'Homme comme le droit à la vie, à l'éducation, de se marier, etc. voleraient en éclats. Si les droits de l'Homme étaient seulement culturels, leur application résulterait d'un pur rapport de force entre civilisations, entre « anciens » et « modernes » : la culture la plus puissante, la plus médiatisée l'emporterait sur des cultures plus faibles, mais ces dernières pourraient à bon droit rétorquer : « de quel droit voulez-vous nous imposer votre système de valeurs, vos normes, etc... ? ». On pourrait ajouter : si l'on refuse ce fondement stable de la loi naturelle, on aboutit nécessairement à des compromis précaires et évolutifs : l'encre de la dernière loi n'est pas encore sèche que certains réclament de nouvelles évolutions, pour ne pas dire de nouvelles transgressions : course en avant que personne ne maîtrise ! (3)

Notre position est que les lois bioéthiques doivent respecter la Loi naturelle. Cependant on sait très bien que la nature, bien que globalement bonne, est imparfaite et comporte bien des accidents et malheurs. Aussi peut-on envisager que pour des cas exceptionnels d'une part, pour des raisons graves et impérieuses d'autre part, la loi civile puisse autoriser des dérogations limitées à la Loi Naturelle. C'est ce qui différencie une **éthique de conviction** (4) d'une **éthique de responsabilité**, celle par exemple du médecin qui se trouve confronté à une situation particulièrement délicate. Il existe de toute façon une marge entre le moral (ou éthiquement désirable) et le légal (permis ou défendu par le droit positif).

Un autre grand principe est celui selon lequel l'Homme est une fin en soi et qu'il ne peut être utilisé premièrement comme un moyen (Kant). L'application de ce principe exclut le « droit à l'enfant » en tant que moyen de satisfaire le désir des parents.

Aussi important est celui de la **dignité de la personne humaine**, qui résulte largement de la loi naturelle et du principe précédent. Par exemple, la recherche et la liberté du chercheur sont de bonnes choses en soi, mais elles doivent être limitées par le respect de ce principe. A ce principe se rattachent la **non patrimonialité, la non commercialité, et la non brevetabilité du corps humain et de ses éléments**.

- **Le principe du respect de la vie humaine dès son commencement** (art 16 du code civil), mais les avis divergent sur le moment de celui-ci (voir ci-dessous)

- Le principe de la **liberté individuelle** et du respect de la vie privée et de la nécessité du **consentement libre et éclairé** des patients.

QUELLE PLACE POUR L'EMBRYON ?

Dans les questions de bioéthique, on ne peut faire l'économie d'une réflexion sur l'embryon, malgré l'absence de consensus sur ce sujet. Nous discuterons de la question d'un triple point de vue :

- celui des sciences de la nature dans le développement de l'embryon,
- celui de la philosophie
- puis nous aborderons les enjeux éthiques et juridiques.

1) APPROCHE SCIENTIFIQUE

Elle s'appuie sur les données les plus récentes de la génétique, et du développement embryonnaire d'un point de vue anatomique et physiologique.

S'il existe une certitude, c'est qu'avec la fécondation se met en place un nouvel organisme, le **zygote** dont le patrimoine génétique, différent de celui de ses géniteurs et résultant de la fusion du spermatozoïde paternel et de l'ovule maternel, est entièrement constitué : cela veut dire que les caractéristiques corporelles de l'enfant en développement –sexe, taille, couleur des yeux, etc. et des capacités mentales, sont déjà déterminées. Dès ce jour J, l'être ainsi constitué est de **race humaine** et il dispose d'un « **programme de développement** » interne orchestré par son patrimoine génétique et non pas par le milieu maternel qui l'entourne.

Ce programme lui permet de se développer, en passant par plusieurs phases successives : division cellulaire en 2, 4... jusqu'à 64 cellules (stade morula) ; c'est à ce moment que l'embryon se transforme en blastocyste capable de s'implanter dans la muqueuse utérine de la mère (nidation) (5) ; à partir de là les tissus et organes commencent à se différencier : c'est la phase de développement de l'embryon qui aboutit à la mise en place de tous les organes (cœur, organes génitaux, cerveau...) qui dure jusqu'à la fin du 3^{ème} mois ; à partir de là on entre dans la phase fœtale : le fœtus dont les différents organes se développent et fonctionnent de façon de plus en plus précise : par exemple, le fonctionnement du cerveau devient « opérationnel » surtout après le 6^{ème} mois (6).

Donc, même s'il traverse des phases morphologiques et physiologiques distinctes, il est bien clair qu'il s'agit d'un **même processus de développement, continu et complètement original** ; d'ailleurs, le même processus se poursuit après la naissance : petite enfance, enfance, adolescence... Les objections habituelles sur la gémellité et sur la proportion importante d'embryons éliminés naturellement ne remettent pas fondamentalement en cause ce processus majeur.

L'embryon et le fœtus sont donc clairement des êtres humains, ne serait-ce que d'un point de vue corporel.

2) APPROCHE PHILOSOPHIQUE

Cependant, l'approche « scientifique » n'est pas suffisante pour qualifier l'être humain en cause. Il faut pour cela recourir à la philosophie ou même, pour ceux qui sont croyants, à la théologie. Mais ne nous cachons pas que l'on aboutit à des points de vue fort divergents et à l'absence de consensus. Au risque de simplifier à l'extrême, nous caractériserons deux approches opposées :

a) L'APPROCHE PAR « SEUILS » D'HUMANITE

Certains privilégient des seuils corporels de développement. Par exemple en Angleterre on distingue le stade du pré-embryon (avant la nidation) de celui de l'embryon (post nidation) (7) : toutes les manipulations seraient permises sur le pré-embryon. D'autres retiennent la fin du développement embryonnaire, se basant sur une forme extérieure qui commence à ressembler à un être humain ; certains préfèrent choisir le début du fonctionnement opérationnel du cerveau qui coïncide en gros avec le seuil de viabilité du fœtus en dehors du corps de la mère : ce seuil est actuellement de 24 semaines ; ce seuil peut être purement et simplement la naissance, voire plus tard si le bébé n'est pas « conforme ». Tous ces seuils ont en commun d'être arbitraires vis-à-vis du processus continu évoqué plus tôt. Ou bien on privilégie délibérément le développement mental, qui démarre plus tardivement, par rapport au développement corporel supposé négligeable (dualisme issu du platonisme).

Plus subtile est l'argumentation selon laquelle l'embryon ne serait reconnu comme une personne humaine sujet de droit qu'en fonction d'un « **projet parental** ». C'est clairement ce qui apparaît pour Frydman et Canto-Sperber (8) : un seuil critique apparaît pour les parents en fonction des premières échographies et analyses : si l'embryon est conforme aux attentes des parents, il sera accepté ; sinon il sera impitoyablement rejeté : le sort de l'embryon dépend à 100 % du désir des parents ; en son absence il n'est rien (9). Loin de nous le jugement que le projet parental serait une mauvaise chose en soi mais raisonnons par l'absurde : soit un couple dont la femme est stérile et recourt à une FIV puis à un DPI. Le couple est très motivé et le succès de l'opération le conduit à un projet parental très fort ; l'embryon est « reconnu » à un stade très précoce (nidation). Mais deux mois plus tard pour une raison X, le couple se sépare et du coup renonce à son projet parental ; en conséquence de quoi la femme recourt à une IVG. Au jour J l'embryon était reconnu comme une personne et au jour J+1, le voilà réduit à un objet jetable : Si l'on se place du point de vue logique, on peut y voir une cohérence qui va jusqu'au bout de l'argument du « projet parental ». Mais quel scandale éthique, qui fait froid dans le dos !

Qui ne voit que le raisonnement par seuils d'humanité induit nécessairement des formes de **discrimination**, certains embryons ayant le droit de vivre et d'autres non, certains ayant des droits et d'autres, réduits à l'état d'objets, n'en ayant aucun. Ce d'autant que cette discrimination peut s'exercer à des stades tardifs (foetus ayant des handicaps légers) ou bien même après la naissance.

Dans la fameuse formule du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE-1984) : « **l'embryon est une personne humaine potentielle** », on retient que l'embryon n'est qu'une **simple potentialité** – parfaitement théorique - de personne humaine.

b) APPROCHE SELON NATURE HUMAINE ETENDUE A L'EMBRYON

Elle consiste en ne pas séparer le développement psychique (voire spirituel) de l'individu et son développement corporel : l'individu humain forme un tout – corps et âme indissociables. Cela traduit les intuitions d'Aristote et Boèce (6^{ème} siècle), lequel définissait ainsi la personne humaine : « **substance individuelle de nature rationnelle** ».

Certes, il y a un décalage temporel entre le développement corporel et le développement psychique mais les deux forment un tout si bien que dans l'embryon il y a en germe, en puissance, son développement psychique futur s'il n'est pas contrarié par un accident dans son développement. C'est ce développement futur qui donne sa **dignité** à ce germe de même que c'est l'arbre qui fait la graine et non l'inverse. La maxime : « petit poisson deviendra grand pourvu que Dieu lui prête vie » devient « petit embryon deviendra une personne autonome et libre pourvu que son environnement (naturel et culturel) le lui permette ». S'il est permis de douter que l'embryon **soit directement** une personne, mais laissons lui le bénéfice du doute : Attendons 9 mois et voyons si vous doutez du résultat ! Aussi **doit-il être considéré « comme » une personne** – du fait de cette potentialité forte de devenir une personne. Dans la formule du CCNE, on insiste sur la **personne en potentialité totale et réelle**. Alors, l'embryon devient sujet de droits et il n'est pas soumis aux discriminations et à l'arbitraire évoqués plus haut.

3) APPROCHE ETHIQUE ET JURIDIQUE

Nous nous référons à cette deuxième approche philosophique : dès lors l'embryon bénéficie de la **dignité** inhérente à la personne humaine qui fait partie des droits de l'Homme. D'un point de vue éthique, il doit bénéficier d'une considération particulière : il n'est pas réductible à l'état d'objet.

Mais le moral n'est pas forcément le légal, même si l'on peut souhaiter que le droit positif se rapproche le plus possible des impératifs éthiques : on peut en effet entrer dans des conflits de droits entre ceux de l'embryon et ceux de la mère (par exemple sa santé). Aussi des aménagements juridiques peuvent être formulés pour tenir compte de situations graves et exceptionnelles : c'était l'esprit initial de la loi de 1975 en son article 1 : « La loi garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi ». On sait ce qu'il en est advenu.

Or d'un point de vue juridique nous disposons de textes importants. Outre la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948) qui affirme dans son article 2 le droit à la vie ; celle-ci est confirmée par la Convention

européenne des droits de l'Homme (1950) gardée par la Cour européenne de droits de l'Homme : « l'article 2 protège le droit à la vie, sans lequel la jouissance de l'un quelconque des autres droits et Libertés garantis par la Convention serait illusoire ». La Déclaration des droits de l'enfant de l'ONU (1959) stipule dans son principe n°4 une aide et une protection spéciale doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, **avant et après la naissance**. La déclaration universelle sur la bioéthique de l'UNESCO proclame dans son article 3 que « l'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société et de la science ». La Convention d'Oviedo (1997) de biomédecine du Conseil de l'Europe dit la même chose en son article 2 en énonçant en son article 15 que la liberté de la science s'exerce sous réserve « des dispositions qui assurent la protection de l'être humain.

En définitive, nous voyons s'opposer deux conceptions de l'embryon : les uns considèrent que le principe de dignité ne protège pas l'embryon et dès lors il tend à devenir un simple matériau de laboratoire. Nous combattons cette position car, en vertu de l'unicité du processus de développement humain - corps et esprit - nous considérons l'embryon « comme » une personne, sujette de dignité et de droit. Cependant, entre ces deux positions tranchées, beaucoup sont dans le doute : ils ne sont pas indifférents au sort réservé à l'embryon, d'autant qu'ils se disent qu'ils sont passés par ce stade ; mais ils ne sont pas prêts à accorder le statut plein et entier de personne à ce petit être encore informe et fragile. Aussi, faute de consensus, peut-on plaider pour la **vertu de prudence** (10) visant, sans immobilisme, à évaluer raisonnablement les enjeux en évitant la fuite en avant dans des voies dangereuses - l'exemple extrême du clonage reproductif faisant réfléchir... Prudence et aussi **responsabilité**, car nous sommes comptables des choix d'aujourd'hui vis-à-vis des générations futures. Croyants et incroyants peuvent se retrouver dans un humanisme de bon aloi.

ARVPF- dijon-mars 2009

(1) On trouvera un article sur la « Loi naturelle » de J. Finnis dans le dictionnaire d'éthique et de philosophie morale (dir. M. Canto-Sperber) p 862-868.

(2) cf. L. Ferry La sagesse des mythes- Plon- 2008 p 383.

(3) à condition de s'y tenir fermement ce qui ne semble pas facile : au départ on fixe un « cadre pour limiter les dérives » et puis « on laisse dériver le cadre » ! Le livre de R. Frydman et M. Canto-Sperber est significatif : aucune référence à la Loi Naturelle ; aussi les auteurs en viennent à admettre à demi-mot, dans une perspective évolutive, la sélection du sexe par convenance familiale – Naissance et Liberté Plon 2008-p 43.

(4) On ne saurait reprocher à l'Eglise catholique d'être dans cette optique, car elle défend un idéal.

(5) On distingue un stade (jusqu'à 16 cellules) où ces cellules sont totipotentes, c'est-à-dire susceptible de donner naissance à tous les types de cellules (neurones, musculaires, etc...) et le stade suivant où elles sont pluripotentes, c'est-à-dire ne pouvant induire que des cellules de plusieurs types, mais pas tous.

(6) Cela est prouvé par des enregistrements sonores de la mère ou du père, ou même de musique à ce stade, qui sont « reconnus » par le bébé après sa naissance.

(7) Que l'homme de la rue puisse qualifier l'embryon d' « amas de cellules » peut se comprendre ; mais qu'un médecin aussi éminent que Bernard Debré le fasse est incompréhensible : en effet il n'est pas sans savoir que l'amas de cellules en question est guidé de l'intérieur par un programme qui le conduira, sauf accident au stade d'un bébé.

(8) Voir M. Canto-Sperber et R. Frydman - Naissance et liberté-Plon - 2008 (p 22-64).

(9) Version moderne du « pater familias » romain qui décidait à la naissance si le nouveau-né avait droit de vivre ; sinon, il était « exposé »... à la mort prochaine.

(10) René SIMON – Ethique de responsabilité -Seuil 1993.

ARVPF - LOIS DE BIOETHIQUE- RESUME DES 5 ARGUMENTAIRES

I-RESUME DE L'ARGUMENTAIRE SUR : « PRINCIPES GENERAUX DE BIOETHIQUE »

A l'amont de l'examen de problèmes particuliers s'impose une réflexion sur les principes généraux sous-tendant la révision. Notre référence est la « Loi Naturelle » entendue, non comme une loi « naturaliste », mais comme constitutive de la **nature humaine universelle** ; ceci dans ses composantes corporelle, psychique voire spirituelle, tant il est vrai que l'Homme est « nature » **et** « culture ». Les Droits de l'Homme sont une expression positive de la Loi Naturelle. Nous explicitons les principes de dignité de la personne humaine, de non instrumentalisation et de non patrimonialisation, de liberté individuelle et de consentement libre et éclairé, enfin de respect de la vie humaine dès son commencement ce qui renvoie à la place de l'embryon qui fait débat.

- 1- Une approche scientifique décrit l'unicité et l'autonomie du processus de développement de l'embryon depuis le « zygote » jusqu'à la naissance et au-delà.
- 2- Une approche philosophique distingue ceux qui font dépendre le caractère de personne humaine de **seuils** liés à des stades de développement ou à un « projet parental », induisant nécessairement des discriminations ; pour nous au contraire, nous considérons **l'être humain, corps et esprit, comme un tout** et il doit être considéré **« comme une personne »** dès la conception.
- 3- Un état des textes juridiques protégeant l'embryon complète l'analyse.

Enfin nous faisons appel à la « vertu de prudence » et à la responsabilité vis-à-vis des générations futures.

II-RESUME DE L'ARGUMENTAIRE SUR L'AMP

L'AMP est une procédure dérogatoire à la Procréation Naturelle (PN) : aussi doit-elle **répondre à 3 conditions réunies : a) s'écarter le moins possible de la PN, b) être exceptionnelle et c) motivée par des raisons graves**. Notre « carte » est la Loi Naturelle et notre « boussole » est la dignité de la personne humaine. Notre argumentation retient en 1^{ère} partie une analyse critique des pratiques existantes dans le cadre actuel et en 2^{ème} partie les enjeux de la révision.

- 1)- L'insémination intra-utérine intraconjugale et la FIV autologue sont des pratiques acceptables mais nous sommes très réservés sur l'insémination avec donneur et le don d'ovocytes, ainsi que sur la pratique de l'ICSI. Nous sommes radicalement opposés à la congélation d'embryons, mais favorables à celle d'ovocytes.
- 2)- Malgré le débat sur « l'accès aux origines », nous sommes pour le maintien des principes d'anonymat et de gratuité des dons de gamètes. Nous sommes résolument opposés aux dépassement des limites d'âge, à la fécondation et au transfert d'embryon post mortem, et à l'accès des personnes célibataires et de même sexe à l'AMP.

III- RESUME DE L'ARGUMENTAIRE SUR LA « GESTATION POUR AUTRUI »

Notre pré-supposé en matière d'AMP y compris ici GPA est la référence à la Procréation Naturelle. Si la finalité d'être mère est bonne et si nous reconnaissons comme grave l'impossibilité pour une femme de porter son enfant, nous refusons le « droit à l'enfant ». Notre argumentation repose sur 2 niveaux :

-Au niveau anthropologique fondamental, nous considérons que **la maternité forme un tout** et des liens très étroits se tissent entre la mère et l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement. Il s'agirait ici, non de faire

face à une situation subie, mais d'un **choix intentionnel et délibéré** de dissocier la grossesse et l'éducation de l'enfant. La dissociation de l'aspect corporel et de l'aspect intentionnel relève d'une philosophie dualiste que nous rejetons.

-Au niveau juridique et pratique, notre droit édicte que « la mère est la femme qui accouche ». La GPA impliquerait un contrat qui aboutirait à instrumentaliser la femme gestatrice et à faire du bébé un « produit ». Une dérive financière serait inévitable et les causes de litiges nombreuses.

Au final les inconvénients seraient largement supérieurs aux avantages dont bénéficieraient un nombre très limité de cas. Le principe de précaution doit impérativement s'appliquer.

IV-RESUME de l'argumentaire sur Diagnostic prénatal (DPN) et Diagnostic pré-implantatoire (DPI)

DPN

Pour la loi de 2004, « le Diagnostic prénatal (DPN) s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité ». Nous sommes opposés au principe du DPN, mais par réalisme nous considérons qu'il puisse être pratiqué dans un petit nombre de cas très graves. Parmi les méthodes, l'amniocentèse –trop pratiquée- est dangereuse car on compte plus de fœtus sains avortés que de fœtus malades dépistés. Pour la trisomie 21, on aboutit à un taux d'« éradication » de 97 % qui rend crédible l'accusation d'**eugénisme** du Professeur Sicard.

DPI

Il y a analogie avec le DPN, mais on y ajoute une sélection **a priori** des embryons sains vis-à-vis des embryons malades. Nous sommes opposés au principe, tout en tolérant qu'il puisse être pratiqué pour des maladies graves et incurables. A fortiori nous sommes fermement opposés à tout **élargissement** des indications comme en Angleterre et au « **bébé médicament** » qui ajoute une instrumentalisation indigne de l'être humain.

V-RESUME de l'argumentaire sur « CELLULES-SOUCHES, RECHERCHE SUR L'EMBRYON ET CLONAGE »

Pour nous l'embryon doit être considéré « **comme une personne** » et les recherches scientifiques doivent respecter sa dignité conformément à la convention d'Oviedo.

Les recherches sur les cellules souches adultes, les cellules de cordon ombilical, et les cellules pluripotentes induites – ne posant pas de problème éthique - doivent être développées. Au contraire, les recherches sur les cellules souches embryonnaires ne permettent pas à moyen terme de progrès thérapeutiques majeures et peuvent être menées par des méthodes alternatives : **les 2 conditions de la loi de 2004 n'étant pas réunies**, nous demandons l'interdiction de ces recherches.

Nous sommes opposés à la création délibérée d'embryons pour la recherche : elle aboutirait à une **réification totale de l'embryon** contraire à sa dignité. Concernant le clonage, nous nous réjouissons que la voie reproductive est presque unanimement condamnée ; mais le risque existe, il est même probable à terme. La voie thérapeutique n'est pas prometteuse, même pour ses protagonistes. Pour nous un embryon, même cloné, reste humain, ce qui condamne la voie de recherche. Le clonage suppose de disposer d'ovocytes féminins, d'où l'entrée dans un processus d'**exploitation du corps de la femme**, contraire à sa dignité. Nous demandons le maintien de l'interdiction du clonage, tant à visée reproductive qu' à visée thérapeutique ou de recherche.

ARGUMENTAIRE SUR LA "GESTATION POUR AUTRUI »

Nous évoquerons dans une première partie les aspects anthropologiques, à caractère plus fondamental, puis dans une deuxième partie les aspects juridiques, économiques et sociaux, à caractère plus contingent. Des parents français en petit nombre se rendent à l'étranger et obtiennent le recours à des mères porteuses. La demande principale semble émaner de femmes, qui ne pouvant par porter d'enfants veulent néanmoins transmettre leur patrimoine génétique.

I-ASPECTS ANTHROPOLOGIQUES FONDAMENTAUX

Il n'est évidemment pas dans notre propos de nier la grande souffrance pour une femme de ne pas pouvoir porter un enfant pour diverses raisons (âge, absence d'utérus...). La finalité de vouloir « être mère » est évidemment bonne, mais n'autorise pas pour autant n'importe quel moyen pour y parvenir. Rappelons que l'enfant n'est pas un objet, mais un sujet, donc pas de "droit à l'enfant ».

Le premier argument est que la *maternité forme un tout* qui se déroule en plusieurs phases successives : conception, grossesse, accouchement, petite enfance, enfance et adolescence, etc. En particulier des liens très étroits se tissent entre la mère et l'enfant pendant la grossesse et ce, dans les 2 sens et notamment d'un point de vue psychique pendant les 3 derniers mois (1). La mère s'attache le plus souvent à ce petit être qui vit en elle. Et que dire de l'accouchement, qui est un moment exceptionnel pour la mère et l'enfant, dont la mémoire s'inscrit durablement chez l'une et l'autre ? Dès lors confier les phases de la grossesse et de l'accouchement à une tierce personne aboutirait à court-circuiter ces phases essentielles de la maternité. Si l'on considère en comparaison le don d'ovocytes, ce dernier est déjà une opération lourde et coûteuse, susceptible de trafic, et sans doute discutable d'un point de vue fondamental ; mais confier à un tiers la grossesse et l'accouchement est une opération cent fois plus lourde d'enjeux et de significations. Certes dira-t-on, la vie se charge souvent de séparer la petite enfance de la grossesse et de l'accouchement : en cas de décès, de séparation, d'impossibilité matérielle ou psychologique d'élever l'enfant, etc. Mais ce qui nous est proposé est différent : *il s'agit de dissocier INTENTIONNELLEMENT l'avant et l'après accouchement* pour satisfaire l'intérêt -au sens large- de quelques parents. L'abandon d'enfant se verrait institutionnalisé. Selon le projet du (petit) groupe sénatorial, il y aurait 2 ou trois mères : mère biologique et intentionnelle d'un côté, mère gestatrice de l'autre ; ou bien mère biologique (autre qu'intentionnelle) *et* mère gestatrice *et* mère intentionnelle. Au passage on ne nous explique pas pourquoi la mère gestatrice ne pourrait pas être la mère biologique, ce qui est possible en Angleterre.

On dissocie aussi volontairement l'aspect corporel de la maternité de son aspect intentionnel : c'est typiquement une philosophie DUALISTE : implicitement seul l'aspect

intentionnel serait valorisé et l'aspect corporel serait secondaire, voire méprisable !

Le projet mesure-t-il les conséquences psychologiques prévisibles ?

-sur le développement de l'enfant (question de l'"intérêt supérieur de l'enfant", notion très imprécise). Comment celui-ci pourra-t-il construire, à l'adolescence notamment, son identité ? Quelle sera pour lui la « vraie mère », parmi les 3 possibles (2) ? Certes le langage peut atténuer le problème, mais pas le supprimer ; faudra-il affecter et rémunérer une troupe de psychologues ? Quid s'il y a non-dit ?

-vis à vis des mères : de deux choses l'une :

*soit la mère gestatrice est proche de la mère intentionnelle, par la parenté ou l'amitié mais alors ces deux personnes seront objectivement concurrentes -ne serait-ce que d'un point de vue symbolique- dans le rôle de mère, même s'il y a au départ un acte de « générosité » ; la gratuité totale est bien rare, voire illusoire, dans notre monde tel qu'il est.

*soit la mère gestatrice est éloignée de la mère intentionnelle : le risque précédent est écarté mais le risque d'instrumentalisation est décuplé ; l'aspect utilitariste l'emporterait , avec son cortège de marchandisation du corps de la gestatrice, et celui de *l'enfant « produit »* (à l'encontre du principe reconnu de non-patrimonialisation du corps humain).

II-ASPECTS JURIDIQUES, ECONOMIQUES ET SOCIAUX

Le premier point est qu'en droit français comme dans la plupart des pays européens, *"la mère est la femme qui accouche"*, ce qui relève du bon sens : on voit déjà une source de conflit potentiel si l'on considérait la mère intentionnelle comme la "vraie" mère.

Qu'on le veuille ou non (le groupe sénatorial évacue la question) et par la force des choses, il y aurait bien *contractualisation* : pour fixer le "dédommagement" de la mère gestatrice, pour définir une indemnité de la mère intentionnelle au cas où la première voudrait garder l'enfant après la naissance (ce qu'il est difficile de refuser), ou interrompre sa grossesse, en distinguant IVG et IMG. Et si l'enfant était handicapé ? Quid du droit du ou des pères, biologique ou intentionnel ?

Il y aurait aussi plus ou moins *marchandisation du corps de la femme gestatrice*, au centuple par rapport à la fourniture d'ovocytes.

Même si des précautions sont prises-en fixant par voie réglementaire le montant du "dédommagement", notre monde étant ce qu'il est, c'est à dire dominé par l'argent (le marché sur internet existe déjà), on ne voit pas comment éviter des dérives du type marché noir, dessous de table, etc. De plus des femmes pauvres de la population seraient enclines à "louer leur ventres" et à l'inverse, on verrait des femmes riches ou des stars éviter les contraintes de la grossesse et de l'accouchement (3). Les morvandelles de jadis louaient bien leurs mamelles ! Et qui paierait in fine ? Comme d'habitude on ferait payer la sécurité sociale !

Qui garantirait qu'à la faveur d'un changement de majorité politique, d'autres catégories de personnes se verraient ouvrir cette possibilité, par exemple des personnes de même sexe.

Notre législation n'a pas à favoriser les parents qui délibérément transgressent la loi française

en se rendant à l'étranger : ils doivent être pénalisés, au moins financièrement. En revanche les enfants concernés qui n'y sont pour rien devraient l'être le moins possible : ne pourraient ils pas bénéficier d'une adoption simple par les parents intentionnels et à leur majorité et en connaissance de cause, ils pourraient éventuellement bénéficier d'une adoption plénière, si accord réciproque ?

En définitive, les inconvénients d'une éventuelle légalisation de la "gestation pour autrui", seraient largement supérieurs aux avantages supposés-qui concerneraient un très petit nombre de cas. C'est d'ailleurs la conclusion du rapport de l' OPCST. Sur le plan anthropologique, le principe de précaution devrait s'appliquer, tant les conséquences psychologiques pour l'enfant et les mères sont redoutables. Sur le plan juridique, on s'orienterait vers une "bouteille à l'encre" semés des litiges les plus divers. Enfin on aboutirait à une réification de l'enfant "produit" et une marchandisation nécessaire du corps de la femme.

La solution digne du problème du problème initial relève de l'adoption, même si l'on sait que cette voie n'est pas facile et relève souvent du parcours du combattant : des modalités seraient à revoir. Et si cette voie se refermait, n'oublions pas que la fécondité ne se réduit pas à son aspect biologique, encore moins génétique : il y a d'autres formes de fécondité : intellectuelles, culturelles, sociales, etc.

ARVVPF- Dijon, février 2009

- (1) Mme M. O. Réthoré de l'Académie de Médecine : « La relation entre l'enfant et ses parents se construit au cours de la grossesse, qui est un moment essentiel pour l'équilibre du bébé. Pour s'en convaincre, il suffit de voir l'effet de la voix maternelle sur le nourrisson. Quand un enfant vient au monde, il est déjà vieux de 9 mois » (La Croix du 19/5/2008)
-Voir aussi le cri de Catherine Dolto, médecin et hapto-psychothérapeute : « Nous ne sommes pas des mammifères comme les autres ! » (Le Figaro des 20-21/12/2008)
- (2) si en plus il y a 2 pères, l'un biologique et l'autre intentionnel cela ferait pour l'enfant *cinq parents* à gérer, sans parler des familles recomposées ! M. Canto-Sperber cite le cas d'une petite américaine dotée de « huit parents potentiels », mais d'aucune filiation ! (in R. Frydman et M. Canto-Sperber - Naissance et Liberté- 2008 p 151)
- (3) M. Canto-Sperber fait une analyse fine du problème, en référence avec des exemples étrangers : si la condamnation éthique l'emporte nettement, les conclusions juridiques sont ambiguës (op. cité p 131-173)

Diagnostic Prénatal (DPN) et Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI)

I-DPN

a)-définition

Il consiste dans le fait de réaliser un diagnostic sur l'embryon-foetus in utero, Il s'agit en général de diagnostiquer une affection susceptible de pénaliser son développement futur. La loi bioéthique du 6/8/ 2004 précise « *que le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le foetus une affection d'une particulière gravité ...* » Cela exclut des indications de convenances personnelles qui existent déjà dans d'autres pays (ex : USA) comme la recherche du sexe... Une fois le diagnostic posé, 2 issues : possibilité de *soigner* le foetus ou comme c'est le cas dans la très grande majorité des cas son *élimination*, sous la forme d'une IMG.

b)-pratiques et législation

Les méthodes se classent en 2 catégories :

1-méthodes non invasives : échographie, embryoscopie et marqueurs sériques. Elles ne sont pas dangereuses, mais en cas de dépistage de risque possible, elles sont fortement anxiogènes. Or, concernant les marqueurs sériques, si le test peut sembler pertinent pour les femmes de plus de 38 ans qui ont un risque élevé (1 cas sur 46), ce n'est pas le cas pour les femmes de moins de 38 ans (1 cas sur 856). Or ce test concernait 52 % des femmes enceintes en 1997, avec un coût non négligeable pour la Sécurité Sociale (S.S.) car ces tests sont remboursés.

2-méthodes invasives : choriocentèse entre 10ème et 11ème semaine, **amniocentèse** entre 15ème et 19ème semaines, cordocentèse à partir de la 21ème semaine.

La pratique de l'amniocentèse est dangereuse : le taux d'accident est d'environ 1 % ; et l'on compte plus de foetus avortés « sains » que de foetus malades. Elle est prise en charge par la S.S. si le risque estimé au regard du test des marqueurs sériques (ici en l'occurrence pour la trisomie 21), est supérieur à 1/250. Or le Pr Frydman déplorait en 2005 (1) la généralisation du recours à cette pratique, qui n'est pas dépourvue de risques (0,5 à 1 % de fausses couches (2), augmentation de la prématurité). 80 000 amniocentèses étaient pratiquées chaque année, soit 11 à 12 % des femmes enceintes : la hausse est due à l'inquiétude des médecins face à la judiciarisation croissante des actes médicaux et à l'âge de la maternité croissant. Si les médecins français utilisaient les méthodes de leurs collègues anglais, le taux pourrait être ramené à 7 % soit 53 000.

Considérons le cas de la **trisomie 21**. Certes, cette affection est pénalisante sur le plan intellectuel mais les personnes trisomiques sont capables d'une grande affectivité – souvent largement supérieure à celle d'individus « normaux ». Peut-être ne peut-on pas imposer à tous les parents d'élever un enfant trisomique si la charge était trop lourde pour eux, mais leur « éradication » (97 % sont actuellement avortés en France, plus que dans les autres pays comparables) fait froid dans le dos. Or après leur naissance, les rares enfants trisomiques survivants font l'objet -en général- de soins attentifs de la part de leurs parents et de la société puisque on a la volonté de les intégrer à une scolarité quasi normale. C'est une bonne chose, sauf que la société a une attitude schizophrène : éradication avant la naissance, soins attentifs après.

c)-Evaluation éthique

Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), dans son avis n° 5 (1985), tout en ne rejetant pas le DPN, émet cependant des réserves comme celle-ci : "L'écart existant entre les méthodes de diagnostic et les moyens thérapeutiques peut faire craindre que le recours fréquent au diagnostic prénatal ne renforce le phénomène social de rejet des sujets considérés comme anormaux et ne rende encore plus intolérable la moindre anomalie du fœtus ou de l'enfant" et celle-ci : " Il est recommandé que les Pouvoirs publics n'encouragent le diagnostic prénatal en ne le finançant que dans ces hypothèses" (quasi certitude d'une maladie génétique grave et marge d'erreur faible).

Cependant avec le temps, on assiste à des dérives : d'une pratique qui aurait dû rester exceptionnelle, on est passé à une pratique courante, d'autant que les perspectives thérapeutiques étant très limitées, les parents, soumis à de fortes pressions médicales et sociales, sont conduits à la solution de l'IMG. Si bien que l'accusation d'eugénisme prend corps : l'eugénisme « d'Etat » (version hard), devient de nos jours « libéral » (version soft). Certains contestent (3) qu'il s'agisse d'eugénisme dès lors qu'il n'y a pas de contrainte collective et pas de recherche de caractères positifs, tels le sexe ou le type « blond aux yeux bleus » : pour le deuxième terme on en est certes pas encore là, mais cela existe dans d'autres pays comme les Etats-Unis donc la menace existe ; quand au premier terme, **la preuve d'eugénisme est faite** qu'il est réalisé chez nous dans le cas de la trisomie 21 car on assiste bel et bien, dans les faits, à une **éradication collective avec un taux de 97 %**. Le professeur Sicard (ancien président du CCNE) a poussé un grand coup de gueule à ce sujet (4). Même si l' "arrêt Perruche" a permis un sursaut moral sur le sujet, on est loin du compte. Certes nous sommes opposés au principe même du DPN, mais si l'on admet par réalisme qu'il puisse être pratiqué, ce serait dans un très petit nombre de cas particulièrement graves. Il nous semble inadmissible par exemple que le dépistage de la trisomie 21 soit systématique ; il ne devrait

être proposé (et éventuellement remboursé ?) que pour les femmes de plus de 38 ans.

II-DPI et « Bébé médicament »

a)-Définition

Le Diagnostic préimplantatoire, DPI, consiste à rechercher certaines anomalies génétiques sur des embryons obtenus par fécondation in vitro (FIV). Les embryons non porteurs de l'anomalie sont transférés dans l'utérus et les embryons atteints sont détruits.

Le DPI se présente comme une alternative au diagnostic anténatal et s'adresse aux couples à risques génétiques, soit que l'un des membres du couple ou les deux, ait une anomalie génétique connue dans la famille, soit qu'un premier, voire un deuxième enfant, ait révélé l'existence d'une transmission génétique d'une maladie.

b)-Technique

Elle consiste à obtenir par FIV 6 à 8 embryons au stade de 8 cellules sur lesquels sont prélevés 1 à 2 cellules ; celles-ci sont analysées dans le but de rechercher une anomalie génétique ou chromosomique.

c)-Pratique et législation

En France, 3 centres, Paris, Strasbourg et Montpellier sont autorisés à cette pratique.

Par exemple, « une récente publication de René Frydman et Coll. à l'Académie nationale de médecine le 14 mai 2002 donne les résultats de l'ensemble des équipes parisiennes en 2000 et 2001.

59 couples ont été pris en charge de janvier 2000 à juillet 2001 au cours de 71 cycles. Parmi les 505 embryons obtenus, 421 ont été biopsiés, un résultat génétique a été obtenu pour 302 (74% d'entre eux). 127 embryons ont été transférés au cours de 58 transferts. 18 grossesses biologiques et 12 cliniques ont été obtenues (7 uniques, 4 gémellaires et 1 triple). **16 enfants sont nés**. La répartition des affections pour lesquelles le DPI a été réalisé, montre que 25 couples présentaient un risque de déséquilibre chromosomique et 34 couples un risque de transmission de maladie monogénique. Parmi ces affections géniques, la plupart étaient liées à une maladie autosomique récessive (muscovisidose) ou dominante (myopathie de Steinert). Parmi les maladies liées à l'X, la myopathie de Duchenne ou le retard mental lié à l'X dominaient les indications. »

« l'utilisation du DPI reste limitée et son taux de succès relativement réduit »(5)

R. Frydman précise « on estime que le taux de grossesses menées à terme est environ 20 %. C'est très peu, surtout lorsque le couple n'est pas stérile... »(6)

L'article L162-17 concerne particulièrement le DPI, il stipule que le DPI ne peut être pratiqué qu'à titre exceptionnel dans des conditions bien définies... Celui-ci ne peut être accepté que si le couple est reconnu comme ayant « **une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic** ». De plus, il faut que la ou les anomalies responsables soient préalablement identifiées chez l'un des parents. Un consentement écrit est nécessaire. Seule la recherche de cette anomalie est tolérée. Enfin, le DPI «ne peut être réalisé que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet après avis de la Commission nationale de médecine de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal».

Cela exclut tout DPI de convenance, comme la détermination du sexe comme pratiquée dans certains pays (USA) (7). Cela exclut aussi la recherche de risque de maladies comme le cancer du sein qui ne sont pas incurables ; or on assiste actuellement, par exemple en Grande Bretagne, à un « DPI élargi » à ce type de prédisposition et la question se pose d'ores et déjà en France (8).

Un glissement particulier concerne la recherche du « **Bébé médicament** » qui consiste à sélectionner par DPI un petit frère ou une petite sœur non seulement indemne d'une maladie génétique grave, mais aussi susceptible de guérir un grand frère ou une grande sœur déjà atteint. Cette pratique a été autorisée en France de façon dérogatoire par la loi bioéthique de 2004(art. L2131-4-1), mais n'a pas encore donné lieu à naissance effective ; mais des cas isolés ont été pratiqués en Angleterre, Espagne...On omet soigneusement de dire que cette pratique implique d'éliminer, non seulement des embryons malades, mais même des embryons sains mais incapables de soigner leur frère ou sœur.

4)-Appréciation éthique

Le caractère réduit en nombre du DPI ne doit pas faire oublier son caractère fortement symbolique. **Il y a le principe inhérent d'une sélection : certains embryons sont choisis à l'avance comme pouvant accéder à la vie, d'autres non.** Certes, l'argument d'éviter des existences fortement handicapées, souvent destinées à les morts précoces, n'est pas sans poids, vu le lot de souffrances que

ces existences peuvent engendrer, pour les personnes en cause et leur environnement proche, notamment parents. Mais comment ne pas voir que l'on entre dès lors dans une **logique eugénique**, la même que l'on observe pour le DPN. Ce qui inquiète, c'est que dès lors que l'on cherche à encadrer ces pratiques, en essayant de les limiter à des cas particulièrement douloureux, on débouche inévitablement sur un élargissement des indications : on le voit dans le cas dans le « DPI élargi » (Angleterre) et dans le cas du « Bébé médicament » : en l'occurrence le CCNE (3) a émis un avis positif avec de fortes réserves : en particulier ce dernier risque de ne pas être voulu pour lui-même, mais « instrumentalisé » dans le but, certes louable, de soigner un frère ou une sœur aîné, en contradiction avec le principe Kantien selon lequel une personne humaine n'est pas un moyen, mais une fin en soi.

Mettons-nous un instant dans la peau de l'adolescent qui apprend qu'il a été conçu par DPI : a)-« je ne suis pas issu de l'étreinte amoureuse d'un père et d'une mère, comme mes camarades de lycée » ; b) « j'ai été sélectionné et mon petit frère ou ma petite sœur a été éliminé : pourquoi moi et non lui ou elle ? » : quelle culpabilité cela ne va-t-il pas entraîner avec toutes sortes de séquelles ?

En définitive nous rejetons le principe du DPI. Les parents concernés devraient s'orienter vers d'autres voies, telles l'adoption ou des formes non biologiques de fécondité ; nous ne sommes pas insensibles à leur souffrance, mais celle-ci ne fait-elle partie de notre commune condition humaine ? Dans le cas où le DPI serait maintenu, malgré son coût élevé et sa relative inefficience, nous demandons qu'il soit très sévèrement limité à un petit nombre d'affections particulièrement graves et incurables dans le cadre des thérapies prévisibles. En particulier, cela suppose de refuser l'élargissement des indications du DPI et la pratique indigne du « Bébé médicament ».

ARVPF-Dijon, février 2009

(1) Le Figaro du 26/05/2005

(2) pour le Pr Nisand de Strasbourg : 1 à 2 %

(3) avis du CCNE n° 72 de juillet 2002

(4) Le Monde du 5/02/2007

(5) cf M. Canto-Sperber et R. Frydman- Naissance et liberté -Plon -2008

(6) voir (5) p 81

(7) voir le site nouvelobs.com du 21/09/2006

(8) Le Monde (J-Y Nau) du 27/09/2006

ARGUMENTAIRE SUR LA "GESTATION POUR AUTRUI »

Nous évoquerons dans une première partie les aspects anthropologiques, à caractère plus fondamental, puis dans une deuxième partie les aspects juridiques, économiques et sociaux, à caractère plus contingent. Des parents français en petit nombre se rendent à l'étranger et obtiennent le recours à des mères porteuses. La demande principale semble émaner de femmes, qui ne pouvant par porter d'enfants veulent néanmoins transmettre leur patrimoine génétique.

I-ASPECTS ANTHROPOLOGIQUES FONDAMENTAUX

Il n'est évidemment pas dans notre propos de nier la grande souffrance pour une femme de ne pas pouvoir porter un enfant pour diverses raisons (âge, absence d'utérus...). La finalité de vouloir « être mère » est évidemment bonne, mais n'autorise pas pour autant n'importe quel moyen pour y parvenir. Rappelons que l'enfant n'est pas un objet, mais un sujet, donc pas de "droit à l'enfant ».

Le premier argument est que la *maternité forme un tout* qui se déroule en plusieurs phases successives : conception, grossesse, accouchement, petite enfance, enfance et adolescence, etc. En particulier des liens très étroits se tissent entre la mère et l'enfant pendant la grossesse et ce, dans les 2 sens et notamment d'un point de vue psychique pendant les 3 derniers mois (1). La mère s'attache le plus souvent à ce petit être qui vit en elle. Et que dire de l'accouchement, qui est un moment exceptionnel pour la mère et l'enfant, dont la mémoire s'inscrit durablement chez l'une et l'autre ? Dès lors confier les phases de la grossesse et de l'accouchement à une tierce personne aboutirait à court-circuiter ces phases essentielles de la maternité. Si l'on considère en comparaison le don d'ovocytes, ce dernier est déjà une opération lourde et couteuse, susceptible de trafic, et sans doute discutable d'un point de vue fondamental ; mais confier à un tiers la grossesse et l'accouchement est une opération cent fois plus lourde d'enjeux et de significations. Certes dira-t-on, la vie se charge souvent de séparer la petite enfance de la grossesse et de l'accouchement : en cas de décès, de séparation, d'impossibilité matérielle ou psychologique d'élever l'enfant, etc. Mais ce qui nous est proposé est différent : *il s'agit de dissocier INTENTIONNELLEMENT l'avant et l'après accouchement* pour satisfaire l'intérêt -au sens large- de quelques parents. L'abandon d'enfant se verrait institutionnalisé. Selon le projet du (petit) groupe sénatorial, il y aurait 2 ou trois mères : mère biologique et intentionnelle d'un côté, mère gestatrice de l'autre ; ou bien mère biologique (autre qu'intentionnelle) *et* mère gestatrice *et* mère intentionnelle. Au passage on ne nous explique pas pourquoi la mère gestatrice ne pourrait pas être la mère biologique, ce qui est possible en Angleterre.

On dissocie aussi volontairement l'aspect corporel de la maternité de son aspect intentionnel : c'est typiquement une philosophie DUALISTE : implicitement seul l'aspect intentionnel serait valorisé et l'aspect corporel serait secondaire, voire méprisable !

Le projet mesure-t-il les conséquences psychologiques prévisibles ?

-sur le développement de l'enfant (question de l'"intérêt supérieur de l'enfant", notion très imprécise). Comment celui-ci pourra-t-il construire, à l'adolescence notamment, son identité ? Quelle sera pour lui la « vraie mère », parmi les 3 possibles (2) ? Certes le langage peut atténuer le problème, mais pas le supprimer ; faudra-il affecter et rémunérer une troupe de psychologues ? Quid s'il y a non-dit ?

-vis à vis des mères : de deux choses l'une :

*soit la mère gestatrice est proche de la mère intentionnelle, par la parenté ou l'amitié mais alors ces deux personnes seront objectivement concurrentes -ne serait-ce que d'un point de vue symbolique- dans le rôle de mère, même s'il y a au départ un acte de « générosité » ; la gratuité totale est bien rare, voire illusoire, dans notre monde tel qu'il est.

*soit la mère gestatrice est éloignée de la mère intentionnelle : le risque précédent est écarté mais le risque d'instrumentalisation est décuplé ; l'aspect utilitariste l'emporterait , avec son cortège de marchandisation du corps de la gestatrice, et celui de *l'enfant « produit »* (à l'encontre du principe reconnu de non-patrimonialisation du corps humain).

II-ASPECTS JURIDIQUES, ECONOMIQUES ET SOCIAUX

Le premier point est qu'en droit français comme dans la plupart des pays européens, "*la mère est la femme qui accouche*", ce qui relève du bon sens : on voit déjà une source de conflit potentiel si l'on considérait la mère intentionnelle comme la "vraie" mère.

Qu'on le veuille ou non (le groupe sénatorial évacue la question) et par la force des choses, il y aurait bien *contractualisation* : pour fixer le "dédommagement" de la mère gestatrice, pour définir une indemnité de la mère intentionnelle au cas où la première voudrait garder l'enfant après la naissance (ce qu'il est difficile de refuser), ou interrompre sa grossesse, en distinguant IVG et IMG. Et si l'enfant était handicapé ? Quid du droit du ou des pères, biologique ou intentionnel ?

Il y aurait aussi plus ou moins *marchandisation du corps de la femme gestatrice*, au centuple par rapport à la fourniture d'ovocytes.

Même si des précautions sont prises-en fixant par voie réglementaire le montant du "dédommagement", notre monde étant ce qu'il est, c'est à dire dominé par l'argent (le marché sur internet existe déjà), on ne voit pas comment éviter des dérives du type marché noir, dessous de table, etc. De plus des femmes pauvres de la population seraient enclines à "louer leur ventres" et à l'inverse, on verrait des femmes riches ou des stars éviter les contraintes de la grossesse et de l'accouchement (3). Les morvandelles de jadis louaient bien leurs mamelles ! Et qui paierait in fine ? Comme d'habitude on ferait payer la sécurité sociale !

Qui garantirait qu'à la faveur d'un changement de majorité politique, d'autres catégories de personnes se verraient ouvrir cette possibilité, par exemple des personnes de même sexe.

Notre législation n'a pas à favoriser les parents qui délibérément transgressent la loi française en se rendant à l'étranger : ils doivent être pénalisés, au moins financièrement. En revanche les

enfants concernés qui n'y sont pour rien devraient l'être le moins possible : ne pourraient ils pas bénéficier d'une adoption simple par les parents intentionnels et à leur majorité et en connaissance de cause, ils pourraient éventuellement bénéficier d'une adoption plénière, si accord réciproque ?

En définitive, les inconvénients d'une éventuelle légalisation de la "gestation pour autrui", seraient largement supérieurs aux avantages supposés-qui concerneraient un très petit nombre de cas. C'est d'ailleurs la conclusion du rapport de l' OPCST. Sur le plan anthropologique, le principe de précaution devrait s'appliquer, tant les conséquences psychologiques pour l'enfant et les mères sont redoutables. Sur le plan juridique, on s'orienterait vers une "bouteille à l'encre" semés des litiges les plus divers. Enfin on aboutirait à une réification de l'enfant "produit" et une marchandisation nécessaire du corps de la femme.

La solution digne du problème du problème initial relève de l'adoption, même si l'on sait que cette voie n'est pas facile et relève souvent du parcours du combattant : des modalités seraient à revoir. Et si cette voie se refermait, n'oublions pas que la fécondité ne se réduit pas à son aspect biologique, encore moins génétique : il y a d'autres formes de fécondité : intellectuelles, culturelles, sociales, etc.

ARVPF- Dijon, février 2009

- (1) Mme M. O. Réthoré de l'Académie de Médecine : « La relation entre l'enfant et ses parents se construit au cours de la grossesse, qui est un moment essentiel pour l'équilibre du bébé. Pour s'en convaincre, il suffit de voir l'effet de la voix maternelle sur le nourrisson. Quand un enfant vient au monde, il est déjà vieux de 9 mois » (La Croix du 19/5/2008)
-Voir aussi le cri de Catherine Dolto, médecin et hapto-psychothérapeute : « Nous ne sommes pas des mammifères comme les autres ! » (Le Figaro des 20-21/12/2008)
- (2) si en plus il y a 2 pères, l'un biologique et l'autre intentionnel cela ferait pour l'enfant *cinq parents* à gérer, sans parler des familles recomposées ! M. Canto-Sperber cite le cas d'une petite américaine dotée de « huit parents potentiels », mais d'aucune filiation ! (in R. Frydman et M. Canto-Sperber - Naissance et Liberté- 2008 p 151)
- (3) M. Canto-Sperber fait une analyse fine du problème, en référence avec des exemples étrangers : si la condamnation éthique l'emporte nettement, les conclusions juridiques sont ambiguës (op. cité p 131-173)

CELLULES SOUCHES, RECHERCHE SUR L'EMBRYON ET CLONAGE

Comme nous l'avons indiqué dans notre argumentaire sur les principes généraux de bioéthique, nous considérons que l'embryon n'est pas un matériau de laboratoire ; il doit être considéré COMME UNE PERSONNE, ayant une dignité et sujet de droits.

Nous ne sommes pas ennemis du progrès des connaissances et de la recherche scientifique, encore moins « obscurantistes ». Nous en voulons pour preuve les travaux remarquables du Pr J. LEJEUNE, qui a découvert la trisomie 21 et qui toute sa vie s'est évertué à soigner les personnes atteintes sans les éliminer (voir dossier DPN). Ses travaux sont poursuivis dans la fondation qui porte son nom : ils sont internationalement reconnus et elle dispose d'un budget de recherche de 2,4 millions d'euros (1) sans un centime de l'Etat français.

Nous voulons seulement que les recherches scientifiques nécessaires se fassent dans un cadre juridique respectant les principes éthiques tels que la dignité humaine en conformité avec la convention d'Oviedo (1997) : la liberté de la science s'exerce sous réserve « des dispositions qui assurent la protection de l'être humain » (art. 15)

Dans la première partie, nous examinerons la question des cellules souches notamment embryonnaires et dans la seconde la création d'embryons pour la recherche et le clonage.

I-CELLULES SOUCHES ET RECHERCHE SUR CELLULES SOUCHES EMBRYONNAIRES

A-DEFINITIONS ET TYPES DE CELLULES SOUCHES

Les cellules souches ont une haute capacité de se développer et de se spécialiser dans plusieurs types de cellules constituant les différents organes (cœur, foie, neurones, peau, etc.) .On distingue les cellules souches totipotentes susceptibles de donner naissance à tous types de tissus, et les cellules pluripotentes donnant plusieurs types de cellules spécialisées mais non pas toutes.

En outre plusieurs catégories existent :

-**Les cellules souches adultes** : elles sont présentes à l'état naturel dans l'organisme (par exemple dans la moelle, le cœur, le cerveau, etc.) où elles peuvent régénérer ou remplacer des cellules malades. Mais elles sont rares et dispersées. Elles sont pluripotentes.

-**Les cellules de sang de cordon ombilical**. A la naissance, il est facile de recueillir ces cellules et on peut ensuite les conserver, soit pour soigner l'individu d'origine, soit – en les stockant dans des « banques » de sang de cordon - pour soigner d'autres individus à condition qu'il y ait compatibilité génétique, sinon rejet de celles-ci.

Ces 2 catégories ne posent pas de problème éthique quant à leur utilisation.

-**Les cellules souches embryonnaires** : prélevées sur l'embryon au stade de 8 cellules, elles sont totipotentes ; prélevées à un stade ultérieur (blastocyste) elles sont pluripotentes ; malheureusement leur prélèvement entraîne la mort de l'embryon **d'où il surgit un problème**

éthique. Leur source est constituée des embryons surnuméraires (voir dossier AMP) ou les embryons non réimplantés lors de DPI. Une modalité particulière concerne celles qui sont issues d'un clonage.

-Une 4^{ème} catégorie est apparue très récemment (2) : les **cellules souches pluripotentes induites** (IPS) : il s'agit de cellules spécialisées normales (par exemple de peau), qui sont reprogrammées au moyen de gènes et substances chimiques et qui redeviennent pluripotentes. Elles peuvent alors être réimplantées dans un organe malade et le régénérer. Des expériences concluantes ont été réalisées chez la souris. Cependant leur innocuité n'est pas garantie. Le transfert à l'Homme a été réalisé par l'équipe du Pr Thomson du GC du Wisconsin. Mais pas de problème éthique.

B-RECHERCHE SUR LES CELLULES SOUCHES EMBRYONNAIRES

L'argument principal présenté en faveur de leur utilisation est la suivante : à partir d'elles, on peut obtenir des cellules spécialisées susceptibles de soigner certaines maladies dégénératives telles que diabète, Parkinson, Alzheimer, etc...d'où ces dernières années un grand espoir dans le public encouragé par une orchestration médiatique organisée par certains lobbies. Ces recherches existent dans certains pays étrangers (Grande - Bretagne, Israël,...) et en France depuis la loi de 2004 qui l'autorise de façon dérogatoire : des expérimentations sont permises « **lorsqu'elles sont susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques majeurs et à la condition de ne pouvoir être poursuivies par une méthode alternative d'efficacité comparable, en l'état actuel des connaissances scientifiques** » (art. L 2151-5 code de santé publique). Or jusqu'à présent les résultats obtenus ont été décevants et aucune percée thérapeutique n'a été enregistrée. Cela tient à deux facteurs négatifs :

-ces cellules souches ne sont pas forcément compatibles génétiquement avec l'organisme receveur et

-elles ont un potentiel de développement très élevé qui les rend proches de cellules cancéreuses.

Aussi, après une phase d'enthousiasme, la plupart des chercheurs sont devenus très prudents et n'espèrent au mieux des résultats thérapeutiques concrets qu'à très, très long terme. Or les 2 conditions de l'article dérogatoire de la loi de 2004 ne sont pas réunies : les progrès thérapeutiques majeurs sont pour le moins sujets à caution d'une part et d'autre part il existe des méthodes d'efficacité comparables avec les cellules souches adultes (éventuellement reprogrammées) et les cellules de sang de cordon.

Dès lors nous demandons l'interdiction pure et simple des recherches sur les cellules souches embryonnaires. De toute façon, l'affectation de fonds publics, au niveau de la France comme de l'Union Européenne, devrait aller exclusivement aux recherches qui ne posent pas de problèmes éthiques et qui de surcroît sont plus prometteuses.

II- CREATION D'EMBRYONS POUR LA RECHERCHE ET CLONAGE

A-CREATION D'EMBRYONS POUR LA RECHERCHE

La question s'était posée lors de la révision de la loi de bioéthique entre 2001 et 2004, mais finalement la loi de 2004 l'avait écartée.

Il s'agirait de **créer de façon délibérée** et par FIV des embryons, non pas dans l'intention de remédier à un problème d'infertilité, mais exclusivement pour faire des recherches sur ces embryons sachant que ceux-ci seraient détruits in fine. On avance l'argument que l'on pourrait étudier ainsi différentes pathologies liées à des facteurs génétiques d'où éventuellement progrès dans les connaissances fondamentales d'une part, et d'autre part essais de substances chimiques susceptibles de guérir ces pathologies.

Notre appréciation éthique est la suivante : la motivation, bonne en elle-même, de remédier à l'infertilité disparaît ; ne subsistent que le progrès des connaissances et/ou des perspectives thérapeutiques lointaines, voir des intérêts économiques de firmes pharmaceutiques (8). Mais ces avantages éventuels ne sont pas dans l'intérêt direct de l'embryon qui est sacrifié. Cela est contraire à la convention d'Oviedo (art. 15), laquelle exclut (art. 18-2) la constitution d'embryons pour la recherche. Un pas de plus est fait dans le processus de **réification de l'embryon** car dans ce cas on crée **délibérément** des embryons dont on sait pertinemment qu'ils seront sacrifiés sur l'autel du « progrès » des connaissances. Dans le processus FIV plus DPI, on avait au moins la probabilité qu'un embryon soit réimplanté dans un utérus d'une femme et qu'il aboutisse à une naissance. Tel n'est pas le cas ici.

B-CLONAGE

Il consiste dans le fait d'implanter le noyau d'une cellule somatique d'un individu A dans l'ovocyte préalablement privé de son noyau, d'une femme B. Cette fusion peut aboutir à un embryon C dont le patrimoine génétique est quasi identique à celui de l'individu A (3).

De là 2 possibilités :

1)- Clonage à visée reproductive

L'embryon C implanté dans un utérus peut donner naissance à individu C dont le patrimoine génétique est quasi identique à celui de A d'où le terme de clone. Cela a été réalisé dans le cas de la brebis Dolly. Chez l'Homme, cette perspective – encore théorique- est presque unanimement rejetée (4). Elle est interdite par la convention d'Oviedo (5)

Mais qu'un jour un tel évènement se produise n'est pas totalement exclu, voire probable (il y a toujours des Frankenstein milliardaires en puissance). Cet individu serait un être humain, handicapé cependant par un mode de conception qui le vieillirait d'emblée et le prédéterminerait très fortement. On toucherait au tabou de l'immortalité. Il est évident que toute la structure anthropologique s'en trouverait bouleversée et c'est avec raison que cette voie est quasi unanimement rejetée (6) (7).

2)- clonage à visée non reproductive – « thérapeutique » ou de recherche

L'embryon C fournirait des lignées de cellules souches susceptibles de soigner les maladies dégénératives de l'individu A, mais lui-même est sacrifié. Par définition, les cellules souches issues de C sont compatibles avec celles de A, puisque leur patrimoine génétique est quasi identique. Ceci dit, si les cellules de A sont malades, celles de C le seraient elles aussi, peut-être même davantage.

Or un des promoteurs patentés de cette méthode ces dernières années vient d'admettre que cette voie n'est pas prometteuse d'un point de vue thérapeutique (8). C'est le cas aussi du « père » de la brebis Dolly, Ian Wilmut. Il ne faut pas oublier que les cellules du clone C ont l'âge biologique de l'individu A. La brebis Dolly est morte précocement. Reste l'objectif de recherche ; certains pensent que l'embryon cloné ne serait qu'un « artefact » de laboratoire (5) : nous nous inscrivons en faux contre cette assertion au motif que cet « artefact » pourrait donner naissance à un bébé – c'est actuellement théorique mais demain ? –et l'on est ramené au problème précédent (II-A).

Une autre critique tient au fait qu'elle nécessite d'utiliser des ovocytes féminins. Or leur prélèvement est une opération lourde d'un point de vue corporel et psychique pour la femme, et coûteuse pour la société. D'où la difficulté d'obtenir un don « gratuit » et, si l'on introduit l'argent dans le processus, ne serait-ce que comme « dédommagement », on entre dans un processus de marchandisation du corps de la femme avec le risque de trafics de toutes sortes et d'exploitation de femmes démunies. Ceci est contraire au principe général de non patrimonialisation, non marchandisation du corps humain et de ses éléments.

D'où la parade imaginée par certains (9) : implanter un noyau de l'individu A dans un ovocyte B issu d'un animal (vache, lapine...). On obtient alors un « **cybride** » ce qui est une monstruosité, non seulement d'un point de vue éthique, mais aussi sur le plan génétique puisque une partie, certes faible, du patrimoine génétique aura été fournie par l'animal B. Si un « cybride » venait à voir le jour, ce qui a priori n'est pas exclu, quelle serait sa qualification ? la frontière inter-espèces, ici entre l'homme et l'animal serait franchie. Or la « dignité » n'est-elle pas attribuée qu'à l'humain ???

Pour toutes ces raisons, nous demandons que le législateur continue à interdire le clonage humain, qu'il soit à visée « reproductive », mais aussi à visée « non reproductive ».

ARVPF-Dijon, mars 2009-04-08

(1) en 2007/2008-source FJL

(2) équipe du Pr Yamanaka de Kyoto et 2 équipes américaines du WIBR de Cambridge Massachusetts et du Harvard SI de Boston

(3) une très petite part est fournie par l'ovocyte B grâce aux « l'ADN mitochondrial » contenues dans son cytoplasme

(4) sauf pour la secte des raëliens qui avait prétendu -sans aucune preuve- avoir obtenu un clone

(5) protocole additionnel de janvier 1998 (art 1)

(6) JF Mattei Questions d'éthique médicale Flammarion 2008 p 368 sq

(7) M. Canto-Sperber et R. Frydman- Naissance et liberté-Plon 2008 -p 248

(8) Pr Marc Peschansky (La Croix du 15/01/2009)

(9) possible depuis peu en Grande Bretagne-voir rapport OPCST /bioéthique 12-2008

ARGUMENTAIRE SUR L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)

Pour bien juger des enjeux concernant l'AMP, il est nécessaire de rappeler que celle-ci est **une procédure dérogatoire à la procréation naturelle** : actuellement en France, une naissance sur 40 est issue de l'AMP et il ne faudrait pas qu'une naissance sur 40 fasse oublier les 39 autres qui elles sont issues de la Loi Naturelle (1). Après tout la bonne vieille méthode pour engendrer serait-elle si mauvaise ? La Loi Naturelle suppose l'union d'un homme et d'une femme au sein d'un couple stable-le mariage en étant l'expression sociale universelle- et le fait que l'enfant issu de cette union a vocation à être élevé par un père et une mère et donc à se situer dans une filiation paternelle et une filiation maternelle. Pour nous l'accès à l'AMP doit répondre à 3 conditions : (a) **s'écarter le moins possible de la procréation naturelle** ; (b) **être exceptionnelle** et (c) être motivée par des **raisons graves** telles que l'infertilité ou l'évitement de maladies graves et incurables. Cependant si l'infertilité est un mal à combattre, ce n'est pas un mal « absolu » et il n'en résulte pas pour autant un « droit à l'enfant ». Sans cette « **carte** » **de la Loi Naturelle**, on risque d'aller vers des dérives de plus en plus prononcées. Notre « **boussole** » **est la dignité de la personne humaine**, aussi bien pour le couple parental, homme et femme que pour l'enfant et l'embryon dont il est issu (1).

Les techniques d'AMP sont d'une extrême diversité et complexité et de nouvelles formes apparaissent. Aussi ne serons-nous pas exhaustifs. Dans la première partie nous ferons un état des lieux critique des principales techniques, dans le cadre de la législation actuelle. Notre deuxième partie abordera les enjeux inhérents à la révision des lois bioéthiques, notamment les conditions d'accès à l'AMP. La question de la « Gestation Pour Autrui » (mères porteuses) fait l'objet d'un argumentaire séparé(2).

I- ETAT DES LIEUX DES PRINCIPALES TECHNIQUES D'AMP

Une vue d'ensemble est fournie par le rapport de l'OPCST (3). En 2006, il y a eu 119 000 tentatives d'AMP, aboutissant à environ 20 000 naissances, soit un taux de 2,4 % du total (près d'une naissance sur 40), avec la répartition suivante :

- insémination intra-utérine intra conjugale (IAC) 26 %
- FIV intraconjugale hors ICSI 22 %
 - avec ICSI 35 %
- transfert d'embryons congelés intraconjugal 10 %
- Insémination artificielle avec donneur extraconjugal (IAD) 6 %
- dons d'ovocytes 1 %

quant à l'accueil d'embryons congelés, il est très rare avec 0,05 % , soit 10 naissances.

Le taux global de réussite de l'AMP est de 1/6ème et le taux d'accouchement multiple est élevé (supérieur à 20 %).

Insémination intra-utérine intraconjugale (IAC)

Même si l'on peut regretter une dissociation entre l'acte conjugal et l'acte procréateur, cette modalité est un moindre mal par rapport au gain en fertilité ; de plus elle reste à l'intérieur du

couple. On peut à tout le moins espérer que l'acte technique se situe dans le prolongement d'un amour conjugal authentique.

IAD

Elle introduit un tiers étranger dans le couple et la filiation biologique. Nous sommes donc très réservés sur cette pratique. Un point positif dans la loi actuelle est que le père adoptif reconnaît sans ambiguïté et définitivement qu'il assume la filiation de l'enfant.

Don d'ovocytes

C'est le pendant féminin de l'IAD : une femme « donneuse » fournit des ovocytes qui, après fécondation in vitro, seront réimplantés dans l'utérus de la femme « receveuse ». La ponction d'ovocytes suppose une stimulation ovarienne qui est une opération pénible physiquement et psychologiquement pour la « donneuse », et coûteuse.

Notre appréciation éthique est grosso modo la même que pour l'IAD : don de gamètes dans les 2 cas. Néanmoins il y a un risque supplémentaire d'exploitation du corps de la femme dans le 2ème cas. Dans le cas présent, c'est la femme « receveuse » qui assume la grossesse et l'accouchement, conditions essentielles de la maternité pour une femme. Ceci ne veut pas dire que la maternité génétique (ou la paternité dans le cas de l'IAD), soit sans incidence (voir plus loin la recherche des « origines »).

FIV

Les spermatozoïdes fécondent le(s) ovocyte(s) in vitro ; c'est le cas depuis la fameuse naissance d' « Amandine » en 1982.

FIV autologue

C'est-à-dire utilisant les gamètes du couple. L'acte technique se situe, du moins peut-on l'espérer, dans le prolongement de l'amour conjugal. Aussi nous n'y sommes pas défavorables.

Les FIV hétérologues renvoient au cas du don d'ovocytes évoqué ci-dessus. La fécondation doublement hétérologue (rencontre du sperme d'un donneur extérieur et d'ovocytes extérieurs au couple) est interdite par la loi ; ceci doit être maintenu, car cette modalité serait doublement éloignée de la procréation naturelle. Dans le cas d'une double infertilité, le couple concerné devrait plutôt s'orienter vers l'adoption.

FIV avec ou sans ICSI

La pratique de la FIV sans ICSI reste assez proche de la fécondation naturelle dans la mesure où il subsiste une indétermination sur le spermatozoïde qui féconde tel ovocyte. Au contraire, dans la pratique de l'ICSI, c'est l'opérateur qui « impose » que tel spermatozoïde féconde tel ovocyte, grâce à une pénétration « en force ». Il nous semble qu'il y a une violence dans cette technique (4). D'ailleurs l'avis du CCNE (5) est très réservé, évoquant le risque de transmission de gènes de l'infertilité aux générations suivantes sans la moindre expérimentation animale préalable et le principe de précaution devant s'appliquer. En effet,

cette technique s'applique dans le cas des infertilités masculines. Nous sommes inquiets que cette technique soit très répandue (35 % des naissances par AMP) ; aussi nous demandons un moratoire sur cette technique ; des méthodes alternatives – par exemple de conditionnement du sperme- ne pourraient-elles pas être développées ?

FIV avec ou sans congélation d'embryons

Si la FIV sans congélation nous semble une pratique tolérable, nous sommes résolument opposés à la congélation d'embryons. En effet dans la procréation naturelle et dans la FIV sans congélation, il y a une suite directe entre l'acte d'amour dans le couple et l'accueil de l'embryon dans l'utérus. Avec la congélation on introduit le temps, qui peut être long avec un risque de dissociation totale entre l'acte d'amour initial et l'implantation. C'est si vrai qu'un nombre considérable d'embryons -privés de projets parentaux pour des raisons X qui s'accroissent avec le temps – se trouvent de fait orphelins. La possibilité d'accueil d'embryons par un couple tiers, bien que généreuse, nous semble servir d'alibi pour se donner bonne conscience ; d'ailleurs son impact statistique est infime. **La solution pour nous consiste à ne féconder que le nombre d'ovocytes susceptibles d'être transférés dans l'utérus**, comme cela se pratique en Allemagne et en Italie. Les ovocytes excédentaires pourraient être congelés, car la technique a fait beaucoup de progrès, si bien que la proportion d'ovocytes congelés, puis décongelés susceptibles de donner lieu à grossesse devient significative.

Un débat concerne le nombre d'embryons à réimplanter, d'un seul à 3 et plus. Les grossesses multiples ont des inconvénients (prématurité,...) ; il nous semble que le nombre ne devrait pas excéder 2, la gémellité n'étant pas un inconvénient majeur dans la procréation naturelle. Nous sommes totalement opposés à la pratique de « réduction embryonnaire ».

II- NOUVELLES QUESTIONS CONCERNANT LES MODALITES D'ACCES A L'AMP

LA QUESTION DE L'ANONYMAT ET DE LA GRATUITE DES DONS DE GAMETES

Certains voudraient remettre en cause les principes d'anonymat et de gratuité qui figurent dans la loi de 2004.

Concernant **l'anonymat** une tendance récente revendique le « droit aux origines », certains états comme le Royaume Uni allant jusqu'à supprimer l'anonymat. La déclaration internationale des droits de l'enfant (1959) mentionne « *dans la mesure du possible, le droit de l'enfant à connaître ses parents...* » (art. 7-1). Il nous semble indispensable – moralement et psychologiquement- que l'enfant ait, avant sa majorité, connaissance de son mode de conception pour éviter les « secrets de famille » délétères, mais peut-on l'imposer juridiquement ? La levée de l'anonymat devrait relever d'une double liberté, celle de l'enfant de vouloir ou non connaître l'identité de son père ou de sa mère biologique, et celle de ces derniers de révéler ou non leur identité ; en attendant les données seraient stockées dans un fichier secret, comme cela se pratique pour l'accouchement sous X. Le droit de connaître ses origines n'est pas un droit absolu (d'ailleurs l'article 7 énonce « dans la mesure du possible »).

Nous sommes pour le maintien du principe de **gratuité**.

LIMITE D'AGE

Il nous semble indispensable de rester dans des limites d'âge proche des cycles naturels, évitant aux enfants d'avoir des parents trop âgés, à titre indicatif 45 ans pour la femme et 50 ans pour l'homme.

INSEMINATION OU TRANSFERT D'EMBRYONS POST MORTEM

Nous y sommes résolument opposés : en effet, symboliquement, l'acte de transmission de la vie doit être le fait d'un vivant et non d'un mort. L'intention préalable n'est pas suffisante en l'absence de l'acte concret. Quid aussi de la répercussion sur le psychisme de l'enfant quand il apprendrait qu'il a été conçu par un mort ? Cela renvoie aussi au problème des embryons surnuméraires congelés.

MAINTIEN DE L'ACCES A L'AMP RESERVE AUX COUPLES HETEROSEXUELS ET STABLES

Nous y sommes favorables mais certains voudraient étendre les indications à des personnes célibataires ou des personnes de même sexe.

CAS DE PERSONNES CELIBATAIRES

En l'occurrence des femmes par IAD, FIV. Nous y sommes résolument opposés, non pas que les personnes seraient incompetentes, mais parce que ce serait vouloir priver a priori et de façon délibérée un enfant d'une filiation paternelle. L'argument que des femmes célibataires ont le droit d'adopter est dû à notre avis à une erreur législative : en fait ce droit résulterait d'une situation exceptionnelle d'après guerre où les orphelins de pères étaient très nombreux. Mais pour nous, cela va à l'encontre de la Loi naturelle.

CAS DE PERSONNES DE MEME SEXE

En l'occurrence, il s'agirait de deux femmes (le cas de 2 hommes n'étant possible qu'avec GPA) (2). Nous ne mettons pas en cause les qualités éducatives personnelles des personnes concernées, mais nous y sommes fermement opposés pour les raisons fondamentales suivantes :

-l'enfant serait privé a priori et délibérément d'une filiation paternelle

-le partenaire féminin de la mère biologique ne peut, dans l'éducation de l'enfant, tenir symboliquement le rôle du père (6). Cela est préjudiciable à l'identification sexuelle de l'enfant, notamment à l'adolescence.

LA QUESTION DU « TOURISME PROCREATIF »

Certains voudraient justifier un assouplissement considérable de la législation française au motif que dans certains pays étrangers, y compris européens, les lois et pratiques sont plus libérales (on n'évoque jamais les pays où elles sont plus restrictives comme l'Allemagne ou l'Italie...). Pour nous, c'est un faux problème : dans un cadre mondialisé, on n'empêchera jamais des couples de se rendre à l'étranger et il y en aura toujours de plus libéraux : problème sans fin et sans issue ! D'autre part chaque pays, compte tenu de son histoire (pensons à l'Allemagne !), de ses traditions, de ses valeurs, bref de sa culture, est en droit d'édicter les lois qui lui conviennent le mieux. Il restera certes à gérer les contradictions entre le droit national et les pratiques étrangères : la jurisprudence...et les avocats ont de beaux jours devant eux!

En conclusion :

Ce qui nous semble acceptable :

- L'insémination intra-utérine intra conjugale (IAC)
- la FIV autologue et sans congélation d'embryon
- pour le maintien des principes d'anonymat et de gratuité des dons de gamètes

Nous sommes très réservés sur :

- L'insémination avec donneur (IAD)
- le don d'ovocytes
- l'ICSI, qui devrait faire l'objet d'un moratoire

Nous sommes tout à fait opposés à :

- la congélation des embryons
- la FIV doublement hétérologue
- l'abandon ou le report des limites d'âge pour pratiquer l'AMP
- la fécondation ou le transfert d'embryon post mortem
- l'accès des personnes célibataires ou de même sexe à l'AMP

ARVPF – DIJON – mars 2009

- (1) Voir notre argumentaire sur « les principes généraux » de la bioéthique
- (2) Voir notre argumentaire sur la « Gestation Pour Autrui »
- (3) Office Parlementaire des Choix Scientifiques et Techniques (p 158)
- (4) ne peut-on pas y voir une analogie avec un viol ?
- (5) Avis N° 75 du CCNE du 12/12/2002
- (6) L'existence éventuelle dans l'entourage de d'adultes masculins peut atténuer le problème, mais n'y répond pas de façon satisfaisante.