

C.N.E.

Avis 2001.1

**La procréation
médicalement assistée
(P.M.A.)**

Préface

Comme il fallait s'y attendre, les membres de la C.N.E. ne sont pas parvenus, dans cet Avis, à se mettre d'accord sur tous les points. Chaque fois qu'en raison de choix normatifs divergents, ils n'ont pas pu rapprocher leurs points de vue, notre *Avis* documente ces divergences et reconstruit les argumentaires développés, au cours des débats, par nos membres en faveur des approches qu'ils adoptèrent. L'*Avis* fait état des majorités et minorités (variables) qui se sont constituées. Sur de nombreux points, toutefois, un accord s'est fait. Il se reflète dans les recommandations portées par la totalité de la Commission.

La structure de l'*Avis* est simple. La partie introductive est consacrée, notamment, à la délimitation des problèmes soulevés et à un ensemble de remarques terminologiques. La seconde partie, technique, a pour objet une présentation succincte des différentes méthodes de la P.M.A. La troisième partie – centrale – est consacrée à la discussion des problèmes éthiques soulevés par la procréation médicalement assistée. Cette partie comporte, à son tour, deux sections. La première a pour objet des questions éthiques très générales, ayant trait à l'ensemble des techniques de la P.M.A. La seconde est consacrée aux problèmes spécifiques soulevés par chacune de ces techniques ainsi que par des techniques connexes. La quatrième partie est d'ordre juridique. La cinquième enfin est consacrée aux recommandations de la C.N.E.

Comme dans ses précédents *Avis*, la C.N.E. s'adresse, à la fois, au Gouvernement et au législateur, aux médecins et à leurs patients, à la société civile au sein de laquelle elle voudrait susciter un débat. La Commission est d'avis qu'en discutant un très large ensemble de problèmes liés à la P.M.A., en s'adressant en priorité, bien entendu, au Gouvernement et au législateur mais aussi à la totalité des personnes concernées, elle tient compte du contexte à la fois sociétal et politique qui est propre aux problèmes soulevés par la P.M.A.

Jean-Paul Harpes et Edmond Wagner

Table des matières

1. Première Partie – Introduction	p. 1
1.1. La saisine de la C.N.E.	p. 1
1.2. La notion de P.M.A.	p. 4
1.3. L’arrière-fond scientifique de la procréation médicalement assistée	p. 5
1.4. L’objet de la P.M.A.	p. 5
1.5. Les problèmes éthiques et sociétaux soulevés par la P.M.A.	p. 6
1.5.1. Les défis de la P.M.A.	p. 6
1.5.2. La montée de nouvelles valeurs. La constitution d’une société pluriculturelle.	p. 8
2. Deuxième partie – Les méthodes de la procréation médicalement assistée	p. 10
2.1 Remarques préliminaires	p. 10
2.2 Les techniques de la P.M.A.	p. 11
2.2.1. L’insémination artificielle	p. 11
2.2.2. La fécondation in vitro (FIVETE : fécondation in vitro et transfert d’embryon)	p. 13
2.2.3. En marge de la FIV. La substitution de mère (maternité de substitution)	p. 18
2.2.4. Dans le prolongement de la FIV. Le diagnostic pré-implantatoire. Le diagnostic prénatal	p. 19
3. Troisième Partie - Le débat éthique. Les problèmes éthiques soulevés par la P.M.A.	p. 23
3.0. Remarques préliminaires	p. 23
3.0.1 Délimitation des problèmes éthiques soulevés par la P.M.A.	p. 23
3.0.2 Le débat tel qu’il peut être mené dans un comité d’éthique	p. 23

3.0.2.1 Dans le contexte d'un comité d'éthique, il serait peu indiqué de revendiquer la validité absolue des certaines valeurs ou exigences normatives.	p. 23
3.0.2.2 D'une manière très générale trois types de questions nous préoccuperont dans nos débats. Elles concernent :	p. 24
3.1 Problèmes éthiques concernant les techniques de la P.M.A.	p. 25
3.1.1 Première section centrale de la troisième partie. Problèmes à teneur générale	p. 25
3.1.1.1 Premier problème à teneur générale. Procréation médicalement assistée ou adoption ?	p. 25
3.1.1.2. Deuxième problème à teneur générale. Un changement de paradigme ? Déplacement de l'intimité naturelle du couple vers un ensemble d'interventions techniques.	p. 26
3.1.1.3. Troisième problème à teneur générale. Dissociation des pôles de la sexualité. Incidence sur le système symbolique de la parenté	p. 28
3.1.1.3.1. La médicalisation de la sexualité entraîne une dissociation des trois pôles de la sexualité : vie affective et vie érotique d'une part et procréation d'autre part.	p. 28
3.1.1.3.2. L'intrusion majeure d'un tiers incontournable (donneur ou médecin) dans la relation du couple est susceptible de modifier les identités sexuelles et les fantasmes sous-jacents.	p. 28
3.1.1.3.3. L'intrusion de la technique et du tiers incontournable ont une influence sur les repères symboliques régissant l'identification des sujets dans toutes les sociétés connues (notamment filiation et nomination).	p. 28
3.1.1.3.4. Il y a éclatement et dissociation de la maternité et de la paternité en différentes fonctions : affective, biologique, juridique et sociale.	p. 28
3.1.1.4. Quatrième problème à teneur générale. Les éventuelles conséquences psychosociales de la P.M.A. La responsabilité procréative	p. 29
3.1.1.4.1. Les enfants nés dans le contexte de la P.M.A. seraient-ils plus menacés que d'autres ?	p. 29
3.1.1.4.2. La responsabilité procréative	p. 29
3.1.1.5 Cinquième problème à teneur générale. Les finalités de la P.M.A. et la délimitation de ses bénéficiaires	p. 31
3.1.1.5.1. Pratique de simple convenance personnelle, indication thérapeutique limitée aux couples stables ou satisfaction du désir d'enfant ? L'introduction de dispositions légales limitant l'accès à la P.M.A. est-elle désirable ?	p. 31
3.1.1.5.1.1. Pratique de simple convenance personnelle ?	p. 31
3.1.1.5.1.2. Limitation aux indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme et aux couples stables hétérosexuels, mariés ou non ? (" Double limitation ")	p. 32
3.1.1.5.1.2.1. Une position communément adoptée	p. 32

3.1.1.5.1.2.2. Discussion de cette position (position de la “ double limitation ”)	p. 33
3.1.1.5.1.2.2.1. Premier volet. Limitation à des indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme ?	p. 33
3.1.1.5.1.2.2.2. Deuxième volet du problème. Limitation aux couples hétérosexuels stables, mariés ou non ?	p. 34
3.1.1.5.1.2.2.2.1. La question qu’il s’agit de résoudre	p. 34
3.1.1.5.1.2.2.2.2. Consensus et dissension	p. 34
3.1.1.5.1.2.2.2.3. Le débat de la C.N.E. Premier volet du débat concernant la limitation du bénéfice de la P.M.A. à des couples stables hétérosexuels, mariés ou non	p. 35
3.1.1.5.1.2.2.2.3.1. Option 1. Faut-il se prononcer en faveur d’une législation comparable à la législation française actuelle ?	p. 35
3.1.1.5.1.2.2.2.3.2. L’accord auquel parvient une large majorité des membres	p. 35
3.1.1.5.1.2.2.2.3.3. Une minorité de membres (cinq sur quinze) ne pouvant pas accepter les arguments avancés par la majorité se prononce en faveur d’une limitation de l’accès à la P.M.A. aux couples hétérosexuels stables, mariés ou non.	p. 37
3.1.1.5.1.2.2.2.4. Le débat de la C.N.E. Deuxième volet du débat concernant la limitation du bénéfice de la P.M.A. à des couples stables hétérosexuels, mariés ou non	p. 39
3.1.1.6. Sixième problème à teneur générale. Le respect de l’intégrité morale et physique des personnes	p. 41
3.1.1.6.1. Information, consentement, assistance psychologique	p. 42
3.1.1.6.1.1. L’information	p. 42
3.1.1.6.1.1.1. L’information du couple, le délai de réflexion	p. 43
3.1.1.6.1.1.1.1. Afin de les mettre à même de donner un consentement pleinement éclairé, le médecin informera ses patients	p. 43
3.1.1.6.1.1.1.2. Un délai de réflexion de l’ordre d’un mois devrait être prévu entre l’entretien du (ou des) médecin(s) avec les patients et le traitement d’autre part.	p. 43
3.1.1.6.1.1.2. L’information du ou des donneurs	p. 43
3.1.1.6.1.1.2.1. Le donneur sera notamment informé	p. 43
3.1.1.6.1.1.2.2. Au cas où - comme la C.N.E. le recommanda dans son Avis 1/2000 concernant le droit de l’enfant à connaître ses parents biologiques - le donneur peut consentir, dès son don, à lever, à certaines conditions, son anonymat à l’égard de l’enfant, il doit disposer d’un délai de réflexion de l’ordre de plusieurs semaines avant de donner ce consentement.	p. 44
3.1.1.6.1.2. Le consentement éclairé	p. 44
3.1.1.6.1.2.1. Dans notre Avis 1/1999 concernant la Convention sur les droits de l’homme et la biomédecine, nous distinguons, avec Marie- Hélène Parizeau, le consentement en tant qu’acte autonome d’un patient et le consentement en tant qu’autorisation d’ordre légal.	p. 44
3.1.1.6.1.2.2. Le consentement des bénéficiaires de la P.M.A.	p. 45
3.1.1.6.1.2.3. Le consentement des donneurs	p. 46

3.1.1.6.2. Préservation de l'intégrité physique des personnes (non-commercialisation du corps humain ou de parties du corps humain, institutions agréées, sélection des donneurs, protection des receveurs et des enfants, conservation des données, sécurité des banques de conservation...)	p. 46
3.1.1.6.2.1. Non - commercialisation du corps humain et des parties du corps humain	p. 46
3.1.1.6.2.2. Les conditions auxquelles devra obéir l'organisation d'un centre de médecine de reproduction	p. 47
3.1.1.6.2.2.1. Missions d'un service de médecine de reproduction	p. 47
3.1.1.6.2.2.2. Le personnel et ses activités : conditions de formation et de pluridisciplinarité	p. 48
3.1.1.6.2.2.3. Exigences administratives	p. 49
3.1.1.6.2.2.4. Dispositions concernant le laboratoire	p. 49
3.1.1.6.2.3. Sélection et screening des donneurs, modalités du don	p. 50
3.1.1.6.2.3.1. Sélection des donneurs	p. 50
3.1.1.6.2.3.2. Screening des donneurs et donneuses	p. 50
3.1.1.6.2.3.3. Le choix du donneur en relation avec le receveur	p. 51
3.1.1.6.2.3.4. Note sur le don d'ovocytes	p. 51
3.1.1.6.2.3.4.1. Indications pour le couple demandeur	p. 51
3.1.1.6.2.3.4.2. Le couple donneur	p. 52
3.1.1.6.2.3.5. Note sur le don d'embryon	p. 52
3.1.1.6.2.3.6. Modalités du don	p. 52
3.1.1.6.2.4. Organisation et sécurité des banques de gamètes et d'embryons	p. 53
3.1.1.6.2.4.1. La notion	p. 53
3.1.1.6.2.4.2. Les banques de sperme	p. 53
3.1.1.6.2.4.3. Les banques d'embryons	p. 54
3.1.1.6.2.4.4. Site des banques de conservation, connexions internationales	p. 54
3.1.1.6.2.4.5. Exigences auxquelles doivent obéir les banques de conservation	p. 54
3.1.1.6.2.4.6. Remarque d'ordre général. Information, communication, diffusion des travaux	p. 55
3.1.1.6.2.5. L'âge des bénéficiaires. La fécondation post- ménopausique	p. 56
3.1.1.6.2.5.1. L'âge des bénéficiaires	p. 56
3.1.1.6.2.5.2. La fécondation post-ménopausique	p. 56
3.1.1.6.2.6. La non-sélection du sexe des enfants	p. 56
3.1.1.7. Septième problème à teneur générale. Les enjeux économiques et politiques de la P.M.A.	p. 57
3.1.1.7.1. Aspects économiques de la P.M.A.	p. 57
3.1.1.7.1.1. Pourquoi il est indiqué que l'équipe médicale décide des interventions de P.M.A. qui doivent être considérées comme étant à finalité thérapeutique et sont donc susceptibles d'être remboursées par la Sécurité Sociale	p. 57
3.1.1.7.1.2. La réglementation en vigueur à la Sécurité Sociale	p. 58
3.1.1.7.1.3. Réflexions de la C.N.E.	p. 59
3.1.1.7.2. Considérations " politiques " en rapport avec la P.M.A.	p. 59
3.1.2. Deuxième section centrale de la troisième partie. Problèmes éthiques spécifiques concernant les différentes techniques de la P.M.A.	p. 60

3.1.2.1. L'insémination artificielle	p. 61
3.1.2.1.1. I.A.C.	p. 61
3.1.2.1.1.1. Le cas de figure le plus courant : une femme recevant le sperme de son conjoint vivant	p. 61
3.1.2.1.1.2. Le transfert d'embryons post mortem (et l'insémination post mortem)	p. 62
3.1.2.1.1.2.1 Argumentaires	p. 62
3.1.2.1.1.2.1.1. Arguments invoqués en défaveur du transfert d'embryons post mortem et de l'insémination post mortem	p. 62
3.1.2.1.1.2.1.2. Arguments invoqués en faveur du transfert d'embryons post mortem et de l'insémination post mortem	p. 63
3.1.2.1.1.2.1.3 Le débat de la C.N.E.	p. 65
3.1.2.1.2. L'I.A.D. (ou insémination artificielle avec donneur)	p. 66
3.1.2.2. La fécondation in vitro (FIV, FIVETE)	p. 69
3.1.2.2.1. Problèmes éthiques communs à la FIV homologue et à la FIV hétérologue	p. 69
3.1.2.2.1.1. La gestion des risques courus par la patiente	p. 70
3.1.2.2.1.2 Les réductions embryonnaires	p. 70
3.1.2.2.1.2.1. La " réduction embryonnaire " consiste à " diminuer in utero ", au cours d'une grossesse multiple, le nombre d'embryons ou de fœtus	p. 70
3.1.2.2.1.2.2. Dans une optique éthique, la réduction embryonnaire, qui correspond à une interruption volontaire de la grossesse, soulève les problèmes liés à cette dernière.	p. 71
3.1.2.2.1.3. Le sort des embryons surnuméraires. Première approche. L'utilisation des embryons non implantés dans le cadre d'un projet parental	p. 71
3.1.2.2.1.3.1. La notion de projet parental	p. 71
3.1.2.2.1.3.2. L'utilisation des embryons non employés dans le cadre du projet parental	p. 72
3.1.2.2.2. Problèmes éthiques propres à la FIV homologue	p. 73
3.1.2.2.3. Problèmes éthiques soulevés par la FIV hétérologue	p. 74
3.1.2.2.3.1. Survol des problèmes	p. 74
3.1.2.2.3.2. Le fait que le patrimoine génétique d'une ou de plusieurs tierces personnes intervient dans la génération de l'enfant (problème 1)	p. 75
3.1.2.2.3.2.1. Premier cas de figure. Le don de spermes	p. 75
3.1.2.2.3.2.2. Deuxième cas de figure. Le don d'ovules	p. 75
3.1.2.2.3.2.2.1. Note technique	p. 75
3.1.2.2.3.2.2.2. L'optique éthique	p. 76
3.1.2.2.3.2.3. Troisième cas de figure. Le don de spermes et d'ovules	p. 76
3.1.2.2.3.2.4. Quatrième cas de figure. Le don d'embryons	p. 77
3.1.2.2.3.3. Les relations complexes, génératrices de conflits virtuels d'intérêts et d'exigences (normatives et non normatives) qui se nouent, dans les différents cas de figure, entre conjoints, enfant(s), donneurs de sperme, d'ovules ou d'embryon, une éventuelle mère porteuse, les conjoints des donneurs et de la mère porteuse, le médecin, la société... (Problème 2)	p. 77

3.1.2.2.3.3.1. Entre anonymat du donneur et droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques (Problème 2, volets 1 et 2)	p. 77
3.1.2.2.3.3.1.1. L'anonymat. La protection des donneurs (Problème 2, volet 1)	p. 77
3.1.2.2.3.3.1.2. Le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques (Problème 2, volet 2)	p. 78
3.1.2.2.3.3.2. A la recherche d'un équilibre entre plusieurs exigences normatives et des intérêts pouvant entrer en conflit, la C.N.E. exclut deux cas de figure.	p. 78
3.1.2.2.3.3.2.1. La C.N.E. discute trois dispositions médianes	p. 78
3.1.2.2.3.3.2.2. La conservation des données saisies lors de la naissance de l'enfant (problème 2, volet 3)	p. 80
3.1.2.2.3.3.2.2.1. La nature des données à préserver	p. 80
3.1.2.2.3.3.2.2.2. Les modalités de la conservation des données	p. 80
3.1.2.2.3.3.2.3. Garantir un statut légal sûr à l'enfant (Problème 2, volet 4)	p. 81
3.1.2.2.3.3.2.4. Protéger l'enfant, la famille sociale, les donneurs contre toute sorte de chantage (Problème 2, volet 5)	p. 81
3.1.2.3. Un cas de figure participant de l'insémination artificielle et de la FIV. La substitution de mère	p. 82
3.1.2.3.1. Argumentaires	p. 82
3.1.2.3.1.1. Arguments invoqués en faveur de la méthode de substitution de mère	p. 82
3.1.2.3.1.2. Arguments invoqués en défaveur de la méthode de substitution de mère	p. 83
3.1.2.3.1.3. Le débat de la C.N.E.	p. 84
3.1.3. Troisième section centrale de la troisième partie. Problèmes éthiques liés au statut des embryons.	p. 85
3.1.3.0. Relevé des problèmes	p. 85
3.1.3.1. Le statut des embryons. Approche méthodologique et consensus limité	p. 85
3.1.3.2. En connexion avec les problèmes concernant le statut des embryons : Le diagnostic pré-implantatoire (D.P.I.) et le diagnostic prénatal (D.P.N.)	p. 87
3.1.3.2.1. Le diagnostic pré-implantatoire. Un rappel	p. 87
3.1.3.2.2. L'optique éthique	p. 87
3.1.3.2.3. Le D.P.N	p. 89.
3.1.3.3 Le sort des embryons surnuméraires. Deuxième volet. La recherche portant sur les embryons surnuméraires, la destruction de certains embryons surnuméraires	p. 90
3.1.3.4. La création d'embryons en vue de la recherche	p. 91
4. Quatrième partie - Aspects juridiques	p. 92
4.1. La situation juridique actuelle	p. 92

4.1.1. Le droit luxembourgeois ne réglemente pas les pratiques de P.M.A., ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles doivent être considérées comme illégales.	p. 92
4.1.2. Au niveau du droit de la filiation, les pratiques de P.M.A. soulèvent des problèmes résultant de la divergence entre la filiation biologique et la filiation juridique.	p. 92
4.1.3. Le recours à des méthodes de procréation médicalement assistée peut encore soulever des problèmes de conformité avec l'ordre public ou les “ bonnes mœurs ” dans la mesure où la méthode de P.M.A. choisie s'accompagne de contrats conclus entre des bénéficiaires et des donneurs.	p. 96
4.2. La question d'une réglementation de la P.M.A.	p. 97
4.2.1. L'option pour une non-réglementation des conditions de fond de la P.M.A.	p. 97
4.2.2. L'option pour une réglementation des conditions techniques de la P.M.A.	p. 98
4.2.3. Prise de position de la Commission par rapport à la proposition de loi n° 4567	p. 100
5. Recommandations de la C.N.E.	p. 102
5.1. Recommandations de nature éthique	p. 102
5.1.1. Recommandations émises à l'unanimité par la Commission	p. 102
5.1.2. Recommandations émises par la majorité des membres de la C.N.E.	p. 104
5.1.3. Recommandations émises par une minorité de membres	p. 105
5.2. Recommandations juridiques	p. 105
5.2.1. Recommandations émises à l'unanimité par la Commission	p. 105
5.2.2. Recommandations émises par une forte majorité des membres de la C.N.E.	p. 107
5.2.3. Recommandations émises par une minorité des membres de la Commission	p. 108
6. Bibliographie	p. 109
6.1. Ouvrages généraux	p. 109
6.2. Monographies	p. 109
6.3. Textes internationaux	p. 111

6.4. Comités Nationaux et Internationaux d’Ethique	p. 115
6.5. Articles de presse	p. 116
6.6. Législation (par pays et par ordre alphabétique)	p. 121
6.7. Code Civil et Code de la Santé	p. 131

Table analytique

A.M.P. – Assistance médicale à la Procréation	p. 4
C.P.H. – Comité Permanent des Hôpitaux	p. 49
D.P.I. – Diagnostic Préimplantatoire	p. 20
D.P.N. – Diagnostic Prénatal	p. 21
FIV – Fécondation in Vitro	p. 13
F.I.V.D. – Fécondation in Vitro avec Sperme de Donneur	p. 53
F.I.V.E.T.E. – Fécondation in Vitro et Transfert d’Embryon	p. 4
G.I.F.T. – Gamete Intra-Fallopian Transfer	p. 14
I.A.C. – Insémination Intra-conjugale	p. 4
I.A.D. – Insémination Artificielle avec Sperme d’un Donneur	p. 4
I.C.S.I. – Intra Cytoplasmic Sperm Injection	p. 12
I.V.F. – In Vitro Fertilization	p. 82
I.V.G. – Interruption Volontaire de la Grossesse	p. 22
N.T.R. – Nouvelles Techniques de Reproduction	p. 4
P.M.A. – Procréation Médicalement Assistée	p. 2
S.H.O. – Syndrome Sévère d’Hyperstimulation Ovarienne	p. 16
Z.I.F.T. - Zygote Intra-Fallopian Transfer	p. 15

1. Partie introductive

1.1. La saisine de la C.N.E.

Le 16 mai 2000, renouvelant une ancienne saisine, Madame Erna Hennicot Schoepges, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, demanda à la commission consultative nationale d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (C.N.E.) " d'examiner, dans un Avis, les problèmes éthiques soulevés par la procréation médicalement assistée et de prendre position par rapport à la proposition de loi relative à l'assistance à la procréation médicalement assistée, déposée par Monsieur le député Marc Zanussi, (parti ouvrier socialiste)".

Le 11 mai 1989, Monsieur Benny Berg, ministre de la Sécurité Sociale, avait demandé au Président du Gouvernement " de bien vouloir demander à la C.N.E. d'examiner prioritairement les problèmes engendrés par la mise en œuvre des techniques de procréation médicalement assistée ". En effet, ajoutait-il, "dans la mesure où les techniques de procréation médicalement assistée sont appelées à pallier la stérilité, en combattant non pas, il est vrai, les causes, mais les effets de cette affection, la question de leur prise en charge par l'assurance maladie se pose "

En fait la C.N.E. avait déjà abordé, de sa propre initiative, la discussion des problèmes proprement éthiques soulevés par la P.M.A.¹. Ces problèmes constituant un défi majeur pour la bioéthique, la Commission s'était engagée dans un débat qui dépassait de loin la portée de la saisine. Toutefois, en raison de la nouveauté des techniques de procréation médicalement assistée et du caractère délicat des problèmes éthiques qu'elles soulevèrent, les membres de la C.N.E. ne purent parvenir à un accord. L'*Avis* ne fut pas finalisé à l'époque.

Le 29.04.1999, le député Marc Zanussi, déposa une proposition de loi relative à l'assistance médicale à la procréation².

En 1999, dans sa réponse à une question parlementaire des députés Marie-Josée Meyers-Frank et Jean-Marie Halsdorf relative à la fécondation in vitro, Monsieur Carlo Wagner, ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, indiqua que le gouvernement attendait un avis de la commission nationale d'éthique, consacré à la procréation médicalement assistée. " Ce n'est qu'à la lumière de cet avis qu'une décision sera prise sur le principe d'une législation en la matière et, le cas échéant,

¹ Témoignages du Dr Arsène Betz qui était président de la Commission à l'époque.

² No 4567

sur son contenu ”³. A la suite de cette interpellation parlementaire et après l’achèvement de son *Avis concernant les droits de l’enfant à connaître ses parents biologiques* que le Gouvernement lui avait demandé de rendre d’urgence, la C.N.E. reprit l’examen des problèmes relatifs à la P.M.A.

Le 10 janvier 2000, dans une lettre (concernant la proposition de loi Zanussi) adressée au Ministre aux Relations avec le Parlement, le ministre de la Santé rappela que “ la C.N.E. est en train, et cela indépendamment de la proposition de loi du député Zanussi, d’élaborer un *Avis* sur la procréation médicalement assistée ”. “ Je propose que le gouvernement attende cet *Avis* avant de prendre position à l’égard de la proposition de loi Zanussi ”.

Au cours de la même année, le député Marc Zanussi demanda dans une question parlementaire⁴ si, d’une part, les hôpitaux luxembourgeois disposaient des moyens techniques en vue de procéder à des diagnostics préimplantatoires qui constituent une alternative au diagnostic prénatal et, si d’autre part, la législation luxembourgeoise était à la hauteur de l’évolution en la matière. Cette question mit en lumière que les parlementaires attendent une réponse, non seulement aux questions concernant directement la P.M.A., mais aussi à des questions connexes.

A partir du mois de mars 2000, la C.N.E. consacra 24 séances à la préparation de son *Avis* concernant la procréation médicalement assistée. Ces séances eurent lieu les 07/03/00, 23/03/00, 31/03/00, 27/04/00, 25/05/00, 29/05/00, 28/06/00, 05/07/00, 03/10/00, 11/10/00, 08/11/00, 22/11/00, 29/11/00, 06/12/00, 13/12/00, 20/12/00, 17/01/01, 24/01/01, 07/02/01, 14/02/01, 21/02/01, 28/02/01, 08/03/01, 28/03/01. Les docteurs Jacques Arendt et Paul Wirtgen assistaient à la plupart des séances en tant qu’experts.

L’*Avis* fut soumis à la plénière à la date du 4 avril 2001. Il fut adopté à l’unanimité des douze membres présents⁵.

³ Q-1999-O-E-0351-02

⁴ Q-200-O-E-0839-02

⁵ Sur les trois membres absents par lors de la plénière, deux indiquèrent à la Commission qu’ils soutiennent l’*Avis*. Un troisième préféra s’abstenir.

1.2. La notion de P.M.A.

Le terme “ **procréation médicalement assistée** ” (P.M.A.) dont les termes “ aide à la procréation ”, “ assistance médicale à la procréation ” (A.M.P.) et “ procréatique ” désignent l’ensemble des nouvelles techniques de reproduction assistée (N.T.R.)^{6/7}, notamment l’induction thérapeutique de l’ovulation, l’insémination intra-conjugale (I.A.C.), l’insémination artificielle avec sperme d’un donneur (I.A.D.), toutes les variantes de la F.I.V.E.T.E. (“ Fécondation in vitro et transfert d’embryon ”), homologue ou hétérologue, (comportant un don de spermatozoïdes, d’ovocytes ou d’embryons) ainsi que la maternité de substitution (“ mère porteuse ”).

L’insémination artificielle intra-conjugale ou I.A.C. “ consiste en l’introduction, dans l’appareil génital de la femme, du sperme de son conjoint de fait, par tout autre moyen que les relations sexuelles ”⁸.

L’insémination artificielle avec sperme d’un donneur ou I.A.D. “ consiste à introduire, par une autre méthode que les relations sexuelles des spermatozoïdes ” provenant d’un donneur “ dans la filière génitale féminine ”⁹.

Le principe général de la **F.I.V.E.T.E.** “ Fécondation In Vitro et Transfert d’Embryon ” consiste à “prélever des ovules ou ovocytes qui sont inséminés et cultivés en dehors de l’organisme (in vitro) pendant quelques dizaines d’heures. Devenus embryons de quelques cellules, ils seront insérés dans l’utérus par voie vaginale, avec l’espoir que l’un d’entre eux, au moins, parviendra à s’implanter ”¹⁰.

Le **don d’ovocyte ou d’ovule** est défini comme “ la cession volontaire, par une femme, dite “ donneuse ” d’une ou de plusieurs cellules germinales fécondables (ovocytes) à une autre femme ou “ receveuse ”, dans un but procréatif ”¹¹.

⁶ Voir Fernand Leroy, entrée “ Procréatique ”, *Les Mots de la Bioéthique*, sous la direction de Gilbert Hottois et Marie-Hélène Parizeau, Bruxelles : De Boeck Université, 1993.

⁷ Voir l’entrée “procréation assistée”, due à Simone Novaes, dans Monique Canto-Sperber (dir.), *Dictionnaire d’Ethique et de Philosophie Morale*, Paris: Presses Universitaires de France, 1996. Simone Novaes propose la définition suivante : “ Le terme de “ procréation assistée ”... se réfère à une approche de l’infécondité qui met en œuvre, dans un cadre médical, des techniques instrumentales de fécondation ”. Elle ajoute : “ Un médecin confronté à l’inefficacité de son traitement de l’infertilité pour son ou sa patient(e), peut proposer une solution qui ne vise pas la cause, mais tente de répondre à sa conséquence, l’infécondité du couple ”.

⁸ Yvon Englert, entrée “insémination artificielle intra-conjugale”, *Les Mots de la Bioéthique*

⁹ Yvon Englert, entrée “insémination avec donneur”, *Les Mots de la Bioéthique*

¹⁰ Fernand Leroy, entrée “F.I.V.E.T.E.”, *Les Mots de la Bioéthique*

¹¹ Fernand Leroy, entrée “don d’ovule”, *Les Mots de la Bioéthique*

Le *don d'embryon* coïncide avec “ la remise d'un embryon surnuméraire soit à un couple infertile, soit à la recherche scientifique ”¹².

La *maternité de substitution* “ consiste pour une femme à accepter de porter un enfant pour un couple qu'elle s'engage à abandonner à la naissance ” (éventuellement contre une certaine somme d'argent) “ afin d'en permettre l'adoption par la femme stérile ”¹³.

1.3. L'arrière-fond scientifique de la procréation médicalement assistée est constitué par un ensemble de progrès de la technique biomédicale qui permettent de suppléer à la stérilité.

Ces progrès portent *en particulier* sur :

- le transfert, dans la filière génitale féminine, par insémination intra-cervicale^{14/15}, intra-utérine¹⁶, intra-tubaire¹⁷ ou intra-péritonéale¹⁸, du sperme du conjoint ou d'un donneur,
- la stimulation des ovaires par une médication adéquate, le prélèvement d'ovocytes mûrs, la création d'embryons par fécondation extra-corporelle (“ in vitro ”) d'ovules, la micro-injection d'un seul spermatozoïde dans l'ovule (I.C.S.I.), le transfert dans l'utérus d'un choix de plusieurs embryons, de façon à augmenter les chances d'une implantation,
- la conservation par congélation (cryopréservation) de sperme ou d'embryons créés “ in vitro ” en vue d'une insémination ultérieure.

1.4. L'objet de la P.M.A.

Les techniques de la P.M.A. furent développées, en premier lieu “ pour pallier des situations de stérilité masculine totale ou de sub-fertilité très sévère, inaccessibles aux thérapeutiques médicales ”¹⁹, puis pour pallier des situations d'infertilité féminine. Toutefois, ces techniques ne résolvent pas le problème de l'infertilité.

¹² Edith Deleury, entrée “don d'embryon”. *Les Mots de la Bioéthique*

¹³ Bartha Maria Knoppers et Sonia Le Bris, entrée “maternité de substitution”, *Les Mots de la Bioéthique*

¹⁴ Pour ces distinctions voir Yvon Englert, entrée “Insémination artificielle”, *Les Mots de la Bioéthique*.

¹⁵ L'insémination intra- cervicale consiste à déposer la semence au contact du col utérin pendant la période fertile du cycle menstruel au cours d'un examen gynécologique au spéculum”, Yvon Englert, entrée “ Insémination artificielle ”, *Les Mots de Bioéthique*.

¹⁶ dépôt de sperme préparé dans la cavité utérine par sondage transcervical (voir section 2.2.1)

¹⁷ dépôt de sperme préparé dans la lumière de la trompe utérine

¹⁸ dépôt de sperme préparé dans le cul- de - sac de Douglas, en arrière de l'utérus dans le pelvis

¹⁹ Voir l'entrée “Insémination artificielle avec donneur”, déjà citée, d'Yvon Englert dans *les Mots de la Bioéthique*.

Elles n'en permettent pas moins à des couples stériles de réaliser leur projet parental^{20/21}. D'après certaines études, ces couples pourraient constituer entre 4 à 7 % de la population en France²². En Suisse, ils pourraient correspondre à environ 7 % de la population²³.

1.5. Les problèmes éthiques et sociétaux soulevés par la P.M.A.

Un ensemble de *défis majeurs* résultait pour la société des nouvelles techniques de la P.M.A.²⁴ (1.5.1.). Ces défis étaient *perçus* dans le contexte de la montée de nouvelles valeurs et dans celui d'une révolution normative induite par la pluriculturalité des sociétés modernes (1.5.2.). Dans *le triple contexte* des défis générés par une révolution technologique, de leur perception à la lumière de valeurs nouvelles et de l'avènement d'une nouvelle sensibilité pluriculturelle, tout un ensemble de problèmes tant éthiques que sociétaux et juridiques se posèrent.

1.5.1. Les défis de la P.M.A.

- D'une part les techniques de P.M.A. déplacèrent l'acte déterminant de la procréation de l'intimité du couple vers une équipe de spécialistes médico-biologiques. Or l'intervention des techniques biomédicales dans l'acte de la procréation présente, selon certains, une vraie rupture dans le domaine de cette dernière. " Dans notre société, le modèle de référence de la procréation et de la parentalité - modèle qui semble se référer à un ordre naturel- est le couple hétérosexuel marié ou concubin qui engendre par ses propres moyens (génétiques et sexuels) son enfant. Le recours aux nouvelles thérapeutiques de l'infécondité bouleverse cette conception des choses : non seulement la stérilité rend impossible la conformité à ce modèle, mais les solutions

²⁰ Dans le présent Avis, la C.N.E. abordera aussi la question de savoir s'il faut laisser une chance à un couple d'homosexuelles et à des femmes isolées.

²¹ A l'égard du désir d'enfant, il sera utile de faire la remarque suivante: " On risque de confondre besoin et désir. " Dans l'ordre du besoin, nous réduisons l'autre à nous-mêmes alors que le désir nous fait accéder à l'altérité (Denis Vasse, *Le temps du désir*, Paris: Seuil, 1969) La dynamique du désir est compliquée : elle résulte de l'histoire personnelle des partenaires et de l'évolution de leur relation. Les arguments conscients sont souvent sous-tendus par des besoins inconscients : vérifier sa propre fertilité, accéder au pouvoir de la maternité, faire preuve de sa virilité, poursuivre la lignée généalogique en donnant des petits enfants aux parents, disposer de l'enfant, assurer la continuité du couple...

²² Voir Simone Novaes, entrée "procréation assistée" dans *Dictionnaire d'Ethique et de Philosophie Morale*.

²³ "Selon le rapport de la commission d'experts d'Amstad ... 10 à 15 pour cent des couples, en Suisse, sont stériles. Ces chiffres sont probablement surestimés. On peut en effet estimer les couples stériles à 7 pour cent...". *Message relatif à l'initiative populaire " pour la protection de l'être humain contre les techniques de reproduction artificielle ... et à la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée*, Conseil fédéral suisse, 26 juin 1996.

²⁴ La perception de ces défis suppose, bien entendu, de cas en cas, une interprétation de la situation. Voir sections 3.1.1. et 3.1.2. de cet Avis.

instrumentales proposées éloignent le couple des pratiques corporelles et du cadre relationnel et institutionnel habituel de la procréation ”^{25/26}.

- D’autre part les techniques de procréation médicalement assistée étaient susceptibles de provoquer des modifications importantes dans la structure familiale en créant des situations nouvelles de parenté.
- Par ailleurs ces techniques donnèrent un accès direct aux embryons humains durant les premiers stades de leur développement. Or, la possibilité d’une manipulation de l’embryon au début de son développement, la perspective, notamment, d’une recherche systématique effectuée, soit sur des embryons surnuméraires²⁷, soit sur des embryons constitués dans le but de mener sur eux une recherche comportait, sans doute, une promesse de progrès scientifiques et médicaux majeurs²⁸. Elle comportait cependant aussi une menace de dérives²⁹ et pouvait mettre en question, selon certains observateurs, la dignité de la vie humaine dès son stade naissant.
- La possibilité d’effectuer, *in vitro*, des diagnostics génétiques préimplantatoires sur l’embryon promettait d’une part des progrès dans la lutte contre certaines maladies³⁰. D’autre part, elle pouvait mener à des abus³¹.
- La perspective d’une intervention sur le génome humain, dans le cadre de la recherche sur l’embryon, ouvrait à la fois, à long terme, des perspectives médicales imprévues, mais comportait des risques certains³² et réveillait le spectre de l’eugénisme.

²⁵ Simone Novaes, voir texte cité plus haut. Pour l’instant, nous nous bornons à établir un relevé, d’ailleurs bien incomplet, des défis de la P.M.A. *tels qu’ils furent éprouvés*.

²⁶ Cette évocation des défis que les techniques de la P.M.A. comportent, d’après certains observateurs, pour la société est incomplète. Aux chapitres 3.1.1. et 3.1.2. nous en thématiserons d’autres.

²⁷ “Les embryons surnuméraires sont des embryons humains produits lors de la fécondation *in vitro* et qui ne sont pas réimplantés dans l’utérus de la femme”. Edith Deleury, entrée “embryon surnuméraire”, *Les Mots de la Bioéthique*

²⁸ Dans le domaine de la médecine reproductive, notamment, et de la lutte contre la transmission de maladies héréditaires

²⁹ La C.N.E. a déjà pris position à l’égard de certains de ces problèmes dans son Avis 1/1999 concernant la *Convention sur les droits de l’homme et la biomédecine. Les Cahiers de la C.N.E. III*, Luxembourg : Publications du Centre Universitaire de Luxembourg, 1999, chapitres 6.2.5., 6.2.6. et 6.2.7., pages 41-63

³⁰ Voir chapitre 3.1.3.2.

³¹ La C.N.E. a abordé ce problème au chapitre 6.2.5.2. de son Avis 1.1999. Voir chapitre 3.1.3.2.2.

³² Voir Avis I. 1999 de la C.N.E., chapitre 6.2.5.2. page 42. Voir chapitres 3.1.3.2., 3.1.3.3. et 3.1.3.4 de cet Avis

- Plus récemment, la possibilité du clonage thérapeutique ouvrait à son tour une perspective nouvelle dans la lutte contre certaines maladies génétiques. Elle reposait, toutefois, d'une manière aiguë, des questions concernant la considération due aux embryons. Elle soulevait, d'autre part, une interrogation sur les relations entre clonage thérapeutique et clonage reproductif³³.

1.5.2. La montée de nouvelles valeurs. La constitution d'une société pluriculturelle

Deux révolutions normatives caractérisent nos sociétés.

- D'une part, certaines valeurs et exigences normatives acquièrent un poids nouveau. L'autodétermination de l'individu, la liberté de conscience, la prise en main par l'adulte - et même dans la mesure du possible par l'enfant- de sa propre destinée, le rejet du paternalisme familial, médical, sociétal, la non-discrimination des individus devinrent des exigences normatives centrales de notre société. Dans la mesure où les exigences des individus n'étaient pas forcément compatibles entre elles, l'aspiration à l'autonomie des personnes pouvait générer et généra en fait des conflits. Par ailleurs l'exigence d'autodétermination et de liberté de conscience entrainait dans bien des cas en collision avec les valeurs traditionnelles.
- D'autre part, les morales traditionnelles s'érodant et nos sociétés étant traversées par des clivages culturels de plus en plus marqués, puis devenant carrément multiculturelles, les exigences normatives et les valeurs perdaient leur caractère absolu. Du moins, dans les dialogues entre représentants des orientations culturelles et éthiques en présence, la référence à des principes ou valeurs absolus n'était plus guère indiquée³⁴. Le dialogue éthique se faisait difficile, des valeurs et exigences normatives, souvent incompatibles à première vue, s'entrechoquaient. Un accord ne pouvait être obtenu que par une patiente et parfois délicate exploration des exigences, que, dans des contextes concrets, l'ensemble des concernés pouvaient avoir en commun, malgré leurs divergences. Tout accord supposait un équilibrage des exigences normatives rivales.
- Enfin, les exigences normatives et les valeurs affirmées par les uns et les autres se heurtaient de plus en plus souvent à des considérations d'ordre

³³ Dans le présent Avis, la Commission envisagea d'abord de discuter les questions éthiques relatives au clonage thérapeutique. Elle décida d'aborder ces questions dans un Avis distinct.

³⁴ Cette observation ne met nullement en question le respect que nous devons à la conviction défendue par plusieurs membres de la commission selon laquelle le respect de la vie *est* une valeur absolue. La remarque ne fait que mettre en lumière les fondements d'un dialogue interculturel fructueux.

économique. Une confrontation permanente s'esquissait entre, d'une part, des projections normatives et, d'autre part, de ce qui dans le domaine des ressources limitées était possible.

2. Deuxième partie - Les méthodes de la procréation médicalement assistée

2.1. Remarques préliminaires³⁵

Avant tout recours à la P.M.A., les causes de la stérilité³⁶ doivent être identifiées. En fonction de ces causes, certains traitements sont appliqués, en première intention en quelque sorte, afin de réduire la stérilité. Il s'agit notamment:

- d'un traitement de désordres hormonaux chez la femme (comme par exemple le traitement d'un taux trop élevé de prolactine),
- d'une stimulation de l'ovulation, suivie de rapports sexuels programmés,
- de chirurgie coelioscopique, permettant de traiter des lésions tubaires, des adhérences pelviennes ou des lésions endométriosiques,
- du traitement d'anomalies urologiques chez l'homme,
- Dans certains cas une psychothérapie peut s'imposer³⁷.

Enfin, il ne faut pas oublier que beaucoup de “stérilités” ne sont que des diminutions de la fertilité (hypofertilité) et non pas une stérilité définitive. Le temps lui-même constitue en quelque sorte un traitement” puisqu'il offre mensuellement une chance de grossesse, certes diminuée, mais non nulle³⁸.

³⁵ Des définitions de la notion de P.M.A. ainsi que de ses techniques les plus marquantes figurent au premier chapitre de cet Avis.

³⁶ Dans cet Avis la C.N.E. envisagera la stérilité *quelle qu'en soit l'étiologie*.

³⁷ Par ailleurs il faudra se demander si, dans le contexte de certains cas, l'adoption ne constitue pas la meilleure solution. (voir section 3.1.1.1.)

³⁸ Ajoutons qu'une évaluation psychologique et médicale des bénéficiaires et des donneurs s'impose.

2.2. Les techniques de la P.M.A.

2.2.1. L'insémination artificielle

Définition³⁹ :

L'insémination artificielle consiste à introduire, pendant la période fertile du cycle menstruel, des spermatozoïdes du conjoint ou d'un donneur dans la filière génitale féminine et de fertiliser ainsi la future mère. La semence est déposée, soit dans le col utérin (insémination intra-cervicale), soit dans la cavité utérine (insémination intra-utérine).

Au cours d'une insémination intra-cervicale, le sperme est déposé dans une cupule au contact du col utérin. Les spermatozoïdes doivent eux-mêmes traverser la glaire endocervicale. Le sperme ne nécessite pas de préparation préalable dans ce cas.

Lors d'une insémination intra-utérine, le sperme est traité au préalable (centrifugation, migration sur un milieu spécial) et seuls les spermatozoïdes les plus mobiles sont injectés par une fine canule dans la cavité utérine au-dessus de la glaire cervicale.

Indications

La technique d'insémination artificielle s'applique, soit en cas de stérilité ou d'hypofertilité masculine (sperme en quantité insuffisante, mobilité insuffisante ou encore qualité fertilisante défailante, risque de lésions du sperme par chimiothérapie ou de manière accidentelle), soit en cas de stérilité féminine "cervicale" (absence de sécrétion de la glaire cervicale ou sécrétion d'une glaire de mauvaise qualité). Le sperme peut être traité avant l'insémination, soit par centrifugation, soit par des procédés biologiques spéciaux afin d'augmenter son pouvoir fertilisant. La cryo-conservation du sperme s'obtient dans l'azote liquide à - 196 degrés C.

Deux procédés

L'insémination homologue (I.A.C.)

Dans l'insémination homologue, le sperme provient du conjoint. En cas de diminution du nombre de spermatozoïdes, le sperme peut être concentré, parfois

³⁹ En vue d'une meilleure lisibilité du présent Avis nous reproduisons certaines définitions que nous avons déjà fournies à la section 1.2 ou en proposons d'autres, complémentaires.

enrichi, en collectant le produit de plusieurs éjaculations de la même personne. Il peut aussi être traité pour améliorer les qualités chimiques et physiques du liquide séminal. Si l'opération réussit, l'enfant sera, du point de vue biologique, celui de son père et de sa mère. Il s'agit d'un traitement palliatif, auquel on a recours non pas en vue de guérir la stérilité du conjoint, mais en vue de la contourner. Le procédé comporte une dissociation entre insémination et sexualité.

La technique de l'insémination homologue rend possible "l'insémination post mortem", donc la fécondation d'une femme dont le conjoint est décédé, mais dont le sperme a été recueilli et conservé préalablement. Une alternative est constituée par le transfert, après la mort du conjoint, d'un embryon conçu de son vivant.

L'insémination hétérologue

Le sperme provient d'un donneur (I.A.D.). L'insémination hétérologue comporte donc une dissociation entre la paternité biologique et la paternité légale. Comme l'insémination homologue, elle constitue pour l'essentiel une technique de substitution palliative de l'infertilité masculine. Elle peut également être appliquée toutefois en cas d'un risque important de transmission d'une maladie héréditaire ou infectieuse grave.

Les cas où, actuellement, l'insémination hétérologue est pratiquée peuvent être considérablement réduits par la technique dite I.C.S.I. (Intraplasmic Sperm Injection ou micro-injection directe d'un seul spermatozoïde dans l'ovule par fécondation in vitro). Cette méthode sera évoquée plus loin et décrite dans le chapitre consacré à la F.I.V.E.T.E.).

Extensions possibles de l'insémination hétérologue

En pratique, la méthode d'insémination hétérologue peut être utilisée au profit

- de couples hétérosexuels non mariés,
- de femmes célibataires,
- de couples de lesbiennes.

Dans les deux derniers cas, l'insémination artificielle ne constitue plus une méthode thérapeutique dont l'objet est de contourner la stérilité.

2.2.2. La fécondation in vitro (F.I.V.E.T.E. : fécondation in vitro et transfert d'embryon)

Définition :

La fécondation in vitro “ consiste à prélever des ovules (ovocytes) qui sont inséminés et cultivés en dehors de l'organisme (in vitro) pendant quelques jours. Devenus embryons de quelques cellules, ils seront insérés dans l'utérus par voie vaginale, avec l'espoir que l'un d'eux au moins parviendra à s'y implanter ”⁴⁰.

Procédés

Plus précisément, on peut distinguer deux voies :

- “ Un embryon, créé par le processus de fécondation extra-corporelle à l'aide des gamètes d'un couple, est ensuite réimplanté dans l'utérus de la femme du couple au bénéfice de ce dernier ”⁴¹. Biologiquement, l'enfant sera donc celui de ce couple (F.I.V. homologue).
- Un ou des gamètes est (sont) fourni(s) par des personnes extérieures au couple (F.I.V. hétérologue).

Description plus détaillée

La fécondation in vitro consiste à prélever chez la femme, après une stimulation hormonale préalable, les ovocytes par ponction transvaginale sous contrôle échoguidé ou parfois par coelioscopie. Placés dans un milieu nutritif adéquat, ces ovocytes sont fertilisés par le sperme d'un homme. Deux jours plus tard, (voire plus tardivement dans certaines techniques récentes faisant appel à la culture de blastocystes) l'un au moins des embryons ainsi obtenus est réimplanté dans l'utérus de la femme.

Pour éviter des grossesses à risque, voire à très haut risque, le nombre d'embryons transférés est limité au maximum à trois.

Extensions

Une combinaison de différentes méthodes de reproduction artificielle permet une extension considérable du domaine d'application de la fécondation in vitro. La

⁴⁰ Les mots de la bioéthique, p.240

⁴¹ J.L. Baudouin, C.Lebrusse-Rion, *Produire l'homme de quel droit ? Etude juridique et éthique des procréations artificielles*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 65

fécondation peut s'effectuer par le sperme d'un donneur et il peut y avoir don d'ovocyte si la future mère est incapable d'en produire. Toutefois, l'embryon peut aussi être conçu in vitro à la suite d'un double don de gamètes et être, ensuite, implanté dans l'utérus d'une femme. Celle-ci sera soit la future mère, soit une mère porteuse. Enfin des embryons procédant d'un don d'embryons peuvent être implantés.

Variantes techniques

I.C.S.I.

L 'I.C.S.I. (IntraCytoplasmic Sperm Injection)

L'I.C.S.I. sert à contourner spécifiquement la stérilité masculine. Les indications de cette technique sont les suivantes : OATS sévère, azoospermie, stérilité immunologique, fertilisation réduite en cas de F.I.V. classique, F.I.V.D.

Cette technique de fécondation de l'ovule in vitro fut mise au point en 1992, quatorze ans après la première réussite de F.I.V.⁴². Il s'agit d'une microinjection directe d'un seul spermatozoïde dans l'ovule (I.C.S.I.: Intra Cytoplasmic Sperm Injection). L'ovule n'est plus simplement mis au contact - dans un milieu de culture- de quelques milliers de spermatozoïdes (F.I.V. sans I.C.S.I.), mais sous le microscope un seul spermatozoïde est injecté directement dans l'ovule par une micropipette.

L'I.C.S.I. permet de réussir la fécondation in vitro dans des cas où le partenaire présente une fécondité insuffisante du sperme (oligospermie)⁴³.

Cette technique est même réalisable en cas d'obstacle des voies excrétrices du sperme (absence congénitale des canaux déférents, imperméabilité congénitale de ces derniers et imperméabilité après vasectomie) par prélèvement de spermatozoïdes dans l'épididyme ou même par biopsie des testicules.

G.I.F.T., Z.I.F.T.

Le G.I.F.T. (Gamete Intra-Fallopian Transfer) consiste à déposer des spermatozoïdes ou bien, après prélèvement d'ovules, des spermatozoïdes et des ovules dans les trompes. Cette méthode évite la fécondation en dehors de

⁴² le cas de Louise Brown, née en 1978

⁴³ Oligospermie: nombre insuffisant de spermatozoïdes, soit moins de 20 mill / ml ; Asthénospermie: mobilité insuffisante des spermatozoïdes, soit moins de 50% de mobilité rapide ; Hypospermie: quantité insuffisante de spermes.

l'organisme. Vu que la fécondation a lieu in vivo, la technique du G.I.F.T. peut être classée sous la rubrique de l'insémination artificielle.

Le Z.I.F.T. (Zygote Intra-Fallopian transfer) consiste à déposer un embryon très jeune, fécondé en dehors de l'organisme, dans les trompes au lieu de le déposer pour l'implantation dans l'utérus.

Implications

Il résulte de ce qui précède que, puisqu'elle permet la séparation de la conception, de la gestation et de l'accouchement, la fécondation in vitro peut comporter une dissociation entre la maternité biologique et la maternité légale.

Toutes les formes de fécondation in vitro comportent une substitution de la technique médicale à l'acte sexuel.

La F.I.V. permet, par ailleurs des applications brisant le cadre de la thérapie médicale comme par exemple la congélation d'embryons destinés à la recherche.

Raisons du recours à la F.I.V.E.T.E.

Les indications médicales de la F.I.V.E.T.E. sont :

- une pathologie tubaire,
- l'endométriose,
- l'infertilité masculine,
- les troubles de l'ovulation,
- la stérilité idiopathique.

Dans certains cas, la microchirurgie des trompes peut promettre autant de chances de grossesse que la F.I.V. et doit donc être envisagée comme alternative. Les indications masculines sont l'hypospermie, l'oligospermie moyenne, l'asthénospermie moyenne.

La F.I.V. peut être pratiquée en cas de problèmes de la nidification, de stérilité idiopathique (c'est à dire ne relevant d'aucune cause connue) ou en cas de stérilité immunologique. Dans ces cas, elle est pratiquée si, après échec de tous les

procédés diagnostiques et thérapeutiques y compris la psychothérapie, aucune grossesse n'est obtenue pendant plusieurs années⁴⁴.

Risques médicaux de la F.I.V.E.T.E.⁴⁵

Dans un faible pourcentage de cas la stimulation de l'ovulation comporte des risques médicaux.

- syndrome sévère d'hyperstimulation ovarienne, (SHO) estimé à 0,7 %,
- conséquences possibles d'SHIO : thrombo-embolie, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale, choc hypovolémique,
- torsion d'un kyste de l'ovaire,
- grossesse extra-utérine / tubaire,
- grossesse multiple⁴⁶.

L'augmentation des risques de cancers gynécologiques n'a jamais été établie avec certitude.

Des études analysant le devenir des enfants issus d'une F.I.V. ont montré que la fécondation de l'ovule in vitro n'apporte pas de risque spécifique, notamment chromosomique ou génétique.

La création d'embryons surnuméraires

Vu que par les procédés de la F.I.V.E.T.E. on obtient en moyenne une grossesse sur trois tentatives, avec implantation de un à trois embryons au maximum, le recours à cette méthode conduit souvent à la création de plus d'embryons qu'on ne

⁴⁴ Selon un bilan de F.I.V.NAT, établi pour les années 1994-1998, le taux des grossesses cliniques (= évolutives) varie pour le transfert de 3 embryons entre 30,1% et 32,4% en F.I.V. classique, et de 29,8% à 30,2% en F.I.V.-I.C.S.I. Ce taux équivaut aux taux de grossesse naturelle qui oscille entre 30 et 35%. Lors de transfert de 4 embryons et plus les taux de grossesse ne sont pas meilleurs.

On estime que la majorité des stérilités (surtout féminines) sont dues à des problèmes tubaires aux taux de 50,1 % (F.I.V.NAT 1994-1998) ainsi qu'à la pratique des méthodes de contraception. Comme l'âge de procréation tend à être volontairement retardé pour des raisons sociales, les difficultés de procréer au moment désiré peuvent augmenter dans l'avenir et mener à une utilisation de plus en plus fréquente des méthodes de P.M.A.

⁴⁵ *Human Reproduction update*, Oxford University Press / European Society of Human Reproduction and Embryology, Volume 2 March/Avril 1998, pp. 103-196

⁴⁶ "Les éventuelles grossesses multiples, dues à l'implantation simultanée de plusieurs embryons, sont grevées d'importantes morbidité et mortalité périnatales, essentiellement dues à la grande prématurité. La grossesse multiple comporte un risque accru de complications chez la mère (prééclampsie, présentations anormales, hémorragie", Fernand Leroy, article "F.I.V.E.T.E." dans *Les Mots de la Bioéthique*, page 242

doit en implanter directement. On veut en effet éviter de soumettre la patiente à de nouvelles stimulations ovariennes et à de nouveaux prélèvements d'ovocytes. Comme il est difficile de limiter la fécondation des ovules au nombre nécessaire pour assurer la réussite de la grossesse, on assure la conservation des embryons dits surnuméraires par une congélation dans l'azote liquide à -196 degrés C.

Dans leur grande majorité les membres de la CNE se prononcent en faveur de la congélation d'embryons surnuméraires⁴⁷. La congélation peut être justifiée dans la mesure où elle contribue à la réalisation du projet parental d'un couple qui voudrait éviter, d'une part, de nouveaux prélèvements et, d'autre part, la destruction d'embryons non immédiatement transférés. Elle doit être limitée dans le temps en raison d'un projet parental *actuel* et non d'un projet parental *indéterminé*. Il importe que les couples puissent espacer dans le temps les naissances comme les couples féconds, mais qu'il ne puisse pas y avoir de décalage de générations entre des enfants qui sont en fait frères et sœurs.

Notons que la loi bioéthique française prévoit que la cryopréservation des embryons d'un couple ayant bénéficié d'une A.M.P (= P.M.A) soit autorisée pour une limite de cinq ans (art. L.2141-3, ancien article L.152-3)⁴⁸.

En pratique, en France, 70% des couples concernés utilisent les embryons conservés dans un délai de trois ans, 16,5% envisagent de nouvelles tentatives de fécondation in vitro et 10 % abandonnent leur projet parental. Il est vrai que tous les embryons ne résistent pas à la décongélation. Les 60 à 80 % qui survivent gardent cependant tout leur pouvoir de développement. Leur survie serait irrémédiablement compromise sans congélation.

Utilisations fréquentes des embryons surnuméraires dans le cadre de la P.M.A.

- nouvelle fécondation in vitro, à partir des embryons congelés,
- don d'embryon à un autre couple stérile⁴⁹.

⁴⁷ Notons que deux membres s'opposent à la création d'embryons surnuméraires. Voir plus loin.

⁴⁸ art. 21. Voir P.Barrière, S.Hammah, J.Lansac, D. Le Lannon, D.Royère, *Pratique de l'A.M.P.*, La Loi bioéthique du 29 juillet 1994, pages 223-24

⁴⁹ Voir section 3.1.2.2.3.2.4.

2.2.3. En marge de la F.I.V. - La substitution de mère (maternité de substitution)

Définition⁵⁰:

“ La procédure de la maternité de substitution consiste, pour une femme, à accepter de porter un enfant pour un couple⁵¹, enfant qu’elle s’engage à abandonner à la naissance afin de permettre son adoption par la femme stérile ”.

La technique :

Il faut distinguer trois variantes majeures.

Première variante : Implantation d’un embryon conçu in vivo

L’embryon est conçu in vivo par insémination artificielle de la mère porteuse avec le sperme du futur père. Après la naissance, la mère porteuse, gestatrice et génétique, remettra l’enfant, qui est biologiquement le sien, au couple demandeur, c’est à dire au donneur de sperme et à sa conjointe qui adoptera l’enfant de son mari, devenant ainsi sa mère sociale. (Cas de la mère porteuse avec insémination).

Deuxième variante : Implantation d’un embryon conçu in vitro

L’embryon, conçu in vitro, est implanté dans l’utérus d’une autre femme que la donneuse d’ovocyte. Cette “mère de substitution ” n’est que gestatrice. Elle porte un enfant génétiquement étranger pour le compte d’une autre, la mère génétique, à laquelle elle remet l’enfant après la naissance. Elle se contente donc de mettre son corps à la disposition d’une autre. (Cas de la mère porteuse avec transfert d’embryon).

Troisième variante : La technique dite de lavage

Une femme “ donneuse ” peut être fécondée au moment de l’ovulation. Quelques jours après, on récupère par “ lavage ”, l’embryon au stade de 80 à 100 cellules, avant de l’implanter à la future mère. La femme gestatrice n’a aucune relation génétique avec l’enfant à naître qu’elle met pourtant au monde et dont elle sera la mère au sens légal habituel.

⁵⁰ Définition due à Bartha Maria Knoppers et Sonia Le Bris, entrée “Maternité de substitution” dans Hottois Gilbert et Marie-Hélène Parizeau (dir.), *Les Mots de la Bioéthique*, Bruxelles: De Boeck Université, 1993

⁵¹ Voir section 3.1.2.3.

Remarque

De cette manière, un enfant pourrait théoriquement avoir cinq “ parents ”, les 2 donneurs de gamètes, la femme porteuse qui met au monde l’enfant et les deux parents qui l’adoptent. L’affaire se compliquera davantage si la mère porteuse est à son tour mariée. En définitive, “ l’interaction des multiples maternités et paternités aboutit finalement à six combinaisons possibles de la filiation de l’enfant dont il convient de préserver l’intérêt présent et futur ”⁵².

Raisons diverses du recours à la méthode de “ substitution de mère ”

Raisons médicales qui pourraient être prises en compte⁵³ :

- absence d’organes génitaux,
- absence ou anomalie importante de l’utérus rendant toute grossesse impossible,
- gestation impossible à cause d’une maladie grave de la mère,
- incapacité de mener une grossesse au moins jusqu’au milieu du 2^{ème} trimestre de la grossesse,
- risque d’altération grave du développement du fœtus,
- risque lié à la prise chronique par la femme de médicaments nuisibles pour le fœtus,
- grossesse susceptible de présenter un risque pour la santé de la mère.

2.2.4. Dans le prolongement de la F.I.V. Le diagnostic pré-implantatoire. Le diagnostic prénatal

La F.I.V. a permis de réaliser la fertilisation de l’ovule au laboratoire en vue d’une réimplantation dans l’utérus de la femme. Or l’embryon, cultivé pendant au moins deux jours au laboratoire, peut faire l’objet d’investigations grâce au progrès de la biologie moléculaire. Une exploration du génome est possible sur une seule cellule prélevée sur l’embryon sans que les potentialités de développement de ce

⁵³ B.M. Knoppers et L.Le Bris , entrée “ maternité de substitution ” dans : G.Hottois et M.H. Parizeau, *Les Mots de la Bioéthique*, Bruxelles : de Boeck Université, 1993

⁵³ L’énumération de ces raisons n’implique nullement, bien entendu, que la C.N.E. se prononce en faveur de cette méthode de procréation artificielle.

dernier n'en soient affectées. Ainsi est né le concept du diagnostic "pré-implantatoire" des maladies chromosomiques ou génétiques. Il s'agit du diagnostic réalisé sur l'embryon avant son éventuelle implantation dans l'utérus de la femme⁵⁴, par opposition au diagnostic "prénatal", réalisé sur une grossesse implantée, en évolution dans l'utérus⁵⁵.

Les indications du diagnostic pré-implantatoire (D.P.I.)⁵⁶

- Les maladies monogéniques⁵⁷ les plus fréquentes pour lesquelles un D.P.I. a été pratiqué, sont les diverses maladies liées à l'X (dystrophies musculaires de Duchenes ou de Becker, l'Hémophilie A, la maladie de Wiskott-Aldrich, l'adrénoleucodystrophie, la déficience en OTC, le retard mental, la maladie de Menkes et la rétinite pigmentaire).
- En ce qui concerne les maladies autosomiques dominantes⁵⁸, le D.P.I. a été réalisé pour la chorée d'Huntington, la maladie de Marfan et l'ostéogénèse imparfaite. Enfin, parmi les maladies autosomiques récessives, la mucoviscidose, le déficit en 21 b-hydroxylase, l'anémie falciforme et l'athalassémie ont bénéficié de l'application de cette technique.
- Par ailleurs les aberrations de structures de chromosomes⁵⁹ (comme certaines translocations, délétions) ont été également retenues parmi les indications du D.P.I.

⁵⁴ Dans *Les maladies génétiques*, (Paris: Flammarion, 1999, pp. 90-91) P. Labrune, caractérise ainsi le D.P.I. "Le principe du diagnostic préimplantatoire est relativement simple et découle du développement des techniques de fécondation in vitro....(II) repose sur trois étapes: le prélèvement d'une voire deux cellules de l'embryon obtenu après fécondation in vitro, suivi d'examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique, et enfin sur le tri des embryons en fonction des résultats des analyses".

Dans son Avis, intitulé *IVF-related research*, le "Health Council of the Netherlands" propose la définition suivante: "Pre-implantation genetic diagnosis (PGD) is a method intended to detect monogenic or chromosomal aberrations in the ovocyte or in the embryo *in vitro*. PDG therefore necessitates IVF treatment. If the result of the test gives cause, either transfer of the embryo to the womb or fertilization of the oocyte does not go ahead. This method allows the woman to avoid the risk of bearing a child with the abnormality concerned", page 17.

⁵⁵ Dans *Les Mots de la bioéthique*, (De Boeck, Université de Bruxelles, 1993, sous la direction de Gilbert Hottois et Marie-Hélène Parizeau), Hubert Doucet propose la définition que voici: "Le diagnostic prénatal (encore dit anténatal) consiste en un ensemble de techniques permettant d'établir un diagnostic précis de maladie génétique grave ou fatale chez un fœtus. Le diagnostic prénatal repose sur plusieurs techniques dont les principales sont l'échographie, l'amniocentèse, la biopsie du chorion et le prélèvement de sang foetal", pp. 127-131.

⁵⁶ R. Frydman "Diagnostic Pré-implantatoire et recherche", *Référence* vol 7 -N° 3.2000- P. Barrière, S. Hamamah, J. Lansac, D. Le Lannou, D. Royère, "Recherches génétiques sur l'embryon humain à bénéfice potentiel" dans *Pratique de l'assistance médicale à la procréation*.

⁵⁷ Maladies génétiques résultant de défauts ou mutations d'un ou de plusieurs gènes

⁵⁸ Maladies héréditaires avec anomalie des chromosomes ne participant pas à la détermination du sexe

⁵⁹ Aberrations de structure de chromosomes: anomalie de longueur ou défection d'un bras ou manque total d'une partie du chromosome

Remarques complémentaires

Notons que les impératifs gouvernant l'application d'une technique de diagnostic ne sont pas les mêmes que ceux de la recherche. En vue du diagnostic, on ne peut envisager que des techniques parfaitement fiables. Actuellement, le D.P.I est en train de sortir du stade expérimental. Plus de 200 enfants sont nés après D.P.I. Près de 40 centres le pratiquent de par le monde⁶⁰.

Il faut relever par ailleurs que la demande potentielle relative au diagnostic de maladies monogéniques est limitée. Elle l'est du fait que la plupart de ces affections sont fort rares. La demande potentielle de diagnostics préimplantatoires se limite à quelques cas par an au maximum.

L'expérience des obstétriciens et des cytogénétiques a en fait montré que, vu le caractère exceptionnel des demandes, la dérive redoutée par certains n'a pas eu lieu. Cette situation pourrait reposer, tout simplement, sur l'éthique des médecins impliqués dans ces diagnostics⁶¹.

Ajoutons enfin de compte que le D.P.I. est un pis aller⁶² visant l'élimination des embryons atteints d'une maladie spécifique. Mais la vocation du médecin est de guérir, non d'éliminer. Or voici qu'à l'aube du troisième millénaire, dans le contexte de la médecine génique, un espoir apparaît qui pourra permettre non plus d'éliminer, mais de soigner les embryons malades. Une véritable révolution médicale s'esquisse. Dans ce contexte, la recherche s'avère nécessaire. Il ne faudrait pas qu'elle reste anathème comme le fut naguère le D.P.N.

Le diagnostic prénatal

Les progrès de la génétique au cours de ces dernières années font qu'il est maintenant possible de faire un diagnostic prénatal fiable de l'anomalie pour un grand nombre de maladies liées au chromosome X, donc de distinguer les fœtus mâles normaux ou atteints. Ceci exclut un diagnostic de sexe seul qui conduit à éliminer *tous* les fœtus mâles normaux ou atteints.

Entre D.P.I. et D.P.N.

“Rappelons”, remarque R. Frydman, “que le D.P.I. n'est jamais qu'un diagnostic prénatal (D.P.N.) très anticipé. Là où le D.P.N. classique conduit à

⁶⁰ R. Frydman, art. cité, page 14

⁶¹ Notons que dans le cas d'un diagnostic sur l'embryon *in vitro* et d'une réimplantation des embryons reconnus normaux, la grossesse ira à terme dans 20-30% des cas seulement, bien que l'œuf implanté soit normal. D'où la nécessité d'analyser un grand nombre d'embryons qui seront cryopréservés en vue d'une implantation ultérieure.

⁶² Voir R Frydman, “L'œuf humain: diagnostic pré-implantatoire et recherche”, *Référence* vol 7 -N°3.2000

avorter des foetus atteints de pathologies particulièrement graves, le D.P.I. consiste à ne réimplanter que des embryons sains, évitant pour le couple, l'épreuve traumatisante de l'avortement thérapeutique⁶³.

On mettra donc en balance les traumatismes physiques et psychologiques du diagnostic prénatal et de l'interruption de grossesse et les traumatismes physiques et physiologiques de la F.I.V.E.T.E. associée au D.P.I., ceci chez un couple *fécond* qui supportera mal un échec répété.

Remarque concernant le diagnostic de complaisance

Il pourrait, notamment avoir pour objet le choix d'un enfant du sexe désiré. Le diagnostic chromosomique sur biopsies de villosités permet en effet le diagnostic du sexe à 9-12 semaines de grossesse, c'est-à-dire dans les délais légaux de l'I.V.G.

⁶³ Ibidem, page14

3. Troisième Partie - Le débat éthique. Les problèmes éthiques soulevés par la P.M.A.

3.0. Remarques préliminaires

Il sera sans doute utile de commencer par préciser, d'une part, la manière dont nous *délimitons* le domaine des problèmes éthiques soulevés par la P.M.A. et de rappeler, d'autre part, la manière dont nous concevons l'objet du débat éthique *tel qu'il peut être mené dans un comité d'éthique*. Certains malentendus pourront être évités ainsi.

3.0.1. Délimitation des problèmes éthiques soulevés par la P.M.A.

Nous n'envisagerons pas seulement dans cet *Avis les problèmes soulevés par les techniques proprement dites de la P.M.A.* (l'induction thérapeutique de l'ovulation⁶⁴, l'insémination artificielle, la F.I.V.E.T.E., les dons d'ovocytes et d'embryons, la mère de substitution (ou "mère porteuse"). Nous discuterons aussi *certaines problèmes soulevés indirectement par ces pratiques*. Il s'agit de questions concernant notamment le statut, la conservation et la destination des embryons surnuméraires. Nous aborderons par ailleurs certaines questions portant sur les tests génétiques préimplantatoires et prénataux.

3.0.2. Le débat tel qu'il peut être mené dans un comité d'éthique

3.0.2.1. *Dans le contexte d'un comité d'éthique, il serait peu indiqué de revendiquer la validité absolue de certaines valeurs ou exigences normatives. La complexité des sociétés contemporaines n'autorise plus ce type d'approche dans un comité composé de membres appartenant à des orientations culturelles différentes. Nous considérons que notre objet consiste à explorer l'horizon normatif de la société à laquelle nous appartenons, à mettre en lumière les exigences normatives que nous partageons dans le contexte de cette société et les articulations de ces exigences qui pourront se révéler consensuelles dans la discussion des problèmes éthiques soulevés par la P.M.A. Il va de soi que cette approche doit courir le risque d'aboutir à certains constats de désaccord irréductibles. Elle se doit de documenter ces désaccords.*

⁶⁴ Nous nous inspirons ici (à certains égards) des réflexions du C.C.N.E. français, Avis 60, 1998, *Réexamen des lois de bioéthique*, page 5

3.0.2.2. D'une manière très générale, trois types de questions nous préoccuperont dans nos débats. Elles concernent :

- Les conflits de valeurs et d'exigences normatives auxquels doit faire face toute résolution de problèmes éthiques concrets ; la recherche, dans le contexte de situations concrètes, d'une articulation - susceptible d'être portée par tous - des valeurs et exigences normatives rivales.
- Les conflits d'intérêts caractérisant notre société dans le contexte de l'application des techniques de procréation artificielle ; les équilibres normatifs, consensuels de ces conflits pour autant que nous parvenions à nous concerter sur une telle balance.
- Les conséquences des solutions envisagées dans des contextes concrets et l'évaluation de ces conséquences à la lumière des équilibres normatifs consensuels ou quasiment consensuels. Dans cette optique une approche " conséquentialiste " ⁶⁵ est caractéristique, à ne pas en douter, de la méthode des comités d'éthique.

⁶⁵ Une approche " conséquentialiste " tient systématiquement compte, pour autant qu'il soit possible de les prévoir, des conséquences directes et indirectes entraînées par les actes que nous posons ou par les règles que nous adoptons. Ces conséquences sont évaluées à la lumière des exigences normatives partagées.

3.1. Problèmes éthiques concernant les techniques de la P.M.A.

3.1.1. Première section centrale de la troisième partie. Problèmes à teneur générale

Nous abordons brièvement, en premier lieu, la question de savoir si, dans une optique normative, les techniques de procréation artificielle sont préférables à l'adoption (section 3.1.1.1.). En second lieu nous examinons un changement de paradigme qui, dans le contexte des méthodes de procréation artificielle, s'est manifesté selon certains observateurs à l'égard de la sexualité et de la procréation (section 3.1.1.2.). Par la suite, nous évoquerons les menaces que, dans l'optique d'autres observateurs, la technoscience peut comporter, tant par la modification des repères symboliques réglant nos origines et la filiation que par les problèmes psychosociaux qu'elle peut générer (section 3.1.1.3.). Nous examinerons enfin les éventuelles conséquences psychosociales de la P.M.A. (section 3.1.1.4.).

Après la discussion de ces questions préliminaires, nous nous interrogeons sur les finalités de la P.M.A. ainsi que sur la délimitation du champ de ses bénéficiaires. La portée éthique de ces questions est évidente. Il y va tant de modèles normatifs différents développés au sein de notre société que de tensions entre besoins, intérêts et exigences normatives des personnes concernées (section 3.1.1.5.) Nous évoquons ensuite, dans une optique éthique et déontologique, les conditions qui doivent être satisfaites pour que l'intégrité morale et physique des personnes concernées - tant celle des receveurs et des enfants que celle des donneurs - soit respectée (chapitre 3.1.1.6.). Notre réflexion a pour objet, enfin, dans la dernière section de ce chapitre, certains enjeux économiques et politiques de la P.M.A. (section 3.1.1.7.).

3.1.1.1. Premier problème à teneur générale. Procréation médicalement assistée ou adoption ?

On ne peut pas, de toute évidence, fournir à cette question une réponse qui soit valable dans tous les contextes. Les couples stériles doivent déterminer eux-mêmes - après avoir consulté, le cas échéant, un médecin ou un psychologue - quelle est la solution la mieux adaptée à leur situation. Leur décision doit tenir compte de la manière dont ils vivent et interprètent leur situation et de la manière dont, dans un contexte existentiel, ils articulent ce qui parle en faveur et en défaveur des solutions envisagées.

Cela étant dit, les pratiques de procréation assistée présentent, et pour les couples infertiles et pour les enfants qu'elles permettent de mettre au monde, *les avantages suivants* :

- Le couple infécond a la possibilité de procréer⁶⁶.
- Dans les cas de figure de l'I.A.C. et de la F.I.V. homologue, l'enfant est biologiquement issu de ses deux parents. Pour les parents et pour l'enfant, le risque de situations traumatisantes est, sans doute, plus limité dans ce cas figure que dans celui de l'adoption.
- On pourrait avancer l'hypothèse suivante, plus aléatoire cependant. Dans le cas de figure de l'I.A.D. et dans les différents cas de figure de la F.I.V. hétérologue, l'enfant est soit biologiquement issu de l'un de ses parents soit - si l'on fait abstraction du cas de la mère de substitution - il aura, pour le moins, été porté par sa mère sociale. Au moment de découvrir les modalités de sa naissance, il y a des chances qu'il soit moins perturbé qu'un enfant adopté.

Le C.C.N.E. français fait, *toutefois*, à bon droit, la remarque suivante :

“ ... (la) position, qui met au premier plan les avantages qu'une parenté dite biologique ou génétique comporterait pour le couple, ne doit pas cacher les difficultés et incertitudes qu'impose cette médicalisation de la procréation... ”⁶⁷. C'est à ces difficultés qu'une bonne partie de notre *Avis* est consacré.

3.1.1.2. Deuxième problème à teneur générale. Un changement de paradigme ? Déplacement de l'intimité naturelle du couple vers un ensemble d'interventions techniques.

Il peut paraître que les méthodes de la P.M.A. marquent un glissement de l'intimité naturelle du couple vers une intervention technique d'équipes de spécialistes médicaux et biologiques. D'après certains, ce glissement comporte un changement du paradigme de la procréation.

Au sein de la C.N.E. - et au cours de nos discussions avec des experts - *six approches furent adoptées*.

- Selon la première, un glissement de l'ordre naturel des choses vers une certaine technicité - toujours présente et variable avec les âges - n'a pas, en lui-même, de portée normative. L'ordre naturel des choses ne présente en lui-même ni valeur positive ni valeur négative.

⁶⁶ Nous nous inspirons ici, du moins partiellement, de l'Avis 42, 1994 du C.C.N.E. français (*Avis sur l'évolution des pratiques d'Assistance Médicale à la Procréation*), pages 1-2. “ Ces pratiques d'assistance médicale à la procréation peuvent être perçues comme préférables à l'adoption, parce qu'elles offrent au couple infécond la possibilité de procréer... ”

⁶⁷ Avis 42, 1994 du C.C.N.E., page 2.

- Les tenants de la seconde approche jugent qu'il y a longtemps que les hommes se sont éloignés de la nature. Plus exactement, toute culture suppose un tel éloignement.
- Selon la troisième optique (apparentée, à certains égards, à la seconde), le problème est mal posé. Il n'y a pas d'opposition entre la sexualité et la technicité médicale, entre la technique et la relation humaine thérapeutique du médecin avec son patient. La médecine s'insère toujours dans un contexte historique de technicité sans nécessairement perdre pour autant son âme.
- Selon l'approche suivante, nous nous trouvons face à un problème réel. Ce problème consiste dans le fait que la technique ne doit pas être employée sans réflexion. Elle doit être accompagnée d'une réflexion éthique.
- Selon la cinquième approche de même, il y a bien un problème. Ce problème concerne l'équilibre entre technicité et nature. Il ne faut pas aller trop loin dans la technisation.
- Selon la dernière approche, enfin, nous nous trouvons, encore, face à un problème bien réel. " L'intrusion d'un tiers incontournable dans l'histoire de l'enfant (né grâce aux techniques de la P.M.A.) a une répercussion sur le système symbolique de la parenté et de la filiation régissant l'identification dans toutes les sociétés connues (identité sexuée, filiation et nomination) "

Selon les *quatre premières approches*, la haute technicité de la P.M.A. - le glissement de l'ordre naturel des choses vers un ensemble d'interventions techniques - ne constitue *pas du tout* ou ne constitue *pas en principe*, un argument éthique contre la P.M.A.

Selon la *cinquième approche* un très (ou trop) haut degré de technisation constitue bien un risque. Mais l'auteur de cette prise de position juge qu'il ne faut pas être cruel à l'égard des bénéficiaires de la P.M.A., qu'il faut prendre ses décisions en fonction des contextes et de leurs conséquences.

Selon la *sixième approche*, il ne faut " pas ignorer les progrès de la science et rejeter en bloc les possibilités offertes par les nouvelles connaissances en vue de contribuer à la procréation; mais il faut être conscient de ce que, si les nouvelles techniques répondent à un besoin, ce besoin doit faire l'objet d'interrogations. Celles-ci doivent porter tant sur la demande des éventuels bénéficiaires que sur l'offre médicale." Il faut faire la part de ce qui est faisable et de ce qui est raisonnable et respecter la dignité humaine, en limitant avec discernement le champ des possibles. Il faut donc plaider pour la prudence.

3.1.1.3. Troisième problème à teneur générale. Dissociation des pôles de la sexualité. Incidence sur le système symbolique de la parenté

Alors que le problème précédant résultait d'un glissement de l'intimité naturelle du couple vers un ensemble d'interventions techniques, le problème que nous voudrions évoquer ici a trait à une dissociation des pôles de la sexualité dans le contexte de la P.M.A., à une transformation des identités sexuelles et parentales, à une modification des repères symboliques de la parentalité et aux conséquences qu'elle peut avoir. *Cette réflexion n'équivaut pas à une remise en cause des nouvelles techniques de la reproduction. Elle met, toutefois, en lumière une révolution culturelle qu'il ne faudra pas ignorer. Elle conduit à un appel à la prudence.*

3.1.1.3.1. La médicalisation de la sexualité entraîne une *dissociation des trois pôles de la sexualité* : vie affective et vie érotique d'une part et procréation d'autre part. La naissance de l'enfant ne résulte plus naturellement de la vie d'amour mais d'un acte de technique qui induit la dissociation que nous venons d'évoquer.

3.1.1.3.2. L'intrusion majeure d'un tiers incontournable (donneur ou médecin) dans la relation du couple est susceptible de *modifier les identités sexuelles et les fantasmes sous-jacents*.

3.1.1.3.3. L'intrusion de la technique et du tiers incontournable ont une influence sur les *repères symboliques* régissant l'identification des sujets dans toutes les sociétés connues (et notamment sur la filiation et la nomination).

3.1.1.3.4. *Il y a éclatement et dissociation de la maternité et de la paternité en différentes fonctions : affective, biologique, juridique et sociale*. Ces fonctions peuvent être assumées par différentes personnes, de sorte que l'enfant peut avoir plusieurs pères et plusieurs mères. La complexité relationnelle de ces nouvelles parentés entraîne une répercussion sur la représentation mentale, dans notre culture, des rôles et des fonctions sociales réelles attribuées à l'homme et à la femme par rapport à leur constitution biologique.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, ces réflexions n'ont pas pour objet de mettre en question les techniques de procréation médicalement assistée, mais, appellent à la prudence.

3.1.1.4. Quatrième problème à teneur générale. Les éventuelles conséquences psychosociales de la P.M.A. La responsabilité procréative

3.1.1.4.1. Les enfants nés dans le contexte de la P.M.A. seraient-ils plus menacés que d'autres ?

L'avenir des enfants conçus par le truchement de la technique de procréation médicalement assistée ou nés dans des cadres familiaux mosaïques (on a décrit jusqu'à 24 variantes possibles) est-il plus incertain que celui des enfants conçus par des couples en fonction de pulsions plus ou moins inconscientes?

Le recul manque pour apprécier le devenir de ces enfants. Ce n'est pas, de toute façon, la technique qui est essentielle pour la répercussion psychologique, mais l'élaboration mentale qui s'opère ou ne s'opère pas chez les différents protagonistes.

A l'heure actuelle on ne dispose pas encore, toutefois, de moyens objectifs adéquats pour évaluer l'impact exact d'une situation déterminée sur l'équilibre mental d'une personne et la trace qu'elle laisse dans le psychisme. Le quotient intellectuel peut être mesuré. Quant aux tests, ils ne montreraient pas de différence significative pour les enfants nés de façon naturelle et pour ceux nés grâce aux nouvelles techniques. Par ailleurs on ne dispose pas encore, actuellement, de méthodes objectives adéquates pour se prononcer sur la qualité d'une relation parentale.

L'enfant sans géniteur identifié ou orphelin, l'enfant à cinq parents ou à grand-mère porteuse, le cadet né avant l'aîné, les jumeaux successifs... ne sont donc pas forcément en danger.

3.1.1.4.2. La responsabilité procréative

Il est certain que tout événement exceptionnel, désirable ou traumatisant qu'un sujet doit affronter aura une répercussion psychique.

Les enfants issus de la P.M.A. sont, dans certains cas, des enfants à risque psychique. Pour ces enfants il importe, d'une part, de savoir qui ils sont et d'où ils viennent. La réponse à cette question est structurante pour l'affirmation de leur identité. Nous reviendrons à cette question à la section 3.1.2.2.3.3.1. du présent Avis. D'autre part, il faudra à ces enfants ou/et à leurs parents un travail psychique supplémentaire pour qu'ils puissent se développer heureusement.

La procréation s'exerce traditionnellement, pour l'espèce humaine, dans le cadre d'une forme supposée correspondre le mieux à cette finalité et dite " famille ". Or les techniques modernes créent de nouvelles formes de parentés. Dans le contexte du développement de l'enfant^{68/69}, toutes les transformations que pourrait connaître l'unité familiale et qui seraient susceptibles de compromettre le véritable intérêt de l'enfant et de la communauté doivent être analysées avec une prudence éclairée.

On ne succombera pas toutefois à un déterminisme simpliste: la famille n'est pas une assurance santé ou bonheur, mais être très désiré par des parents possibles, n'est pas non plus une garantie de bon développement. On sait qu'un long parcours de stérilité peut être un handicap pour l'investissement du bébé par les parents et que certains enfants non désirés peuvent être par la suite aimés autant que les autres. Dans la résolution des conflits que l'enfant et ses futurs parents doivent affronter avant, pendant et après la grossesse, la solidarité de l'environnement humain joue un rôle thérapeutique et préventif important.

De toute façon l'enfant n'appartient à personne, qu'il bénéficie ou non du lien affectif et social entre un homme et une femme, il est objet d'un désir ou d'un besoin, il doit émerger sujet autonome pour pouvoir répondre à la question, s'il a pu, lui-même, désirer naître ou s'il doit être amené à pardonner aux parents de l'avoir mis au monde.

Quels que soient les principes adoptés pour dire si une conduite est correcte, *l'idée qu'il faut procréer de façon responsable s'est affirmée dans notre société et n'est guère contestée.*

Selon Anne Fagot-Largeault⁷⁰, la *responsabilité procréative* ou parentale est le prototype de toute responsabilité.

Elle met en évidence le caractère relationnel et contractuel de la responsabilité dans le projet parental d'enfant. Dans le cas particulier de la procréation médicalisée sont impliqués:

- Le sujet qui exerce la responsabilité: le parent - en collégialité avec l'équipe médicale.

⁶⁸ L'auteur de ce texte - faisant partie de la minorité de membres de la C.N.E qui jugent que les techniques de la P.M.A. ne devraient pas être accessibles à un couple d'homosexuelles ou à une femme isolée ajoute ce qui suit : " Pour atteindre ce but il a besoin de la confrontation avec un modèle masculin et féminin et un couple formé par les deux " .

⁶⁹ Selon la majorité des psychologues le développement mental, affectif et social de l'enfant consiste essentiellement en une marche graduelle vers un équilibre.

⁷⁰ Voir Anne Fagot-Largeault : " Procréation responsable ", *Médecine de l'homme* No 227 Janvier 1997

- L'objet dont il est responsable: l'enfant. " On est responsable de ce que l'on engendre " (Y. Grenier). Il importe de respecter le droit de l'enfant à être conçu pour lui-même, à connaître ses origines et à pouvoir grandir au sein d'une communauté qui puisse l'accueillir et l'élever.
- Ce devant quoi le sujet (le parent et dans la P.M.A. le tiers incontournable) est responsable: devant le tribunal, - la conscience, - les tiers: la communauté familiale , le tissu social, la génération suivante, l'Histoire...

L'attitude procréative responsable implique l'aversion du risque, mais, elle ne doit pas être une éthique de la peur. La procréation " techniquement assistée " est une entreprise à risque pour les bénéficiaires et pour les techniciens. On ne peut contrôler toutes les éventualités. Tous les possibles ne se valent pas. Etre responsable signifie qu'on puisse rendre compte de ses choix, mais tout en sachant bien que l'on ne peut répondre de ce que l'on ne contrôle pas.

3.1.1.5 Cinquième problème à teneur générale. Les finalités de la P.M.A. et la délimitation de ses bénéficiaires

3.1.1.5.1. Pratique de simple convenance personnelle, indication thérapeutique limitée aux couples stables ou satisfaction du désir d'enfant ? L'introduction de dispositions légales limitant l'accès à la P.M.A. est-elle désirable ?

3.1.1.5.1.1. Pratique de simple convenance personnelle ?

La notion de convenance personnelle mérite réflexion. Doit être considéré comme étant de convenance personnelle ce qui convient, revient ou plaît à une ou plusieurs personnes⁷¹, sans répondre toutefois à une motivation profonde ou à un puissant besoin susceptible d'être considéré comme étant légitime. Est de convenance personnelle ce dont la demande ne correspond pas, notamment, à un manque douloureux ou à une situation de détresse.

La question qui se pose dans le contexte de la P.M.A. est de savoir si, *en dehors* des indications proprement thérapeutiques ou thérapeutiques au sens étroit de ce terme, toute demande d'aide à la procréation doit être considérée comme étant de convenance personnelle ou si, plutôt, certaines d'entre elles devraient être abordées avec sérieux et respect, quitte à être écartées par la suite, dans la mesure où elles entrent en conflit avec d'autres intérêts et exigences, *notamment* les intérêts de l'enfant. *La question se pose de savoir, par ailleurs, si la sélection des*

⁷¹ Voir par exemple Paul Robert, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Sens 2 de convenance : " commodité, goût, utilité " " Etre à la convenance de quelqu'un: lui plaire, lui convenir ".

demandes recevables doit être fixée à l'avance dans des textes réglementaires ou si, plutôt, la sélection doit être faite, par l'équipe médicale et les patients, dans le contexte de la situation concrète.

3.1.1.5.1.2. Limitation aux indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme et aux couples stables hétérosexuels, mariés ou non ? (“ Double limitation ”)

3.1.1.5.1.2.1. Une position communément adoptée

La limitation des techniques de procréation médicalement assistée à un ensemble d'indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme d'une part et, d'autre part, aux couples hétérosexuels stables, mariés ou non, est recommandée par un nombre important d'organismes consultatifs européens. Elle est entrée dans la législation d'un certain nombre de pays.

Cette double limitation s'exprime de manière paradigmatique dans la législation française actuelle⁷².

Le texte le plus significatif est constitué par *l'article 152-2 du code de la santé publique (français)*, figurant dans la loi 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

“ L'assistance médicale à la procréation... a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. Elle peut aussi avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité ”.

“ L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple... ”

“ L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement au transfert des embryons ou de l'insémination ”.

⁷² Art. L. 152-276 “ L'homme et la femme - formant le couple- doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ”.

Le “ Embryonenschutzgesetz ” allemand du 1.1.91 ne fait aucune référence à l'application de la P.M.A. chez les couples non mariés et les femmes célibataires isolées. Voir “ Weibliche Sterilität ” dans K.Diederich, Gesetzgebung in der BRD, p.728

Dans son *Avis 60* du 25 juin 1998, consacré au réexamen des lois de bioéthique de 1994, le C.C.N.E. recommande de ne pas toucher à ce texte. Le comité d'éthique français argumente ainsi :

“ Les conditions de l'accès à l'assistance médicale à la procréation sont fondées sur un choix de société, à savoir l'intérêt de l'enfant à naître et à se développer dans une famille constituée d'un couple hétérosexuel. L'évolution des mœurs en cinq ans ne justifie sans doute pas une modification de ces modalités. Le C.C.N.E. ne propose donc pas de modification en l'état ”⁷³.

3.1.1.5.1.2.2. Discussion de cette position (position de la “ double limitation ”)

3.1.1.5.1.2.2.1. Premier volet. Limitation à des indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme ?

Les membres de la C.N.E. s'accordent sur ce qui suit.

- Il ne serait pas indiqué de donner suite à une demande de procréation médicalement assistée motivée - au sens défini plus haut - par des raisons de convenance personnelle⁷⁴, c'est à dire par des raisons ne correspondant pas à un manque douloureux ou à une situation de détresse.
- Il ne serait pas indiqué non plus toutefois que, par une réglementation très stricte, les médecins soient limités à des indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme. Les médecins ne doivent pas se voir obligés à ne prendre en considération qu'une stérilité organique médicalement diagnostiquée ou le risque de transmettre à l'enfant une maladie d'une particulière gravité. Toute stérilité douloureuse pour le patient, quelle qu'en soit l'arrière-fond, organique, psychologique ou social doit pouvoir être prise en considération. Bref, la marge d'appréciation du médecin ne doit pas être limitée par une réglementation trop contraignante.

⁷³ C.C.N.E., Avis 60 du 25 juin 1998, *Réexamen des lois de bioéthique*, page 5

⁷⁴ Voir section. 3.1.1.5.1.1. du présent Avis.

3.1.1.5.1.2.2.2. Deuxième volet du problème. Limitation aux couples hétérosexuels stables, mariés ou non ?

3.1.1.5.1.2.2.2.1. La question qu'il s'agit de résoudre

La question qui se pose à la C.N.E. est, pour l'essentiel, celle de savoir :

- s'il y a de puissants arguments éthiques - et, par ailleurs, pragmatiques - qui parlent en faveur ou en défaveur d'une limitation, aux couples hétérosexuels stables (mariés ou non), de l'accès à la P.M.A, c'est à dire en faveur ou en défaveur de l'option pour une législation restrictive semblable à celle qui est actuellement en vigueur en France (option 1),
- si, au cas où l'option pour une législation comparable à la législation française ne serait pas indiquée, il serait préférable
 - ◆ de se prononcer pour *une législation très large donnant accès* à la P.M.A. - à certaines conditions éventuellement - aux couples d'homosexuelles et aux femmes célibataires (option 2),
 - ◆ ou de ne pas légiférer (option 3) .

3.1.1.5.1.2.2.2.2. Consensus et dissension

Quitte à nous répéter, rappelons ce qui suit. Les membres de la C.N.E. partent, à l'égard de la nature de leur débat, des prémisses suivantes :

- *Dans une société pluriculturelle, les membres d'un comité d'éthique ne peuvent aboutir à des conclusions normatives susceptibles d'être portées par tous ou par une large majorité que s'ils sont disposés à explorer l'horizon normatif de leurs partenaires de discussion et à construire, dans un dialogue ouvert, patient et tenace, à l'égard de chaque problème concret, des solutions qui, dans une optique normative, soient acceptables pour tous.*
- *Ce débat peut, bien entendu, aboutir à un échec au moins partiel. Dans cette hypothèse, un constat des divergences irréductibles s'impose.*
- *Si tant est que des solutions consensuelles puissent être trouvées, elles sont rarement générales et indifférentes à l'égard des contextes. Elles se nuancent et se diversifient bien plutôt en fonction des cas de figure, des contextes et des situations. Elles tiennent compte des conséquences de l'ensemble des solutions retenues pour chacune des personnes concernées.*

Dans le contexte du présent débat, tout en partant de points de vue divergents, une majorité des membres de la C.N.E. (9 sur 15, une abstention) parvient à un consensus. Cinq membres ne peuvent pas porter ce dernier dans la mesure où, d'une part, ils jugent qu'il ne tient pas suffisamment compte de certaines exigences normatives qui, à leur avis, ne sont pas négociables et que, d'autre part, ils sont inquiets à l'égard des incidences sociétales qu'il pourrait avoir à leur avis.

3.1.1.5.1.2.2.3. Le débat de la C.N.E. Premier volet du débat concernant la limitation du bénéfice de la P.M.A. à des couples stables hétérosexuels, mariés ou non

3.1.1.5.1.2.2.3.1. Option 1. Faut-il se prononcer en faveur d'une législation comparable à la législation française actuelle ?

3.1.1.5.1.2.2.3.2. L'accord auquel parvient une majorité des membres

Une majorité des membres de la C.N.E. (9 sur 15) se prononcent contre l'adoption d'une législation restrictive, inspirée de la législation française actuelle.

La plus grande partie de ces membres sont, d'un côté, d'avis que *si* un enfant a un père et une mère et *si* ces derniers peuvent lui garantir leur affection et leur protection pendant son enfance, il a, sans doute, les meilleures chances d'un développement harmonieux. Ils n'en jugent pas moins qu'il n'est pas indiqué, *pour cette raison*, d'introduire une législation restrictive. Leur attitude repose surtout, d'une part, sur *le fait que nous ne savons pas* comment tel couple, hétéro- ou homosexuel se comportera à l'égard de ses enfants. Elle est motivée, d'autre part, par *le devoir de tolérance* que nous avons à l'égard de personnes qui ont d'autres convictions que nous.

Au cours du débat aboutissant à cette prise de position majoritaire, les arguments suivants sont développés par les adversaires d'une législation restrictive inspirée de la législation française actuelle⁷⁵.

- *Les arguments* avancés en faveur d'une limitation, aux couples hétérosexuels stables, de l'accès à la P.M.A. *reposent sur des énoncés difficiles à vérifier. Par suite, ils ne sont pas concluants.*

⁷⁵ Est-il nécessaire de souligner que les formulations qui suivent correspondent à des arguments formulés par les défenseurs de la position majoritaire ? Ils n'expriment pas l'opinion de l'ensemble des membres de la Commission.

- ◆ *D'une part, il est difficile de déterminer quel couple, se présentant devant une équipe de médecins, est stable.*
- ◆ *Il est plus difficile encore de savoir quel couple sera ou restera stable à l'avenir. Par ailleurs, certains couples stables pourront négliger ou maltraiter leurs enfants.*
- ◆ *Un membre constate : “ Vu les problèmes que nous rencontrons malheureusement tous les jours avec des enfants nés d'un couple hétérosexuel (éthylisme, toxicomanie, criminalité...), je ne peux pas m'imaginer qu'un couple homosexuel qui désire un enfant et qui a fait des démarches extraordinaires pour en avoir un, puisse vraiment faire beaucoup plus mal. Les homosexuels ne peuvent pas avoir des enfants par erreur ou sans les avoir voulus. S'ils ont des enfants, c'est parce qu'ils les ont voulus ”⁷⁶.*
- *La limitation - à des couples hétérosexuels stables (mariés ou non) - de l'accès aux techniques de la P.M.A. ne tient pas suffisamment compte des réalités sociales contemporaines.*
 - ◆ *Un membre remarque : “ La notion de couple stable est plutôt de l'ordre de la nostalgie que de celui de la réalité - à déplorer ou non ”.*
 - ◆ *La société actuelle est en pleine transformation. A l'égard de modes de parenté, il n'y plus de modèle unique. Il faut tenir compte de cette réalité.*
- *La limitation, à certains groupes de personnes, de l'accès aux bénéficiaires de la P.M.A. est discriminatoire et exprime un respect insuffisant pour d'autres formes de vie.*
 - ◆ *Il paraît discriminatoire de soumettre les bénéficiaires de la P.M.A. à des restrictions qui, imposées aux procréateurs naturels, feraient crier à la violation des droits de l'homme.*
 - ◆ *La limitation fait preuve d'intolérance à l'égard de formes de vie différentes de la nôtre, revendiquées par de secteurs importants de la société contemporaine. Nous ne pouvons pas refuser notre respect à des personnes dont nous ne partageons pas les convictions si nous constatons qu'elles recherchent honnêtement le bien de l'enfant.*

⁷⁶ *The Austin Chronicle politics : The new nuclear family, August 25, 2000.*

- Une loi très restrictive ne serait pas applicable.
- En raison de son caractère très général et de l’hiatus qui existe entre elle et la complexité des contextes concrets, la loi française s’est révélée insatisfaisante^{77/78}.
- Par ailleurs, contrairement aux stipulations de la loi française, une méthode ne porte pas inscrite en elle-même sa propre finalité.

3.1.1.5.1.2.2.3.3. Une minorité de membres (5 sur 15, une abstention) ne pouvant pas accepter les arguments avancés par la majorité se prononce en faveur d’une limitation de l’accès à la P.M.A. aux couples hétérosexuels stables, mariés ou non.

Les membres appartenant à cette minorité développent les arguments suivants :

- *L’hétérosexualité est un élément fondamental de la famille. Elle aide l’enfant à se structurer, à devenir adulte. Toute mise en question de la complémentarité des sexes dans la cellule familiale est néfaste au développement naturel de l’enfant. Dans cette optique, “ la parentalité homosexuelle est ... dangereuse. Elle empêche chez l’enfant la construction de son identité ; il est nécessaire, en effet, que le garçon puisse s’identifier à l’homme et la fille à une femme. Or ce n’est possible que si l’image du corps des parents et les traits symboliques de cette image sont différenciés en masculin ou en féminin, clairement et nettement ”*⁷⁹.
- Dans le même ordre d’idées : Le développement mental, affectif et social de l’enfant nécessite le cadre supposé correspondre le mieux à cette finalité dans

⁷⁷ Un expert développe la réflexion que voici. De nombreux exemples - en voici quelques-uns- font voir que, d’une part, il n’est pas toujours évident de prendre une décision à l’égard d’un couple soi- disant stable et que, d’autre part, les problèmes concernant des lesbiennes peuvent, dans bien des cas, paraître assez simples à résoudre.

⁷⁸ Dans le contexte de ce débat, par ailleurs, les arguments suivants sont invoqués :

- Il ne faudra pas imposer aux autres ses convictions à moins qu’on ne veuille s’orienter vers une société autoritaire. Luc Ferry exprimait une position semblable, en 1994, lors du vote des lois de bioéthique françaises : “ Je puis bien, en fonction de mes choix privés réprouver telle ou telle action, mais de là à l’interdire aussi aux autres.... ”.
- Il sera utile d’établir un parallèle entre les dispositions gouvernant la P.M.A. et l’adoption. En 1950 la législation sur l’adoption prescrivait l’âge des membres du couple d’accueil. Ces dispositions ont disparu. Les dispositions actuelles sont de plus en plus libérales. Dans plusieurs pays, par ailleurs, une femme seule peut adopter un enfant et, semblablement un couple homosexuel. Or il ne faudrait pas que les dispositions concernant la P.M.A. aillent nettement à l’encontre des dispositions gouvernant l’adoption.
- Toute limitation de l’autonomie du médecin et tout contrôle du médecin dans le cadre de son activité thérapeutique soulèvent des problèmes délicats. L’un des experts consultés par la Commission juge, semblablement, que “la loi ne devrait pas trop limiter le médecin dans ses possibilités. Une femme seule devrait avoir sa chance.

⁷⁹ Voir Julien Philippe, *Tu quitteras ton père et ta mère*, Paris: Aubier, 2000, page 122

notre culture : la solidarité et l'environnement humain fournis par l'unité familiale. L'enfant a besoin de la confrontation avec un modèle féminin et masculin, avec un couple formé par un homme et une femme.

- Dans la P.M.A., la vie d'un tiers (l'enfant à naître) est en jeu. L'enfant est l'élément faible qu'il faut protéger. Il faut tenir compte des conséquences pour chacune des personnes concernées. C'est en raison *du principe de prudence* qu'il faut limiter l'accès à la P.M.A. aux couples hétérosexuels stables.
- Si *une personne seule* désire un enfant, elle risque de réduire ce dernier à un moyen, en vue de son propre épanouissement et en vue de trouver la complémentarité qui lui fait défaut. Par ailleurs, si de nos jours on accorde aux enfants un droit à la famille ou aux parents, on veut mettre en évidence l'importance d'un milieu éducatif, et non seulement celle d'une personne de référence pour un enfant à éduquer.
- Les techniques modernes offrent, à des femmes homosexuelles, la possibilité de revendiquer, au nom de leur autonomie, les moyens d'intervenir sur leur fécondité et de réaliser un projet parental. Si la vie reproductive ainsi affranchie des contraintes " naturelles " de la vie sexuelle risque de soulager la détresse de l'exclusion sociale et familiale chez des adultes, ce sera au détriment du véritable intérêt de l'enfant. Celui-ci sera un enfant à risque psychique. Notre relation à la nature justifie le contrôle et la limitation de telles actions.
- Les enfants de couples homosexuelles souffriront de la discrimination dont, dans notre société, les homosexuels sont toujours victimes. Les enfants seront pris entre la loyauté vis-à-vis de leurs parents et le souci d'être des enfants comme les autres. Les couples d'homosexuelles souffrent sans doute de ne pas être parents. Mais, de l'autre côté, il y aura la souffrance de l'enfant. Quelle souffrance veut-on éviter ? Laquelle est la plus grande ?
- Si des personnes isolées ont accès aux méthodes de la P.M.A., la société *crée* des situations de détresse. (en allemand on dirait des " Notlagen "). En fait, il ne faudrait pas inutilement augmenter le nombre des assistés.
- Par ailleurs, la comparaison que certains ont établie entre adoption et P.M.A. ne tient pas. Dans le cas de l'adoption, l'enfant est déjà né et il faut lui trouver un milieu d'accueil. Dans le cas de la P.M.A. on crée de toutes pièces un être humain.

- Le médecin ne veut pas être juge, ni officier d'état civil. Il veut respecter la loi et faire son métier. Il faut qu'il y ait une loi qui donne des directives nettes et précises.

La minorité de membres qui formule ou accepte ces arguments (5 sur 15) se prononce en faveur d'une législation inspirée des dispositions légales qui sont actuellement en vigueur en France.

3.1.1.5.1.2.2.4. Le débat de la C.N.E. Deuxième volet du débat concernant la limitation du bénéfice de la P.M.A. à des couples stables hétérosexuels, mariés ou non

Dans l'optique de la majorité des membres (9 sur 15), l'option pour une législation comparable à la législation française n'étant pas désirable, il faudra ou bien se prononcer en faveur d'une législation très large donnant accès à la P.M.A., en principe, aux couples d'homosexuelles et aux femmes célibataires (option 2) ou ne pas légiférer (option 3)⁸⁰.

Option 2. Une législation très large donnant accès, en principe, à la P.M.A., aux couples d'homosexuelles et aux femmes isolées

- **Arguments avancés en faveur de cette option. Précisions à l'égard de la nature de l'option**
 - ◆ *Dans un domaine aussi important que la procréation, il est indiqué de fixer un cadre légal, précisant ce que notre société peut ou ne peut pas accepter.*
 - ◆ *En l'absence de législation, tant l'équipe médicale que le comité d'éthique peuvent imposer des solutions qui ne sont pas acceptables par la société, des solutions discriminatoires par exemple.*
 - ◆ *En l'absence des dispositions cadrant leur activité, l'équipe médicale doit assumer de lourdes responsabilités - à l'égard du sort futur des enfants - qu'il lui sera difficile de porter.*

⁸⁰ Entendez: il ne faut pas légiférer sur ce point. Cette conclusion n'exclut *nullement* qu'il ne faille légiférer à d'autres égards : conditions auxquelles doivent obéir les institutions pratiquant la P.M.A. ainsi les banques de gamètes et d'embryons, les conditions que doivent satisfaire les donneurs, l'anonymat du don et ses limitations, les modalités de conservation des données saisies lors du don...

Option 3. Ne pas légiférer dans le domaine en question

Argumentaire

Arguments invoqués en faveur de cette option

- On est en présence de problèmes et de situations humainement et éthiquement très complexes. Aucune législation ne pourra tenir compte de leur complexité d'une manière satisfaisante. La décision concernant l'accès à la P.M.A. doit être prise de cas en cas. En raison de la complexité des situations concrètes, la solution ne consistera pas à accorder ou à refuser, purement et simplement, à tel ou tel groupe de personnes, l'accès à la P.M.A. Elle consistera bien plutôt dans un examen approfondi, autant physique que psychique/ psychologique, des patients et dans l'évaluation, au cas par cas, de chaque élément du problème posé.
- Un texte juridique prévoyant toutes les situations et définissant toutes les conditions qui devraient être remplies par un couple ou une femme désireuse de profiter des techniques de la P.M.A. serait pratiquement impossible à rédiger. Nécessairement, il serait soit incomplet, soit trop rigide, soit encore discriminatoire.
- Les conditions qu'il faudrait insérer dans un texte de loi appartiendraient nécessairement au domaine éthique et humain plutôt qu'au domaine objectif et juridique.
- Comme certains avis de la CNE l'ont souligné par le passé (notamment dans le contexte des problèmes de fin de vie), le médecin traitant entretient un rapport de confiance privilégié avec le patient. Il est dès lors le mieux placé pour déterminer, de cas en cas, en relation avec ses patients, si le recours aux méthodes de la P.M.A. est dans l'intérêt tant du couple (ou éventuellement d'une femme célibataire) que de l'enfant.
- Comme il faut éviter d'encourager le tourisme médical, autant vers l'étranger que vers nous, chaque centre de P.M.A. devrait disposer d'un comité d'éthique local, habilité à évaluer et à juger les cas soumis par les médecins.

A la suite de ce débat, la majorité des membres de la C.N.E. (9 sur quinze) - c'est-à-dire la totalité de ceux qui s'opposent à l'adoption d'une législation inspirée de la législation française - propose (pour des raisons d'ordre éthique) de ne pas légiférer ou d'émettre de réglementation à l'égard de l'accès de couples d'homosexuelles ou de femmes célibataires au bénéfice des méthodes de procréation médicalement assistée.

Le groupe minoritaire de membres, rappelons-le, recommande d'adopter une législation restrictive inspirée de la législation française.

Remarque complémentaire

Il est utile, sans doute, d'écartier un malentendu qui pourrait se présenter dans l'esprit du lecteur. *Une majorité de membres de la C.N.E. juge qu'il n'est pas indiqué de légiférer à l'égard de l'accès, à la P.M.A., de certains groupes de personnes. Il n'en suit nullement qu'il ne faille pas du tout légiférer et que nous n'ayons pas besoin d'une loi cadrant la procréation médicalement assistée.* Les membres de la C.N.E. sont d'avis qu'une réglementation s'impose dans certains domaines, tels que notamment l'agrément des institutions autorisées à pratiquer la P.M.A.

3.1.1.6. Sixième problème à teneur générale. Le respect de l'intégrité morale et physique des personnes

Nous sommes confrontés ici à des problèmes que, sous une forme plus générale, nous avons discutés en commentant la *Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*⁸¹. Comme toute intervention - surtout comme toute intervention parfois complexe et délicate - sur le corps de l'homme qui peut avoir des retentissements physiques et psychiques importants, la pratique de la P.M.A. suppose d'une part une information adéquate des patients, elle suppose des entretiens avec l'équipe soignante, des procédures bien définies auxquelles doit obéir le consentement libre et éclairé (section 3.1.1.6.1.2.).

Elle suppose, d'autre part, que l'intégrité physique et morale des personnes soit préservée et, notamment, que la non-disponibilité⁸² du corps humain soit garantie ; elle suppose, par ailleurs, toujours dans le contexte de la préservation de l'intégrité physique et morale des personnes qu'un ensemble de mesures de précaution sanitaires et de mesures concernant la conservation et la confidentialité des données soient prises. Elle suppose enfin une évaluation des risques que l'âge des bénéficiaires de la P.M.A. peut comporter (section 3.1.1.6.2.5.).

⁸¹ Avis 1/1999 de la C.N.E. *Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*, Luxembourg : Publications du Centre Universitaire de Luxembourg, 1999. Voir notamment le chapitre 6.2.1., pages 15-23

⁸² Pour cette notion voir section 2.1.2.2.1. Nous utilisons le terme " non- disponibilité " du corps humain au sens qui lui est attribuée dans la *Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*.

Les mesures à prendre sont, d'un côté de nature déontologique. Pour autant qu'elles concernent le bien être des personnes, le respect de leur autonomie et de leur intégrité physique ont aussi, directement, une portée éthique.

3.1.1.6.1. Information, consentement, assistance psychologique

3.1.1.6.1.1. L'information⁸³

Dans son *Avis 1/99 concernant la Convention de biomédecine*, la C.N.E. écrivait : “ L’information du patient... *est adéquate* si elle est *parfaitement adaptée* - en allemand on dirait “*angemessen* ” - à l’ensemble des circonstances, c’est à dire *notamment* à l’état psychologique de la personne concernée, à sa capacité de compréhension, à la gravité du cas... , aux conséquences possibles de l’intervention ... Il va de soi qu’il est impossible de déterminer dans une formule générale ce qui est ou n’est pas adapté ou indiqué dans des cas, qui, par la nature des choses, sont très différents ”⁸⁴.

Mutatis mutandis, cette formulation s’applique à la P.M.A.

D’une part, toutefois, le cercle des personnes ayant droit à une information circonstanciée s’élargit en fonction des différents cas de figure de la procréation médicalement assistée. D’autre part, la complexité des informations requises, les efforts exigés en vue d’adapter ces dernières à la situation et aux personnes concernées varient de toute évidence en fonction, à la fois, de ces cas de figure et des contextes. Le médecin ou l’équipe de médecins appréciera la situation.

La C.N.E. n’en juge pas moins que les conditions suivantes doivent être satisfaites en toutes circonstances :

- Un certain nombre d’informations de base⁸⁵ des techniques de procréation médicalement assistée (que nous énumérerons plus loin⁸⁶) doivent être fournies à *tout bénéficiaire; chaque donneur* a droit, semblablement, à certaines informations de base.
- L’information doit être orale et écrite. Les fiches d’information doivent être commentées et adaptées, au cours d’un entretien, à la situation du patient.

⁸³ A l’égard de cette section, voir Avis 1/99 de la C.N.E., chapitre 6.2.1.3.1.

⁸⁴ page 17

⁸⁵ à côté, bien entendu, d’informations plus spécifiques répondant aux différents cas de figure

⁸⁶ Voir sections 3.1.1.6.1.1.1. et 3.1.1.6.1.1.2.

La C.N.E. juge par ailleurs que, s'ils le désirent, les bénéficiaires de la P.M.A. doivent pouvoir bénéficier d'une assistance psychologique.

En cas de doute sur l'équilibre psychologique du couple (motivation, comportement, problèmes sexuels), l'équipe médicale doit être en mesure de proposer une consultation en psychiatrie / pédopsychiatrie.

3.1.1.6.1.1.1. L'information du couple, le délai de réflexion

3.1.1.6.1.1.1.1. Afin de les mettre à même de donner un consentement pleinement éclairé, le médecin informera ses patients

- des causes de la stérilité (pour autant qu'elles soient connues),
- des alternatives envisageables en vue de réaliser le désir d'enfant,
- des techniques médicales employées, de leurs chances de réussite et de leurs risques,
- en cas de fécondation in vitro, du nombre d'embryons à transférer et du nombre d'embryons congelés ainsi que de leur avenir,
- de l'éventualité d'une grossesse multiple,
- des implications psychiques et physiques possibles de l'intervention et d'un échec possible,
- des aspects juridiques et financiers de l'intervention⁸⁷.

3.1.1.6.1.1.1.2. Un délai de réflexion de l'ordre d'un mois devrait être prévu entre l'entretien du (ou des) médecin(s) avec les patients d'une part et le traitement d'autre part.

3.1.1.6.1.1.2. L'information du ou des donneurs

3.1.1.6.1.1.2.1. Le donneur sera notamment informé

- sur la gratuité du don,
- sur le fait qu'il ne peut donner (son sperme) qu'à un seul centre,

⁸⁷ La C.N.E. s'inspire ici, du moins partiellement, de la loi fédérale suisse (du 18 décembre 1998) sur la procréation médicalement assistée, article 6.

- sur les conditions auxquelles il doit satisfaire en tant que donneur⁸⁸,
- sur la nature des informations qu’il devra fournir quant à son état de santé et quant à d’éventuels antécédents pathologiques des membres de sa famille,
- sur les examens cliniques auxquels il doit se soumettre,
- sur d’éventuels inconvénients d’ordre psychologique,
- sur la conservation et l’utilisation des données enregistrées,
- sur son propre statut légal à l’égard de l’enfant,
- sur les conditions auxquelles l’enfant pourra ou ne pourra pas prendre connaissance de données le concernant⁸⁹.

3.1.1.6.1.1.2.2. Au cas où - comme la C.N.E. le recommanda dans son *Avis 1/2000 concernant le droit de l’enfant à connaître ses parents biologiques* - le donneur peut consentir, dès son don, à lever, à certaines conditions, son anonymat à l’égard de l’enfant, il doit disposer d’un délai de réflexion de l’ordre de plusieurs semaines avant de donner ce consentement.

3.1.1.6.1.2. Le consentement éclairé

3.1.1.6.1.2.1. Dans notre *Avis 1/1999 concernant la Convention sur les droits de l’homme et la biomédecine*, nous distinguons, avec Marie-Hélène Parizeau, le consentement en tant qu’acte autonome d’un patient et le consentement en tant qu’autorisation d’ordre légal. Le consentement au premier sens suppose que le patient dispose d’une compréhension substantielle de l’information, qu’il ne soit soumis à aucun contrôle extérieur et qu’il autorise le professionnel d’une manière intentionnelle. Le consentement au second sens renvoie “ non à l’autorisation autonome, mais à une autorisation effective d’ordre légal ou institutionnel ”⁹⁰.

Dans le contexte de la procréation médicalement assistée - en raison, d’un côté, des tensions psychologiques auxquelles elle peut donner lieu et en raison, d’un autre côté, des incidences qu’elle peut avoir sur le statut légal des personnes concernées - il importe (pour des raisons éthiques) que le consentement autonome et légal, tant des bénéficiaires de la P.M.A. que du ou des donneurs, soit clairement acquis et nettement documenté.

⁸⁸ Ces conditions sont énumérées dans la section 3.1.1.6.2.3.

⁸⁹ Voir section 3.1.2.2.3.3.1.2.

⁹⁰ Voir *Avis 1/1999*, pages 20-21.

3.1.1.6.1.2.2. Le consentement des bénéficiaires de la P.M.A.⁹¹

En plus du fait que “ l’application d’une méthode de procréation médicalement assistée ” doit être “ subordonnée au consentement ” des personnes concernées⁹², la C.N.E. juge qu’en vue de garantir notamment une décision autonome du couple et une prise de conscience très nette de la portée et des conséquences du choix⁹³, le consentement devrait être explicitement demandé dans les cas suivants :

- Avant de commencer le ou les cycles de la F.I.V.,
- Après chaque tentative sans résultat, les concernés doivent renouveler leur consentement et observer un nouveau temps de réflexion.
- Toute décision d’un couple portant sur “ la fécondation d’un certain nombre d’ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d’embryons, dans l’intention de réaliser (une) demande parentale ” - et cela dans un délai qu’il sera raisonnable de fixer à cinq ans - supposera un consentement explicite, documenté par écrit⁹⁴.
- Un consentement écrit devrait être exigé de la part du couple “ chaque année pendant (les) cinq ans ” correspondant au délai mentionné “ sur le point de savoir s’ils maintiennent leur demande parentale ”⁹⁵.
- La décision éventuelle en vertu de laquelle “ les embryons conservés ”⁹⁶ peuvent être “ accueillis par un autre couple ” suppose un consentement documenté par écrit⁹⁷.

⁹¹ Ce chapitre suppose certaines réflexions faites à la section 3.1.2 .En vue de ne pas altérer la lisibilité du temps nous ne les insérons pas moins ici.

⁹² Nous adoptons ici la formulation de la loi fédérale suisse, article 71.

⁹³ Faut-il souligner que ces réflexions sont de nature éthique, non légale, mais ont, ou peuvent avoir, une incidence directe sur le discours juridique?

⁹⁴ Nous adoptons partiellement le texte de la loi française de 1994, article L 152-3.

⁹⁵ Inspiré du même texte français.

⁹⁶ dans le contexte d’une fécondation in vitro en vue de cycles de traitement ultérieurs

⁹⁷ Inspiré de l’article L 154-4 de la même loi.

3.1.1.6.1.2.3. Le consentement des donneurs

En plus du fait que tout don de gamètes devra être documenté par un consentement explicite, écrit, du donneur⁹⁸ (et de sa conjointe) ou de la donneuse et de son conjoint, le donneur devra notifier par écrit s'il est disposé à lever l'anonymat du don dans les circonstances que la C.N.E. a définies dans son Avis 1 /2000 et reprises dans cet Avis (à la section 3.1.2.2.3.3.1.1. et 3.1.2.2.3.3.1.2.).

3.1.1.6.2. Préservation de l'intégrité physique des personnes (non-commercialisation du corps humain ou de parties du corps humain, institutions agréées, sélection des donneurs, protection des receveurs et des enfants, conservation des données, sécurité des banques de conservation...)

3.1.1.6.2.1. Non-commercialisation du corps humain et des parties du corps humain

L'intégrité du corps humain ne peut être préservée que si celui-ci n'est pas disponible comme peut l'être un objet. Il en suit que tant le corps humain que ses parties ne peuvent pas être l'objet de conventions et ne doivent pas être source de profit⁹⁹. Dans cette optique le don de gamètes ou d'embryons sera gratuit¹⁰⁰. La gratuité du don n'exclut toutefois pas que le donneur ne puisse recevoir "une compensation qui ne constitue pas une rétribution"¹⁰¹, c'est à dire qu'il soit dédommagé de ses frais ou de certaines pertes de revenus.

Le principe de non-rémunération ne doit pas s'appliquer aux seuls donneurs. D'une manière générale les gamètes et les embryons humains ne doivent pas faire l'objet de commerce¹⁰².

⁹⁸ La technique de cryopréservation des ovocytes n'étant pas encore au point, le don d'ovocytes soulève des problèmes importants.

⁹⁹ Voir Avis 1/1999 de la C.N.E. concernant les droits de l'homme et la biomédecine, pages 69 ss

¹⁰⁰ Par ailleurs l'attrait d'une rétribution peut conduire le donneur à dissimuler ou à minimiser un facteur d'exclusion.

¹⁰¹ *Rapport explicatif* de la Convention de biomédecine, paragraphe 132, page 28

¹⁰² Comme nous l'indiquons sub 3.1.1.6.2.2.2. le recueil, le traitement, la conservation et la cession des gamètes doivent être pratiqués par des organismes à but non lucratif.

3.1.1.6.2.2. Les conditions auxquelles devra obéir l'organisation d'un centre de médecine de reproduction^{103/104}.

Dans ce qui suit, nous nous inspirons à la fois de la loi de bioéthique française du 29.7.94 et d'un arrêté royal belge, daté du 15 février 1999, dont les exigences se rejoignent.

3.1.1.6.2.2.1. Missions d'un service de médecine de reproduction

La C.N.E. juge que le Luxembourg devrait s'inspirer des articles L.181-1, L 1184-1 et L. 673-5 de la loi française en vigueur.

Les activités cliniques d'assistance à la procréation, à l'exception de l'insémination, ne pourront être pratiquées que dans des établissements hospitaliers spécialisés. *Les activités biologiques* de P.M.A. seront réservées aux services hospitaliers ainsi qu'aux laboratoires d'analyse médicale spécialisés. *Les activités de recueil*, de traitement et de conservation des gamètes seront uniquement pratiquées par des établissements hospitaliers équipés à cet effet.

Des conditions de formation, des conditions de pluridisciplinarité ainsi que des conditions techniques sont requises en vue du fonctionnement d'un tel service.

Activités d'un service de F.I.V. :

- recueil par ponction d'ovocytes,
- recueil par ponction de spermatozoïdes,
- transfert des embryons en vue de leur implantation.

Activités biologiques :

- recueil et traitement du sperme en vue d'une assistance médicale à la procréation,
- traitement des ovocytes,
- fécondation in vitro sans micro-manipulation,

¹⁰³

Loi française n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.

Arrêté royal du 15 février 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins " médecine de la reproduction " doivent répondre afin être agréées. Publié dans le Moniteur belge le 25.3.1999.

¹⁰⁴

Dans l'optique adoptée par la C.N.E. les conditions énumérées dans ce chapitre doivent garantir l'intégrité physique des personnes. Dans ce sens, elles ont une portée déontologique et éthique.

- fécondation in vitro avec micro-manipulation,
- conservation des gamètes,
- conservation des embryons en vue de transfert.

3.1.1.6.2.2.2. Le personnel et ses activités : conditions de formation et de pluridisciplinarité

Tout organisme ou établissement autorisé “ est tenu de présenter au Ministre de la Santé un rapport annuel d’activité ” (inspiré de l’article L. 673-5 de la loi française). Selon la législation française, par ailleurs, que nous recommandons de suivre à cet égard, les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes ne peuvent être pratiquées que par les organismes publics et privés à but non lucratif¹⁰⁵ autorisés à cet effet. (Art. L.184-1 et art. L. 673-5).

La loi française (art. L.152-10) exige, enfin, une équipe pluridisciplinaire.

Les membres de la C.N.E. jugent que les conditions suivantes de formation et de pluridisciplinarité doivent être satisfaites.

- Pour le recueil d’ovocytes par ponction et le transfert des embryons en vue de leur implantation, le médecin sera qualifié en gynécologie-obstétrique, doit avoir suivi une formation en médecine de la reproduction et justifier d’une expérience en médecine de la reproduction.
- Pour le recueil des spermatozoïdes, le médecin sera qualifié en urologie ou en gynécologie-obstétrique avec expérience en andrologie.
- Le praticien en biologie sera qualifié en biologie médicale, avec formation particulière en biologie de la reproduction.
- Les centres qui pratiquent les activités cliniques d’A.M.P. doivent disposer d’un médecin expérimenté en échographie, d’un anesthésiste, et “ s’assurer du concours d’un psychologue ou d’un médecin qualifié en psychiatrie ”.
- Ces activités doivent être exercées dans “ une structure de gynécologie - obstétrique comportant une salle de ponction équipée d’un échographe à haute définition avec sonde vaginale, d’un bloc opératoire, d’une salle de réveil et de lits d’hospitalisation ”.

¹⁰⁵ c’est à dire sans finalité commerciale

3.1.1.6.2.2.3. Exigences administratives

L'établissement autorisé doit :

- respecter les règles de bonne pratique médicale,
- conserver les copies des pièces attestant que les conditions prévues par les textes sont remplies, que le consentement écrit des couples est acquis,
- conserver les éléments du dossier médical concernant l'indication médicale, la date des ponctions de gamètes, le nombre d'ovocytes recueillis, la date du transfert, le nombre d'embryons transférés et si possible toute information relative à l'évolution des grossesses et à l'état de santé des nouveau-nés,
- Un bilan annuel doit être fourni et une évaluation sera faite par un organisme extérieur.
- L'autorisation sera donnée pour cinq ans par le Ministre de la Santé après avis du C.P.H. - (Comité Permanent des Hôpitaux).

3.1.1.6.2.2.4. Dispositions concernant le laboratoire

- En vue des activités biologiques, le laboratoire devra disposer de pièces spécifiques destinées au recueil du sperme, à la F.I.V. avec ou sans micro-injection. Le laboratoire disposera, en outre, de matériel spécifique (hotte à flux laminaire...) dont il doit être en mesure d'assurer la décontamination et la stérilisation.
- La pièce affectée à la conservation des gamètes et des embryons sera équipée d'une protection contre le vol. Dans le contexte de la conservation des gamètes et embryons, le laboratoire doit préserver l'identité (ou le numéro d'identification s'il s'agit d'un don), le lieu et la date de congélation, les dates et mode d'utilisation, les indications, les données concernant l'identité des couples bénéficiaires. S'il s'agit de dons, le centre doit conserver en outre des dossiers anonymes comportant les résultats des tests de dépistages sanitaires obligatoires, les données concernant le nombre d'enfants issus du don. (Inspiré de l'article R. 673-5-8).

3.1.1.6.2.3. Sélection et screening des donneurs, modalités du don

3.1.1.6.2.3.1. Sélection des donneurs

Ne pourront être *envisagés* comme donneurs et/ou donneuses que les personnes satisfaisant aux conditions suivantes :

- Ces personnes marquent leur accord avec le principe du don gratuit,
- Elles acceptent, par ailleurs, le principe de l'anonymat (en faveur duquel nous argumentons et dont nous spécifions les modalités à la section 3.1.2.2.3.3.2. de cet *Avis*)¹⁰⁶. Un accord signé est demandé.
- Il est préférable que le donneur ait fait preuve de sa fertilité.
- Les donneurs présentent une bonne santé physique et mentale.
- Ils doivent être dans l'âge de procréer.
- Les donneurs ne sont membres ni du personnel administratif, paramédical ou médical de l'institution responsable du recueil, du traitement, de la conservation et de la cession des gamètes, ni du personnel de l'hôpital ou se pratique la P.M.A.

3.1.1.6.2.3.2. Screening des donneurs et donneuses

- Les donneurs et donneuses seront soumis à un examen médical général et orienté.
- L'analyse des gamètes des donneur révéleront qu'ils correspondent aux standards normaux de fertilité.
- Avant tout don la spermoculture et surtout les sérologies telles que HIV, Hépatite B, syphilis sont indispensables. Par ailleurs, la détection du risque génétique peut s'avérer indispensable. Un screening médical détaillé du donneur (histoire familiale de Chorée de Huntington, d'Hémophilie) s'impose. Plus généralement, un entretien concernant les antécédents génétiques pathologiques de la famille n'aura pas révélé de facteurs

¹⁰⁶ Le don est abandon à autrui sans repentir ni risque de retour. En matière de gamètes, il contribue à la réalisation du projet parental d'autrui, mais le donneur n'a pas, en ce qui concerne ses gamètes, de projet parental personnel. La démarche du don exclut tout lien de filiation entre le donneur et l'enfant et fonde le principe de l'anonymat du donneur. Voir section 3.1.2.2.3.3.1.1. et sections suivantes.

d'exclusion. Il faut toutefois relever¹⁰⁷ que personne n'est sans présenter de risque de maladie héréditaire. Tout donneur sera accepté si les risques encourus ne sont pas suffisants pour justifier une élimination .

En raison du fait qu'une spermoculture s'impose, la seule utilisation de gamètes congelés - permettant un contrôle préalable strict à l'encontre des maladies sexuellement transmissibles - est acceptée. Ceci sous-entend le refus d'insémination de sperme frais.

- Un test HIV est pratiqué deux fois, à trois mois d'intervalle. Un contrôle systématique a lieu après six mois.
- Si plusieurs dons ont lieu, l'état de santé du donneur doit être réévalué périodiquement.

3.1.1.6.2.3.3. Le choix du donneur en relation avec le receveur

- Un critère accepté par tous est d'ordre morphologique : couleur de la peau, des cheveux, couleur des yeux, taille, groupe sanguin, excluant tout facteur de discrimination racial, social ou religieux.

3.1.1.6.2.3.4. Note sur le don d'ovocytes

3.1.1.6.2.3.4.1. Indications pour le couple demandeur

L'indication est constituée par la stérilité féminine ayant pour origine :

- une insuffisance ovarienne prouvée et considérée comme définitive (ovariectomie bilatérale, antécédents de chimiothérapie ou de radiothérapie, dysgénésie gonadique, ménopause précoce),
- une anomalie génétique dominante ou récessive, avec risque de transmission d'une affection grave à l'enfant.

L'indication des ovaires difficiles à ponctionner ou à stimuler est plus discutable.

L'âge de la femme du couple demandeur doit correspondre à l'âge habituel de la procréation.

¹⁰⁷ Voir Cecos (Fédération Française des Centres d'Etude et de Conservation des œufs et des spermés humains), *L'insémination artificielle*, Paris: Masson, 1991.

3.1.1.6.2.3.4.2. Le couple donneur

En ce qui concerne le couple donneur les conditions énumérées plus haut seront satisfaites.

3.1.1.6.2.3.5. Note sur le don d'embryon

- Le don ne peut s'envisager que s'il porte sur des embryons surnuméraires cryopréservés, générés dans le cadre de la F.I.V. La constitution d'un embryon humain en dehors d'un projet parental personnel immédiat n'est pas acceptée.
- Le couple donneur doit avoir un enfant vivant. Il faudrait tout faire afin d'éviter au couple donneur des situations conflictuelles qui sont toujours possibles malgré le consentement requis et l'anonymat du don.
- Les principes énoncés pour le don de gamètes sont valables pour le don d'embryon.

Par ailleurs

- Le *couple donneur* doit formuler son consentement par écrit. Ce consentement écrit doit être conjoint. Le refus ou la non-acceptation de l'un des membres du couple doit exclure le don.
- Selon la majorité des membres de la C.N.E. (9 sur quinze, une abstention), une femme célibataire ou un couple d'homosexuelles devraient avoir la possibilité de bénéficier d'un don d'embryon - sous certaines conditions à évaluer par l'équipe médicale. Selon une minorité des membres de la CNE (5) le receveur ne peut être qu'un couple hétérosexuel, marié ou en concubinage, présentant une stérilité définitive ou un risque de transmission d'une maladie génétiquement grave.

3.1.1.6.2.3.6. Modalités du don

- Il n'est utilisé que du sperme congelé.
- Les gamètes et embryons ne sont pas génétiquement modifiés¹⁰⁸.
- L'anonymat est respecté selon les modalités que nous recommandons à la section 3.1.2.2.3.3.2. du présent *Avi*s.

¹⁰⁸ Partiellement inspiré de la législation danoise, arrêté n° 758 du 30 septembre 1997.

- En vue d'éviter le risque de consanguinité du donneur et de l'enfant " le recours aux gamètes d'un même donneur ne peut pas délibérément conduire à la naissance de plus de cinq enfants "109.
- Il sera utile d'éviter la diffusion des dons d'un même donneur dans une région géographique trop réduite. Cette remarque s'applique tout particulièrement à un pays de dimensions réduites comme le Luxembourg.
- La compatibilité avec le groupe sanguin du couple receveur est vérifiée.
- Tout évitant une éventuelle dérive raciste, il sera désirable de vérifier la compatibilité physique (cheveux yeux, peau) avec le couple receveur.

3.1.1.6.2.4. Organisation et sécurité des banques de gamètes et d'embryons

3.1.1.6.2.4.1. La notion

Les banques en question sont des " structures de conservation " de gamètes et d'embryons. Les termes " banque de sperme " ou " banque d'embryons " " désigne(nt) habituellement la structure de conservation ... dans son ensemble, y incluant, outre la cuve¹¹⁰ (de conservation) elle-même, le personnel, le lieu où elle est située et les règles de fonctionnement "111.

3.1.1.6.2.4.2. Les banques de sperme

Le but d'une banque de sperme est de conserver du sperme congelé, don gratuit d'un donneur anonyme. La banque sert la P.M.A. dans les procédés concernant l'I.A.D. (Insémination Artificielle avec sperme de Donneur) et la F.I.V.D (Fécondation In Vitro avec Sperme de Donneur) ; elle peut recueillir également le sperme avant vasectomie et avant traitement stérilisant.

¹⁰⁹ C. santé publique, art. L. 1244-4, ancien art. L. 673-4

¹¹⁰ " Il s'agit d'une cuve en acier, bien isolée thermiquement, remplie d'azote liquide qui maintient l'ensemble à -196° C et dans lequel est plongé le sperme " . Yvon Englert, voir note suivante.

¹¹¹ D'après Yvon Englert, article " banque de sperme " dans : *Les Mots de la bioéthique*, sous la direction de Gilbert Hottois et Marie-Hélène Parizeau, Bruxelles, De Boeck, 1993

3.1.1.6.2.4.3. Les banques d'embryons

Les banques d'embryons constituent une “infrastructure technique et administrative qui permet la préservation d'embryons humains surnuméraires congelés pour des durées variables”¹¹².

3.1.1.6.2.4.4. Site des banques de conservation, connexions internationales

La banque de conservations des gamètes et des embryons est intégrée au laboratoire de médecine de reproduction ou bien il doit exister un lien étroit avec ce laboratoire. Les inséminations artificielles peuvent être faites par le centre de P.M.A. lui-même, ou bien la banque distribue, sur dossier, des paillettes de sperme hors du centre vers d'autres unités¹¹³.

Le transport d'embryons n'est guère possible pour des raisons médicales et morales. Le transfert d'embryons se fait directement, au laboratoire, de l'incubateur à l'utérus ou bien il faut recourir à une congélation réduisant les chances de grossesse. Il n'est donc pas logique, dans l'état actuel des possibilités, d'envisager le transport d'embryons hors du laboratoire. D'ailleurs la salle de transfert d'embryons est toujours adjacente au laboratoire. Aucun centre de P.M.A. n'accepte de distribuer des embryons. A l'extérieur, le laboratoire perdrait le contrôle des embryons dont il a la charge et la responsabilité.

En raison de l'exiguïté de notre pays, il faudra prévoir d'indispensables connexions avec des banques et laboratoires étrangers en vue de l'échange de paillettes et de cartes.

3.1.1.6.2.4.5. Exigences auxquelles doivent obéir les banques de conservation

Les banques de conservation doivent obéir à un certain nombre d'exigences déontologiques et éthiques.

- Toutes les garanties de sécurité sanitaire doivent être données.
- Le contrôle des indications et des résultats est une condition requise à l'ouverture vers l'extérieur.
- Le maintien de l'anonymat devant être garanti, la confidentialité des données doit être assurée.

¹¹² D'après Fernand Leroy, article “banque d'embryons” dans: *Les Mots de la Bioéthique*

¹¹³ Les embryons ne quittent guère l'unité.

- Les droits du donneur doivent être respectés.
- La limitation de la conservation dans le temps doit être réglée.
- Le devenir des dons non utilisés doit l'être à son tour.

Par ailleurs des indicateurs d'activité quantitatifs et surtout qualitatifs sont à établir annuellement.

Les indicateurs quantitatifs sont le nombre de demandes d'I.A.D. ou de F.I.V.D, de femmes traitées, de candidats donneurs acceptés, de cycles de traitement, le nombre de paillettes échangées avec une autre banque, le nombre de paillettes sorties à des tiers.

Les indicateurs qualitatifs sont essentiellement le taux de succès par cycle, le taux moyen de succès par cycle calculé sur les quatre ou six premiers cycles et le nombre moyen de paillettes par grossesse (nombre total de paillettes utilisées dans l'année sur nombre de grossesses obtenues)

Chaque année, les données recueillies auprès des centres font l'objet d'une analyse détaillée transmise au Ministère (comme le sont aussi les détails concernant les accouchements). Ainsi chaque centre est à même, par confrontation, de pratiquer une auto-évaluation de son activité. La communication tant des résultats médiocres que des meilleurs résultats, ainsi que de leurs causes, est un ferment de progrès. La démarche traduit la volonté de transparence des banques de conservation.

3.1.1.6.2.4.6. Remarque d'ordre général. Information, communication, diffusion des travaux

L'information du public est nécessaire. Elle répond à un double objectif. D'une part, elle permet une appréciation plus concrète de la réalité scientifique et technique par la population, elle prépare une évolution dans les jugements concernant l'I.A.D. et la F.I.V.D, longtemps caractérisés par beaucoup de prévention et d'incompréhension. D'autre part, elle favorise le recrutement de nouveaux donneurs.

3.1.1.6.2.5. L'âge des bénéficiaires. La fécondation post-ménopausique

3.1.1.6.2.5.1. L'âge des bénéficiaires

L'âge maternel est un facteur de risque reconnu. Après quarante ans, plus de la moitié des grossesses se terminent par une fausse couche¹¹⁴. Par ailleurs, le risque d'anomalies chromosomiques augmente considérablement avec l'âge de la mère. Alors qu'en règle un sur sept cents nouveaux-nés souffre de trisomie 21, l'on estime qu'à quarante ans une femme a un risque sur cent d'attendre un enfant trisomique 21 et qu'à l'âge de quarante-cinq ans ce risque atteint 2 %.

Dans l'intérêt évident de l'enfant, il est dès lors indiqué en principe qu'un couple ne bénéficie des techniques de procréation médicalement assistée que si la femme est âgée de moins de 45 ans¹¹⁵. L'équipe médicale jugera de cas en cas, de ce qui est opportun.

3.1.1.6.2.5.2. La fécondation post-ménopausique

Il y a sept ans, un professeur italien se vanta d'avoir fait accoucher l'une de ses patientes à l'âge de plus de 62 ans. Or dans une optique éthique, la fécondation post-ménopausique (c'est-à-dire pratiquée au-delà de 49 ou même 45 ans) constitue une indication très discutable. Elle comporte, d'une part, des risques sérieux pour la mère (risque de toxémie, de HTA gravidique, de diabète gestationnel, de problèmes rénaux et cardiaques), d'autre part la santé du fœtus et du futur enfant sont mis en question (retard de croissance, grande prématuration). Le risque génétique, en revanche, n'est pas plus élevé, parce que l'ovocyte ou l'embryon procèdent d'une femme plus jeune. Les grossesses post-ménopausiques sont, par ailleurs, difficilement acceptables dans une perspective sociétale^{116/117}.

3.1.1.6.2.6. La non sélection du sexe des enfants

Dans le présent *Avis*, la C.N.E. s'est prononcée¹¹⁸ contre l'application des techniques de procréation médicalement assistée pour des raisons de convenance personnelle. Dans cette optique, elle s'oppose à la sélection du sexe de l'enfant

¹¹⁴ P. Labrune, *ibidem*, pages 19 et suivantes

¹¹⁵ La loi danoise du 27 mai 1997 stipule: "medically assisted procreation shall not be performed where the natural mother is older than 45 years of age".

¹¹⁶ Dans la mesure où elles peuvent engendrer des frais considérables.

¹¹⁷ Le refus d'une P.M.A. post-ménopausique ne concerne pas les patientes présentant une ménopause précoce (pathologique), avant quarante ans. Dans ce cas, une F.I.V. avec don d'ovocytes peut être une solution pour aider à l'accomplissement d'un projet parental légitime.

¹¹⁸ Voir section 3.1.1.5.1.1. de cet *Avis*.

(qui pourrait intervenir lors d'un diagnostic préimplantatoire). Elle ne fait que confirmer, par là, une position qu'elle avait déjà adoptée dans son commentaire de la *Convention de biomédecine* du Conseil de l'Europe¹¹⁹.

3.1.1.7. Septième problème à teneur générale. Les enjeux économiques et politiques de la P.M.A.

3.1.1.7.1. Aspects économiques de la P.M.A.

3.1.1.7.1.1. Pourquoi il est indiqué que *l'équipe médicale* décide des interventions de P.M.A. qui doivent être considérées comme étant à finalité thérapeutique et sont donc susceptibles d'être remboursées par la Sécurité Sociale

Les techniques de la P.M.A. étant onéreuses, il y a lieu de considérer sous le point de vue éthique l'impact qu'elles pourraient avoir sur le système des remboursements de part de la Sécurité Sociale.

Il est patent que les techniques de la P.M.A., en tant que telles, peuvent avoir des fins diverses. Retenons, en tant état de cause, les deux suivantes :

- des fins thérapeutiques au sens étroit ou au sens large de ce terme,
- des fins non-thérapeutiques (souvent dites de convenance personnelle).

Il paraît qu'une réflexion appuyée sur des principes éthiques doive retenir que la fin thérapeutique justifie le remboursement par la Sécurité Sociale alors que la convenance personnelle s'en trouve exclue.

Trois instances entrent en ligne de compte s'agissant de déterminer si, oui ou non, tel cas donné relève de la finalité thérapeutique ou non.

Ce sont :

- le médecin traitant,
- le comité d'éthique (hospitalier),
- la loi.

¹¹⁹ Avis 1/1999 de la C.N.E. *Avis concernant la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine.* Luxembourg, Publications du Centre Universitaire, 1999.

Une *loi* qui préciserait que seule l'indication thérapeutique entraînerait le droit au remboursement devrait prévoir un organisme spécialisé appelé à trancher le type de finalité au cas par cas. Des raisons éthiques s'opposent à l'instauration d'un tel organisme qui, de par la nature des choses, fonctionnerait comme un tribunal et ferait subir aux intéressé(e)s des enquêtes jugées humiliantes dans des situations comparables (cf. interruption de la grossesse).

Un *comité d'éthique*, rappelons-le, a pour but d'émettre des avis et non de trancher un litige, en particulier à incidence économique : les membres d'un comité n'étant pas responsables au sens de la loi pénale – or ne voulant pas l'être ni le devenir – n'en ont pas la qualité.

Le *médecin traitant* qui, ainsi que certains avis de la C.N.E. l'ont souligné par le passé, entretient un rapport de confiance privilégié avec le patient, est le mieux placé pour dire si oui ou non, la fin de la P.M.A. est, au cas par cas, de nature thérapeutique ou non.

Deux arguments étayaient cette assertion :

- Le médecin prend des choix analogues en matière de choix du type d'accouchement.
- Le médecin reste, en dernière analyse, seul juge à apprécier les conduites à adopter en contexte de fins de vie, notamment dans le cadre des situations existentielles délicates que le discours hésite à décrire ou en termes de refus d'acharnement thérapeutique ou en termes d'aide au suicide.

De ce fait, comme en matière d'“euthanasie”, il paraît contre-indiqué de légiférer.

3.1.1.7.1.2. La réglementation en vigueur à la Sécurité Sociale

Notons que la prise en charge de la P.M.A est actuellement réglée par les statuts de l'Union des Caisses de Maladie. Ces statuts prévoient que l'assurance maladie prend en charge le traitement de la stérilité du couple lorsque la constatation de celle-ci aura été signalée au contrôle médical de la Sécurité Sociale soit par la personne protégée elle-même, présentant un certificat médical circonstancié, soit par le médecin traitant.

En plus, une autorisation préalable est requise pour les traitements suivants :

- la fertilisation in vitro,
- l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde.

La fertilisation in vitro et/ou l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde sont limitées à un maximum de quatre essais.

Le traitement de la stérilité n'est pas pris en charge :

- après la ligature des trompes ou après vasectomie,
- si la femme est âgée de plus de 40 ans.

3.1.1.7.1.3. Réflexions de la C.N.E.

Ces dispositions donnent lieu, de la part de la C.N.E., aux observations suivantes :

- Dans la mesure où le Contrôle médical de la Sécurité Sociale est *seulement informé* de l'état du bénéficiaire et qu'il n'est pas appelé à apprécier l'état de stérilité, la philosophie des statuts paraît compatible avec les principes développés plus haut par la C.N.E.
- Il existe, toutefois, un hiatus certain entre disposition concernant l'âge des patientes et l'approche de la C.N.E. D'après les membres de la C.N.E., l'équipe médicale devrait décider, de cas en cas, s'il est - ou non - opportun de faire bénéficier une femme des techniques de procréation médicalement assistée. Les membres de la C.N.E. jugent que la Sécurité Sociale devrait tenir compte des choix de l'équipe médicale, objectivement motivés par l'état physiologique et psychique de la patiente. Il serait, dès lors, désirable que la disposition concernant l'âge des patientes soit modifiée dans les dispositions statutaires de l'Union des Caisses de Maladie.

3.1.1.7.2. Considérations politiques en rapport avec la P.M.A.

L'un des membres de la C.N.E. fait les réflexions suivantes qui ne sont pas portées par tous. Dans la mesure où elles soulèvent des problèmes importants, elles figureront en note¹²⁰.

¹²⁰ Les pratiques de la P.M.A. et celles qui y sont connexes touchent certains domaines gouvernés par des valeurs ou orientations qui ont constitué depuis des siècles un corpus d'options politiques explicites ou implicites.

3.1.2. Deuxième section centrale de la troisième partie. Problèmes éthiques spécifiques concernant les différentes techniques de la P.M.A.

Au chapitre 3.1.1. nous avons traité de problèmes à teneur générale, communs à l'ensemble des techniques de la P.M.A. Au chapitre 3.1.2., nous abordons des questions spécifiques soulevées par ces différentes techniques.

Bien qu'il eût été tentant de regrouper l'ensemble des techniques de la P.M.A. homologue, puis l'ensemble des méthodes de la P.M.A. hétérologue, nous suivons - en vue d'une meilleure lisibilité - le plan communément adopté. Nous discuterons successivement les problèmes éthiques soulevés par l'insémination artificielle, par la F.I.V., par la substitution de mère (qui, en raison des différents cas de figure envisageables, participe à la fois de l'insémination artificielle et de la fécondation in vitro). Nous aborderons enfin les problèmes de nature éthique qui sont soulevés par le statut des embryons et, notamment, les diagnostics préimplantatoires et prénataux, le sort des embryons surnuméraires et les recherches sur l'embryon¹²¹.

-
- Le statut de la famille ira en gagnant en complexité et les rapports entre parents dits légaux et parents biologiques cesseront de poser des problèmes sociétaux marginaux pour faire intrusion au cœur même des sociétés.
L'option politique pourra dès lors envisager ou de laisser faire ou alors de guider ou d'encadrer le développement potentiel dans un sens restrictif ou alors progressif soit encore dans un sens qui accepterait délibérément la disparition de la notion de la réalité de famille – noyau de la société.
 - La gestion du savoir touchant l'identité de citoyens de plus en plus nombreux au niveau de leur intimité la plus individuelle posera des défis politiques délicats.
 - L'inquiétude à l'égard d'interventions sur le génome humain s'ajoutant à celle qui s'esquisse d'ores et déjà en matière de recherche sur l'embryon ou de clonage thérapeutique mettra les décideurs politiques devant le choix de corriger la notion de dignité humaine ou alors de prôner le renoncement à certains domaines de recherche.
 - Il va sans dire que les options politiques ne sont pas forcément appelées à être ni claires et nettes ni tranchées ni même consistantes entre elles : dans un domaine jugé et vécu comme sensible pour une opinion publique plus au moins avisée et qui, à l'image de la société qui est la nôtre, vit des contradictions axiologiques nombreuses, il paraît illusoire de pouvoir trouver des solutions acceptables pour tout le monde ni des compromis qui ne seraient pas taxés de compromission ... par des franges importantes de la population.
 - Le fait que la société que nous disons la nôtre s'articule de fait en un ensemble hétéroclite d'états- nations plus au moins indépendants et gardant, en leur sein, des divergences "philosophiques", religieuses, culturelles et économique-sociales notables, ne simplifiera pas la tâche du politique qui ne pourra ni négliger l'existence de voisins autres ni leur déléguer la responsabilité des décisions à prendre.
 - Le cas d'un petit pays est particulièrement délicat : face à des voisins proches ou éloignés de taille nettement supérieure à la sienne, il ne pourra raisonnablement ni s'aligner simplement sur l'un plutôt que sur un autre, ceci surtout dès lorsque les options en la matière prises par eux risquent de diverger fortement, ni se contenter d'un savant mélange juridique qui espérera se situer en un juste milieu qui est comme pour ne pas exister.

¹²¹ Un chapitre concernant le clonage thérapeutique a été, provisoirement, éliminé. Il appelle de nouveaux débats et fera l'objet d'un *Avis* à part.

3.1.2.1. L'insémination artificielle

3.1.2.1.1. I.A.C.

“L'insémination artificielle intra-conjugale”, rappelons-le, “consiste en l'introduction, dans l'appareil congénital d'une femme, du sperme de son conjoint de fait, par tout autre moyen que les relations sexuelles”¹²².

En dehors du cas de figure commun - dans le contexte duquel une femme reçoit le sperme de son conjoint vivant - nous devons envisager le cas délicat de l'insémination artificielle et du transfert d'embryons post mortem qui a suscité de très vifs débats.

3.1.2.1.1.1. Le cas de figure le plus courant : une femme recevant le sperme de son conjoint vivant

Dans la mesure où, en cas de réussite de la technique d'insémination homologue, l'enfant descend biologiquement de ses parents sociaux, le procédé - qui constitue un traitement palliatif de la stérilité *conjugale* (au sens large de ce terme¹²³) - ne soulève pas l'ensemble de problèmes (de filiation, d'anonymat du donneur, de tensions éventuelles entre intérêts et exigences des parents biologiques, parents sociaux et enfant(s)) que peut soulever l'intervention d'un ou de plusieurs donneurs.

Les membres de la C.N.E. *ne voient pas de difficulté majeure à l'égard du déplacement, dans le contexte de l'I.A.C., de l'intimité d'un couple vers un ensemble d'interventions techniques*¹²⁴. La majorité des membres jugent que la médecine s'insère toujours dans un contexte historique de technicité. Certains autres, sensibles en principe à la dissociation entre nature et technique, sont d'avis que cette dissociation est légitime si toutefois la technique n'est pas employée sans réflexion et si elle ne prend pas un caractère aliénant. Or manifestement ceci n'est le cas, ni dans le contexte de l'I.A.D. ni dans celui la majorité des techniques de P.M.A.

La C.N.E. *ne partage pas non plus les inquiétudes, exprimées dans le temps, par certains, à l'égard de l'application des techniques de la P.M.A. en cas de troubles sexuels ou de stérilité de type psychogène*. Elle juge que la stérilité, de quelque origine qu'elle soit, constitue une indication thérapeutique suffisante et que la médecine doit s'appliquer à la soulager.

¹²² Définition proposée par Jean-Jacques Amy et figurant dans Hottois, Gilbert et Parizeau, Marie-Hélène (dir.), *Les Mots de la Bioéthique*, Bruxelles: de Boeck Université, 1993

¹²³ englobant des couples non mariés autant que les couples mariés

¹²⁴ Voir section 3.1.1.2. du présent *Avis* où le débat mené à ce sujet, au sein de notre commission, est reconstruit.

Si toutefois l'ensemble des conditions examinées au chapitre 3.1.1.6.2. sont satisfaites¹²⁵, *la C.N.E. juge que l'I.A.C. constitue une réponse médicale adéquate pour le traitement de certains problèmes de la stérilité.*

3.1.2.1.1.2. Le transfert d'embryons post mortem (et l'insémination post mortem)¹²⁶

La demande de transfert d'embryons post mortem (ou d'insémination post-mortem) relève d'un projet parental souvent intense, communément conçu dans des circonstances douloureuses. Il n'en reste pas moins que sa réalisation, après le décès du conjoint, soulève des interrogations quant à sa légitimité éthique, sa compatibilité avec les dispositions légales en vigueur et son opportunité.

3.1.2.1.1.2.1 Argumentaires

3.1.2.1.1.2.1.1. Arguments invoqués *en défaveur* du transfert d'embryons post mortem et de l'insémination post mortem

Arguments de nature éthique

- La femme qui voudrait avoir un enfant de son mari décédé entend, en fait, mettre au monde un orphelin par naissance et donc sans véritable père. On peut juger qu'un tel projet ne peut être considéré comme étant dans l'intérêt de l'enfant (Argument A 1).
- La motivation de la mère peut être égoïste. Pour la mère le désir de l'enfant risque de se confondre avec la volonté de réveiller l'image du disparu. L'intérêt de l'enfant pourrait être perdu de vue (Argument A 2).
- Ceux qui jugent que l'unique indication de la P.M.A. est thérapeutique au sens étroit de ce terme sont d'avis que cette condition n'est satisfaite ni lors

¹²⁵ Il s'agit là de conditions semblables à celles qui gouvernent toute intervention sur le corps humain.

¹²⁶ Deux cas de figure peuvent se présenter:

- Soit une F.I.V. a été antérieurement réalisée pour traiter l'infertilité du couple et des embryons surnuméraires restent congelés. Un transfert d'embryons congelés peut être demandé par la femme (ou éventuellement la partenaire) après décès de son conjoint.
- Soit le conjoint a fait une congélation de sperme avant traitement d'une maladie grave (impliquant éventuellement une chimiothérapie). S'il décède, sa femme (ou partenaire) pourra demander une fécondation avec le sperme congelé. (Dans ce cas, selon la qualité du sperme, la qualité de la glaire cervicale, ou en fonction d'autres facteurs gynécologiques, la fécondation pourra être obtenue par insémination intra-cervicale, insémination intra-utérine ou F.I.V. avec sperme congelé).

de l'insémination post mortem ni lors du transfert d'embryons post mortem¹²⁷ (Argument A 3).

Argument de nature juridique ayant une portée éthique indirecte

- Aux termes de l'article 315 du code civil, l'enfant né d'une femme mariée n'est plus présumé être issu du mari de celle-ci, si la naissance intervient plus de 300 jours après le décès du conjoint. Il est vrai que la preuve reste possible et qu'elle pourrait résulter du fait que l'embryon implanté a été créé avec le sperme du mari (ou que la procréation a été obtenue par insémination artificielle, avec le sperme fourni par le mari). (Argument A 4).
- Après le décès du mari, donneur du sperme ou coauteur des embryons, se posera la question du droit de disposer, soit du sperme, soit des embryons. Ne pourront faire partie de l'héritage patrimonial en raison de leur nature liée à la personne humaine, les embryons ou le sperme ne pouvant passer dans la propriété des héritiers. Même en cas de dispositions expresses permettant à la femme de les utiliser après la mort de son conjoint, se posera la question de la validité d'un mandat au-delà de la mort dans une matière sensible alors qu'en principe les mandats s'éteignent par mort du mandant (Argument A 5).

3.1.2.1.1.2.1.2. Arguments invoqués *en faveur* du transfert d'embryons post mortem et de l'insémination post mortem

- La demande en transfert d'embryons post mortem (ou d'insémination post mortem) a son origine dans la ferme volonté d'un couple qui tient à avoir un enfant. Il serait cruel de ne pas vouloir tenir compte de cette volonté exprimée dans des circonstances douloureuses (Argument B 1).
- Du côté de la mère, le désir d'avoir un enfant de son mari décédé peut être l'expression, très respectable, de la volonté de perpétuer la mémoire de celui-ci et de faire vivre son image dans l'enfant¹²⁸ (Argument B 2).
- L'enfant étant issu d'un projet parental intense, il y a de fortes chances que la mère fasse tout pour lui fournir les conditions de déploiement les plus favorables (Argument B 3).

¹²⁷ Voir toutefois, au chapitre 3.1.1.5.1.2. du présent Avis, la prise de position, à cet égard, de la C.N.E.

¹²⁸ Le C.C.N.E. s'exprime ainsi: " Au moins (l'enfant) aura-t-il le sentiment d'avoir été désiré fortement et doublement par son père et sa mère d'abord, puis à nouveau par sa mère" (Avis 40.1993, page 4).

Réflexions à la frontière de l'éthique et du droit

- Dès son Avis 40 du 17 décembre 1993 (*Avis sur le transfert d'embryon après le décès du conjoint (ou du concubin)*) le C.C.N.E. juge que “ si une demande d'insémination d'une femme avec le sperme de son compagnon décédé est contestable, la situation est différente dans le cas où une fécondation in vitro a été réalisée du vivant de l'homme et où des embryons ont été congelés. Dans ce cas, en effet, la disparition de l'homme ne fait pas disparaître les droits que la femme peut considérer avoir sur les embryons qui procèdent conjointement d'elle et de son partenaire défunt¹²⁹... (D)ans le cas de fécondation in vitro, la paternité biologique du conjoint ne peut pas être mise en doute, puisque les gamètes ont été utilisés au laboratoire qui a effectué la fécondation suivie de congélation du ou des embryons. En conséquence on pourrait considérer que le délai de 300 jours ne s'applique pas ici puisque l'enfant a été conçu sans doute possible du vivant de son père, lors de la fécondation. Ceci est du domaine d'une éventuelle modification des textes ”¹³⁰.
- En fait, dans son Avis 60 /98 (*Réexamen des lois de bioéthique*), le C.C.N.E. propose ce qui suit. “ Après décès du conjoint, le transfert d'un embryon congelé dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation déjà engagée par le couple peut être effectué à la demande de la femme dans des conditions lui permettant de prendre sa décision avec toute l'indépendance nécessaire vis à vis de pressions psychologiques ou sociales ”¹³¹.
- Dès son Avis 40, 1993, le C.C.N.E. avait fait la réflexion suivante : “ Pour être acceptable, la demande de la femme doit être le résultat d'une décision mûrement réfléchie. C'est pourquoi il serait bon d'aménager, avant toute

¹²⁹ page 1. Le texte se poursuit ainsi “ Certes, le projet parental est interrompu, puisqu'il consistait en la naissance d'un enfant au sein d'un couple déterminé à l'accueillir et que ce couple n'existe plus. Cependant l'homme disparu, on ne voit pas qui ou quelle autorité pourrait in fine faire valoir sur les embryons des droits égaux ou supérieurs à ceux de la femme, et s'opposer à son projet, dûment éclairé et explicitement énoncé, d'entreprendre une grossesse après transfert d'embryons congelés”.

¹³⁰ Voir page 2

¹³¹ Au sujet de ces pressions, le C.C.N.E. fait les remarques suivantes: ” ...Il convient cependant de s'interroger sur les conditions fort diverses, dans lesquelles la femme est amenée à prendre sa décision de demander le transfert des embryons après la mort du conjoint. On peut craindre en effet que la femme, en raison de sa souffrance, ne soit pas, dans les jours et les semaines qui suivent le décès, en état de prendre une telle décision. Tant que la femme n'envisage pas son avenir et celui de son enfant en tenant compte de l'absence définitive du co-auteur du projet initial, sa demande de transfert pourrait ne pas exprimer une volonté clairement déterminée. De plus, des pressions de son entourage peuvent s'exercer sur elle, répondant à des motivations d'ordre non seulement affectif, mais aussi social et juridique, qui ne correspondent pas nécessairement au respect de ses intérêts et n'assurent pas l'autonomie de sa décision. Il conviendrait donc d'aménager avant toute décision un délai de réflexion d'au moins trois mois, qui ne devrait pas excéder un an ”.

décision un délai de réflexion d'au moins trois mois qui ne devrait pas excéder un an ”¹³².

La question se pose si une disposition comparable ne devrait être adoptée par notre pays.

3.1.2.1.1.3. Le débat de la C.N.E.

- Les membres de la C.N.E. jugent que, dans une optique éthique, une réponse acceptable au problème soulevé par le transfert, après le décès du conjoint, d'embryons créés de son vivant (et par la fécondation in vitro post mortem avec son sperme) ne peut être obtenue que par un équilibre d'exigences normatives et de valeurs entrant ou pouvant entrer en conflit.
- Les exigences entrant ou pouvant entrer en conflit sont, notamment, *d'une part*, celle de tenir compte d'un projet parental sincère, de tenir compte de la ferme et respectable volonté d'une femme - exprimée dans des circonstances extrêmement douloureuses - d'avoir un enfant de son conjoint décédé et, *d'autre part*, celle de respecter au mieux les intérêts de l'enfant. Or si, d'un côté, le fait que l'enfant soit issu d'un projet parental, assumé avec passion, semble être de bon augure pour son développement futur, d'autre part, l'enfant pourrait risquer de n'être conçu qu'en vue de perpétuer le souvenir de son père. A cet égard il risquerait, d'après certains membres, d'être “ instrumentalisé ”.
- ***Une nette majorité des membres de la C.N.E. (10 sur 15) est d'avis que les deux exigences peuvent être satisfaites à la fois et qu'une solution comparable à celle qui est envisagée par le C.C.N.E. devrait être adoptée au Luxembourg. Ces membres jugent toutefois que l'équipe médicale devrait évaluer, au cas par cas, la motivation de la postulante***^{133/134}.

¹³² ibidem, page 5

¹³³ Un expert fait les remarques suivantes : “ Il faudrait que le désir parental de la survivante soit discuté avant le décès du partenaire, par exemple lors du recueil du sperme. Ainsi l'existence et le devenir de l'enfant à naître - personne essentielle dans ce contexte - peut être évoqué par les deux géniteurs... Si l'on accepte l'insémination post mortem, le refus du transfert d'embryon post mortem poserait problème ” .

¹³⁴ A cet égard, l'un des experts consultés par la C.N.E. fait la réflexion suivante: “La reconnaissance de l'insémination post-mortem pourrait inciter des couples normaux ne souffrant d'aucune infertilité à demander des congélations de sperme abusives, dans l'unique but de se donner la “ garantie ” d'une possibilité de procréation en cas de décès accidentel du mari. Ceci s'inscrirait dans une tendance de notre société consistant à vouloir contrôler le plus possible tous les risques, de s'assurer grâce aux progrès de la médecine une certaine “ immortalité ”. Cette attitude, irréaliste, car *in fine* toujours vouée à l'échec, risque de rendre l'être humain anormalement vulnérable aux contretemps de la vie et de le mettre brutalement en échec quand le rêve de la perfection et du contrôle sans faille de la vie se révèle illusoire .

Cette réflexion, émise à l'occasion du problème du transfert d'embryons post mortem a en fait une portée plus générale : il ne faudrait jamais négliger d'avertir l'être humain, et, surtout le patient consultant pour une P.M.A.,

- *Une minorité de membres (5 sur 15) est opposée à cette solution parce qu'elle leur semble incompatible avec les intérêts de l'enfant.*
- *L'ensemble des membres recommande aux pouvoirs d'examiner avec soin quelle solution leur semble indiquée dans une situation des plus délicates.*

3.1.2.1.2. L'I.A.D. (ou insémination artificielle avec donneur)

Rappelons que, comme l'insémination homologue, l'I.A.D. constitue, pour l'essentiel, une technique de substitution palliative de l'infertilité masculine. Elle peut, toutefois, être appliquée aussi en cas d'un risque sérieux de transmission d'une maladie héréditaire ou infectieuse grave. Rappelons encore que selon une majorité de membres de la C.N.E., une femme isolée ou un couple de lesbiennes doivent avoir leur chance si toutefois l'équipe de médecins apprécie favorablement leur demande. Une minorité de membres est opposée à cette solution¹³⁵.

En raison du recours à un don de spermes, l'I.A.D. soulève au moins *deux problèmes éthiques*.

Le premier tient à ce que le patrimoine génétique d'une tierce personne intervient dans la génération de l'enfant. Ce dernier n'est pas issu biologiquement de son père social^{136/137}. *Le second problème*, étroitement lié au premier, est suscité par le fait que la technique employée implique un ensemble complexe de relations entre les conjoints, l'enfant, le médecin, le donneur de sperme et, éventuellement, son épouse. Des conflits d'intérêts et d'aspirations peuvent naître du caractère intriqué de ces relations.

que la science ne peut entièrement prendre en charge, ni le développement de la vie, ni son cours ultérieur et qu'une certaine humilité (au sens de soumission aux hasards de la vie) reste indispensable”.

¹³⁵ Voir à ce sujet la section 3.1.1.5.1.2. du présent *Avis*.

¹³⁶ Si les postulants constituent un couple.

¹³⁷ Dans une première version (non achevée) de cet *Avis*, datant d'un certain nombre d'années, la C.N.E. avait remarqué ce qui suit. “ Notons d'abord qu'un don de sperme n'est pas comparable aux dons de sang ou aux dons d'organes, parce que le donateur ne donne pas quelque chose (un tissu ou un organe) de lui-même pour remplacer, pendant la durée de vie du receveur, un organe ou tissu défaillant, mais des gamètes qui sont destinés à transmettre le génome humain pour servir à donner naissance à un nouvel être humain et que le génome, qui est l'objet du don (le “ patrimoine génétique ” reçu des générations précédentes), se transmettra alors (du moins en partie) de génération en génération ”.

Premier problème

Les membres de la C.N.E. jugent (à une abstention près)¹³⁸ que le recours à un donneur (c'est à dire à une tierce personne intervenant par son don de sperme dans la procréation de l'enfant) est acceptable dans une optique éthique si toutefois les conditions suivantes sont satisfaites :

- Les méthodes alternatives ont été essayées. (Le recours, notamment, à I.C.S.I. peut rendre superflu le don de sperme)¹³⁹.
- La demande n'est pas de pure convenance (au sens défini plus haut¹⁴⁰). Elle correspond à une indication médicale au sens étroit de ce terme ou exprime un désir d'enfant douloureusement éprouvé.
- Toutes les garanties techniques sont données.
- La question de savoir s'il est indiqué de donner suite à la demande des postulants est réglée dans le contexte de la relation thérapeutique qui s'est nouée entre l'équipe médicale et les patients¹⁴¹.
- Les postulants¹⁴² ont reçu toutes les informations requises. Le délai de réflexion a été respecté.
- Après mûre réflexion, ils donnent leur consentement ou, plutôt, expriment par écrit leur ferme volonté d'avoir un enfant par recours à la méthode

¹³⁸ L'un des membres rappelle les raisons pour lesquelles l'Eglise catholique formule des réserves à l'égard de la P.M.A. hétérologue. Il fait, notamment, les réflexions suivantes : " Il est indiqué (d'insister, lors de la réfutation des techniques de procréation hétérologues, (sur le fait que si les) liens entre procréation et acte conjugal (union et procréation) (sont) momentanément mis entre parenthèses par les techniques homologues, il n'en existe pas dans le cas des techniques hétérologues. La sexualité, mieux, la communion des personnes, est remplacée par un don froid et anonyme... Les nouvelles méthodes hétérologues de procréation médicalement assistée provoquent une rupture dans notre culture d'aujourd'hui qui est basée sur la filiation et la famille. Procréer des enfants à partir de l'anonymat, c'est ouvrir la porte de l'histoire à une génération sans histoire.

Un (autre) argument contre les technologies hétérologues se réfère aux contributions inégales des parents. Ou bien l'enfant est apparenté à 50% au père. Cette disparité peut être à l'origine de graves problèmes psychologiques dans le couple et qui auront, inévitablement, des retombées sur l'enfant.

¹³⁹ Le C.C.N.E. se prononce ainsi: "... ne peut être pratiquée que comme ultime indication lorsque la procréation médicalement assistée à l'intérieur du couple ne peut aboutir" (*Avis 66/98*, page 7).

¹⁴⁰ Voir section 3.1.1.5.1.1.

¹⁴¹ Dans son *Avis 3. 60*, le C.C.N.E. écrit, au sujet de l'ensemble des techniques de la P.M.A. hétérologue: "Tant que le don de sperme ou d'ovocyte, fécondation in vitro, implantation sont reliés au traitement direct de la stérilité d'un couple, les règles éthiques sont celles de toute thérapeutique. Elles impliquent essentiellement des garanties techniques, et se règlent entre le médecin et ses patients. Apparemment le médecin fait tout ce qu'il faut faire, avec pour seule limite, l'intérêt de ses patients". Abstraction faite de ce qu'elle défend une conception plus large de l'indication médicale, la C.N.E. ne peut qu'approuver cette prise de position.

¹⁴² Ce pluriel n'exclut pas que, selon la majorité des membres de la C.N.E. une femme isolée doit avoir sa chance.

d'insémination artificielle avec donneur. Au cas où les postulants ne constituent pas un couple marié, le conjoint atteste qu'il reconnaîtra l'enfant issu de l'insémination.

L'un des membres de la commission résume ainsi l'essentiel de cette position : “ Le don de sperme peut être pour des couples¹⁴³ dont le mari est infertile la solution espérée. Il ne faudrait pas la leur refuser. Mais il ne faudra donner l'accord qu'après un consentement très éclairé. Il faudra, par ailleurs, se donner du temps et attirer l'attention du couple sur toutes les conséquences, sur toutes les difficultés possibles ”.

Second problème

Les membres de la C.N.E. jugent que, nonobstant l'ensemble complexe de relations entre conjoints, enfant, médecin, donneur qu'elle génère- susceptible, dans certaines circonstances au moins, de donner lieu à des tensions entre les personnes concernées- l'insémination artificielle avec donneur est acceptable d'un point de vue éthique si toutefois les conditions que voici sont satisfaites¹⁴⁴.

- *Le don de sperme est anonyme.* L'anonymat du don protège à la fois l'enfant, le donneur et la famille sociale. Afin que le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques soit respecté, l'anonymat du donneur est, toutefois, modulé de l'une des manières que nous avons proposées dans notre Avis I 2000¹⁴⁵. A la section 3.1.2.2.3.3.1. du présent Avis, nous reformulons cette proposition.
- *La filiation de l'enfant est garantie par la législation en vigueur.* Au chapitre 4 du présent Avis, consacré aux problèmes juridiques, nous revenons sur ce sujet¹⁴⁶.
- *Quelles que soient les dispositions adoptées, des mesures légales doivent être prises pour écarter tout risque de chantage soit à l'égard des parents biologiques, soit à l'égard des parents légaux, soit encore à l'égard des enfants.* Toute demande en aliments ou en succession à l'égard des parents biologiques (mais non légaux) doit être exclue par des dispositions légales¹⁴⁷.

¹⁴³ Cette prise de position n'exclut pas l'extension du bénéfice de la méthode par delà le cas de figure des couples stables, hétérosexuels mariés ou non, recommandée par une majorité de membres de la C.N.E.

¹⁴⁴ Plusieurs membres relèvent que le problème est surtout juridique. “ C'est d'un point de vue juridique que l'imbroglio doit être résolu”.

¹⁴⁵ Avis 1/2000, *Le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques*, dans Les Cahiers de la C.N.E. – Avis de la C.N.E., Publications du Centre Universitaire du Luxembourg, Luxembourg, 2000

¹⁴⁶ Voir chapitre 4 du présent Avis.

¹⁴⁷ Ce passage est repris de notre Avis I.2000, section 3.2.3.3.2., page 53 de la version imprimée.

3.1.2.2. La fécondation in vitro (F.I.V., F.I.V.E.T.E.)

Rappelons que la fécondation in vitro “ consiste à prélever des ovules (ovocytes) qui sont inséminés et cultivés in vitro (c’est à dire en dehors de l’organisme) pendant quelques jours. Devenus embryons de quelques cellules, ils seront insérés dans l’utérus par voie vaginale, avec l’espoir que l’un d’eux, au moins, parviendra à s’y implanter ”¹⁴⁸.

3.1.2.2.1. Problèmes éthiques communs à la F.I.V. homologue et à la F.I.V. hétérologue

Ces problèmes concernent notamment :

- La gestion des risques courus par la patiente (1),
- L’âge des bénéficiaires de la F.I.V. Le problème de la fécondation post-ménopausique (2).
- Une éventuelle réduction embryonnaire (3),
- Le diagnostic préimplantatoire et prénatal (4),
- Le sort des embryons surnuméraires
 - ◆ Le statut des embryons (5),
 - ◆ L’utilisation des embryons non implantés dans le cadre d’un projet parental (6)
 - Le don d’embryons (6.1.),
 - La recherche sur les embryons (6.2.),
 - La durée de conservation et la destruction des embryons surnuméraires (6.3.).

Le problème 2 (commun à toutes les figures de la P.M.A.) a été abordé à la section 3.1.1.6.2.5.1. Les problèmes 1, 3, et 6.1. sont discutés dans le présent chapitre. Les problèmes 4. 5. 6.2. et 6.3. sont abordés au chapitre 3.1.3.2.

¹⁴⁸ *Les mots de la bioéthique*, p.240

3.1.2.2.1.1. La gestion des risques courus par la patiente

Cette gestion soulève, de toute évidence, des problèmes *d'ordre médical et déontologique*. Elle sera assumée par l'équipe médicale dans sa relation thérapeutique avec la patiente.

La gestion des risques de la patiente soulève bien entendu *aussi des questions de nature éthique*, dans la mesure où elle concerne le bien être d'une femme et celui de l'enfant qu'elle va mettre au monde. Les problèmes éthiques de ce type sont toutefois si intimement liés aux problèmes médicaux et au contexte des soins médicaux qu'il ne serait pas indiqué de prétendre les résoudre en dehors du contexte de la relation thérapeutique entre l'équipe médicale et la patiente.

3.1.2.2.1.2 Les réductions embryonnaires

3.1.2.2.1.2.1. La “réduction embryonnaire” consiste à “diminuer in utero”, au cours d'une grossesse multiple, le nombre d'embryons ou de foetus¹⁴⁹. Elle est pratiquée dans le but d'améliorer le pronostic de développement des embryons ou foetus survivants. Cette pratique est un pis-aller auquel on a recours lorsque les efforts entrepris - dans le contexte de la P.M.A. - en vue de limiter les grossesses évolutives à des grossesses simples ou gémellaires ont échoué.

La nécessité d'une réduction embryonnaire est devenue plus rare en F.I.V., dans la mesure où, vu la limitation du transfert à trois embryons, elle donne lieu plus rarement à des grossesses multiples de haut rang. Même pour les triplés, il y a une nette amélioration des soins prénataux et néonataux. Les chances de survie des enfants hypotrophes et des grands prématurés sont bien meilleures aujourd'hui.

Il en est autrement de la stimulation conventionnelle et de ses dérapages thérapeutiques. Cette méthode de P.M.A. est, aujourd'hui, la cause essentielle des grossesses multiples de haut rang et elle est demandeuse de réduction embryonnaire en cas de quadruplés ou de grossesses multiples de rang plus élevé. Les risques gravidiques et psychologiques ne sont pas négligeables et méritent d'être considérés avec soin.

En tout cas, le rôle du médecin consiste à évaluer le risque de grossesse multiple et d'en informer la patiente. La surveillance médicale (par échographie et dosages hormonaux) de l'induction de l'ovulation permet au mieux de limiter les risques de grossesse multiple. Les risques les plus importants existent lors d'une stimulation de l'ovulation opérée *sans* surveillance précise.

¹⁴⁹ Marie-Hélène Parizeau, “Réduction embryonnaire”, dans *Les Mots de la bioéthique*.

3.1.2.2.1.2.2. Dans une *optique éthique*, la réduction embryonnaire, qui correspond à une interruption volontaire de la grossesse, soulève les problèmes liés à cette dernière. ***La majorité des membres de la Commission (12 sur 14, qui ont répondu à la question) jugent qu'elle est légitime si elle est décidée par l'équipe médicale en vue du bien de la patiente et du développement normal des embryons ou fœtus qui ne sont pas sacrifiés.*** La patiente aura été dûment informée, bien entendu, des risques encourus et elle aura donné son consentement éclairé.

Plusieurs membres (2 sur 14, qui ont répondu à la question) sont opposés à la réduction embryonnaire dans la mesure où, pour des raisons éthiques, ils refusent l'interruption volontaire de grossesse¹⁵⁰.

3.1.2.2.1.3. Le sort des embryons surnuméraires. Première approche¹⁵¹. **L'utilisation des embryons non implantés dans le cadre d'un projet parental**

3.1.2.2.1.3.1. La notion de projet parental

On est convenu, notamment en France, d'appeler "projet parental" "la double volonté d'un homme et d'une femme de concevoir un enfant et de l'élever ensemble"¹⁵².

Le terme "projet parental" est utilisé couramment dans le contexte de la fécondation in vitro avec transfert d'embryons. *C'est dans ce contexte que nous l'employons ici.*

Dans le cadre de la F.I.V., le projet parental comporte en principe trois moments :

- la décision, prise par un couple¹⁵³, de concevoir un enfant en sollicitant - en raison de son infertilité¹⁵⁴- une fécondation in vitro avec transfert d'embryons,

¹⁵⁰ Plusieurs membres de la commission (2 sur quinze) sont opposés à la réduction embryonnaire. Un membre signale qu'il juge que la vie humaine est douée d'une valeur absolue et qu'il est opposé, pour cette raison, à la réduction embryonnaire. Un autre membre écrit: "La technique de la réduction embryonnaire révèle en quelque sorte l'absurdité à laquelle conduit la production d'embryons surnuméraires: en vue d'obtenir un ou deux embryons, on en vient à en détruire d'autres".

¹⁵¹ Le problème sera réabordé dans une nouvelle optique au chapitre 3.1.3.3.

¹⁵² Cette définition figure dans l'Avis 40 / 17 décembre 1993 du C.C.N.E. français intitulé *Avis sur le transfert d'embryons après décès du conjoint (ou du concubin)*, page 1.

¹⁵³ Rappelons que dans l'optique de la majorité des membres de la C.N.E., un couple d'homosexuelles et une femme isolée doivent avoir une chance.

¹⁵⁴ Rappelons que la C.:N.E. prend en considération l'infertilité, quelle qu'en soit l'étiologie.

- la maturation du projet dans la relation thérapeutique avec l'équipe médicale. Cette maturation suppose une information circonstanciée, adaptée à la situation du couple et une réflexion sérieuse de ce dernier sur la nature, les risques et, notamment, en cas d'un don de gamètes ou d'embryon (c'est à dire en cas de F.I.V. hétérologue) sur la portée et les conséquences de la démarche ainsi que sur les obligations et la responsabilité qu'elle implique de sa part.
- Le projet s'exprimera, après un délai d'attente, dans une décision (dans un acte de consentement) signé par les conjoints. Notons qu'en France la signature doit se faire devant un juge. Le projet prend ainsi un caractère plus formel.

3.1.2.2.1.3.2. L'utilisation des embryons non employés dans le cadre du projet parental

Comme l'implantation, même de plusieurs embryons, ne donne pas régulièrement lieu au développement d'une grossesse¹⁵⁵ et comme, il ne paraît pas indiqué pour des raisons médicales que - si le couple persiste dans son désir d'enfant- la femme se soumette aux inconvénients d'une nouvelle stimulation hormonale¹⁵⁶ lors d'une tentative ultérieure d'implantation d'embryons, on a développé et mis en pratique la conservation par congélation dans l'azote liquide à -196 degrés C de zygotes (embryons) provenant d'une seule stimulation ovarienne et non directement implantés.

Une forte majorité de membres de la C.N.E. (10 sur 12 lors de la plénière) jugent que la production d'embryons surnuméraires est légitime, dans une optique éthique, parce qu'elle diminue les risques de la patiente. Une minorité de membres (2 sur 12 lors de la plénière) jugent toutefois qu'en vue de ne pas avoir à détruire des embryons surnuméraires, il est indiqué de n'en créer qu'autant qu'on en plantera.

Quoi qu'il en soit, dans le contexte d'un projet parental, la congélation d'embryons peut être mise au service d'un véritable planning familial, le couple pouvant faire procéder à la création d'embryons dont il décidera la réimplantation à une date ultérieure. La congélation permet la préservation d'un certain nombre d'embryons surnuméraires qui, utilisés successivement, en plusieurs essais d'implantation, augmentent les chances de grossesse.

¹⁵⁵ Rappelons que le taux des grossesses cliniques (= évolutives) varie pour le transfert de 3 embryons entre 30,1% et 32,4% de 94-98 en F.I.V. classique, et de 29,8% à 30,2% en F.I.V.-I.C.S.I. Ce taux équivaut aux taux de grossesse naturelle qui oscille entre 30 et 35%. Lors de transfert de 4 embryons et plus les taux de grossesse ne sont pas meilleurs.

¹⁵⁶ Les risques liés à la stimulation hormonale sont brièvement abordés à la section 2.2.2. de cet Avis.

Au cas, toutefois, où la grossesse se développe lors de la première tentative d'implantation, au cas encore où le projet parental est abandonné, il faudra décider du sort des embryons surnuméraires. Or leur sort soulève un ensemble de questions éthiques. Dans la mesure où les embryons au stade de quelques cellules constituent une étape dans le développement de l'être humain¹⁵⁷, ils doivent être traités avec considération. Leur utilisation doit tenir compte de cette exigence. D'autre part, l'autonomie du couple¹⁵⁸ exige que - dans le cadre des options jugées compatibles avec la considération due aux embryons- les conjoints puissent décider de l'utilisation des embryons surnuméraires¹⁵⁹.

Dans son *Avis 60, 1998*¹⁶⁰, le C.C.N.E. français écrit : “ En cas d'abandon du projet parental du couple ou de perte de la double référence parentale (décès d'un conjoint), trois devenir sont possibles pour l'embryon conservé :

- il peut être accueilli par un couple stérile,
- il peut être détruit par arrêt de la conservation,
- il peut faire l'objet d'étude ou de recherches ”¹⁶¹.

La C.N.E. envisage les mêmes cas de figure. Le premier est discuté dans la section consacrée à la F.I.V. hétérologue¹⁶², le second et le troisième sont abordés dans le chapitre portant sur les problèmes éthiques soulevés par le statut des embryons¹⁶³.

3.1.2.2.2. Problèmes éthiques propres à la F.I.V. homologue

Abstraction faite de ce que l'intervention technique est plus complexe et que la F.I.V. comporte certains risques supplémentaires¹⁶⁴, les problèmes éthiques soulevés par la F.I.V. homologue sont similaires à ceux qui se posent à l'égard de l'I.A.C. L'enfant descend biologiquement de ses parents sociaux. Par ailleurs, la

¹⁵⁷ Les questions concernant le statut des embryons seront discutées au chapitre 3.1.3.1. de cet *Avis*.

¹⁵⁸ Une femme célibataire ou un couple d'homosexuelles –qui selon la majorité des membres de la C.N.E. devront avoir une chance d'accéder à une P.M.A- bénéficieront, plutôt d'un don d'embryons.

¹⁵⁹ En cas de décès d'un de conjoints, il est désirable,, dans une optique éthique, que le membre survivant soit consulté par écrit sur le sort réservé aux embryons surnuméraires. (La loi française de 1994 tient compte de cette exigence. Voir article L 152-4)

¹⁶⁰ *Avis 60, 1998* du C.C.N.E. *Réexamen des lois de bioéthique*, page 6

¹⁶¹ En cas de perte de la double référence parentale, le transfert d'embryons post mortem peut être envisagé dans l'optique de la majorité des membres de la C.N.E.

¹⁶² Voir section 3.1.2.2.3.

¹⁶³ Voir chapitre 3.1.3.1.

¹⁶⁴ Voir section 2.2.2.

F.I.V. homologue ne suscite aucun des complexes problèmes, liés à d'éventuels conflits d'intérêts et d'exigences, qui sont soulevés par la F.I.V. hétérologue. *Aucun des membres de la C.N.E. ne voit de problèmes majeurs à son application*¹⁶⁵.

3.1.2.2.3. Problèmes éthiques soulevés par la F.I.V. hétérologue

3.1.2.2.3.1. Survol des problèmes

Ces problèmes concernent :

- le fait que le patrimoine génétique d'une ou de plusieurs tierces personnes intervient dans la génération de l'enfant (problème 1),

Cas de figure :

- ◆ du don de spermes,
 - ◆ du don d'ovules,
 - ◆ du don de spermes et d'ovules,
 - ◆ du don d'embryon.
- Les relations complexes, génératrices de conflits virtuels d'intérêts et d'exigences (normatives et non normatives), qui se nouent, dans les différents cas de figure, entre conjoints, enfant(s), donneurs de sperme, d'ovules ou d'embryon, une éventuelle mère porteuse, les conjoints des donneurs et de la mère porteuse, le médecin, la société... (problème 2)

Cet ensemble de relations soulève, notamment, des questions éthiques concernant :

- ◆ l'anonymat du ou des donneurs,
- ◆ le droit des enfants à connaître leurs parents biologiques,

¹⁶⁵ La disposition légale française en vigueur répond à une position éthique comparable. Voir Article L.152.3. "Compte tenu des techniques médicales, les deux membres du couple peuvent décider par écrit que sera tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser leur demande parentale dans un délai de cinq ans". Notons toutefois, encore, la divergence entre la disposition française et la majorité des membres de la C.N.E. concernant les personnes susceptibles d'accéder à la P.M.A.

- ◆ la nature des données - concernant le ou les donneurs, les ou les bénéficiaires du don - qui seront conservées, les modalités de la conservation de ces données,
- ◆ la filiation des enfants,
- ◆ la protection de la famille sociale.

3.1.2.2.3.2. Le fait que le patrimoine génétique d'une ou de plusieurs tierces personnes intervient dans la génération de l'enfant (problème 1)

3.1.2.2.3.2.1. Premier cas de figure. Le don de spermes

Notons, encore, que ce cas de figure est, très largement, éliminé par le recours à I.C.S.I.

Dans la mesure où - abstraction faite d'un plus haut niveau de complexité technique- le premier cas de figure est très similaire à celui de l'I.A.D., *les membres de la C.N.E. jugent (à une abstention près) que, mutatis mutandis, il suffit que les conditions mentionnées à la section 3.1.2.1.2. (problème 1) soient satisfaites pour que - si toutefois la méthode est appliquée avec doigté- elle ne soulève pas de problèmes éthiques majeurs.*

3.1.2.2.3.2.2. Deuxième cas de figure. Le don d'ovules

3.1.2.2.3.2.2.1. Note technique

Le don d'ovules constitue le cas de figure "symétrique" du don de sperme. Médicalement, il vise, en premier lieu, à pallier la stérilité féminine liée à l'absence d'ovaires fonctionnels (ménopause précoce, agénésie ou ablation chirurgicale des ovaires¹⁶⁶). Une seconde indication correspond à l'existence d'une maladie génétique grave chez la femme. Dans ce cas, une F.I.V. homologue avec D.P.I. constitue une alternative. Celle-ci permet à la patiente de transmettre son patrimoine génétique à condition qu'avant l'implantation le ou les embryons qui ont reçu le gène normal non muté soient sélectionnés.

Le don d'ovules soulève les problèmes suivants :

- Il présente des difficultés techniques en raison du caractère délicat de la conservation des ovocytes.

¹⁶⁶ Voir Fernand Leroy, article "Don d'ovule", *Les Mots de la bioéthique*.

- L'anonymat est plus difficile à garantir compte tenu de la coïncidence temporelle entre, d'une part, le prélèvement chez la donneuse et, d'autre part, la fécondation de la receveuse par le sperme du partenaire. Les différents intervenants pourraient se rencontrer au centre de P.M.A. et le couple receveur pourrait deviner par recoupements l'origine des ovules.
- Le risque médical pour la donneuse (stimulation, ponction, éventualité d'hyperstimulation...) est réel et n'est pas comparable à celui que comporte un don de sperme. En raison de ce risque, le recrutement des donneuses est limité.

3.1.2.2.3.2.2.2. L'optique éthique

Les membres de C.N.E. jugent que le recours au don d'ovules est légitime d'un point de vue éthique si, toutefois, les conditions suivantes sont satisfaites.

- La demande correspond à une indication médicale¹⁶⁷.
- Toutes les garanties techniques, notamment à l'égard des risques courus par la donneuse, sont données.
- La question de savoir s'il est indiqué de donner suite à la demande est réglée dans le contexte de la relation thérapeutique entre l'équipe médicale et la patiente / le couple.
- L'anonymat est garanti au mieux.
- Le consentement est acquis après mûre réflexion. Au cas où les postulants ne sont pas mariés, le conjoint atteste qu'il reconnaîtra l'enfant issu de la F.I.V.¹⁶⁸.

3.1.2.2.3.2.3. Troisième cas de figure. Le don de spermes et d'ovules

Ce cas de figure est (pour le moins) rare car, en général, on conseillera le recours au don d'embryons, la préparation de l'endomètre étant moins risquée que la stimulation ovarienne et les chances de grossesse étant identiques.

¹⁶⁷ Une stérilité d'origine psychologique ou sociale ne peut pas être envisagée dans ce cas.

¹⁶⁸ Ces conditions correspondent largement à celles que nous avons formulées à l'égard de l'I.A.D. et d'autres formes de la F.I.V. hétérologue. Nous les reproduisons en raison du caractère relativement délicat du don d'ovules.

3.1.2.2.3.2.4. Quatrième cas de figure. Le don d'embryons¹⁶⁹

Si l'ensemble des conditions formulées, sub 3.2.2.1.2. à l'égard de l'I.A.D., sont satisfaites¹⁷⁰, si, par les soins de l'équipe médicale, la méthode est appliquée avec tout le doigté requis et si, par ailleurs, les problèmes - juridiques pour l'essentiel - correspondant au problème 2 trouvent une solution satisfaisante, *les membres de la C.N.E, jugent que la F.I.V. hétérologue comportant un don d'embryon, peut être considérée, dans une optique éthique, comme ultime recours pour des couples qui ne peuvent pas avoir d'enfants par d'autres moyens.*

3.1.2.2.3.3. Les relations complexes, génératrices de conflits virtuels, entre conjoints, enfant(s), donneurs de sperme, d'ovules ou d'embryon, une éventuelle mère porteuse, les conjoints des donneurs et de la mère porteuse, le médecin, la société... (Problème 2)

3.1.2.2.3.3.1. Entre anonymat du donneur et droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques (Problème 2, volets 1 et 2)

3.1.2.2.3.3.1.1. L'anonymat. La protection des donneurs (Problème 2, volet 1)

L'anonymat procure une protection certaine aux donneurs. En fait, il est parfaitement légitime que ces derniers ne soient pas disposés à assumer les éventuelles conséquences patrimoniales et successorales de leur don. Le don de gamètes ou d'embryons est effectué en vue d'aider un couple stérile¹⁷¹. Il serait déplacé, dès lors, d'exposer par après les donneurs et leur famille à des contacts et relations non désirés et éventuellement à des chantages.

La levée (du moins complète) de l'anonymat des donneurs de gamètes ou d'embryons accorderait à la filiation biologique une importance excessive par rapport à la filiation sociale et notamment affective. Cette dernière constitue pour l'enfant un garant de la préservation de son équilibre psychique.

¹⁶⁹ Un nombre très considérable d'embryons difficile à évaluer, est conservé dans les banques d'embryons. En France 75% des embryons sont réclamés par leurs parents, 15% sont destinés à des dons, 10% vont à la recherche.

¹⁷⁰ le terme F.I.V. se substituant, bien entendu, au terme insémination artificielle

¹⁷¹ Ou aussi, le cas échéant, dans l'optique de la majorité des membres de la C.N.E., un couple de lesbiennes ou une femme isolée

3.1.2.2.3.3.1.2. Le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques (Problème 2, volet 2)

Tout comme il est légitime que le donneur de gamètes ou d'embryons soit protégé, il est légitime que l'enfant, issu d'une P.M.A. hétérologue ne soit pas coupé de ses racines, notamment biologiques.

Un enfant a le droit¹⁷² d'accéder, *pour le moins*, à des informations "non identifiantes" concernant ses parents biologiques et à certaines informations relatives à l'horizon géographique et culturel dont il est issu. Dans *l'Avis 1. 2000 concernant le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques, une majorité de membres de la C.N.E. va plus loin et juge qu'il faudrait autoriser l'enfant, dans certaines conditions définies*¹⁷³, à accéder à des données concernant l'identité du ou des donneurs¹⁷⁴.

L'accès à ces données ne doit, toutefois, léser ni les intérêts du donneur ni ceux de la famille sociale.

3.1.2.2.3.3.2.A la recherche d'un équilibre entre plusieurs exigences normatives¹⁷⁵ et un ensemble d'intérêts pouvant entrer en conflit, la C.N.E. *exclut deux cas de figure*. Elle exclut autant l'anonymat absolu du ou des donneurs (cas de figure 1) (incompatible avec les droits de l'enfant) que l'abandon complet de l'anonymat (cas de figure 2) (qui risquerait de mettre en question tant les intérêts des donneurs que la stabilité de la famille sociale)¹⁷⁶.

3.1.2.2.3.3.2.1. La C.N.E. discute trois dispositions médianes^{177/178}

- **Disposition médiane DM 1**

Le législateur pourrait opter en faveur d'une réglementation comparable à celle qui est, actuellement, en vigueur en Suède. Lorsqu'il a atteint une "maturité suffisante"¹⁷⁹, l'enfant peut obtenir des informations sur l'identité du donneur¹⁸⁰.

¹⁷² Voir *Avis 1.2000*, où nous explicitons cette notion

¹⁷³ spécifiées plus bas dans le contexte de la discussion de trois dispositions médianes

¹⁷⁴ A la section 3.1.2.2.3.3.2.1. du présent Avis nous nous rendons compte de la prise de position actuelle des membres de la C.N.E.

¹⁷⁵ Voir *Avis 1.2000*

¹⁷⁶ *Avis 1. 2000, concernant les droits de l'enfant à connaître ses parents biologiques*, section 3.2.3., pages 43-44

¹⁷⁷ *Avis 1.2000 concernant les droits de l'enfant à connaître ses parents biologiques*, section 3.2.3. pages 45-46

¹⁷⁸ Les argumentaires explicitant le pour et le contre de chacune des dispositions médianes examinées figurent aux pages 43-50.

¹⁷⁹ Cette notion devrait, en tout état de cause, être explicitée.

¹⁸⁰ Plus exactement la loi (suédoise) N° 660 du 18 mai 1995 prévoit :

- **Disposition médiane DM 2**

Au lieu d'adopter la politique de grande franchise pour laquelle la Suède, notamment, a opté, le législateur pourrait prévoir plus modestement :

- ◆ que des informations “non identifiantes” portant sur la constitution physique et psychique du ou des donneur(s) ainsi que sur ses (leurs) racines sociales et culturelles soient conservées et
- ◆ que ces informations soient communiquées à l'enfant, dans des conditions à définir, lorsqu'il dispose d'une maturité suffisante.

- **Disposition médiane DM 3**

D'après cette disposition, l'application de DM 2 correspondra à la règle. Si toutefois le donneur, la donneuse ou les donneurs de gamètes ou d'embryons marquent préalablement leur accord, l'enfant engendré par P.M.A. pourra accéder à des données concernant l'identité du ou des donneurs.

A la suite du débat¹⁸¹, 9 membres de la C.N.E. optent en 2000 pour la disposition médiane DM 3. Deux membres qui ont opté pour la solution médiane DM1 sont disposés à se rallier à DM 3 si tant est que le choix des décideurs s'oriente vers cette dernière. DM 3 constitue, à leurs yeux, un choix alternatif acceptable.

Lors des débats menant à la rédaction du présent Avis, treize membres se prononcent en faveur de la disposition médiane 3, deux en faveur de la disposition médiane 1.

-
- que les parents doivent informer l'enfant sur la nature de son origine (l'insémination artificielle dans le contexte de la loi en question),
 - que dès que l'enfant a atteint “une maturité suffisante” - ce dont l'hôpital et un travailleur social doivent décider - il a le droit de connaître l'identité du donneur,
 - que l'enfant a, par ailleurs, le droit d'avoir accès au dossier et, par ailleurs, de prendre contact avec le donneur si, toutefois, celui-ci manifeste son accord
 - que personne d'autre n'a ce droit, pas même les parents sociaux de l'enfant,
 - que l'information doit être conservée pendant 70 ans au moins, pour que l'enfant, devenu adulte, puisse avoir accès aux informations désirées,
 - que la filiation du père social est irrémédiablement établie
 - que l'établissement de liens de filiation entre l'enfant et le donneur est exclu, de même que des droits en succession et en aliments à l'égard du donneur.

¹⁸¹ Ce débat est documenté à la section 3.2.3.3. de l'Avis 1.2000.

3.1.2.2.3.3.2.2. La conservation des données saisies lors de la naissance de l'enfant (problème 2, volet 3)

3.1.2.2.3.3.2.2.1. La nature des données à préserver

Les membres de la C.N.E. admettent que (pour le moins) des informations génétiques et pathologiques, accessibles aux médecins traitants, doivent être préservées. L'enfant doit avoir le droit d'y accéder lorsqu'il a atteint un degré suffisant de maturité ou la majorité¹⁸².

Une nette majorité des membres de la C.N.E. (12 sur 15) jugent, par ailleurs, dans l'Avis 1.2000 (et confirment ici cette prise de position) que, dans tous les cas, des informations portant sur l'identité des donneurs de gamètes ou d'embryon doivent être conservées¹⁸³.

Notons que d'après un document émanant du Ministère de la Santé canadien¹⁸⁴, les données suivantes devraient être préservées dans un registre des donneurs.

- l'identité de tous les donneurs de sperme, d'ovules et d'embryons dont les gamètes ou les embryons sont utilisés dans le cadre de la procréation assistée, ainsi que celle des receveurs de gamètes ou d'embryons et des tous les enfants ainsi produits,
- des renseignements non signalétiques sur les donneurs y compris des renseignements médicaux et sociaux, comme les antécédents médicaux, l'origine ethnique, la scolarité, la religion etc,
- le nombre des enfants issus d'un même donneur de gamètes ou d'embryons.

3.1.2.2.3.3.2.2.2. Les modalités de la conservation des données

Dans son Avis 1.2000, les membres de la C.N.E. sont par ailleurs tombés d'accord sur les points suivants (et confirment ici cette prise de position) :

Si tant est que - ce que la majorité d'entre eux désire - des données " identifiantes " doivent être saisies,

¹⁸² La C.N.E reprend ici une prise de position figurant dans son Avis 1.2000 (section 3.2.3.3.2. page 53 de la version imprimée)

¹⁸³ Avis I.2000, section 3.2.3.3.3.4.1., page 56 de la version imprimée.

¹⁸⁴ *Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique*, Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1996, page 37.

- la saisie de ces dernières doit être opérée par une personne investie à cet effet par la loi,
- les données “identifiantes” doivent être conservées par une instance officielle.

3.1.2.2.3.3.2.3. Garantir un statut légal sûr à l’enfant (Problème 2, volet 4)

Dans le cadre de la F.I.V. hétérologue, une pluralité de personnes sont, à titre divers, les parents sociaux (et) ou biologiques de l’enfant : les parents sociaux dont l’un au moins peut être, aussi, parent biologique, les donneurs de spermatozoïdes ou d’ovules, les donneurs d’embryons¹⁸⁵. La situation se complique du fait que les parents sociaux, dont l’un peut être parent biologique, pourront être mariés ou ne plus l’être au moment de la naissance de l’enfant, vivre en union libre ou s’être séparés lorsque l’enfant voit le jour. Une majorité de membres de la C.N.E. juge par ailleurs qu’il faudrait laisser une chance à un couple d’homosexuelles, à une femme isolée.

En raison de la multiplicité des cas de figures et situations possibles, en raison surtout de l’orientation vers une complexité croissante de la société contemporaine, il est loin d’être certain a priori que les enfants à naître par procréation médicalement assistée disposent tous d’un statut légal qui ne puisse être contesté d’une manière ou d’une autre. ***Le problème à résoudre est de nature juridique. Nous l’aborderons dans la quatrième partie de cet Avis. Est éthique toutefois l’exigence que, sans discrimination et sans créer de laissés pour compte, un statut sûr soit accordé à tous les enfants issus de la procréation médicalement assistée.***

3.1.2.2.3.3.2.4. Protéger l’enfant, la famille sociale, les donneurs contre toute sorte de chantage (Problème 2, volet 5)

Les membres de la C.N.E. jugent que, quelles que soient les dispositions adoptées, dans une optique éthique il importe que des mesures légales soient prises pour écarter tout risque de chantage, soit à l’égard des parents biologiques, soit à l’égard des parents légaux, soit encore à l’égard des enfants. Toute demande en aliments ou en succession à l’égard des parents biologiques (mais non légaux) doit être exclue par des dispositions légales. D’autre part, il doit être exclu qu’un

¹⁸⁵ Nous faisons abstraction ici du cas de figure de la substitution de mère qui, en raison des différentes modalités possibles, peut tantôt appartenir à l’insémination artificielle, tantôt à la F.I.V. Nous le discuterons séparément à la section 3.2.2.3.

*enfant intente un procès aux donneurs de gamètes ou d'embryon en raison de faits qui ont trait à sa naissance... dans un contexte de P.M.A.*¹⁸⁶.

3.1.2.3. Un cas de figure participant de l'insémination artificielle et de la F.I.V. La substitution de mère

Rappelons que “ la procédure de la maternité de substitution consiste, pour une femme, à accepter de porter un enfant pour un couple¹⁸⁷” “ enfant qu'elle s'engage à abandonner à la naissance afin d'en permettre l'adoption par la femme stérile ”¹⁸⁸.

3.1.2.3.1. Argumentaires

3.1.2.3.1.1. Arguments invoqués en faveur de la méthode de substitution de mère

- Pour certaines femmes le recours à la méthode dite du “ prêt d'utérus ” peut être le seul moyen d'avoir un enfant dont elles soient, biologiquement, la mère. Pour cette raison, notamment, dans son Avis intitulé In Vitro fertilization (IVF), le Health Council néerlandais recommande d'autoriser conditionnellement le cas de figure dans lequel les deux parents sociaux sont aussi les parents biologiques de l'enfant¹⁸⁹.
- Certains protagonistes de la méthode de substitution de la mère avancent l'argument selon lequel cette dernière constitue un cas de “ maternité pour autrui à caractère altruiste ”¹⁹⁰.

¹⁸⁶ Nous voudrions répéter que le don de sperme doit être soumis à des conditions médicales strictes. Nous n'excluons pas qu'il puisse y avoir des responsables d'un éventuel non- respect de ces conditions.

¹⁸⁷ Gibert Hottois et Marie-Hélène Parizeau, *Les Mots de la bioéthique*, Bruxelles : De Boeck Université, 1993, page 19

¹⁸⁸ Ibidem, page 267

¹⁸⁹ (Dutch) Health Council: Committee on In vitro fertilization, *In vitro fertilization*, 1997/03 E, page 15

¹⁹⁰ En 1990, Le rapport Sérusclat sur les sciences de la vie et les droits de l'homme remarquait que “dans (une) affaire tranchée par la cour de cassation française, la démarche de la mère porteuse était totalement altruiste. La femme en question était une enfant adoptée qui souhaitait rendre à la société, en donnant à un couple la possibilité d'avoir un enfant, le bienfait qu'elle avait elle-même reçu”. (*Bouleversement sans contrôle ou législation à la française? T. 1. Questions- clefs et réponses contradictoires, fascicule no. 2: Les procréations médicalement assistées*, Assemblée nationale, Sénat, 1990, p. 63).

3.1.2.3.1.2. Arguments invoqués en défaveur de la méthode de substitution de mère

Qu'on adopte l'optique des droits de l'homme, une optique conséquentialiste ou encore une optique centrée, surtout, sur la cohérence éthique et légale des choix antérieurs de la société, de nombreux et puissants arguments parlent en défaveur de la méthode de substitution de mère.

- La pratique du prêt d'utérus est *incompatible avec la dignité* de la mère porteuse et avec *les intérêts de l'enfant*.
 - ◆ La pratique implique le risque d'une exploitation injustifiable des mères porteuses qui se recrutent, sans doute, quasi exclusivement dans des milieux pauvres.
 - ◆ La pratique risque d'aboutir, de manière voilée, à une commercialisation des fonctions biologiques de la mère porteuse ravalée au rang de couveuse.
 - ◆ La mère porteuse renonce à la libre disposition de son corps.
 - ◆ Les droits et intérêts de l'enfant ne sont pas sérieusement pris en compte. L'enfant risque d'être la victime, notamment, de conflits entre la mère porteuse et les parents sociaux. (Voir plus bas). Il souffrira du fait que femme qui l'a porté - sa mère biologique dans un cas de figure - l'a mis au monde pour l'abandonner tout de suite.
- En suscitant de nombreux conflits virtuels, la pratique de la substitution de mère de substitution risque de créer bien plus de problèmes qu'elles ne pourrait en résoudre. Même en l'absence de conflits, les aléas imprévisibles de la situation risquent d'avoir des conséquences douloureuses pour l'enfant.
 - ◆ Il se peut que la mère porteuse désire conserver l'enfant -surtout si elle en est la mère génétique- ou que la famille d'accueil le refuse. En cas de malformation, l'enfant risque d'être rejeté par tous. La mère porteuse pourra refuser, par ailleurs, de se désintéresser de l'avenir de l'enfant, même abandonné, et prétendre " manifester sa présence aux parents d'accueil " ¹⁹¹. La stabilité de la famille sociale risque d'être compromise.

¹⁹¹ Avis 3, 1983 du C.C.N.E., *Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle*, pages 12 et suivantes

- ◆ Même en l'absence de conflits entre la mère porteuse et la famille d'accueil (virtuelle), il se peut que cette dernière se soit désunie au moment de la naissance de l'enfant, il se peut que l'un des conjoints soit décédé ou encore qu'en raison des circonstances, la famille d'accueil ne soit plus en mesure de nourrir un enfant. L'enfant sera la victime de ces circonstances.
- Dans l'optique du droit, le contrat de substitution, qui porte à la fois sur le corps de la mère porteuse et sur celui de l'enfant est nul, parce que contraire à l'ordre public, le corps humain étant indisponible.

Quelle qualification juridique peut-on donner, par ailleurs, à ce genre de contrat ?

- ◆ S'agit-il d'un contrat de vente ? Or une vente d'enfants est illégale, car l'enfant n'est pas un bien pouvant être l'objet de transactions commerciales.
- ◆ S'agit-il d'un contrat de louage de services ? La location d'un corps humain est interdite
- ◆ De toute façon ce contrat serait incompatible avec la Convention de biomédecine que la C.N.E. a recommandé aux pouvoirs de ratifier.

3.1.2.3.1.3. Le débat de la C.N.E.

Dans la mesure où la pratique de la substitution de mère risque d'être à la fois incompatible avec la dignité de la mère porteuse et avec les intérêts de l'enfant, dans la mesure où elle suscite de nombreux conflits réels ou virtuels, dans la mesure encore où elle soulèverait des problèmes juridiques difficiles à résoudre, *les membres de la C.N.E. jugent que, dans une optique éthique, cette pratique n'est pas indiquée.*

3.1.3. Troisième section centrale de la troisième partie. Problèmes éthiques liés au statut des embryons.

3.1.3.0. Relevé des problèmes

Les problèmes débattus par la C.N.E. portent sur :

- le statut des embryons (section 3.1.3.1.),
- le diagnostic préimplantatoire (D.P.I) et le diagnostic prénatal (D.P.N.) (section 3.1.3.2.),
- le sort des embryons surnuméraires, la recherche portant sur les embryons surnuméraires, la destruction de certains embryons surnuméraires (section 3.1.3.3.),
- la création d'embryons en vue de la recherche (section 3.1.3.4.)¹⁹².

3.1.3.1. Le statut des embryons. Approche méthodologique et consensus limité

Dans son Avis 1/1999 concernant la *Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine* la C.N.E. avait abordé une approche méthodologique modeste qu'elle maintient dans le présent Avis.

L'attribution d'un statut moral au préembryon, à l'embryon au sens restreint de ce terme, au fœtus enfin¹⁹³ repose *communément* sur des présupposés métaphysiques, ontologiques ou religieux. Le découpage des dates à partir desquelles, d'après différents auteurs, l'embryon doit bénéficier d'une protection radicale ou relative est du moins largement fonction de ces présupposés. Or en raison de la divergence des conceptions philosophiques et des traditions culturelles, il n'est pas possible, dans un débat pluriculturel¹⁹⁴, d'aboutir à un

¹⁹² La C.N.E. décida de discuter dans un Avis distinct les problèmes concernant le clonage thérapeutique auxquels elle avait, à l'origine, consacré un chapitre de cet Avis.

¹⁹³ Dans l'évolution de l'oeuf fécondé, on distingue souvent trois phases: de la fécondation à l'implantation (quatorzième jour) on parle du préembryon, puis la période embryonnaire s'étend jusqu'à la huitième semaine de grossesse (début de la formation des principaux organes), alors que, jusqu'à la naissance, l'être humain en formation porte le nom de fœtus. Les deux premières phases sont encore appelées zygote. Mais souvent le terme embryon désigne l'ensemble des trois périodes.

¹⁹⁴ Une société peut être pluriculturelle dans deux optiques au moins : elle peut l'être d'une part si, à la suite éventuellement de l'immigration, des groupes de traditions culturelles différentes cohabitent dans un même pays ou dans une même région ; elle peut l'être d'autre part si, à la suite d'un processus historique complexe, des clivages et orientations culturels différents se développent, s'opposent, s'interpénètrent. Au premier de ces deux sens, la France est pluriculturelle en raison de la présence d'une forte minorité musulmane. Au second sens, nos sociétés

consensus au sujet de ces présupposés. Peu importe, d'ailleurs, que ce débat soit international ou national. Les sociétés nationales tendent, en effet, à devenir, à leur tour, pluriculturelles.

*Tel étant le cas, la C.N.E. opte pour une démarche modeste. En dépit du caractère éminemment respectable des convictions philosophiques et religieuses en présence, la Commission en fera abstraction dans ses conclusions*¹⁹⁵.

En explorant leur horizon normatif commun, les membres de la C.N.E. n'en aboutissent pas moins à un certain nombre de prises de position consensuelles.

D'une part ils admettent tous que l'embryon mérite de la considération dans la totalité des stades de son développement. Tous ces stades constituent en effet des moments dans le développement de l'être humain. D'autre part, en explorant leur horizon normatif, ils se mettent d'accord sur un certain nombre de questions normatives concrètes concernant tant les diagnostics préimplantatoires et

sont pluriculturelles dans la mesure où des traditions chrétiennes, laïques, conservatrices ou progressistes... rendent de plus en plus complexe notre horizon culturel et, notamment, normatif. Dans ce sens, chacun d'entre nous participe à une pluralité de cultures. La pluriculturalité commence dans nos propres têtes.

¹⁹⁵ Il n'en est pas moins intéressant et important de connaître les conceptions majeures concernant le statut moral de l'embryon.

Trois orientations philosophiques majeures se dégagent des discussions controversées. La première préconise la personnification immédiate dès la fécondation; la deuxième situe cette personnification à la naissance ou même après, lorsqu'une vie indépendante et des relations humaines sont possibles; la troisième, voie médiane, recommande une reconnaissance progressive (ordinairement à partir de la nidation, 14^{ème} jour après la fécondation) du statut de l'embryon et de son droit à la protection.

La première position est celle des différentes religions (catholique, orthodoxe, islamique) et de la conception philosophique dite substantialiste. Pour ces orientations, la vie de tout homme est sacrée et inviolable à tout moment de son existence, y compris la phase initiale qui débute avec la fécondation. Seule une intervention thérapeutique dont l'objectif est la guérison de diverses maladies qui ne menace pas la vie et la santé de l'embryon est autorisée (d'après A. Colombo, Milan).

Par contre, pour la position dite positiviste laïque, l'embryon n'est qu'une simple entité biologique, un ensemble de cellules dotées de certaines propriétés chimiques et biologiques. Toutes les opérations médicales et scientifiques sur l'embryon sont donc permises, dès la conception, et des problèmes éthiques particuliers ne se posent pas à cet égard (voir G. Lienard et F. Demeyere de l'Union Internationale humaniste et laïque).

En revanche, pour la position gradualiste, la dignité et la valeur humaine doivent être accordées à l'embryon dès le moment où il y a la capacité de devenir, et ceci surtout à partir de la nidation (14^{ème} jour après la fécondation). Même, avant ce moment, il a droit à une certaine protection. Mais, à partir de la 20^{ème} semaine où il commence à ressentir de la douleur, il devrait être entièrement protégé. Dans cette optique certaines recherches sont donc acceptables jusqu'à deux semaines après la fécondation et même après, mais sous conditions très strictes. À cet égard différentes positions ont été présentées par R. H. Green et W. Lang qui se place au niveau pratique où la définition du statut de l'embryon ne s'impose pas toujours (voir la documentation remise pour la séance du 24.03.99). Même le groupe de travail créé pour la Commission Européenne constate dans son rapport de 1992 que " les points de vues sont fondamentalement différents et l'on voit mal comment, étant si extrêmes, ils pourraient se concilier ". Certes, le rapport explicatif à la convention constate à la page 8 qu'il " est un principe généralement accepté selon lequel la dignité humaine et l'identité de l'espèce humaine doivent être respectées dès le commencement de la vie ", mais le " Groupe européen d'éthique des sciences " constate dans son avis du 23.11.98 que " force est de constater qu'il n'existe, en effet, aucune définition consensuelle ni scientifique, ni juridique, du début de la vie ". La même constatation concerne une définition adéquate de l'embryon.

Les pays signataires n'ont donc pas pu trancher la question de l'admissibilité de la recherche sur l'embryon et qu'ils ont renvoyé aux lois des Etats le soin de statuer sur cette question (rapport explicatif p.7)

En tout cas, pour les raisons indiquées, il semble impossible d'obtenir un consensus sur le statut moral de l'embryon.

prénataux que la recherche sur l'embryon la manipulation génétique de l'embryon. A d'autres égards, ils ne peuvent que constater des divergences entre leurs attitudes normatives.

3.1.3.2. En connexion avec les problèmes concernant le statut des embryons : Le diagnostic préimplantatoire (D.P.I.) et le diagnostic prénatal (D.P.N.)

3.1.3.2.1. Le diagnostic préimplantatoire. Un rappel

Rappelons que le diagnostic préimplantatoire est une technique qui combine le diagnostic génétique et les techniques de la procréation médicalement assistée¹⁹⁶. *C'est en raison de ses liens étroits avec les techniques de la P.M.A. qu'il nous intéresse ici.*

Concrètement la technique du D.P.I. est aujourd'hui la suivante : on prélève une ou deux cellules d'un oeuf segmenté âgé de trois à six jours, obtenu par fécondation *in vitro*, ces cellules seront analysées soit par une technique de cytogénétique moléculaire pour dénombrer le nombre de chromosomes, soit par une technique de biologie moléculaire pour étudier le gène recherché, et on ne réimplante dans l'utérus que les embryons indemnes de l'affection¹⁹⁷.

3.1.3.2.2. L'optique éthique

Dans une optique éthique, le diagnostic préimplantatoire est prometteur.

- L'application, dans certaines conditions définies, d'un D.P.I. peut contribuer sérieusement à faire reculer la souffrance humaine résultant de certaines maladies génétiques. Elle prévient tant la souffrance de l'enfant que celle des parents. Elle est, par ailleurs, dans l'intérêt de la société¹⁹⁸.
- La sélection, avant implantation, des embryons indemnes (voir plus bas) peut éviter qu'ultérieurement le couple ne soit confronté, à la suite d'un D.P.N., à la douloureuse et difficile décision de procéder, éventuellement, à une interruption volontaire de la grossesse¹⁹⁹.

¹⁹⁶ Voir par exemple Health Council of the Netherlands, *IVF-related research*, Rijswijk, 1998, page 9

¹⁹⁷ R. Frydman, "L'oeuf humain: diagnostic pré-implantatoire et recherche", Référence, ... Voir aussi *IVF – related research*, pages 17 ss.

¹⁹⁸ Elle l'est dans la mesure où elle réduit le nombre d'enfants gravement handicapés qui posent, aussi, de sérieux problèmes à la société

¹⁹⁹ Voir toutefois la note complémentaire, à la fin de cette section.

Il faut se rendre compte , toutefois, que le D.P.I. n'est pas encore complètement sorti du stade de la recherche²⁰⁰. Actuellement la fiabilité ("reliability") des techniques de D.P.I. n'est pas complètement assurée²⁰¹ et, par ailleurs, le nombre des enfants nés à la suite de l'application de ces techniques est encore trop réduit pour qu'il existe des enquêtes concluantes sur d'éventuelles conséquences négatives²⁰².

Dans ce contexte, les membres de la C.N.E. jugent que l'application des techniques de D.P.I. est acceptable dans une optique éthique si, toutefois, les conditions suivantes sont respectées.

- Dans la mesure où le D.P.I. n'est pas complètement sorti du stade de la recherche, il faut que la pratique de cette technique (ou des différentes techniques de D.P.I.) soit réservée à des équipes agréées dont l'action est soumise ex ante à un comité de recherche.
- Tant du moins que le stade de la recherche n'est pas dépassé, le D.P.I. ne sera réalisé qu'en cas d'un risque accru de transmission d'une anomalie génétique,
 - ◆ soit que les parents présentent, individuellement, un risque accru,
 - dans ce cas de figure ne seront pas implantés les embryons dont on sait avec certitude qu'ils seront touchés,
 - en fonction de la grandeur du risque de transmission, variable de maladie en maladie²⁰³, l'équipe jugera, en discussion avec les parents, si des embryons porteurs de la maladie seront ou ne seront pas implantés,

²⁰⁰ "In the first place, it is relevant that the three types of P.D.G. discussed are considered as still being on the medical research stage" Health Council of the Netherlands, *IVF-related research*, Rijswijk, 1998, page 31

²⁰¹ Ibidem, page 22

²⁰² Ibidem, page 24

²⁰³ Dans IVH-related research, le Health Council of the Netherlands fait le commentaire suivant: "The Committee believes it is relevant to make a distinction on this point between the carrier status of various types of recessive hereditary conditions..."

- Carrier status of an autosomal recessive hereditary condition (e.g. cystic fibrosis)
- Carrier status of a sex-linked recessive hereditary condition (e.g. Duchenne's disease).
- The likelihood of the children of carriers in the first group developing the disease is small (less than 1%), because there is only a realistic likelihood if the partner is also a carrier of mutation on the same gene. The second case involves a considerable risk of female carriers passing on the disease to their children, namely 50% for each son", page 30.

- ◆ Soit que l'équipe médicale juge qu'en raison de son âge et en raison de ses caractéristiques, la femme présente un risque accru de transmettre une maladie génétique à ses enfants²⁰⁴.
- Il n'y a pas de sélection du sexe de l'enfant.

Les membres de la C.N.E. jugent, par ailleurs, que le D.P.I. ne comporte pas de risques de dérive eugénique. L'objet du D.P.I. n'est pas d'"améliorer" l'espèce humaine. Il consiste à éliminer, par sélection, des embryons touchés par une grave maladie génétique et de faire reculer ainsi les souffrances humaines.

Remarques complémentaires

- Une fois que les techniques du D.P.I. seront sorties du stade de la recherche, il sera indiqué d'en discuter une éventuelle généralisation. La discussion portera notamment sur un équilibrage judicieux du risque de ne pas dépister, d'une part, à temps, (dans le contexte du savoir scientifique disponible) des maladies génétiques graves et, d'autre part, le risque de dérives eugéniques.
- Dans la mesure où le D.P.I. n'est pas complètement fiable, son application ne dispense pas, en principe, d'un D.P.N. La réalisation d'un D.P.I. ne met donc pas, dans tous les cas, les parents à l'abri de l'épreuve douloureuse d'un avortement thérapeutique.

3.1.3.2.3. Le D.P.N.

Rappelons que, par opposition au D.P.I., le diagnostic "prénatal" est réalisé sur une grossesse implantée, en évolution dans l'utérus.

Les membres de la C.N.E. jugent à une grande majorité qu'au cas où une maladie grave, incurable est diagnostiquée lors d'un D.P.N.²⁰⁵, l'équipe médicale décidera, en relation avec les parents, si, pour des raisons médicales ou psychologiques²⁰⁶, dans le contexte donné, un avortement thérapeutique est indiqué²⁰⁷.

²⁰⁴ Voir *I.V.F.-related research*.

²⁰⁵ Nous ne quittons pas, bien entendu, ici le contexte de la P.M.A. Un D.P.I. aura ou n'aura pas été réalisé antérieurement.

²⁰⁶ et dans le contexte de la législation en vigueur

²⁰⁷ Rappelons que plusieurs membres de la commission sont opposés, pour des raisons éthiques, à l'avortement.

3.1.3.3. Le sort des embryons surnuméraires. Deuxième volet. La recherche portant sur les embryons surnuméraires, la destruction de certains embryons surnuméraires

Quel sera le sort des embryons surnuméraires, créés dans le cadre d'un projet parental, si une grossesse se développe lors de la première tentative d'implantation, si le projet parental est abandonné ou si la double référence parentale est perdue²⁰⁸ ?

Dès la section 3.1.2.2.1.3.2., la C.N.E. envisagea les trois cas de figure suivants.

L'embryon cryoconservé :

- il peut être accueilli par un couple stérile (ou le cas échéant par une femme célibataire) (1),
- il peut faire l'objet d'études et de recherches (2),
- il peut être détruit par arrêt de conservation (3).

Ad 1 : A la section 3.1.2.2.3.2.4. la C.N.E. se prononça en faveur du don d'embryons si toutefois un certain nombre conditions sont satisfaites.

Ad 2 : Dès son *Avis 1/1999*^{209/210} la majorité des membres de la C.N.E. avaient jugé " que la recherche portant sur des embryons de ce type est licite si elle

²⁰⁸ Nous voudrions rappeler que, dans l'optique de la majorité des membres de la C.N.E. une femme célibataire devrait avoir une chance de bénéficier de la P.M.A.

²⁰⁹ *Avis 1/1999* de la C.N.E. concernant *la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie à la médecine: Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine*, Luxembourg: Publications du Centre Universitaire de Luxembourg, 1999.

²¹⁰ " D'un débat de la Commission sur les grands axes de la recherche dans ce domaine, il résulte :

- ... qu'un membre s'oppose ... à toute recherche portant sur des embryons,
- qu'à l'unanimité moins une voix les membres de la C.N.E. se prononcent contre toute recherche à but eugénique et contre la constitution d'hybrides humains/ animaux,
- à l'unanimité moins une voix ils se prononcent en faveur de l'interdiction du clonage humain reproductif,
- un membre juge que la recherche sur des embryons surnuméraires ou non produits à des fins de recherche doit avoir pour seul objet d'éviter des maladies héréditaires,
- une majorité de membres d'avis que la recherche portant sur des embryons de ce type est licite, si elle présente une finalité thérapeutique (médecine reproductive, lutte contre la transmission de maladies héréditaires notamment),
- tous les membres insistent sur l'exigence que ces recherche soient soumises aux normes- standard auxquelles doit obéir toute investigation sérieuse.

Les conditions (de la recherche sur l'embryon in vitro)

- L'unanimité des membres se fait sur les conditions de base suivantes (qui ne doivent pas être considérées isolément, mais en conjonction) :
 - épuisement du modèle animal ou non humain, nécessité de disposer d'un modèle d'embryon humain;

présente une finalité thérapeutique (médecine reproductive, lutte contre la transmission de maladies héréditaires notamment) ”. Nous reproduisons en note un extrait de cet *Avis*. ***La majorité des membres maintient la position adoptée en 1999.***

Remarquons que plusieurs membres de la C.N.E. étant opposés à la création d’embryons surnuméraires, dans leur optique la recherche, indispensable, ne peut porter que sur les embryons issus d’avortements spontanés (fausses couches).

Ad 3 : Enfin la grande majorité membres de la C.N.E. (11 sur 13 qui se sont prononcés à cet égard) jugent que si, (dans les cas de figure évoqués) à la suite d’un choix autonome, le couple en faveur duquel les embryons surnuméraires furent créés (ou le membre survivant du couple) n’en a pas décidé autrement, les embryons surnuméraires seront destinés à la recherche (à finalité thérapeutique) et non détruits. Rappelons que deux membres se prononcent, pour des raisons éthiques, contre la création d’embryons surnuméraires (Voir section 3.1.2.2.1.3.2.).

3.1.3.4. La création d’embryons en vue de la recherche

Dans son *Avis 1.1999*, la C.N.E. s’est prononcée sur cette question. Nous rappelons, en note, le passage afférent.

-
- expériences justifiées par l’amélioration de la condition humaine,
 - validité scientifique vérifiée par un comité de contrôle ,
 - libre consentement, en toute connaissance de cause, des personnes concernées (degré élevé de transparence) ,
 - rapport risque- avantage équilibré pour la future génération d’embryons,
 - pas de commercialisation des embryons, sous quelques formes que ce soit (donation altruiste),
 - accord avec la législation nationale ,
 - L’ensemble des membres se prononce, par ailleurs, en faveur de la condition suivante :
Un embryon, objet de recherches préalables, ne doit plus être implanté. L’implantation comporterait des risques inacceptables.

Plusieurs membres jugent qu’il faudrait ajouter la condition suivante :

- la recherche doit être limitée à 14 jours de vie embryonnaire.

4. Quatrième partie - Aspects juridiques

4.1. La situation juridique actuelle

La procréation médicalement assistée peut prendre différentes formes qui soulèvent des problèmes juridiques particuliers ; l'insémination artificielle au sein d'un couple hétéro- ou homosexuel ou d'une femme seule, la fécondation in vitro avec transfert ultérieur in utero au sein d'un couple ou le don de gamètes, sperme ou ovocytes, le don d'embryons ou encore le recours à une mère- porteuse.

D'une façon plus générale, la P.M.A. pose trois types de questions, la réglementation du recours aux méthodes de P.M.A., l'impact de tels procédés de procréation sur les rapports de filiation et la conformité de certaines modalités de recours à la P.M.A. avec l'ordre public.

4.1.1. Le droit luxembourgeois ne régit pas les pratiques de P.M.A., ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles doivent être considérées comme illégales.

Bien au contraire, dans le cadre du droit de la filiation, le Code civil reconnaît l'existence de certaines formes de procréation médicalement assistée, sans que le législateur n'ait pris soin d'en préciser le cadre.

4.1.2. Au niveau du droit de la filiation, les pratiques de P.M.A. soulèvent des problèmes résultant de la divergence entre la filiation biologique et la filiation juridique.

La systématique du Code civil luxembourgeois peut être résumée comme suit :

Le Code civil distingue entre le lien de maternité et le lien de paternité ainsi qu'entre la filiation légitime et la filiation naturelle.

Le Code civil part du principe que la mère d'un enfant est la femme qui a accouché. Selon une maxime ancienne, “ mater semper certa est ”.

Le lien entre accouchement et maternité a été considéré comme étant à tel point évident que le Code civil ne prend pas soin de définir le rapport juridique de maternité par rapport à l'accouchement ni d'exiger dans l'acte de naissance, l'indication que la mère a accouché de l'enfant²¹¹. Des dispositions introduites, à

²¹¹ **Article 57 du Code civil :** (L. 16 mai 1975) L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère ainsi que les lieux et leurs dates de naissance pour autant qu'ils seront connus. L'acte de naissance énoncera en outre le nom patronymique de l'enfant toutes les fois que d'après la loi nationale de l'enfant, ce nom n'est pas nécessairement celui de son auteur.

une époque plus récente, dans le code établissent toutefois un rapport entre la filiation maternelle et l'accouchement²¹². De même, les dispositions du Code pénal qui sanctionnent l'absence de déclaration du nouveau-né ou la suppression, substitution ou supposition d'enfants font référence à l'accouchement.

Dès lors, en cas de don d'ovocyte voire d'embryon, le lien juridique de maternité est établi par l'accouchement.

La “ mère juridique ” ainsi déterminée échappera à toute contestation du lien de filiation, même si le don de l'ovule ou de l'embryon est connu et même si l'identité de la donneuse ou des donneurs peut être établie.

Pour les auteurs du Code civil, le problème primordial est celui de la filiation paternelle. Encore convient-il de distinguer ici entre la filiation dite légitime et la filiation dite naturelle.

Pour les enfants légitimes, c'est-à-dire les enfants nés d'une mère mariée, la question de la paternité est réglée par l'adage ancien “ pater is est quem nuptiae demonstrant ”.

Il appartient au père ainsi désigné de renverser la présomption en déclenchant une action en désaveu²¹³ de paternité.

Or, l'article 312 du Code civil, qui pose le principe de la présomption de paternité, interdit, expressément, tout désaveu si l'enfant a été conçu par voie d'insémination artificielle, soit des œuvres du mari, soit des œuvres d'un tiers du consentement écrit du mari.

Si les père et mère de l'enfant naturel ou l'un d'eux ne sont pas désignés à l'officier de l'état civil, il ne sera fait sur les registres aucune mention à ce sujet.

(L. 20 mars 1990) Si l'acte dressé concerne un enfant naturel, l'officier de l'état civil en donnera, dans le mois, avis au juge des tutelles compétent du lieu de naissance. Si l'enfant est déclaré de père et de mère inconnus, l'avis sera donné dans les vingt-quatre heures.

²¹² **Article 341 du Code civil** : La maternité hors mariage peut être judiciairement déclarée.

L'enfant qui exerce l'action doit prouver, par tous les moyens, qu'il est celui dont la mère prétendue est accouchée.

Pendant la minorité de l'enfant l'action est intentée par son représentant légal.

Les héritiers de l'enfant peuvent suivre l'action commencée par leur auteur, à moins qu'il n'y ait eu désistement ou péremption d'instance.

L'action est exercée contre la mère ou ses héritiers ; à défaut d'héritiers ou si ceux-ci ont renoncé à la succession, contre le ministère public.

²¹³ **Article 312 du Code civil** : L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari. Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant en justice, s'il justifie de faits propres à démontrer qu'il ne peut pas en être le père.

Le désaveu n'est cependant pas recevable s'il est établi, par tous moyens de preuve, que l'enfant a été conçu par voie d'insémination artificielle, soit des œuvres du mari, soit des œuvres d'un tiers du consentement écrit du mari.

Cette disposition appelle plusieurs commentaires :

- L'insémination artificielle est envisagée par le Code civil comme méthode de procréation médicalement assistée. La question des autres modes d'assistance médicale à la procréation reste ouverte. *L'intangibilité de la paternité juridique prévue à l'article 312, ne s'applique dès lors pas lors du recours à d'autres méthodes de la P.M.A.*
- Même si le Code civil reconnaît l'existence de l'insémination artificielle des œuvres d'un donneur tiers, il ne se prononce pas sur les problèmes soulevés par cette méthode de procréation, tels que l'anonymat de ce tiers ou les droits de l'enfant de connaître son identité.
- Le législateur n'envisage le problème du lien de filiation que par rapport au père juridique qui ne peut pas invoquer sa non-paternité biologique. Pour la mère, il part du principe implicite, mais a priori intangible, que l'accouchement implique la maternité.
- La question de l'insémination artificielle est traitée dans le cadre de la filiation légitime en relation avec la présomption de paternité du mari de la mère, c'est-à-dire de la femme qui a accouché.

La filiation naturelle, c'est-à-dire la filiation hors mariage, est établie par reconnaissance, déclaration judiciaire ou décision de justice à la suite d'une action en recherche de maternité ou de paternité²¹⁴. Elle peut être établie à l'égard de la mère, du père ou des deux parents.

Le lien de filiation maternelle est fondamentalement basé sur l'accouchement, comme dans le cas de la filiation légitime (voir article 341 précité du Code civil).

²¹⁴ **Article 334 du Code civil :** La filiation naturelle est légalement établie, soit par reconnaissance volontaire, soit par déclaration judiciaire, à la suite d'une action en recherche de paternité ou de maternité.

La filiation naturelle peut aussi se trouver légalement établie par l'effet nécessaire d'un jugement, notamment à la suite d'une action en désaveu ou en contestation de légitimité.

La filiation naturelle est légalement établie à l'égard de la mère par l'acte de naissance lorsqu'elle y est désignée.

A défaut d'acte de naissance énonçant le nom de la mère, ou de reconnaissance faite par la mère, la filiation maternelle de l'enfant naturel se prouve par la possession continue de l'état d'enfant naturel.

Cette possession d'état s'établit par une réunion suffisante des faits qui indiquent le rapport de filiation entre un individu et la mère prétendue.

Les principaux de ces faits sont :

- que la mère a traité cet individu comme son enfant naturel et qu'il l'a traitée comme sa mère,
- que la mère a, en cette qualité, pourvu ou participé à son éducation, à son entretien et à son établissement,
- qu'il est reconnu pour tel dans la société et par la famille,
- que l'autorité publique le considère comme tel.

Le lien de filiation paternelle prend sa source dans un acte de volonté du père ou dans une décision de justice intervenue sur une action en recherche de paternité.

A cet égard, on peut relever que l'action en recherche de paternité est fondée sur l'existence de rapports sexuels avec la mère pendant la période de la conception, l'aveu de paternité ou le comportement “ paternel ” de l'intéressé (article 340 du Code civil)²¹⁵.

Si une action en recherche de paternité est introduite contre le “ père prétendu ”, le recours à un examen de sang ou à toute autre méthode médicale peut être ordonné par le juge pour établir la paternité ou la non-paternité du défendeur. Le “ père biologique ” d'un enfant conçu par don de sperme échappe toutefois dans ce système à toute action en recherche de paternité dès lors qu'il ne se trouve pas, en principe, dans une des situations visées à l'article 340 du Code civil: En effet, l'hypothèse des relations sexuelles avec la mère est à exclure; l'hypothèse de l'aveu de paternité ne pourrait être envisagée que si le père “ biologique ”, donateur des gamètes, venait à apprendre la vérité biologique et revendiquait sa paternité; encore l'action en établissement du lien de filiation devra-t-elle émaner de l'enfant.

Une filiation naturelle résultant d'un acte de naissance ou d'une reconnaissance peut être contestée par tout intéressé²¹⁶. La question se pose de savoir si les enfants naturels peuvent invoquer la vérité biologique pour contester le lien juridique de filiation maternelle et/ou paternelle et invoquer la “ vérité biologique ” pour faire établir un autre lien de filiation. Cette question rejoint celle évoquée précédemment.

Même si l'action en contestation de reconnaissance devait être admissible et aboutir, ce qui est loin d'être sûr, l'action ultérieure en recherche de paternité ou

²¹⁵ **Article 340 du Code civil** : La paternité hors mariage peut être judiciairement déclarée lorsqu'il est prouvé par tous les moyens, soit que le père prétendu a eu des relations sexuelles avec la mère pendant la période légale de la conception, soit qu'il a avoué expressément ou tacitement être le père de l'enfant, notamment lorsqu'il a pourvu ou participé à son entretien et à son éducation en qualité de père.

²¹⁶ **Article 339 du Code civil** : Tout intéressé peut, par tous les moyens, contester la filiation naturelle résultant d'un acte de naissance, d'une reconnaissance ou de la possession continue de l'état d'enfant naturel. L'action en contestation d'une reconnaissance est ouverte au ministère public, si des indices tirés des actes eux-mêmes rendent invraisemblables la filiation déclarée. Le droit de l'enfant de contester la reconnaissance est imprescriptible ; il en est de même pour ceux qui se prétendent les parents véritables, à moins que, dans ce cas, l'enfant n'ait une possession d'état continue et conforme de plus de dix ans. L'auteur de la reconnaissance ne peut plus la contester, si l'enfant a une possession d'état continue et conforme de plus de trois ans, depuis l'acte de reconnaissance, ni si l'enfant a atteint l'âge de six ans accomplis. L'action de tout tiers intéressé doit être intentée dans les deux ans à partir du jour où a été dressé l'acte de naissance ou de reconnaissance volontaire ou à partir du jour où l'enfant a commencé à jouir de l'état qui lui est contesté. Toutefois, le tribunal peut relever l'intéressé de la déchéance encourue lorsqu'il y a eu impossibilité matérielle ou morale d'agir dans le délai impart.

de maternité contre les parents biologiques ne peut aboutir que si les critères retenus par le Code civil sont donnés : pour la filiation maternelle, le critère reste celui de l'accouchement (article 341 du Code civil) ; pour établir la filiation paternelle naturelle, il faudra établir l'existence de relations sexuelles du prétendu père avec la mère ou un aveu explicite ou implicite de paternité du père (article 340 du Code civil).

4.1.3. Le recours à des méthodes de procréation médicalement assistée peut encore soulever des problèmes de conformité avec l'ordre public ou les "bonnes mœurs" dans la mesure où la méthode de P.M.A. choisie s'accompagne de contrats conclus entre des bénéficiaires et des donneurs.

Sans que les textes du Code civil ne le disent expressément, il est admis dans notre système juridique que le corps humain ou le vivant humain ne peuvent pas faire l'objet de contrats à titre onéreux.

Ce principe interdit la vente de gamètes ou toute rémunération (au-delà du remboursement de frais encourus) des donneurs ou des banques de gamètes²¹⁷. Doit également être considéré comme illicite, parce que contraire au principe de l'indisponibilité du corps humain et de l'état des personnes, un contrat de mère porteuse par lequel une femme s'engage, fût-ce à titre gratuit, à concevoir et à porter un enfant pour l'abandonner à sa naissance²¹⁸.

Parmi les méthodes de P.M.A. qui soulèvent des problèmes de conformité avec l'ordre public, il faut relever le contrat conclu entre la femme ou le couple "bénéficiaire" et une mère porteuse. Outre les difficultés inhérentes au caractère souvent rémunéré d'un tel contrat, se pose la question de la valeur de l'engagement de la femme qui accouche de l'enfant de renoncer à son lien juridique de maternité au profit de la mère qui entend accueillir l'enfant, fût-ce par la voie d'une adoption.

Un tel contrat ne pourra, en tout cas, pas servir de base à une action en contestation de maternité ou en "revendication" de maternité juridique.

On peut imaginer des cas de figure où la vérité biologique est occultée lors de la déclaration de naissance de l'enfant.

Une telle pratique n'est pas à exclure, les articles 55 et suivants du Code civil n'exigeant pas la présentation à l'officier de l'état civil du certificat médical d'accouchement.

²¹⁷ Même si les juridictions françaises adoptent des solutions divergentes quant à la qualification des contrats conclus entre une banque de sperme et le donneur, époux de la femme à inséminer, les juges sont unanimes à considérer que les gamètes, à l'instar de toute partie du corps humain, n'a pas de valeur patrimoniale

²¹⁸ Voir assemblée plénière de la Cour de cassation française du 31 mai 1991, Bulletin civil n° 4.

Elle devra toutefois être considérée comme une fraude à la loi, dans la mesure où elle contourne les règles sur l'accouchement anonyme et l'adoption. Le Code pénal incrimine, d'ailleurs, à l'article 363²¹⁹, la supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée.

Le Code pénal punit encore, à l'article 361, toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration prescrite par le Code civil auprès de l'officier de l'état civil²²⁰.

4.2. La question d'une réglementation de la P.M.A.

Dans la logique de sa réflexion éthique, la Commission considère qu'une réglementation de la P.M.A. est indiquée en ce qui concerne une série de problèmes techniques que soulève le recours à ces mécanismes de procréation.

La Commission a toutefois été, à une forte majorité, d'avis qu'il n'est pas souhaitable de procéder à une réglementation des conditions d'accès aux différentes méthodes de P.M.A.

Selon l'opinion minoritaire, une réglementation s'impose. Les membres de la Commission qui partagent ce point de vue peuvent marquer leur adhésion aux grandes lignes de la proposition de loi n°4567 (voir ci-après).

4.2.1. L'option pour une non-réglementation des conditions de fond de la P.M.A.

A la suite des discussions sur les problèmes éthiques et déontologiques soulevés par la P.M.A., la Commission, dans sa large majorité, est parvenue à la conviction que le recours à ces mécanismes doit s'opérer dans le cadre d'un dialogue et d'un processus de maturation d'une décision d'intervention qui implique l'équipe médicale et la femme ou le couple "demandeurs". Les professionnels de l'équipe médicale procèdent à cet acte d'assistance médicale à la procréation au titre et dans le cadre de leur liberté thérapeutique ainsi que dans le respect des règles de déontologie.

²¹⁹ Article 363 du Code pénal : Seront punis de la réclusion de cinq à dix ans, les coupables de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée. La même peine sera appliquée à ceux qui auront donné la mission de commettre les faits mentionnés au paragraphe précédent, si cette mission a reçu son exécution.

²²⁰ **Article 361 du Code pénal** : Toute personne qui, ayant assisté, à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration prescrite par les articles 55, 56 et 57 du Code civil, sera punie d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 10.001 francs à 80.000 francs ou d'une de ces peines seulement.

Selon l'opinion majoritaire de la Commission, il n'appartient pas au législateur d'intervenir dans des rapports entre médecin et patiente ou couple en fixant des conditions impératives relatives à l'état civil et/ou l'âge de la femme, à l'existence d'un projet parental déterminé de la femme ou du couple qui s'adresse(nt) au médecin. De même, la Commission est d'avis qu'un raisonnement en termes de droit à la P.M.A. dans le chef de patientes ou de couples répondant à certains critères prédéterminés n'est pas de mise.

Cette position s'impose, aux yeux de la majorité de la Commission, par des considérations de principe liées au respect à la fois du choix de la femme ou du couple et de la fonction des professionnels de la santé. Par ailleurs, il y a lieu de considérer qu'une réglementation très stricte des conditions d'accès à la P.M.A. risque de rester lettre morte, notamment en provoquant un mouvement de “ child-shopping ” vers d'autres Etats européens dans lesquels le cadre légal est plus libéral.

La Commission, dans la large majorité de ses membres, a également écarté l'option d'investir des comités d'éthique, soit ceux qui existent dans les hôpitaux, soit des comités spécifiques à créer, de la mission de *contrôler* la décision des membres de l'équipe médicale. La Commission a toutefois été unanime à considérer que l'avis de tels organes pourra toutefois être utilement *sollicité* par le médecin ou l'équipe médicale placés devant des choix difficiles à opérer.

La Commission est consciente que le corollaire du respect du rôle des professionnels de la santé est l'acceptation, par ces derniers, de voir leur responsabilité éventuellement engagée que ce soit en cas de refus de P.M.A. ou en cas de préjudice provoqué par un acte de P.M.A.

4.2.2. L'option pour une réglementation des conditions techniques de la P.M.A.

Ainsi que la Commission l'avait déjà souligné dans un projet d'avis non finalisé datant de 1991 sur la P.M.A., il semble indispensable d'envisager un encadrement législatif de l'application des méthodes de la P.M.A. Il s'agit en effet d'éviter et de prévenir certaines dérives dues à l'établissement éventuel au Luxembourg de professionnels peu scrupuleux intéressés par un cadre légal par trop lâche.

Selon tous les membres de la Commission, les questions techniques suivantes devraient faire l'objet d'une réglementation:

- Détermination d'un régime d'autorisation des établissements (hospitaliers) qui voudraient procéder à des actes de P.M.A. et de contrôle des établissements qui ont été agréés,

- Fixation des conditions techniques auxquelles doivent répondre ces établissements,
- Définition de règles relatives à la qualification professionnelle des membres des équipes médicales qui interviennent dans les actes de P.M.A.,
- Détermination d'un statut juridique pour les banques de gamètes et d'embryons comportant en particulier les conditions pour établir et gérer ce type d'établissement. Se posera, à cet égard, la question d'un contrôle du respect de ces conditions qui pourrait être sanctionné, outre par des mesures relevant de la discipline médicale, par un retrait de l'habilitation administrative.
- Précision des droits et obligations des banques de gamètes et d'embryons par rapport aux pouvoirs publics, aux donateurs et bénéficiaires de dons et des établissements hospitaliers autorisés à procéder à des actes de P.M.A.,
- Garantie de la gratuité des dons de gamètes,
- Etablissement de règles sur l'obtention et l'utilisation d'embryons,
- Préservation de l'anonymat des donateurs et de la confidentialité des informations les concernant, d'un côté, du respect du droit des enfants à la vérité biologique, de l'autre²²¹.
- Respect des impératifs de sécurité sanitaire lors du prélèvement d'éléments et lors de la collecte de produits du corps humain, au moyen d'examens sérologiques concernant les maladies sexuellement transmissibles et les maladies transmissibles à l'enfant,
- Clarification des liens juridiques, notamment de filiation, entre les enfants nés à la suite d'un acte de P.M.A. et les parents sociaux, d'une part, biologiques, d'autre part; selon la Commission, le lien juridique (**originnaire**) de filiation devrait être protégé contre des contestations fondées sur la “ vérité biologique ”.
- Détermination de l'utilisation des embryons surnuméraires.

²²¹ Voir l'*avis* de la Commission relatif à la Convention sur les droits de l'enfant.

4.2.3. Prise de position de la Commission par rapport à la proposition de loi n° 4567

Conformément à la demande d'avis, la Commission voudrait brièvement prendre position sur la proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée déposée le 29 avril 1999 par M. le député Marc Zanussi.

Cette proposition est directement inspirée de la loi française du 29 juillet 1994 sur la procréation médicalement assistée qui fait actuellement l'objet de discussions de révision.

Il résulte de la partie de l'avis portant sur la discussion des questions éthiques que la Commission, dans sa majorité, préconise une approche différente de celle suivie par le législateur français en 1994.

Aussi ne semble-t-il pas indiqué de discuter en détail les différents articles contenus dans la proposition de loi. La Commission a préféré mettre en lumière les points fondamentaux sur lesquels ses conceptions divergent de ceux de l'auteur de la proposition de loi.

Dans *l'Avis 1/2000 sur la Convention sur les droits de l'enfant*, la Commission avait déjà signalé que la proposition de loi n° 4567 soulève des problèmes en ce qu'elle entend consacrer, aux articles 5 et 15, le principe de l'anonymat sans exception, alors que la Convention reconnaît le droit de l'enfant de connaître ses origines biologiques.

La Commission marque également, dans sa grande majorité, ses réserves sur l'article 12 de la proposition de loi²²² qui limite les possibilités de dons de gamètes par référence à des conditions qui ne sont pas de nature médicale.

La proposition de loi prévoit des critères très stricts d'accès à la P.M.A. Ainsi, l'article 2 réserve les techniques de P.M.A. aux couples mariés. L'article 3²²³

²²² “Le donneur doit faire partie d'un couple ayant procréé. Le consentement du donneur et celui de l'autre membre du couple sont recueillis par écrit. Il en est de même du consentement des deux membres du couple receveur, qui peut être révoqué, avant toute intervention, par l'un ou l'autre des membres du couple. ”

²²³ “Un embryon ne peut être conçu in vitro que dans le cadre et selon les finalités d'une assistance médicale à la procréation telle que définie à l'article 2. Il peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des deux membres du couple.

Compte tenu de l'état des techniques médicales, les deux membres du couple peuvent décider par écrit que sera tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser leur demande parentale dans un délai de cinq ans.

Les deux membres du couple sont consultés chaque année pendant cinq ans sur le point de savoir s'ils maintiennent leur demande parentale.

Un règlement grand-ducal détermine les obligations auxquelles sont tenus les établissements et les laboratoires au regard de leur conservation pendant la durée d'application de la présente loi, notamment lorsqu'ils cessent leur activité.

n'autorise la conception in vitro que si les gamètes proviennent d'un au moins un des membres du couple. Selon les articles 4 et 5, le don d'embryon ne peut être opéré que d'un couple au profit d'un autre couple et cela dans des situations qualifiées d'exceptionnelles. L'accueil d'un embryon exige, au titre de l'article 5, l'intervention d'un juge. Pour les raisons développées dans la partie de l'avis consacrée aux réflexions éthiques, la majorité de la Commission ne peut pas partager l'approche restrictive qui s'exprime dans la proposition de loi.

A l'opposé des conceptions de la majorité des membres de la Commission sur le rôle de l'équipe médicale, sur la portée du principe de la liberté thérapeutique et sur l'importance du dialogue libre entre le médecin et les bénéficiaires de la P.M.A., la proposition de loi instaure, à l'article 10, une procédure très stricte que doit suivre l'équipe médicale pluridisciplinaire avant de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation. Ce qui plus est, l'équipe médicale est censée contrôler la motivation du couple demandeur. Aux termes de l'article 6, le médecin ne peut recourir à la P.M.A. qu'à titre d'ultime indication.

La Commission, dans sa large majorité, s'interroge également sur l'article 17 qui impose aux médecins de proposer une auto-conservation de sperme avant certaines interventions ou traitements; la Commission considère, en effet, que le recours à une telle mesure s'inscrit dans le dialogue entre le médecin traitant et le patient et qu'il n'appartient pas au législateur d'intervenir dans ces rapports.

La majorité des membres de la Commission s'interrogent sur la nécessité de l'instauration d'une commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction appelée à intervenir, de façon systématique et obligatoire, dans la procédure d'agrément des établissements concernés.

La Commission a été unanime à admettre que les violations graves des règles fixées dans le cadre réglementaire devraient faire l'objet de sanctions pénales: l'observation des règles relatives à l'autorisation des établissements intervenant dans des actes de P.M.A., le respect de la gratuité des dons, de la confidentialité des données ainsi que des conditions d'utilisation des embryons, notamment surnuméraires.

Sous réserve des observations formulées ci-dessus, la Commission partage le point de vue de l'auteur de la proposition de loi en ce qui concerne la nécessité d'un régime d'autorisation administrative des organismes ou établissements intervenant dans le recueil, le traitement, la conservation et la cession de gamètes et des établissements dans le cadre desquels sont pratiqués des actes médicaux de P.M.A.

5. Recommandations de la C.N.E.

5.1. Recommandations de nature éthique

5.1.1. Recommandations émises à l'unanimité par la Commission

Application des techniques de la P.M.A. et de techniques connexes

- Sans préjuger ici de la question de savoir si l'accès de la P.M.A. doit, ou ne doit pas, être réservé à des couples hétérosexuels stables, mariés ou non (voir recommandations de la majorité et de la minorité), les membres de la C.N.E. jugent que, pour des raisons éthiques, il ne serait pas indiqué que, dans l'application des techniques de procréation médicalement assistée, les médecins, dans leurs relations avec les patients, soient limités, par des réglementations strictes, à des indications thérapeutiques au sens étroit de ce terme (stérilité organique médicalement diagnostiquée ou risques de transmettre à l'enfant (aux enfants) une maladie d'une particulière gravité). Dans certaines conditions au moins un manque douloureux doit pouvoir être pris en considération.
- Les membres de la C.N.E. sont d'avis qu'il n'y a pas de raisons éthiques majeures qui puissent être invoquées contre les techniques usuelles de la P.M.A. comme, notamment, l'induction thérapeutique d'ovulation, l'I.A.C., l'I.A.D., I.C.S.I., la F.I.V.E.T.E. homologue ou hétérologue (incluant le don d'embryons²²⁴). Il sont d'avis, en revanche, qu'en raison des conflits qu'elle peut générer et des souffrances qu'elle peut engendrer tant chez la mère porteuse que chez l'enfant et chez la famille sociale, il n'est pas indiqué d'avoir recours à la pratique de substitution de mère.
- Les membres de la C.N.E. jugent que l'équipe médicale doit décider, de cas en cas, avec les patients, s'il est indiqué d'avoir recours à telle méthode usuelle de la P.M.A. Les membres de la C.N.E. recommandent aux équipes médicales de tenir compte, dans leurs décisions, des réflexions éthiques et déontologiques circonstanciées formulées dans cet Avis et de consulter, le cas échéant, le comité d'éthique hospitalier.
- Les membres de la C.N.E. jugent que les techniques de D.P.I. peuvent contribuer à faire reculer la souffrance humaine. Ils jugent toutefois que le stade de la recherche n'étant pas dépassé actuellement, l'application de ces techniques doit être réservée à des équipes agréées dont l'action est soumise

²²⁴ Voir toutefois les réserves circonstanciées de deux membres

à l'avis d'un comité de recherche et limitée aux cas de risque accru de transmission d'une maladie génétique.

Gratuité du don

- Les membres de la C.N.E. se prononcent en faveur de la gratuité des dons de gamètes et d'embryons.

Anonymat, droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques et problèmes connexes

- Les membres de la C.N.E. sont d'avis unanimement (voir plus bas) qu'en vue de garantir, d'une part, dans des limites raisonnables, l'anonymat des donneurs, la stabilité des familles sociales et en vue de répondre d'autre part, au droit des enfants à connaître leurs parents biologiques, il est indiqué d'adopter l'une des dispositions médianes DM3 ou DM1²²⁵ examinées par la Commission.

Filiation

- Les membres de la C.N.E. jugent qu'en vue du bien de l'enfant les liens de filiation entre enfants - issus de la P.M.A.- et parents sociaux et biologiques doivent être clarifiés. Toute contestation de la filiation sociale appuyée sur la filiation biologique doit être exclue tout comme, par ailleurs, toute forme de chantage tant à l'égard de la famille sociale que du ou des donneurs et de l'enfant.

Préservation de l'intégrité physique et morale des personnes

- Les membres de la C.N.E. sont d'avis que, pour des raisons éthiques, l'ensemble des recommandations émises en vue de garantir l'intégrité physique et morale des personnes doivent être respectées.

²²⁵ **Disposition médiane DM 1**

Le législateur pourrait opter une réglementation comparable à celle qui est, actuellement, en vigueur en Suède. Lorsqu'il a atteint une "maturité suffisante", l'enfant peut obtenir des informations sur l'identité du donneur.

Disposition médiane DM 3

Si toutefois le donneur, la donneuse ou les donneurs de gamètes ou d'embryons marquent préalablement leur accord, l'enfant engendré par P.M.A. pourra accéder à des données concernant l'identité du ou des donneurs.

Considération due aux embryons

- Les membres de la C.N.E. jugent qu'en tant que moments dans le développement de l'être humain, les embryons doivent être traités avec considération.

5.1.2. Recommandations émises par la majorité des membres de la C.N.E.

Accès à la P.M.A.

- A une forte majorité (9 sur 15, une abstention) les membres de la C.N.E. jugent que les couples d'homosexuelles et de femmes isolées devraient avoir une chance d'accéder aux techniques de la P.M.A., l'équipe médicale décidant de cas en cas si cet accès est indiqué.

Insémination artificielle et implantation post mortem

- A une forte majorité (9 sur 15, une abstention) les membres de la C.N.E. jugent, par ailleurs, que, dans des conditions à évaluer par l'équipe médicale, l'insémination post mortem et l'implantation d'embryons post mortem peut être légitime dans une optique éthique.

Anonymat et droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques

- A une très forte majorité (13 sur 15) les membres de la C.N.E. sont d'avis qu'en vue de concilier un respect raisonnable de l'anonymat des donneurs et le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques la disposition médiane DM3 devrait être adoptée.

Embryons

- A une très forte majorité (14 sur 15) les membres de la C.N.E. sont d'avis qu'il n'est pas indiqué que des embryons soient créés en vue de la recherche.
- A une forte majorité (12 sur 15 lors de la plénière) les membres de la C.N.E. sont d'avis que les embryons surnuméraires qui ne sont plus revendiqués dans le cadre d'un projet parental devront être consacrés à la recherche à finalité thérapeutique plutôt que détruits.

5.1.3. Recommandations émises par une minorité de membres

(Remarquons qu'il s'agit de minorités variables)

Accès à la P.M.A.

- Une minorité de membres (5 sur 15) juge que seuls des couples hétérosexuels stables, mariés ou non doivent avoir accès aux méthodes de la P.M.A.

Insémination post mortem

- Une minorité de membres (5 sur 15) est, par ailleurs, d'avis que l'insémination post mortem et le transfert d'embryons post mortem ne sont pas moralement acceptables.

Droits de l'enfant à connaître ses parents biologiques

- Enfin une minorité de membres (deux sur quinze) juge que (dans le contexte de la réflexion sur les droits de l'enfant à connaître ses parents biologiques) la disposition médiane 1 est préférable à la disposition médiane 3²²⁶.

Sort des embryons surnuméraires

- Une minorité de membres (2 sur 15 lors de la plénière) est opposée, par ailleurs, pour des raisons éthiques, à la production d'embryons surnuméraires.

5.2. Recommandations juridiques

5.2.1. Recommandations émises à l'unanimité par la Commission

- La C.N.E. recommande au pouvoir législatif d'envisager un encadrement réglementaire de l'application des méthodes de la P.M.A.

Elle recommande notamment :

- ◆ de mettre en place un régime d'autorisation des établissements (hospitaliers) qui voudraient procéder à des actes de P.M.A. et de contrôle des établissements qui ont été agréés,

²²⁶ Voir section 3.1.2.2.3.3.1.2.

- ◆ de fixer des conditions techniques auxquelles doivent répondre ces établissements,
- ◆ de définir des règles relatives à la qualification professionnelle des membres des équipes médicales qui interviennent dans les actes de P.M.A.,
- ◆ de déterminer un statut juridique pour les banques de gamètes et d'embryons comportant en particulier les conditions pour établir et gérer ce type d'établissement. Se posera, à cet égard, la question d'un contrôle du respect de ces conditions qui pourrait être sanctionné, outre par des mesures relevant de la discipline médicale, par un retrait de l'habilitation administrative,
- ◆ de préciser les droits et obligations des banques de gamètes et d'embryons par rapport aux pouvoirs publics, aux donneurs et bénéficiaires de dons et des établissements hospitaliers autorisés à procéder à des actes de P.M.A.,
- ◆ de garantir la gratuité des dons de gamètes,
- ◆ d'établir des règles sur l'obtention et l'utilisation d'embryons,
- ◆ de préserver l'anonymat des donneurs et la confidentialité des informations les concernant, d'un côté, et le respect du droit des enfants à la vérité biologique, de l'autre^{227/228},
- ◆ de respecter des impératifs de sécurité sanitaire lors du prélèvement d'éléments et lors de la collecte de produits du corps humain, au moyen d'exams sérologiques concernant les maladies sexuellement transmissibles et les maladies transmissibles à l'enfant,

²²⁷ Voir l'avis de la Commission concernant le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques.

²²⁸ La Commission voudrait rappeler au pouvoir législatif plusieurs recommandations émises son *Avis concernant le droit des enfants à connaître leurs parents biologiques*.

Si, comme la C.N.E, le suggère, le législateur se prononce pour l'une des solutions médianes envisagées, il devra .

- définir les données “ identifiantes ” ou non “ identifiantes ” à conserver en cas d'accouchement anonyme ou de procréation médicalement assistée,
- déterminer les autorités administratives ou judiciaires compétentes pour la réception et la conservation des données,
- adopter des règles garantissant le respect de la confidentialité de ces données,
- déterminer les personnes ayant accès aux données, médecin, enfant majeur ou mineur, représentant légal, descendants en ligne directe,
- arrêter les modalités d'accès à ces données.

- ◆ de clarifier les liens juridiques, notamment de filiation, entre les enfants nés à la suite d'un acte de P.M.A. et les parents sociaux, d'une part, biologiques, d'autre part; selon la Commission, le lien juridique (originaire) de filiation (notamment paternelle) devrait être protégé contre des contestations fondées sur la “vérité biologique”. Des modifications devraient être apportées au Code Civil ,
- ◆ de déterminer l'utilisation des embryons surnuméraires.
- La Commission recommande au pouvoir législatif, de ne pas investir des comités d'éthique - soit ceux qui existent dans les hôpitaux, soit des comités spécifiques à créer- de la mission de contrôler la décision des membres de l'équipe médicale. La Commission est, toutefois, unanime à considérer que l'avis de tels organes pourra être utilement sollicité par le médecin ou l'équipe médicale.
- La Commission recommande enfin aux instances compétentes de l'Assurance Maladie d'envisager, dans la réglementation de la prise en charge de la P.M.A., telle qu'elle est prévue par les statuts de l'Union des caisses de maladie, une modification de la disposition concernant l'âge des bénéficiaires de la P.M.A.

5.2.2. Recommandations émises par une forte majorité des membres de la C.N.E.

- La majorité des membres (neuf voix sur quinze, une abstention) de la Commission recommandent au pouvoir législatif de ne pas procéder à une réglementation des conditions d'accès aux différentes méthodes de la P.M.A. Dans cette optique, la majorité des membres de la Commission - préconisant une approche différente de celle suivie par le législateur français en 1994- marque des réserves à l'égard de la proposition de loi 4567.
- A une forte majorité (13 sur 15, une abstention), la Commission recommande par ailleurs de réglementer l'accès des enfants à une connaissance de leurs parents biologiques conformément à la disposition médiane DM3²²⁹ formulée dans son *Avis concernant les droits de l'enfant à connaître ses parents biologiques* et reprise dans cet Avis.

²²⁹ Voir section 3.1.2.2.3.3.1.2.

5.2.3. Recommandations émises par une minorité des membres de la Commission

- Une minorité de membres de la Commission (5 sur 15) recommande de procéder à une réglementation des conditions d'accès aux méthodes de la P.M.A. Les membres de la Commission qui partagent ce point de vue peuvent marquer, dans les grandes lignes, leur adhésion à la proposition de loi 4567.
- Une minorité de membres (5 sur 15) recommande par ailleurs d'exclure, par une disposition légale l'insémination post mortem et le transfert d'embryons post mortem.

6. Bibliographie

6.1. Ouvrages généraux

Canto-Sperber Monique, (sous la direction de), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris : Presses Universitaires de France, 1996

Dictionnaire Permanent de Bioéthique et Biotechnologies, Montrouge : Editions Législatives, 1994

Encyclopedia of Bioethics, 5 volumes, New York : Simon & Schuster Mac Millan, 1995

Hottois Gilbert et Parizeau Marie-Hélène, (sous la direction de), *Les mots de la bioéthique, un vocabulaire encyclopédique*, Bruxelles : De Boeck Université, 1993

Lexikon der Bioethik, 3 Bände, Gütersloh : Gütersloher Verlagshaus, 1998

Nouveau Larousse Médical, Paris : Librairie Larousse, 1990

Lexikon Medizin Ethik Recht, Freiburg : Verlag Herder, 1989

6.2. Monographies

S.E. Reedy et al., "Beyond Freezing Semen, *Proceedings: First International Symposium on the Artificial Insemination of Poultry*, Savoy, Illinois : The Poultry Science Association, ed. M.R. Bakst and G.J. Wishart, 1995

Barratt C.L.R., Cooke I.D., *Donor Insemination*, Cambridge : Cambridge University Press, 1993

Baudouin Jean-Louis, Labrusse-Riou Catherine, *Produire l'homme de quel droit ? / Etude juridique et éthique des procréations artificielles*, Paris : Presses Universitaires de France, 1987

Belaisch-Allart Joëlle Dr, *Les enfants de l'impossible / De la stérilité à la fécondation in vitro*, Paris : Balland, 1988

Berg Wolfhart, *Wir hätten doch so gern ein Baby...*, München : Kösel-Verlag, 1997

Bone Edouard, Malherbe Jean-François, *Engendrés par la science / Enjeux éthiques des manipulations de la procréation*, Paris : Editions du Cerf, 1985

CECOS, *L'insémination artificielle*, Paris : Masson, 1991

Daniels Ken, Haines Erica, *Donor Insemination / International social science perspectives*, Cambridge : Cambridge University Press, 1998

Debry Jean-Michel, *La fertilité contrariée / Les moyens de comprendre – Les raisons d'espérer*, Bruxelles : De Boeck, 1994

- Delaisi Geneviève, Verdier Pierre, *Enfant de personne*, Paris : Editions Odile Jacob, 1994
- Durand Hervé, Biclet Philippe, Hervé Christian, *Ethique et pratique médicale*, Vélizy : Doin Editeurs, 1995
- Evans Donald, Pickering Neil, *Conceiving the Embryo / The Ethics, Law and Practice in Human Embryology*, La Hague : Martinus Nijhoff Publishers, 1996
- Evans Donald, Pickering Neil, *Creating the Child / The Ethics, Law and Practice of Assisted Procreation*, La Hague : Martinus Nijhoff Publishers, 1996
- Fédida, Lecourt, Mattei, Thibault, Thouvenin, Sureau, *L'embryon humain est-il humain ?*, Paris : P.U.F., 1996
- Ferry Luc, Vincent Jean-Didier, *Qu'est-ce que l'homme ?*, Paris : Editions Odile Jacob, 2000
- Frost Vellcone Card, Moss Heidi, Moss Robert, *Helping the stork / The choices and challenges of donor insemination*, London : Macmillan, 1997
- Gonzales Jacques, *Histoire naturelle et artificielle de la procréation*, Paris : Bordas, 1996
- Gutmacher, Fromm, Geiger, Richter, Stelzenberger, Bloemhof, Groeger, *Die künstliche Befruchtung beim Menschen*, Köln : Verlag Dr. Otto Schmidt KG, 1960
- Hedon B., Frydman R., Plachot M., *Stérilité féminine et procréations médicalement assistées*, Vélizy : Doin Editeurs, 1990
- Houdebine Louis-Marie, *Le génie génétique de l'animal à l'homme ?*, Flammarion, 1996
- Huber Gérard, Jalbert Pierre, *L'heure du doute – Insémination artificielle : enjeux et problèmes éthiques*, Montrouge : John Libbey Eurotext / Association Descartes, 1994
- Lyon Jeff, Gorner Peter, *Altered Factes, Gene Therapy and the retooling of human life*, New-York : W.W. Norton & Company, 1996
- Michaud Yves, *Qu'est-ce que la vie ?*, Paris : Editions Odile Jacob, 2000
- Morgan Derek, Lee Robert G., *Human Fertilization & Embryology / Act 1990 / Abortion & Embryo Research*, London : The New Law, Blackstone Press Limited, 1991
- Oxford University Press / European Society of Human Reproduction and Embryology, *Human Reproduction update*, volume 4, issue 2, March / April 1998
- Papp Peggy, *Die Veränderung des Familiensystems*, Stuttgart : Klett-Cotta, 1989
- Piaget Jean, *Das moralische Urteil beim Kinde*, Stuttgart : Klett-Cotta, 1983

Poilpot Marie-Paule, *Ethique et bioéthique. L'assistance médicale à la procréation*, Ramonville : Editions Erès, 1999

Roegiers Luc, *Les cigognes en crise / Désir d'enfant, éthique rationnelle et fécondation in vitro*, Bruxelles : De Boeck, 1994

Semke Iris, *Künstliche Befruchtung in Wissenschafts- und Sozialgeschichtlicher Sicht*, Frankfurt am Main : Peter Long, 1996

Sureau Claude, Shenfield Françoise, *Aspects éthiques de la reproduction humaine*, Montrouge : John Libbey Eurotext / Association Descartes, 1995

Testart Jacques, *Le magasin des enfants*, Paris : Editions François Bourin, 1990

6.3. Textes Internationaux

Conseil de l'Europe

Comité-Directeur pour la Bioéthique (CDBI) :

“ Livre blanc ” sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique, 3 janvier 2001

Document d'information sur le rapport à préparer par le CDBI sur les questions soulevées par la Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée Parlementaire, “ Protection des droits de l'homme et de la dignité des maladies incurables et des mourants ”, 21 novembre 2000

Elections des membres du bureau en décembre 2000, 30 octobre 2000

Groupe de travail sur la génétique humaine (CDBI-CO-GT4), Rapport de la 5^{ème} réunion, 17-19 octobre 2000

Groupe de travail sur la protection de l'embryon et du fœtus humains (CDBI-CO-GT3), Rapport de la 12^{ème} réunion, 13-15 septembre 2000

Groupe de travail sur la recherche biomédicale (CDBI-CO-GT2), 30 novembre 2000

Groupe de travail sur la recherche biomédicale (CDBI-CO-GT2), Commentaires de Marie-Jacqueline Lauriau (France) sur le projet de Protocole sur la recherche biomédicale, 16 novembre 2000

Groupe de travail sur la recherche biomédicale (CDBI-CO-GT2), Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale, 5 décembre 2000

Groupe de travail sur la recherche biomédicale (CDBI-CO-GT2), Projet de protocole sur la recherche biomédicale, 23 octobre 2000

Groupe de travail sur la recherche biomédicale (CDBI-CO-GT2), Projet de protocole sur la recherche biomédicale à l'égard de toute recherche impliquant une intervention sur l'être humain, 22 janvier 2001

Groupe de travail sur la recherche biomédicale (CDBI-CO-GT2), Rapport de la 10^e réunion, 10-13 octobre 2000

Méthodes de travail du CDBI, Une base de discussion, 22 novembre 2000

Note d'information à l'attention du CDBI sur l'utilisation de l'ADN à des fins d'identification, 24 novembre 2000

Questionnaire CDBI sur le matériel et les données biologiques humains à des fins de recherche, 8 mars 2001

Rapport de la 19^{ème} réunion du CDBI, 4-7 décembre 2000

Rapport de la réunion du bureau du CDBI, 6-7 novembre 2000

Troisième Symposium sur la Bioéthique : L'assistance médicale à la procréation et la protection de l'embryon humain, 15-18 décembre 1996 :

- “ Nature et statut de l'embryon : aspects scientifiques ”, Dr L.F. Kurilo
- *Le diagnostic préimplantatoire : aspects législatifs*, Prof. Massimo Reichlin
- *Enfants issus de la procréation médicalement assistée : développement physique, intellectuel et psychologique*, Prof. Susan Golombok
- *La nature et le statut de l'embryon humain*, Rev. Roberto Colombo
- *Recherche sur les conceptus humains*, J. Egozcue
- *Sélection de gamètes et techniques de fécondation in vitro*, Ilya Vatev
- *Conditions s'appliquant à la recherche sur les embryons en particulier la condition limitant la recherche aux “ seuls embryons surnuméraires ”*, Inez De Beaufort
- *Rapport du National Institutes of Health's Human Embryo Research Panel (NIH) : panorama des questions clé*, Ronald M. Green
- *Nature et statut de l'embryon aspects juridiques (juridictions de droit européen)*, Ismene Androulidakis-Dimitriadis
- *Désir de grossesse, désir d'enfant : aspects psychologiques et sociologiques*, Prof. I. Nisand
- *Aspects éthiques du diagnostic préimplantatoire*, Prof. Adriano Bompiani
- *Le désir d'enfants et l'infertilité du couple. Désir de grossesse et de désir d'enfant : aspects psychologiques et sociologiques*, Méropi Michaleli
- *La congélation d'embryons*, Chantal Ramogida

- *Le diagnostic génétique préimplantatoire : aspects techniques*, Dr Michelle Plachot
- *Nature et statut de l'embryon, Point de vue de l'EECCS*, Prof. Egbert Schrotten
- *La sécurité sanitaire : de l'étendue des besoins à la nécessité de centres agréés et d'une politique commune de santé publique*, Jacques Montagut
- *Le statut juridique de l'embryon in vitro*, Dr A.M.L. Broekhuijsen-Molenaar
- *L'embryon dans l'Islam*, Dalil Boubakeur
- *Une réflexion juive sur " la nature et le statut de l'embryon humain "*, Dr B. Kanovitch
- *Conditions d'un consensus sur l'embryon dans les sociétés pluralistes*, Prof. Wieslaw Lang
- *Nature et statut de l'embryon : le point de vue chrétien orthodoxe*, Fr Nikolaos Hatzinikolaou
- *Problèmes éthiques liés aux techniques de procréation assistée, Sélection de gamètes et techniques de fécondation assistée*, André Van Steirteghem
- *Les grossesses multiples sont-elles une conséquence inévitable des techniques de reproduction assistée*, Pedro-N. Barri (Rosa Tur, M. Boada, B. Coroleu)
- *Données biologiques, indications médicales et aspects réglementaires relatifs à la procréation assistée*, Prof. David Tennent Baird
- *L'accès à l'assistance médicale à la procréation*, Paula Martinho Da Silva
- *Aspects éthiques du diagnostic préimplantatoire*, Prof. Marcus E. Pembrey
- *Nature et statut de l'embryon : aspects philosophiques*, Ludger Honnefelder
- *Un point de vue laïque*, G.C. Liénard, F. Demeyere
- *L'enfant issu des techniques d'assistance médicale à la procréation : anonymat du donneur ou droit de l'enfant de connaître ses origines*, Olivier Guillod
- *La recherche est-elle éthiquement justifiée ? Bien-fondé de la recherche et dans quelles conditions*, Dr Winfried Kluth
- *Discours d'ouverture*, Jean Michaud
- *Discours de clôture*, Jean Michaud
- *L'embryon humain : un sujet*, Carlo Casini
- *Conclusions du Symposium : Les conditions d'un consensus dans les sociétés pluralistes*, Prof Alexander Morgan Capron
- *Allocution adressée lors du Symposium sur l'assistance médicale à la procréation et la protection de l'embryon humain*, M. Rolv Ryssdal
- *La recherche sur l'embryon est-elle éthiquement justifiée ?*, Prof. Alex Mauron

Comité Européen de la santé (CDSP), Comité Directeur pour la Bioéthique

(CDBI) :

Groupe de travail sur la xenotransplantation, avant-projet de recommandation, 24 novembre 2000

Groupe de travail sur les Biotechnologies (CDBI-BIOTECH)

Mandat du groupe de travail sur les biotechnologies, 30 octobre 2000

Bureau de la Conférence Européenne des Comités Nationaux d’Ethique (COMETH) :

5^{ème} conférence européenne des Comités Nationaux d’Ethique, “ Science, Communication et Société ”, 4-5 septembre 2000

Rapport de réunion, 12 février 2001

Comité ad hoc d’experts sur la bioéthique (CAHBI)

Les travaux du Conseil de l’Europe dans le domaine de la bioéthique, Note d’information établie par la Direction des Affaires Juridiques, 19 mars 1990

Rapport de la 14^{ème} réunion, 5-8 novembre 1991

Rapport final d’activité, Addendum I, 17 décembre 1991

Rapport final d’activité, Addendum II, 17 décembre 1991

Divers/Conseil de l’Europe

Le Protocole du Conseil de l’Europe interdisant le clonage humain entre en vigueur, *Service de Presse du Conseil de l’Europe*

Le Protocole du Conseil de l’Europe portant interdiction du clonage d’êtres humains entre en vigueur

Procréation artificielle humaine, Aspects juridiques, 1989

Protecting the privacy of patients’ health information summary of the final regulation, December 20, 2000

Recommandation REC(2000)24 du Comité des Ministres aux Etats membres sur le développement d’études européennes pour une citoyenneté démocratique (adoptée par le Comité des Ministres le 20 décembre 2000, lors de la 735^e réunion des Délégués des Ministres), 22 janvier 2001

Résseau européen “ Médecine et droits de l’homme ”, *La santé face aux droits de l’homme, à l’éthique et aux morales*, Les éditions du Conseil de l’Europe, 1996

Rogers Arthur, Durand de Bousingen Denis, *Une bioéthique pour l’Europe*, Les éditions du Conseil de l’Europe, 1995

Canada

Ministre des Approvisionnements et Services, *Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique*, 1996

Commission Européenne

Announcement of government response to the CMO expert group report, “ *Stem cell research : medical progress with responsibility*, Royaume-Uni

Opinion of the group of advisers on the ethical implications of biotechnology to the European Commission, *Ethical Aspects of cloning techniques*, N° 9, 28th May 1997

Avis du groupe européen d'éthique des sciences et des nouvelles technologies auprès de la Commission Européenne, *Les aspects éthiques de la recherche impliquant l'utilisation d'embryons humains dans le contexte du 5^{ème} programme-cadre de recherche*, N° 12, 23 novembre 1998

6.4. Comités Nationaux et Internationaux d’Ethique

France

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé :

Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle. Rapport, N° 3, 23 octobre 1984

Avis sur les problèmes posés par le diagnostic prénatal et périnatal. Rapport, N° 5, 13 mai 1985

Avis sur les recherches sur l’embryon soumises à moratoire depuis 1986 et qui visent à permettre la réalisation d’un diagnostic génétique avant transplantation, N° 19, 18 juillet 1990

Avis sur les réductions embryonnaires et fœtales, N° 24, 24 juin 1991

Ethique et Sport : Compensation de déficits hormonaux chez les sportifs de haut niveau, Avis N° 35

Avis sur l’application des procédés de thérapie génique somatique, Avis N° 36, 11 juin 1993

Avis sur le dépistage du risque de la trisomie 21 fœtale à l’aide de tests sanguins chez les femmes enceintes, Avis N° 37, 11 juin 1993

Avis sur l’éthique de la Recherche dans les sciences du comportement humain, Avis N° 38, 14 octobre 1993

Avis sur le transfert d’embryons après décès du conjoint (ou du concubin). Rapport, Avis N° 40, 17 décembre 1993

Avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation, Avis N° 42, 1995

Réponse au Président de la république au sujet du clonage reproductif, N° 54, 22 avril 1997

Avis sur les réductions embryonnaires et fœtales, Considérations scientifiques Réexamen des lois de bioéthique, N° 60, 25 juin 1998

Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra. Réponse au Secrétariat d'Etat à la Santé, N° 62, 18 novembre 1999

Réponses du C.C.N.E. aux saisines du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée Nationale sur l'allongement du délai d'I.V.G., N° 66, 23 novembre 2000

Grand-Duché de Luxembourg

Commission Consultative Nationale d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé :

Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine, Avis 1/99, Luxembourg : Publications du Centre Universitaire de Luxembourg, 1999

Le droit de l'enfant à connaître ses parents biologiques, Avis 1/2000, Luxembourg : Publications du Centre Universitaire de Luxembourg, 2000

Pays-Bas

Health Council of the Netherlands : Committee on *In vitro* fertilization, *IVF-related research*, Rijswijk, 1998, publication no.1998/08 E

Health Council of the Netherlands : Committee on *In vitro* fertilization, *In vitro fertilization*, Rijswijk, 1997, publication no.1997/03 E

Portugal

Conseil National d'Ethique pour les sciences de la vie, *Avis sur la procréation médicalement assistée* , 1993

Conseil National d'Ethique pour les sciences de la vie, *Rapport – Avis sur la procréation médicalement assistée*, 1993

6.5. Articles de presse

“ L'identité génétique ”, dans *Le Monde*, 7 mars 1992

“ La France se dote de garde-fous ”, dans *Le Soir*, 24 juin 1994

“ La naissance sélectionnée de Valentin relance les débats bioéthiques ”, dans *Le Monde*, 7 décembre 2000

“ Les députés ont adopté les trois textes sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 22 avril 1994

“ Les lois de bioéthique aux feux du Sénat ”, dans *La Vie Scientifique*, 13 janvier 1994

Badou Gérard, “ Bébés-éprouvette : Comprendre et juger ”, dans *L'Express*, 3 février 1994

Badou Gérard, “ Les bébés du scandale ”, dans *L'Express*, 3 février 1994

Bantman Béatrice, “ Les débordements de la maternité artificielle ”, dans *Libération*, 4 janvier 1994

Bantman Béatrice, “ Techniques de procréation à des cas bien précis assistées hors la loi ”, dans *Libération*, 20 novembre 1992

Bantman Béatrice, “ Une femme de 60 ans peut être une très bonne mère ”, dans *Libération*, 4 janvier 1994

Bayle Benoît, “ La médecine, l’embryon et la mort ”, dans *Le Figaro*, 7 avril 1994

Berrisch Florence, “ Le rôle des comités d’éthique dans l’expérimentation médicale sur l’homme ”, dans *Journal des tribunaux*, numéro 5726, 17 septembre 1994

Biétry Michel, “ Bioéthique : la filiation revue par la loi ”, dans *La Vie Scientifique*, 3 mars 1992

Biétry Michel, “ Les crispations de la bioéthique ”, dans *La Vie Scientifique*, 1^{er} mars 1992

Biétry Michèle, “ Bioéthique : Des textes souples qui ménagent l’avenir ”, dans *La Vie Scientifique*, 14 janvier 1994

Biétry Michèle, “ Des bébés impossibles programmés à la carte ”, dans *La Vie Scientifique*, 10 avril 1992

Biétry Michèle, “ La bioéthique au pas des sénateurs ”, dans *La Vie Scientifique*, 12 février 1992

Biétry Michèle, “ Les élus face à la bioéthique ”, dans *La Vie Scientifique*, 19 novembre 1992

Boutin Christine, “ Bioéthique : Des textes irrecevables ”, dans *Le Figaro*, 21 avril 1994

Bréhier Thierry, “ Le conseil constitutionnel valide les lois sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 29 juillet 1994

Bursaux Elisabeth, “ Le don d’organes par des personnes vivantes sera étendu aux conjoints ”, dans *Le Monde*, 24-25 décembre 2000

Conan Eric, “ Jacques ‘L’inventeur’ ”, dans *Les Cahiers de l’Express*, numéro 34, 3 octobre 1986

Courtois Gérard, “ Députés et sénateurs parviennent à un accord sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 12 juin 1994

Courtois Gérard, “ L’Assemblée nationale reprend la discussion des textes sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 8 avril 1994

Courtois Gérard, “ Les députés ont terminé l’examen des textes sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 21 avril 1994

De Vigan Isabelle, “ Questions de parenté et de filiation ”, dans *Le Journal des Psychologues*, numéro 169, Juillet-Août 1999

Doucet Jean-Paul, “ La protection pénale de la personne humaine ”, dans *Gazette du Palais*, 17 septembre 1994

Dt. F., “ La bioéthique auscultée par les députés ”, dans *Libération*, 20 novembre 1992

Dufau Sophie, “ Embryons sacrifiés : silence du projet ”, dans *Libération*, 20 novembre 1992

Dufau Sophie, “ Pas d’insémination artificielle pour les lesbiennes ”, dans *Libération*, 20 novembre 1992

Edelmann Bernard, “ L’homme, objet technique ”, dans *L’Express*, 3 février 1994

Favereau Eric, “ Bioéthique : Les députés adoucissent les textes ”, dans *Libération*, 21 avril 1994

Favereau Eric, “ Bute sur les règles de bioéthique ”, dans *Libération*, 4 janvier 1994

Favereau Eric, “ Simone Veil avance à pas feutres sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 14 janvier 1994

Favereau Eric, “ Une loi victime des lenteurs politiques ”, dans *Libération*, 20 novembre 1992

Ferry Luc, “ On confond droit et éthique ”, dans *L’Express*, 3 février 1994

Frossard André, “ Ethique ”, dans *Le Figaro*, 24 novembre 1992

Furkel Françoise, “ La procréation médicalement assistée en République Fédérale d’Allemagne ”, dans *Journal International de Bioéthique*, numéro 4, volume 10, novembre 1999

Gomez Marianne, “ La création d’embryons encadrée ”, dans *La Croix*, 26 décembre 2000

Gomez Marianne, “ Pragmatisme ”, dans *Hommes & Evénements*, 13 juin 1991

Gomez Marianne, Masson Marie-Françoise, “ Christine Boutin : ‘L’embryon menacé’ ”, dans *Hommes & Evénements*, 13 juin 1991

Gomez Marianne, Masson Marie-Françoise, “ Des garde-fous pour l’éthique ”, dans *Hommes & Evénements*, 13 juin 1991

Gomez Marianne, Masson Marie-Françoise, “ Jacques Toubon : ‘D’accord sur l’essentiel’ ”, dans *Hommes & Evénements*, 13 juin 1991

Got Claude, “ Contre l’éthique de l’égoïsme ”, dans *Le Figaro*, 1^{er} juin 1994

Harrois-Monin Françoise, “ En quête des gènes mutants ou manquants ”, dans *Les Cahiers de l’Express*, numéro 34, 7 novembre 1986

Harrois-Monin Françoise, Charles Gilbert, “ Il n’y a pas d’éthique universelle ”, dans *L’Express*, 3 février 1994

Hurstel François, “ Le père, un paradigme perdu ? ”, dans *Le Journal des Psychologues*, numéro 169, Juillet-Août 1999

Kahn Axel, “ Les promesses du progrès ”, dans *Le Monde*, Débats, numéro 15, janvier 1994

Labrusse-Riou Catherine, “ Les lézardes du droit ”, dans *Le Monde*, Débats, numéro 15, janvier 1994

Lejeune Jérôme, “ Qu’est qu’un être humain ? ”, dans *Le Figaro*, 5 janvier 1994

Lenoir Noëlle, “ Sortir des frontières ”, dans *Le Monde*, Débats, numéro 15, janvier 1994

Levisalles Natalie, “ Embyons maniés avec des pincettes ”, dans *Libération*, 20 mai 1992

Maréchal Elie, “ Les chrétiens débattent de bioéthique ”, dans *Le Figaro*, 11 janvier 1994

Montagut Jacques Dr, “ Bioéthique : Excès de normativité ”, dans *Le Figaro*, 8 avril 1994

Nau Jean-Yves, “ Bioéthique : Le nouveau pragmatisme français ”, dans *Le Monde*, 08 janvier 2001

Nau Jean-Yves, “ Choisir le sexe des enfants à naître ”, dans *Le Monde*, 3 février 1993

Nau Jean-Yves, “ Codifier la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 12 juin 1991

Nau Jean-Yves, “ L’agence de la procréation, clé de voûte du futur édifice législatif ”, dans *Le Monde*, 24-25 décembre 2000

Nau Jean-Yves, “ La Cour de cassation déclare illicite la pratique des ‘mères porteuses’ ”, dans *Le Monde*, 3 juin 1991

Nau Jean-Yves, “ La protection du corps humain et de l’identité génétique ”, dans *Les Monde*, 20 novembre 1992

Nau Jean-Yves, “ Le gouvernement autorise la recherche sur l’embryon humain ”, dans *Le Monde*, 29 novembre 2000

Nau Jean-Yves, “ Le gouvernement jette les bases de la réforme des lois de bioéthique ”, dans *Le Monde*, 24-25 décembre 2000

Nau Jean-Yves, “ Le sort des embryons humains congelés au cœur du débat bioéthique ”, dans *Le Monde*, 29 novembre 2000

Nau Jean-Yves, “ Les garde-fous de la science ”, dans *Le Monde*, 20 novembre 1992

Nau Jean-Yves, “ Les lois sur la bioéthique consacrent les droits de l’être biologique ”, dans *Le Monde*, 25 juin 1994

Nau Jean-Yves, “ Les progrès de la biologie rendent indispensable la réforme de la législation ”, dans *Le Monde*, 7 décembre 2000

Nau Jean-Yves, “ Une trentaine d’embryons humains congelés ont été détruits ”, dans *Le Monde*, 14 mai 1993

Nau Jean-Yves, Nouchi Franck, “ Le gouvernement a mis au point les projets de loi sur la bioéthique ”, dans *Le Monde*, 7 mars 1992

Nau Jean-Yves, Nouchi Frank, “ L’utilisation des produits et éléments du corps humain ”, dans *Le Monde*, 7 mars 1992

Nau Jean-Yves, Tincq Henri, “ Jean-Marie Lustiger : ‘La fécondité humaine n’est pas un produit de consommation’ ”, dans *Le Monde*, 22 décembre 2000

Nouchi Franck, “ Le professeur Jean-Pierre Changeux : ‘Les lois sur l’éthique biomédicale doivent être adoptées au plus vite’ ”, dans *Le Monde*, 18 décembre 1993

Nouchi Franck, Tincq Henri, “ Mgr Lustiger : La loi doit se limiter à la procréation de l’embryon ”, dans *Le Figaro*, 12 janvier 1994

Nouchi Franck, Tincq Henri, “ Un entretien avec Jean-Marie Lustiger ”, dans *Le Monde*, 12 janvier 1994

Oschinsky Suzanne, “ Les travaux du Conseil de l’Europe dans le domaine du droit de la médecine et de la biologie ”, dans *Le Journal des tribunaux*, numéro 5619, 1^{er} février 1992

Paris Gilles, “ Les députés affirment l’invulnérabilité et l’indisponibilité du corps humain ”, dans *Le Monde*, 25 novembre 1992

Paris Gilles, “ Vers une éthique biomédicale ”, dans *Le Monde*, Dossiers & Documents, numéro 209, avril 1993

Perez Martine Dr, “ La loi face aux vertiges de la vie manipulée ”, dans *La Vie Scientifique*, 5 décembre 1991

Perez Martine Dr, “ Le problème de tous ”, dans *La Vie Scientifique*, 19 décembre 1991

Perez Martine Dr, “ Les sens interdits de la bioéthique ”, dans *La Vie Scientifique*, 19 décembre 1991

Petitnicolas Catherine Dr, “ La bioéthique en peine d’ancrages ”, dans *Le Figaro*, 6 avril 1994

Petitnicolas Catherine Dr, “ Les maladies prévues avant la naissance ”, dans *La Vie Scientifique*, 8 décembre 1991

Pognon Olivier, “ La bioéthique au-delà de la politique ”, dans *Le Figaro*, 8 avril 1994

Pognon Olivier, “ Bioéthique : Adoption des trois projets de loi ”, dans *Le Figaro*, 21 avril 1994

Pognon Olivier, “ Bioéthique : Le respect du corps humain ”, dans *Le Figaro*, 20 avril 1994

Pognon Olivier, “ Les députés votent ‘le respect du corps humain’ ”, dans *Le Figaro*, 24 novembre 1992

Ternisien Xavier, “ L’embryon au microscope des grands monothéismes ”, dans *Le Monde*, 20 décembre 2000

Testart Jacques, “ Ethique n’est pas technique ”, dans *Le Monde Diplomatique*, novembre 1995

Tibon-Cornillot Michel, “ De la mécanisation à la transformation dirigée du vivant ”, dans *Le Monde*, Débats, numéro 15, janvier 1994

Vallès Gérard, “ Une veuve se voit refuser la restitution d’embryons congelés ”, dans *Le Monde*, 13 mai 1993

Wilmot I., Schnieke A.E., McWhir J., Kind A.J., Campbell K.H.S., “ Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells ”, in *Nature*, volume 385, 27 février 1997

6.6. Législation (par pays et par ordre alphabétique)

Afrique du Sud

Loi N° 92 du 12 novembre 1996 définissant les cas et conditions dans lesquelles la grossesse d’une femme peut être interrompue et visant des fins connexes (Loi de 1996 relative au choix d’interruption de grossesse). (*Government Gazette*, 22 novembre 1996, vol. 377, N° 17602, p. 1 à 10)

Règlement relatif aux demandes d'autorisation de pratiquer un avortement ou une stérilisation et à la tenue des dossiers y relatifs. Avis gouvernemental N° R. 610 du 25 mars 1983. (*Government Gazette*, 25 mars 1983, vol. 213, N° 8617, p. 46 à 51)

Règlement relatif à l'insémination artificielle des personnes et à des aspects apparentés. Avis gouvernemental N° R. 1182 du 20 juin 1986. (*Government Gazette*, 20 juin 1986, vol. 252, N° 10283, p. 28 à 35)

Allemagne

Avis du 27 novembre 1989 portant promulgation de la version révisée de la Loi relative aux adoptions réalisées par l'entremise d'intermédiaires. (*Bundesgesetzblatt*, partie I, 30 novembre 1989, N° 54, p. 2016 à 2020)

Loi du 12 septembre 1990 portant réforme du droit relatif à la tutelle et à la curatelle des majeurs (Loi relative à la prise en charge). (*Bundesgesetzblatt*, partie I, 21 septembre 1990, N° 48, p. 2002 à 2027)

Loi du 13 décembre 1990 relative à la procréation des embryons (Loi relative à la protection des embryons). (*Bundesgesetzblatt*, partie I, 19 décembre 1990, N° 69, p. 2746 à 2748)

Loi du 27 juillet 1992 relative à la protection de la vie avant la naissance et en devenir, portant promotion d'une société plus accueillante pour les enfants, assistance en cas de situation conflictuelle au cours de la grossesse et réglementation de l'interruption de la grossesse (Loi relative à l'assistance aux femmes enceintes et aux familles). (*Bundesgesetzblatt*, partie I, 4 août 1992, N° 37, p. 1398 à 1404)

Loi modificative du 21 août 1995 relative à l'assistance aux femmes enceintes et aux familles. (*Bundesgesetzblatt*, partie I, 25 août 1995, N° 44, p. 1050 à 1057)

Australie

Loi du 1^{er} décembre 1987 relative à la stérilité (Procédés médicaux) (Modification). (6 p.) (Victoria)

Loi N° 63 du 27 juin 1995 relative au traitement de la stérilité (151 p.) (Victoria)

Loi N° 37 du 3 juin 1997 relative au traitement de l'infertilité (Modification). (11 p.) (Victoria)

Loi N° 119 du 14 décembre 1988 portant dispositions relatives à la protection de la vie privée des personnes et visant des fins y relatives (Loi de 1988 relative à la vie privée). (61 p.)

Autriche

Décret du 23 juin 1988 de la Chancellerie fédérale relatif à l'examen des donneurs de sperme ou, le cas échéant, du sperme donné aux fins de fécondation

artificielle. (*Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung*, 15 septembre 1988, vol. 89, N° 9, p. 234)

Loi fédérale de 1992 (texte N° 275) portant réglementation de la procréation médicalement assistée (Loi relative à la médecine de la reproduction) et modification du code civil général, de la Loi relative au mariage et des Règles de juridiction. Date d'entrée en vigueur : 1^{er} juillet 1992. (*Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*, 4 juin 1992, N° 105, p. 1299 à 1304)

Belgique

Arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci, Belgique, no F 99 – 835.

Arrêté royal du 15 février 1999 fixant les critères de programmation applicables au programme de soins “ médecine de la reproduction ”, Belgique, no F 99 – 836.

Arrêté royal du 15 février 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins “ médecine de la reproduction ” doivent répondre pour être agréées, Belgique, no F 99 – 837.

Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal de 1867 et abrogeant l'article 353 du même Code. (*Moniteur belge*, 5 avril 1990, p. 6379 et 6380)

Loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du code pénal et abrogeant l'article 353 du même code. (*Moniteur belge*, 20 octobre 1990, N° 204, p. 20101 à 20104)

Canada

Loi sur les aliments et drogues. Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée. DORS/96-254. Texte en date du 7 mai 1996. (*Gazette du Canada*, partie II, vol. 130, N° 11, 29 mai 1996, p. 1712 à 1724)

Danemark

Act on medically assisted procreation in connection with medical treatment, diagnosis and research, adopted by the Danish Folketing at the third hearing on 27th May 1997.

Arrêté N° 650 du 22 juillet 1992 relatif à la congélation et au don d'ovocytes humains. (*Lovitende*, 1992, partie A, 31 juillet 1992, N° 103, p. 2721 et 2722)

Arrêté N° 852 du 28 octobre 1993 portant modification de l'Arrêté relatif à la congélation et au don d'ovocytes humains. (*Lovtidende*, 1993, partie A, 5 novembre 1993, N° 159, p. 5119)

Arrêté N° 1174 du 23 décembre 1993 relatif à la stérilisation et à la castration. (*Lovtidende*, 1993, partie A, 30 décembre 1993, N° 194, p. 6337)

Arrêté N° 622 du 19 juillet 1995 portant promulgation de la Loi relative à l'hygiène de la grossesse et à l'assistance obstétricale. (*Lovtidende*, 1995, partie A, 28 juillet 1995, N° 117, p. 3262 et 3263)

Arrêté N° 1125 du 13 décembre 1996 relatif à l'interruption de la grossesse. (194, p. 6923). – N.D.L.R. (*Lovtidende*, 1996, partie A, 21 décembre 1996, N° 194, p. 6916)

Arrêté N° 728 du 17 septembre 1997 relatif à la fécondation artificielle. (*Lovtidende*, 1997, partie A, 26 septembre 1997, N° 138, p. 3926 à 3928)

Arrêté N° 758 du 30 septembre 1997 relatif au rapport sur les traitements en matière de fécondation *in vitro*, etc., ainsi que sur le diagnostic préimplantatoire. (*Lovtidende*, 1997, partie A, 10 octobre 1997, N° 145, p. 4074 et 4075)

Circulaire N° 108 du 13 juin 1994 relative à la déclaration par les médecins des nouvelles formes de traitement, etc., visant à provoquer la grossesse. (*Ministerialtidende*, 1994, 23 juin 1994, N° 30, p. 1280 et 1281)

Instructions N° 109 du 13 juin 1994 relative à l'introduction nouvelles méthodes de traitement dans le cadre des techniques de procréation. (*Ministerialtidende*, 1994, 23 juin 1994, N° 30, p. 1282 et 1283)

Instruction N° 173 du 20 septembre 1994 relative aux activités d'information sur les méthodes de prévention de la grossesse. (*Ministerialtidende*, 1994, 29 septembre 1994, N° 45, p. 1848 à 1850)

Loi N° 460 du 10 juin 1997 relative à la fécondation artificielle en rapport avec le traitement, le diagnostic et la recherche d'ordre médical, etc. (*Lovtidende*, 1997, partie A, 11 juin 1997, N° 84, p. 2195 à 2198)

Espagne

Arrêté du 25 mai 1993 du Département de la Santé et de la Sécurité sociale portant création de la Commission consultative sur les techniques de reproduction humaine assistée. (*Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 17 juin 1992, N° 1608, p. 632 et 633, texte N° 302) (Catalogne)

Décret N° 123 du 21 mai 1991 relatif à l'autorisation administrative des centres et services s'acquittant des techniques de procréation assistée. (*Boletín Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo*, avril-juin 1991, N° 34, p. 1046 à 1049) (Catalogne)

Décret N° 27 du 20 mars 1991 portant réglementation des conditions sanitaires et de l'inspection sanitaire des centres scolaires et de leur environnement. (*Boletín Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo*, avril-juin 1991, N° 34, p. 1060 à 1068) (Estrémadure)

Décret N° 23 du 20 mars 1992 portant approbation du Règlement relatif à la santé scolaire. (*Boletín Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo*, avril-juin 1991, N° 34, p. 1069 à 1082) (Estrémadure)

Arrêté du 30 janvier 1991 du Bureau du Conseiller à la Santé et à la Consommation réglementant la dispensation des services de planification familiale dans le cadre des soins hospitaliers. (*Boletín Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo*, janvier-mars 1991, N° 33, p. 427 et 428) (Valence)

Loi N° 35/1988 du 22 novembre 1988 relative aux techniques de procréation médicalement assistée. (*Boletín Oficial del Estado*, 24 novembre 1988, N° 282, p. 33373 à 33378)

Loi N° 42/1988 du 28 décembre 1988 relative au don et à l'utilisation d'embryons et de fœtus humains ou de leurs cellules, tissus ou organes. (*Boletín Oficial del Estado*, 31 décembre 1988, N° 314, p. 36766 et 36767)

Etats-Unis d'Amérique

Loi N° 270 de 1989 portant modification du titre 20, chapitre 16, du Code de l'Arkansas aux fins d'informer les parents de l'intention d'une mineure d'obtenir une interruption de grossesse et visant d'autres fins. Texte approuvé par le Gouverneur le 1^{er} mars 1989. (4 p.) (Arkansas)

Loi (chapitre 87 des Lois de 1990) relative à la maternité de substitution. Date d'entrée en vigueur : 1^{er} janvier 1990. (18 p.) (New Hampshire)

Loi publique N° 103-259 du 26 mai 1994 portant modification du titre 18 du Code des Etats-Unis aux fins de garantir la liberté d'accès aux services de procréation (Loi de 1994 relative à la liberté d'accès aux entrées des cliniques). (*U.S. Code Congressional & Administrative News*, juillet 1994, N° 4, p. 694 à 697)

Fédération de Russie

Loi du 4 avril 1992 de la Fédération de Russie portant mesures complémentaires en matière de protection de la mère et de l'enfant. (*Vedomosti S'ezda narodnyh deputatov Rossijskoj Federacii i Verhovnogo Soveta Rossijskoj Federacii*, 23 avril 1992, N° 17, texte N° 896, p. 1223)

Finlande

Loi N° 572 du 12 juillet 1985 portant modification de la Loi relative à l'interruption de grossesse. (*Finlands Författingsamling*, 16 juillet 1985, N° 570-582, p. 1107)

Loi du 17 août 1992 relative au statut et aux droits des patients. (4 p.)

Ordonnance N° 136 du 29 janvier 1993 portant modification de l'Ordonnance relative au contrôle de la qualité des contraceptifs. (*Finlands Författningsamling*, 8 février 1993, N° 131-141, p. 275)

France

Arrêté du 29 décembre 1987 relatif au dossier-guide prévu par l'article L. 162-3 du code de la santé publique et relatif aux établissements publics d'hospitalisation tenus de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 20 janvier 1988, N° 16, p. 944)

Arrêté du 7 août 1989 relatif au dossier-guide prévu par l'article L. 162-3 du code de la santé publique. (*Bulletin officiel du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale*, 14 novembre 1989, N° 89/37, texte N° 14230, p. 39 à 61)

Arrêté du 5 novembre 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 19 novembre 1992, N° 269, p. 15900 et 15901)

Arrêté du 9 mars 1993 fixant le contenu du rapport d'activité des établissements relevant de la Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés à pratiquer les activités de procréation médicalement assistée. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 25 mars 1993, N° 71, p. 4692)

Arrêté du 9 janvier 1995 fixant le contenu du rapport d'activité des établissements relevant de la Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés à pratiquer les activités de procréation médicalement assistée. (*Bulletin officiel du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville*, 14 mars 1995, N° 95/6, texte N° 229, p. 43 à 53)

Arrêté du 2 juin 1995 fixant la composition du dossier prévu aux articles R. 184-1-2 et R. 673-5-2 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'autorisation de pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 10 juin 1995, N° 134, p. 8994)

Arrêté du 26 décembre 1997 fixant le contenu du dossier type prévu à l'article R. 152-8-5 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'autorisation de pratiquer une étude sur l'embryon *in vitro*. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 3 janvier 1998, N° 2)

Arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 28 février 1999, N° 50, p. 3061 à 3069)

Circulaire N° 90-06 du 22 février 1990 relative aux modalités de distribution, de dispensation et de prise en charge de la spécialité Mifégyne 200 mg, comprimés. (*Bulletin officiel du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale*, 17 avril 1990, N° 90/7, texte N° 300, p. 95 à 97)

Circulaire DGS/2A/DH/9C/91 N° 38 du 26 juin 1991 relative à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse dans les établissements d'hospitalisation publics. (*Bulletin officiel du Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration*, 17 août 1991, N° 91/30, texte N° 1227, p. 159 à 161)

Décret N° 88-327 du 8 avril 1988 relatif aux activités de procréation médicalement assistée. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 9 avril 1988, N° 84, p.4707 et 4708)

Décret N° 88-328 du 8 avril 1988 portant création de la Commission nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 9 avril 1988, N° 84, p. 4708 et 4709)

Décret N° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 12 août 1992, N° 186, p. 10969 à 10971)

Décret N° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 12 août 1992, N° 186, p. 10972 et 10973)

Décrets N° 93-75 du 18 janvier 1993 modifiant le Décret N° 89- 306 du 11 mai 1989 portant création d'une Commission de génie génétique. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 20 janvier 1993, N° 16, p. 1008 à 1009)

Décret N° 95-558 du 6 mai 1995 relatif à la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 7 mai 1995, N° 108, p. 7360 et 7361)

Décret N° 95-560 du 6 mai 1995 relatif aux activités d'assistance médicale à la procréation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 7 mai 1995, N° 108, p. 7363 à 7366)

Décret N° 98-216 du 24 mars 1998 relatif au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 27 mars 1998, N° 73, p. 4624 et 4625)

Loi N° 93-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. (*Journal officiel de la République française, Lois et Décrets*, 4 janvier 1992, N° 3, p. 178 à 185)

Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal

Lettre-circulaire N° 11023 du 18 mars 1993 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements publics de santé. (*Bulletin officiel du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville*, 3 juillet 1993, N° 93/18, texte N° 1142, p. 15 et 16)

Sénat : Alain CLAEYS, Claude HURIET, L'application de la loi no 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, Assemblée Nationale no 1407/ Sénat no 232.

Hongrie

Décret N° 32 du 23 décembre 1992 du Ministre du Bien-Etre social portant application de la Loi N° 79 de 1992 relative à la protection de la vie du fœtus. (*Népjóléti Közlöny*, 4 janvier 1993, N° 1, p. 8 à 18)

Loi N° LXXIXX du 17 décembre 1992 relative à la protection de la vie du fœtus. (*Magyar Közlöny*, 23 décembre 1992, N° 132, p. 4705 à 4708)

Ordonnance N° 7 du 22 mars 1989 du Ministre des Affaires sociales et de la Santé portant modification de l'Ordonnance N° 12 du 29 septembre 1981 du Ministre de la Santé relative à l'insémination artificielle. (*Magyar Közlöny*, 22 mars 1989, N° 18, p. 379 et 380)

Résolution gouvernementale N° 1031 du 30 avril 1994 relative aux principes fondamentaux de la politique démographique à long terme. (*Nepjóléti Közlöny*, 25 mai 1994, N° 9, p. 803 à 805)

Irlande

Loi N° 20 du 23 juillet 1992 portant modification et extension de la Loi sanitaire (Planification familiale) de 1979, modification de l'article 65 de la Loi sanitaire 1947 et visant d'autres fins (Loi sanitaire (Planification familiale) (Modification) de 1992). (4 p.)

Loi N° 5 du 12 mai 1995 fixant les conditions selon lesquelles certaines données relatives aux services légalement accessibles en dehors de l'Etat aux fins d'interruption de la grossesse et aux personnes dispensant de tels services peuvent être communiquées à certaines femmes ou au public, portant modification de la Loi de 1889 relative aux annonces publicitaires inconvenantes et des Lois de 1929 à 1967 relatives à la censure des publications et visant des fins connexes (Loi de

1995 relative à la réglementation concernant les données (Services dispensés hors de l'Etat aux fins d'interruption de la grossesse)). (9 p.)

Israël

Loi du 7 mars 1996 relative aux contrats de maternité de substitution (Approbation du contrat et statut du nouveau-né). (*Sefer Ha-Chukkim*, 17 mars 1996, N° 1577, p. 176 à 181)

Règlement du 5 octobre 1988 relatif à la santé publique (Banque de sperme) (Modification). (*Kovetz Ha-Takkanot*, 1^{er} janvier 1989, N° 5156, p. 298)

Norvège

Loi N° 56 du 5 août 1994 relative à l'utilisation médicale de la biotechnologie. (*Norsk Lovtidend*, partie I, 25 août 1994, N° 16, p. 1336 à 1341)

Loi N° 52 du 30 juin 1995 portant modification de la Loi N° 56 du 5 août 1994 relative à l'utilisation médicale de la biotechnologie. (*Norsk Lovtidend*, 1^{er} section, 19 juillet 1995, N° 13, p. 852)

Prescriptions N° 872 en date du 9 septembre 1994 relatives au délai applicable au dépôt d'une demande d'agrément aux fins d'exercer une activité régie par la Loi relative à la biotechnologie. (*Norsk Lovtidend*, partie I, 4 octobre 1994, N° 19, p. 1569)

Pologne

Loi du 7 janvier 1993 relative à la planification familiale, à la protection des fœtus humains et aux conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse. (5 p.)

Loi du 30 août 1996 portant modification de la Loi relative à la planification familiale, à la protection des fœtus humains et aux conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse et modifiant d'autres lois. (*Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*, 4 décembre 1996, N° 139, p. 2885 à 2888, texte N° 646)

Ordonnance du 30 avril 1990 du Ministre de la Santé et de l'Assistance sociale relative aux qualifications professionnelles requises des médecins pratiquant l'interruption de la grossesse et aux modalités de détermination des indications médicales permettant de réaliser une telle intervention. (*Dziennik Ustaw Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, mai 1990, N° 29, texte N° 178, p. 382 et 383)

Roumanie

Arrêté N° 605 du 27 décembre 1989 rapportant divers textes édictés par le Ministère de la Santé en rapport avec l'interruption de grossesse. (2 p.)

Décret-Loi N° 1 du 26 décembre 1989 portant abrogation de plusieurs lois, décrets et autres textes réglementaires. (*Monitorul Oficial al României*, 27 décembre 1989, N° 4, p. 1)

Royaume-Uni

Loi du 27 octobre 1967 (chapitre 87 de 1967) portant modification et éclaircissement relatifs à la législation relative à l'interruption de grossesse par des médecins immatriculés (Loi de 1967 relative à l'avortement). (3 p.)

Loi du 16 juillet 1985 (chapitre 49) portant réglementation de certaines activités en rapport avec les arrangements conclus aux fins de confier à une mère de substitution le soin de porter un enfant (Loi de 1985 relative aux arrangements de substitution). (6 pp.)

Loi N° 37 du 1^{er} novembre 1990 portant dispositions relatives aux embryons humains et aux éventuelles exploitations ultérieures de tels embryons, interdiction de certaines pratiques impliquant des embryons et des gamètes, création de l'Office de la Fécondation et de l'Embryologie humaine, dispositions relatives aux personnes qui doivent, dans certains cas, être légalement considérées comme les parents d'un enfant et modification de la Loi de 1985 relative aux arrangements de substitution (Loi de 1990 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine). (39 p.)

Loi du 16 juillet 1992 (chapitre 54 de 1992) assouplissant les restrictions imposées à la divulgation d'informations en vertu de l'article 33(5) de la Loi de 1990 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine (Loi de 1992 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine (Divulgation d'informations)). (3 p.)

Règlement du 4 mars 1991 relatif à l'avortement. Texte N° 499 de 1991. (11 p.)

Règlement du 28 octobre 1994 relatif aux décisions de reconnaissance de la fonction parentale (Fécondation et embryologie humaines). Texte N° 2767 de 1994. (19 p.)

Règlement du 28 octobre 1994 relatif aux décisions de reconnaissance de la fonction parentale (Fécondation et embryologie humaines). Texte N° 2767 de 1994. (19 p.)

Loi du 23 juillet 1996 portant codification et modification du droit coutumier de l'île de Jersey en matière d'interruption de grossesse pratiquée par des médecins immatriculés (Loi de 1997 relative à l'interruption de grossesse (Jersey)). Sanctionnée par ordonnance royale en date du 19 décembre 1996. (13 p.)

Suède

Loi N° 1286 du 2 décembre 1993 portant modification de la Loi N° 133 de 1944 relative à la castration. (*Svensk författningsamling*, 1993, 10 décembre 1993, 1 p.)

Loi N° 660 du 18 mai 1995 portant modification de la Loi N° 595 de 1974 relative à l'avortement. (*Svensk författningssamling*, 1995, 13 juin 1995, 2 p.)

Ordonnance N° 390 du 12 avril 1995 portant modification de l'Arrêté N° 285 de 1944 portant Règlement d'application de la Loi N° 133 de 1944 relative à la castration. (*Svensk författningssamling*, 1995, 3 mai 1995, 1 p.)

Suisse

Loi du 18 octobre 1990 relative à la médecine de la reproduction humaine. (3 p.) (Bâle-ville)

Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (L.P.M.A.) du 18 décembre 1998.

Génétique et procréation assistée. Modification de la Constitution fédérale. Texte en date du 13 août 1992. (*Recueil officiel des lois fédérales*, 25 août, 25 août 1992, N° 32, p. 1579 et 1580)

Tchécoslovaquie (République Socialiste Tchèque)

Loi N° 66 du 20 octobre 1986 du Conseil populaire tchèque relative à l'interruption volontaire de grossesse. (*Sbírka zákonu, Československá socialistická republika*, 3 novembre 1986, N° 22, p. 484 et 485)

Union des Républiques Socialistes Soviétiques

Arrêté N° 484 du 14 décembre 1990 du Ministère de la Santé de Russie relatif à l'autorisation de procéder à la stérilisation chirurgicale des femmes. (23 p.)

Arrêté N° 484 du 14 décembre 1990 du Ministère de la Santé de Russie relatif à l'autorisation de procéder à la stérilisation chirurgicale des femmes. (23 p.)

Décret du 31 décembre 1987 du Ministère de la Santé de Russie sanctionnant l'Instruction relative à la procédure d'autorisation des interventions d'interruption volontaire de grossesse sur indications non médicales. (3 p.)

6.7. Code Civil et Code de la Santé

Code Civil, Luxembourg : Service Central des Imprimés de l'Etat, 2000

Code de la Santé, 3 Tomes, Luxembourg : Association des médecins et médecins-dentistes, 1997