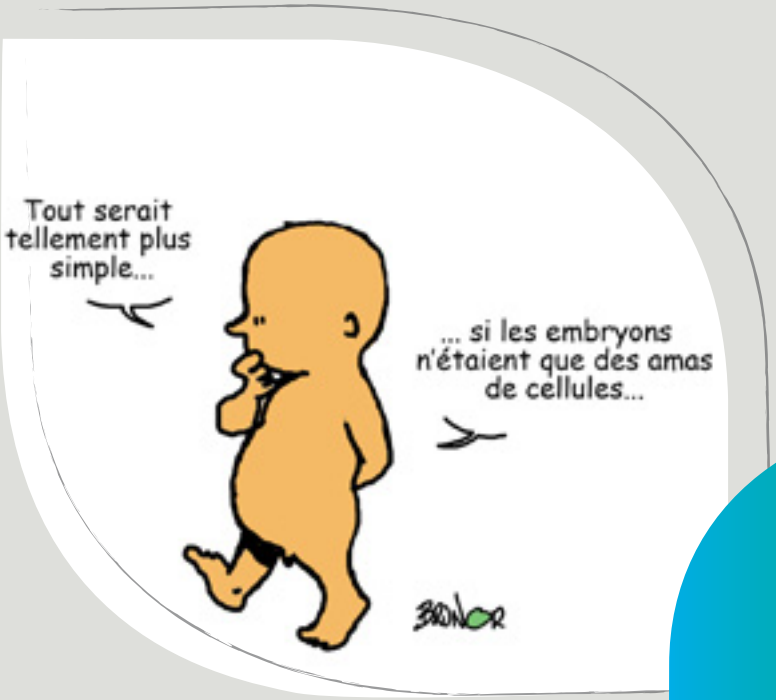
Procréation Médicalement Assistée

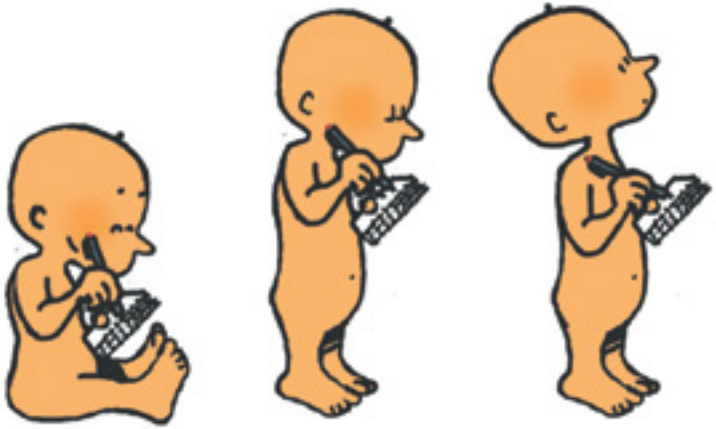
PMA



Manuel pour les jeunes

FONDATION Jérôme Lejeune
chercher, soigner, défendre

Gènéthique
Premier site d'actualité bioéthique



Procréation
Médicalement Assistée

Introduction

Sur l'échelle des progrès que la technoscience offre au monde moderne, la PMA occupe une place de choix que personne ne s'avise ni de remettre en cause ni même de discuter. Et pourtant ...

D'un point de vue historique, la PMA s'inscrit dans le droit fil de la légalisation de l'avortement, comme un revers positif de la médaille. En effet, sans la possibilité de mettre la main sur l'être humain aux premiers instants de sa vie, ce qu'a permis l'avortement, impossible d'autoriser la PMA, grande consommatrice d'embryons, puisqu'on ne réimplante que les plus aptes après les avoir triés. Contrairement à l'avortement qui était « faire l'amour sans faire l'enfant », la PMA c'est « faire l'enfant sans faire l'amour ». Il ne s'agit plus d'enlever du ventre des femmes des enfants indésirables mais d'y introduire des enfants désirés.

Au pouvoir de défaire l'embryon s'ajoute celui de le faire, de le refaire, voire de le parfaire. A « un enfant si je veux » succède « un enfant comme je veux ». Les deux propositions revêtent le même degré d'impériosité, la magie de la deuxième venant compenser la tragédie de la première.

Sur le plan philosophique, la PMA introduit une nouvelle définition de l'enfant qui n'avait encore jamais été osée : l'enfant reste « projet parental » tant qu'il n'est pas conforme aux canons de la société. L'enfant est devenu interchangeable, monnayable et négociable s'il ne correspond pas au projet parental. Ce qui compte ce n'est plus la réalité de tel enfant mais l'idée d'enfant, l'enfant virtuel plus que l'enfant réel, l'enfant générique plus que l'enfant génétique. La technique le permet, le marché y trouve son intérêt et la loi légitime tout progrès plus qu'elle ne recherche la justice.

En dissociant la procréation de la sexualité, la PMA a rendu l'embryon « disponible », en contradiction avec le principe d'indisponibilité du corps humain. En effet, l'embryon issu d'une PMA peut être fabriqué, trié, congelé, décongelé, transféré, donné à un autre couple, cédé à la recherche, disséqué sur une paillasse de laboratoire, détruit à date de péremption.

Il paraît dès lors inévitable que nos sociétés acceptent la PMA pour toutes les femmes ainsi que l'enfant de substitution procuré par une GPA « éthique ».

Le matérialisme, l'argent et le droit se conjuguent pour faire de la PMA la première marche du transhumanisme. Après la déconstruction de l'homme par l'avortement, la PMA a ouvert la reconstruction de l'homme sur des critères qui échappent dorénavant à l'éthique, à la médecine hippocratique et au politique : la reconstruction de l'homme sans l'homme. Il est urgent de le comprendre et de le faire comprendre.

Jean-Marie Le Méné,
Président de la fondation Jérôme Lejeune

Sommaire

1/ Définition pages 6-13

2/ Médecine pages 14-35

3/ Éthique pages 36-61

4/ Droit pages 62-79

5/ Solutions pages 80-90

Index ; Bibliographie pages 92-94

Bons de commande et de soutien pages 95-98

La Procréation Médicalement Assistée : **une appellation trompeuse**

1/ Définition

« L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la fécondation in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle. »

Code de la santé publique, art. L2141

La Procréation Médicalement Assistée (PMA), indifféremment appelée Assistance Médicale à la Procréation, a été développée pour permettre à des couples infertiles d'avoir un enfant. Elle repose sur diverses techniques biologiques et médicales qui contournent l'obstacle et rendent possible une procréation hors de l'union charnelle de l'homme et de la femme.

Historiquement, l'Assistance Médicale à la Procréation est née à la fin du XVIIIe siècle avec la première insémination artificielle intraconjugale en Ecosse. Un siècle plus tard en 1978, Louise Brown, premier bébé-éprouvette, voit le jour en Grande-Bretagne : c'est la première naissance par fécondation *in vitro*, technique qui va connaître d'importants développements.

La définition de la PMA est juridique. Elle date en France des premières lois de bioéthique de 1994. Destinée à proposer une solution médicale à un problème pathologique d'infertilité, elle s'adresse aux couples homme/femme, vivants et en âge de procréer. La loi doit ainsi garantir à l'enfant une filiation cohérente au regard des exigences de la biologie pour la procréation.

Pourtant, malgré l'apparente générosité de son intention et l'encadrement juridique de ses modalités, la procréation médicalement assistée est une pratique qui contrevient à la dignité des couples et des enfants en tranchant le lien qui attache le don de la vie à l'union charnelle des couples. Elle transforme le sujet qu'est le petit de l'homme par son humanité reçue, en objet construit lors d'une fabrication artificielle.

Procréation naturelle

Selon le dictionnaire Larousse, **procréer** signifie *« donner la vie à un enfant, le faire naître en parlant d'une femme, l'engendrer en parlant d'un homme »*. **Le terme de procréation est spécifique à la condition humaine.** Fruit de l'union charnelle de l'homme et de la femme, la procréation met en jeu leur liberté et leur responsabilité au service de la transmission de la vie. Pour atteindre sa finalité proprement humaine, cet acte suppose une maturité suffisante de l'homme et de la femme et un projet de vie commune, traditionnellement dans le cadre du mariage. Le couple accueille son enfant, le respecte et le protège, l'aime et l'éduque, l'aide ainsi à devenir un adulte et à accomplir progressivement sa destinée.

La procréation naturelle procède de l'union charnelle de l'homme et de la femme. Elle permet à leurs cellules reproductives, c'est-à-dire à leurs **gamètes** (spermatozoïdes pour l'homme, ovules ou ovocytes pour la femme) de se rencontrer au niveau d'une des deux trompes de l'appareil génital féminin.
Lors de la fusion des deux gamètes se réalise la fécondation, entraînant la conception d'un nouvel être humain.
À partir de ce moment, l'embryon se développe par démultiplication de ses cellules. Six jours plus tard, il s'implante dans l'utérus de sa mère : c'est la **nidation**. Il y grandit et reçoit tout ce qui est nécessaire pour assurer son développement. A la fin du 2e mois, on l'appelle **fœtus** : tous ses organes sont en place.
Il grandit jusqu'à ce que sa mère le mette au monde au cours du 9e mois.

> *« C'est bien une musique, la plus primitive qui soit puisque c'est la première que chaque oreille humaine ait entendue dans sa vie. Une symphonie à deux cœurs, celui de la mère et celui de l'enfant, voilà la chanson de ce premier monde, celui dont nous venons tous. »*
>
> Professeur Jérôme Lejeune

Procréation médicalement assistée

La Procréation Médicalement Assistée ou indifféremment l'**Assistance Médicale à la Procréation** se présente comme l'ensemble des techniques qui nécessitent une aide médicale et biologique pour combattre la stérilité ou l'infertilité.
Cependant, la PMA **n'est pas à proprement parler un acte médical,** car elle n'a pas pour but de soigner le couple dans son infertilité mais de contourner la difficulté.
Il s'agit de techniques de substitution ou de remplacement qui permettent d'obtenir un enfant en-dehors de l'acte conjugal. Elles font ainsi intervenir au moins un tiers extérieur au couple : le médecin. La PMA pose ainsi, dès son principe même, un problème éthique à clarifier qui est de savoir si le geste médical constitue une **aide thérapeutique** ou au contraire un **acte substitutif** et une **manipulation**.

Il existe 2 formes de PMA distinctes :

La PMA est dite **homologue** lorsqu'elle fait appel aux gamètes du couple. Cette technique est celle qui est pratiquée dans 97% des cas.

Elle est dite **hétérologue** lorsqu'elle fait appel aux gamètes d'un donneur extérieur (3% des PMA). Cela concerne le plus souvent le sperme masculin mais il peut aussi s'agir d'un don d'ovocytes.

Les **trois techniques principales** sont les suivantes :

1. L'insémination artificielle intra-utérine (IA) : C'est la technique d'assistance médicale à la procréation la plus simple. Le médecin, avec un cathéter, dépose des spermatozoïdes à l'intérieur de l'utérus, leur évitant ainsi le franchissement du col et de la glaire cervicale où ils risqueraient d'être bloqués. De là, les spermatozoïdes se déplacent vers les trompes de la femme où la fécondation peut se produire à l'endroit habituel.

2. La fécondation *in vitro* avec transfert d'embryons (FIV) : La fécondation *in vitro* est une technique de reproduction en laboratoire : la fécondation est ici réalisée à l'extérieur du corps de la femme. Le médecin récupère ovules et spermatozoïdes et les met en présence dans une éprouvette. Un à trois embryons ainsi conçus sont déposés avec un cathéter dans l'utérus de la femme tandis que les autres sont congelés et conservés pour une éventuelle utilisation ultérieure.

3. La fécondation *in vitro* avec injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) : L'ICSI est une méthode de fécondation encore plus invasive que la FIV « classique » puisqu'elle consiste à stimuler la fécondation en injectant directement un spermatozoïde, choisi par le biologiste, dans l'ovule.

En 2015, 24 839 enfants sont nés par une Assistance Médicale à la Procréation

La personne humaine

Comprendre ce qu'est une **personne humaine** exige de la considérer dans sa triple dimension philosophique, biologique et juridique.

Selon la définition traditionnelle de Boèce, la personne est *« une substance individuelle de nature rationnelle. »* En parlant de personne, nous distinguons ces **êtres déterminés**, des choses, et des animaux. Une personne n'est pas « quelque chose » mais « quelqu'un ». Cette détermination confère donc à la personne ainsi désignée les **caractéristiques de son espèce** – l'espèce humaine – **tout en supposant la différenciation singulière de chaque individu.**

La personne humaine est un être biologique, **un organisme unique et unifié**. Cet être humain trouve son origine dans la fécondation des gamètes de ses deux parents, au cours de l'acte d'union des corps. Dès l'instant de la fécondation, le **zygote** ainsi procréé possède son patrimoine génétique et commence **son processus de développement selon un cycle vital continu, harmonieux, et nécessaire suivant les informations de son code génétique ou ADN.**

Cette origine n'est pas seulement biologique. Elle est aussi le commencement de la vie dans toutes ses dimensions : physique mais aussi **intellectuelle et affective.** La dimension corporelle est un élément constitutif de la personnalité humaine, et le signe de la présence de la personne. Mais la personne est **une unité de corps et d'esprit.**

La personne humaine est spirituelle, intellectuelle et morale. Et toutes ces caractéristiques sont liées les unes aux autres pour ne faire qu'un seul individu, une personne unique et unifiée : il n'« a » pas seulement, il « est » un cœur, un corps et une âme. L'homme n'existe donc pas seulement en tant qu'être physique. Son existence cache une surexistence spirituelle dont son intelligence est le témoin. Cette surexistence jouit d'une double faculté : celle de connaître et celle d'aimer.

Les gamètes

L'origine du mot gamète vient du grec ancien « gamétês » et « gamétis » désignant respectivement l'époux et l'épouse.

Les gamètes sont les cellules sexuelles reproductives : **spermatozoïdes** pour les hommes, **ovules** pour les femmes. Ces cellules ne sont pas comme les autres cellules de notre corps. Elles sont tout-à-fait spécifiques et méritent d'être respectées comme telles.

D'abord parce que les gamètes ne servent qu'à une chose : « faire » des enfants. Ces cellules sont uniquement les cellules de la **procréation**. Par conséquent, **on ne donne ses gamètes que dans le cadre de l'union avec la personne que l'on aime pour espérer avoir un enfant.** On ne donne pas ses gamètes comme on donne son sang ou un organe que l'on a en double.

Ensuite parce que ce sont des cellules qui ont la moitié du patrimoine génétique : elles ont donc besoin de l'autre moitié pour vraiment remplir leur rôle et donner vie à un être nouveau.

Fertilité et fécondité

La fertilité désigne l'aptitude à un instant donné à concevoir un enfant. Elle concerne aussi bien l'homme que la femme.

La fécondité désigne le nombre d'enfants conçus au cours d'une période donnée. Même si elle concerne chacun des parents, elle se rapporte en réalité au couple, car l'homme et la femme sont féconds l'un par l'autre.

Autrement dit une femme normalement fertile ne sera dite féconde que si elle a conçu au moins un enfant. Et une femme féconde peut ne plus être fertile à un moment donné.

La fertilité normale d'une femme débute en période postpubertaire et se termine en préménopause. De plus, la femme n'est fertile qu'à certains moments de son cycle : depuis 4 à 7 jours avant l'ovulation et pendant 3 jours après celle-ci.

La capacité de l'homme à féconder une femme est

Fertilité et fécondité

permanente à partir de la puberté. L'homme n'a pas de limite d'âge dans cette aptitude mais on constate souvent chez lui une légère baisse de fertilité après 50 ans, ainsi qu'un risque accru de troubles chez l'enfant (malformation chromosomique, autisme…).

Chez un couple normalement fécond, la fécondité moyenne d'un cycle est de 25%. Autrement dit sur 4 couples normalement fertiles s'unissant au moment où la femme peut être fécondée, seul un couple concevra un enfant.

En moyenne, les couples mettent un an avant de débuter une grossesse. C'est pourquoi on attend généralement 18 mois à 2 ans de rapports sexuels réguliers sans grossesse avant de débuter la recherche d'une cause d'hypofertilité ou d'infertilité.

Remarque :

En France, 15% des couples connaissent des difficultés pour avoir un enfant.

Parmi eux, 80% conçoivent finalement un enfant naturellement dans les 2 ans après le premier mois d'essai. Une prise en charge médicale globale peut parfois permettre d'avoir un enfant naturellement sans recourir à la PMA.

Source INSEE - 2016

Infertilité et stérilité

L'infertilité ou l'infécondité est l'incapacité d'une femme à mener à bien une grossesse jusqu'à la viabilité de l'enfant, bien que la fécondation soit éventuellement possible.
L'origine de l'infertilité est diverse : elle est féminine dans 33% des cas, masculine dans 21% des cas, liée aux deux conjoints dans 39% des cas et inexpliquée dans 7% des cas.

La stérilité est l'impossibilité pour un couple de concevoir. Il n'y a pas de fécondation.
On parle de stérilité primaire quand le couple n'a jamais conçu.
On parle de stérilité secondaire quand le couple a déjà eu au moins une grossesse antérieure, menée à terme ou non.

Hypofertilité

L'hypofertilité est une réduction de la fertilité qui se manifeste par un temps plus long pour concevoir et/ou mettre au monde un enfant par rapport à la population générale. On parle d'hypofertilité lorsqu'un couple n'est pas parvenu à avoir un enfant après un an de rapports sexuels réguliers sans contraception.

On connait de nombreuses causes d'hypofertilité :

L'âge est la plus importante : la probabilité d'avoir un enfant est d'environ 25% par cycle à 25 ans, de 12% à l'âge de 35 ans et de 6% à 40 ans.

Les causes médicales et chirurgicales de l'hypofertilité sont nombreuses, comme par exemple les pathologies hypotalamo-hypophysaires qui sont responsables de la baisse des hormones FSH et LH stimulant la fécondation (FSH : Hormone folliculo-stimulante et LH : hormone lutéinisante). Elles exigent un bilan approfondi avant de conclure trop vite à une infertilité.

Des raisons psychologiques peuvent être un frein à la fertilité, aussi bien chez l'homme que chez la femme : la peur du poids de la responsabilité, une enfance battue, une agression sexuelle, un désir d'enfant obsédant...

Enfin certains facteurs nutritionnels et environnementaux peuvent rendre hypofertile : les carences alimentaires, la maigreur ou le surpoids, la pollution, la drogue ou le tabac.

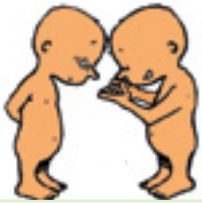
> *Une intervention sur le corps humain ne touche pas seulement les tissus, les organes et leurs fonctions, mais elle engage aussi à des niveaux divers la personne même ; elle comporte donc une signification et une responsabilité morales, implicitement peut-être, mais réellement.*
>
> Instruction *Donum Vitae*.

Médecine de restauration de la fertilité et naprotechnologie

La médecine de restauration de la fertilité consiste à restaurer l'aptitude d'un couple à concevoir un bébé naturellement. Cette restauration est possible grâce à des techniques médicales et chirurgicales appropriées : apports hormonaux opportuns, chirurgie de désobstruction des trompes, microchirurgie, laser...

Elle s'appuie sur l'observation clinique des signes de fertilité de la femme, sur l'établissement d'un diagnostic précis des causes d'hypofertilité ou de stérilité chez chacun des deux conjoints puis sur la proposition de traitements adaptés, comme le traitement des maladies organiques (par exemple les trompes bouchées). Elle intègre souvent une importante dimension d'accompagnement psychologique.

La naprotechnologie est ainsi une assistance médicale à la procréation naturelle, elle permet souvent d'éviter le recours aux techniques de fécondation artificielle.



L'impact de l'âge sur la stérilité

La stérilité des couples s'aggrave fortement du fait du recul de l'âge auquel les femmes commencent à désirer un enfant. Ce phénomène peut avoir plusieurs causes, principalement le développement de la carrière, le recul de l'âge du mariage et l'augmentation des divorces suivis d'une nouvelle union qui conduit à désirer un enfant tardivement.

Selon le rapport de l'INSEE en 2016, l'âge moyen des mères à l'accouchement en France est de 30,4 ans.

L'âge moyen de la 1ère maternité est passé de 24 à 28,5 ans de 1974 à 2016.

Dans les centres d'assistance médicale à la procréation, 30% des patientes ont plus de 38 ans.

Une épreuve **lourde de conséquences**

2/ Médecine

“La génétique humaine se résume à un credo élémentaire qui est celui-ci : Au commencement il y a un message, ce message est dans la vie et ce message est la vie. Et si ce message est un message humain, alors cette vie est une vie humaine.”

JÉRÔME LEJEUNE

Le recours à la PMA est proposé par la médecine aux couples confrontés à des difficultés pour concevoir un enfant, après 12 mois à 2 ans d'essais de conception au moyen d’essais répétés sans contraception.

Les techniques de PMA se veulent donc des médecines de substitution qui ne soignent pas mais contournent les empêchements naturels.

Loin d’humaniser la relation du couple pour l’aider à donner la vie, les techniques de PMA subordonnent la dignité de l’embryon à l’efficacité de l’acte médical et transforment le désir de donner la vie à un enfant en droit d’obtenir un enfant.

Les techniques médicales de la procréation artificielle, si elles peuvent fasciner par leur action créatrice et leur jeu avec les limites de la vie et de la mort, ne peuvent faire oublier les pratiques de laboratoires, la sélection et la conservation embryonnaire, le rôle prépondérant de la technique sur l’amour ou la livraison des embryons surnuméraires à la recherche scientifique et à la destruction.

Le recours à la PMA, un choix trop vite posé ?

1. Qui est concerné par la PMA ?

La PMA ou AMP est un ensemble de techniques médicales qui peuvent être proposées à des couples ayant des difficultés à avoir un enfant. Elle concerne donc un public déterminé, pour des raisons médicales mais aussi juridiques.

La PMA s'adresse **aux couples hétérosexuels, en âge de procréer** et qui se trouvent médicalement dans l'une des deux situations suivantes :

- le couple ou l'un des membres présente **une stérilité ou une infertilité pathologique** médicalement constatée

- l'un des membres du couple est porteur **d'une maladie grave,** susceptible d'être transmise au conjoint ou à l'enfant

Ces conditions se veulent un moyen de conserver la PMA dans le cadre strict d'une aide médicale pour un couple solide, prêt à accueillir un enfant et à fonder une famille mais malheureusement confronté à des difficultés pour engendrer. Un travail préalable doit donc être fait pour vérifier que les demandeurs correspondent à ces critères, au cours de plusieurs consultations médicales. Il est regrettable que ces consultations n'insistent pas toujours suffisamment sur les conséquences médicales et éthiques graves de la PMA, ainsi que sur les solutions alternatives.

2. Le bilan médical du couple infertile

La peur de ne pas pouvoir concevoir engendre une angoisse importante et une grande souffrance chez le couple concerné. La mise en place des techniques d'aide médicale à la procréation s'est voulu une réponse technique à ces difficultés et une aide généreuse à apporter aux couples infertiles. Pourtant, l'angoisse dépasse parfois la réalité. La procédure de mise en place d'une PMA est donc normalement précédée de consultations médicales afin de vérifier la réalité de l'infertilité, d'en établir les causes et de déterminer, si besoin, quelle sera la technique de PMA la plus appropriée aux couples.
Le bilan de stérilité n'est habituellement débuté qu'après une période d'infertilité de 18 mois

Le recours à la PMA, un choix trop vite posé ?

à 2 ans avec des rapports sexuels réguliers sans grossesse. Ce délai peut être écourté dans le cas de femmes âgées de plus de 35 ans. Pour un jeune couple sans risque connu la « règle des 18 mois » peut s'appliquer.
La première démarche consiste à s'assurer qu'il n'existe pas de problèmes psychosexuels majeurs dans le couple, qui peuvent être responsables de l'infertilité.

De nombreux facteurs peuvent être des obstacles à la fertilité. Il importe donc de les déceler afin d'éviter une PMA non nécessaire. Une prise en charge thérapeutique et préventive accrue de ces facteurs serait également une solution possible pour diminuer le nombre de PMA.

Ces facteurs sont nombreux :

- **L'âge** est un facteur principal de la stérilité. Les femmes reculent l'âge de leur premier enfant notamment pour accomplir leur carrière. Il existe pourtant une donnée physiologique importante qui est la réduction de la fertilité des ovocytes passé l'âge de 35 ans.

- **Différentes maladies** peuvent altérer les fonctions de reproduction du couple : les infections génitales, responsables de 40% des stérilités féminines. Ce risque est croissant, parallèlement à l'extension des maladies sexuellement transmissibles (MST). L'exposition au diéthylstilboestrol (DES) *« in utero »*, les maladies endocriniennes, ou les traitements, comme certaines chimiothérapies.
Il est également nécessaire de contrôler les antécédents chirurgicaux, obstétricaux et médicaux.

- **Les Interruptions Volontaires de Grossesse :** parfois une infection est survenue ; elles peuvent avoir provoqué des synéchies (membranes cicatricielles qui accolent les parois de l'utérus).

- **Le poids :** l'obésité comme une trop grande maigreur peuvent entraîner des troubles de l'ovulation.

- **Un dérèglement hormonal.**

La consultation médicale doit ensuite comporter les examens nécessaires pour déterminer le type d'infertilité dont peut souffrir le couple et en déduire la technique de PMA jugée la plus adaptée : courbe de température qui renseigne sur la qualité de l'ovulation de la femme, examen par imagerie des organes médicaux, caryotype à partir d'une prise de sang afin de rechercher les anomalies potentiellement à l'origine d'une stérilité primaire ou d'une infertilité secondaire, échographie qui permet de diagnostiquer certaines anomalies morphologiques de l'appareil génital, étude du sperme qui doit être recueilli après trois jours d'abstinence

Le recours à la PMA, un choix trop vite posé ?

et par masturbation, test de Huhner et examen de la glaire (test effectué après un rapport sexuel). Tous les examens ne sont pas forcément obligatoires mais ils sont nombreux et, pour certains, éprouvants.

A l'issue de ces différents examens, la décision d'effectuer ou non une PMA est prise. Pour autant, cela ne signifie pas que tous les efforts ont été faits pour aider le couple à concevoir naturellement. Beaucoup plus de moyens budgétaires sont affectés aux techniques de PMA qu'à la recherche thérapeutique sur l'infertilité. De plus, les couples ne sont pas toujours suffisamment informés des possibilités alternatives[1].

Les techniques de PMA sont non seulement éprouvantes physiquement et psychologiquement pour le couple, comme pour chacun de ses membres, mais elles sont aussi éthiquement problématiques. Le médecin a un rôle important dans la décision de recourir à la fécondation artificielle. Ceux qui n'encouragent pas la PMA sont souvent incompris de leurs pairs et de la société.

Enfin, si à la 2e consultation le gynécologue donne son accord pour la PMA, il informe le couple sur la procédure envisagée. Après un court temps de réflexion et s'il opte pour cette solution, le couple devra signer un consentement. A ce moment-là, il doit donner son accord sur le nombre d'embryons qui seront introduits dans l'utérus et sur la congélation de ceux qui ne seront pas transférés dans le corps de la femme. Il arrive souvent que le couple ne réalise pas bien à quoi il s'engage, que ce soit pour la procédure, pour l'avenir des embryons congelés, l'intrusion d'une tierce personne dans la genèse de leur enfant...

Le gynécologue peut considérer que les risques sont trop grands pour la femme, ou les chances d'avoir un enfant trop faible.

En France, si la femme a moins de 43 ans, la PMA est remboursée à 100% par la Sécurité sociale jusqu'à la 4e tentative. Sa gratuité rend le geste d'autant plus tentant et contribue à l'accroissement des demandes : de 2011 à 2015, on est passé d'environ 141 000 tentatives à plus de 145 000[2].

---

[1] Cf. chapitre Solutions

[2] Ces tentatives regroupent les inséminations artificielles, les fécondations *in vitro* et les transferts d'embryons congelés avec gamètes et embryons de différentes origines

Témoignage

Mon parcours du combattant pour devenir mère en 5 étapes, Le Huffington Post, 4 avril 2017.

Un jour, je suis tombée enceinte. J'étais heureuse, nous revenions d'un mois en vacances à New York, à se préoccuper seulement de savoir où nous allions manger.
Peu après durant l'été, j'ai eu mal au ventre et j'ai perdu cet enfant que je nommerai froidement Baby 1 (dédicace à NYC). Ma première fausse couche. Suite à cette FC, j'a dû faire une batterie d'examens, d'examens en examens, je ne sais pas pourquoi je suis tombée dans l'engrenage de la FIV.
(...)

En deux ans, j'ai eu des tests d'ovulation, des tests post-coïtaux (oui oui genre tu dois débarquer chez la gynéco N°1, aigrie et méchante car elle n'a jamais eu d'enfant, 10 h après l'acte), des prises de sang par pack de 100, des piqûres d'hormones, des vitamines prénatales, j'ai passé des heures dans des salles d'attente car les docteurs à 100 euros la consultation prennent des RDV toutes les 10 minutes, on m'a jugée, pesée, j'ai eu 3 opérations pour me prendre mes ovules, j'ai eu 2 implantations d'ovules fécondés, j'ai passé des heures à écouter le gynéco N°2, ponte de Marseille, qui se prenait pour Dieu et qui se croyait drôle.
(...)

Deux fois je suis retombée enceinte. Un échographe s'est chargé la seconde fois de mettre fin à la douceur en disant: "Mais enfin y a pas de cœur qui bat".
Les médecins ont cherché les raisons, ils m'ont injecté un produit dans les trompes, un examen horriblement douloureux, je suis allée dans un autre hôpital un dimanche matin lugubre, une recherche de chromosomes ou un truc

Témoignage

génétique je sais plus, mais jamais rien. Rien de concret. Une fois encore après une FIV, j'ai saigné mais j'étais enceinte. Mais finalement on m'a dit que ça n'allait pas tenir alors ils m'ont donné un médicament pour que j'évacue toute seule le bébé N°3.
J'ai eu des injections, encore plus d'injections, je ne devais pas fumer, je ne devais pas boire, je ne devais rien faire pendant le traitement, puis après la pose de l'ovule fécondé je devais faire attention mais pas trop, comme si tout était normal car au plus on est cool au plus on a de chances de tomber enceinte. Vous êtes drôles les mecs. (LOL comme disent les vieux qui veulent faire jeunes)
En attendant, j'avais fait 2 autres fausses couches "médicalement assistées" et aidé avec ma petite pelle à augmenter le déficit de la sécu.
J'ai passé deux années à évacuer les produits, j'avais envie de pleurer tout le temps, j'avais peur. J'avais des tocs, j'en ai encore un peu. Je ne suis pas cette personne. Je ne tends jamais l'autre joue. J'ai toujours un coup d'avance. Aujourd'hui, j'ai décidé de laisser faire la nature, j'essaie de me détacher de cet épisode pour redevenir une fille normale qui se sentira peut-être un peu bizarre un jour (ou pas) et qui aura une bonne nouvelle.

Les principales techniques de Procréation Médicalement Assistée

1. L'INSÉMINATION ARTIFICIELLE

Reprenant le vocabulaire de la semence agricole, l'insémination artificielle (IA) est la plus ancienne technique de PMA. Après avoir été une pratique vétérinaire, la 1ère insémination artificielle sur un être humain eut lieu en 1789 par le chirurgien écossais John Hunter. Cette technique consiste à injecter directement du sperme dans les voies génitales féminines.

Les indications médicales

L'insémination artificielle est indiquée :

- Dans certaines formes de stérilité féminine, principalement pour les malformations et troubles inflammatoires du vagin, de l'utérus ou du col de l'utérus
- Chez l'homme lorsqu'il présente des troubles de l'éjaculation, certaines anomalies du sperme, ou encore pour utiliser du sperme précédemment congelé
- En cas de stérilité du couple, comme lorsque la femme produit des anticorps agissant contre le sperme du mari
- Enfin, pour la présélection du sexe afin d'éviter la transmission de certaines maladies génétiques liées au sexe

Avant d'avoir recours à l'insémination artificielle, il convient de vérifier s'il n'est pas possible de pratiquer une intervention permettant d'éliminer les causes de la stérilité.

Les techniques employées

L'insémination artificielle se déroule en plusieurs étapes :

Dans un premier temps, un traitement de **stimulation ovarienne** préalable est souvent prescrit à la femme, afin d'obtenir le développement d'1 ou 2 follicules (cavité de l'ovaire dans laquelle se développe un ovule). Celle-ci est réalisée par l'injection sous-cutanée d'hormones à forte dose. Lorsque ces follicules sont matures, l'insémination est programmée.
Le sperme doit être préalablement recueilli par masturbation au laboratoire et préparé le jour de l'insémination. Il est aussi possible dans certains cas de congeler des spermatozoïdes recueillis lors de l'acte sexuel et de les conserver pour une utilisation postérieure.
Avec un cathéter, le médecin **dépose ensuite les spermatozoïdes à l'intérieur de l'utérus.** Les spermatozoïdes mobiles remontent vers les trompes où ils rencontrent l'ovocyte. La fécondation a alors lieu *in vivo*, à l'intérieur du corps de la femme.

Les principales techniques de Procréation Médicalement Assistée

Il convient de distinguer l'insémination artificielle homologue et hétérologue.

1/ L'insémination artificielle avec sperme du conjoint (IAC), dite homologue. On peut alors utiliser le sperme du conjoint prélevé au cours d'un rapport sexuel ou immédiatement après ; mais on utilise le plus souvent ce sperme prélevé le jour même de l'insémination par masturbation. Cette dernière pratique soulève plusieurs problèmes éthiques car elle introduit une séparation entre l'acte sexuel de l'homme (par la masturbation), mais aussi du couple et la procréation de l'enfant.

2/ L'insémination artificielle avec sperme d'un donneur extérieur au couple (IAD), dite hétérologue.
Le don de sperme suit une démarche encadrée mais qui soulève différents problèmes. Le don est anonyme et volontaire. Le don s'effectue en différentes étapes : après un entretien psychologique, le donneur effectue un premier recueil qui a lieu par masturbation. Celui-ci donne lieu à une vérification des caractéristiques des spermatozoïdes et de l'absence d'infection. Si les spermatozoïdes sont jugés de qualité satisfaisante, ils sont congelés dans de l'azote liquide à -196°C et on informe le donneur du nombre de recueils qui lui restent à effectuer. Six mois après le dernier recueil, des tests sérologiques sont à nouveau effectués. Les spermatozoïdes congelés sont conservés au laboratoire jusqu'à leur attribution à des couples receveurs en vue d'une assistance médicale à la procréation (insémination ou fécondation *in vitro*).

Les complications éthiques de ce mode de procréation avec don de sperme sont importantes. L'insémination hétérologue introduit une séparation entre la personne qui vit en couple et le donneur. Elle est ainsi à l'origine d'un nouveau type de famille, non plus monogame mais, *de facto*, « plurigénitorielle ». Le don de gamètes altère l'unité conjugale et parentale car il opère une rupture entre **la parenté génétique, la parenté gestationnelle et la responsabilité éducative.**
Il faut en outre tenir compte des conséquences pour l'enfant qui devra accepter une sorte de double paternité, avec un parent biologique inconnu et anonyme.
Des conflits peuvent surgir au sein du couple, en raison d'un déséquilibre de la parenté entre le père et la mère. Le père putatif se sait père sur le plan

Les principales techniques de Procréation Médicalement Assistée

juridique et affectif mais non sur le plan biologique. Il a donc une position différente par rapport à l'enfant de celle de la mère, ce qui peut avoir des répercussions sur le rapport entre les époux et dans les relations avec l'enfant.

Une autre complication de nature éthique et juridique vient du fait qu'un seul prélèvement de sperme puisse être utilisé pour diverses inséminations (5 maximum en France), donnant ainsi naissance à des enfants consanguins de père qui l'ignorent ; ce qui pourrait donner lieu à des mariages consanguins.

Enfin et surtout, une tendance eugéniste s'insinue dans l'analyse des spermatozoïdes et la création des banques de sperme. Il s'agit en effet de ne conserver que les spermes jugés « bons » / « aptes », et de se procurer un sperme sélectionné.

Le taux de grossesses est de l'ordre de 12,5%.

[3] Pour l'insémination intra-cervicale, l'ensemble du contenu des paillettes de sperme du donneur est déposé au moment de l'ovulation dans la glaire cervicale fabriquée par le canal cervical qui unit le vagin à l'utérus. Cette technique est différente de l'insémination artificielle intra-utérine pour laquelle les spermatozoïdes sont déposés directement dans l'utérus.

RÉSULTATS DE L'INSÉMINATION ARTIFICIELLE

En 2015, suivant le rapport d'activité de 2017 de l'Agence de la biomédecine :

- Par insémination artificielle intraconjugale : 5 544 enfants sont nés vivants pour 50 714 tentatives.
- Par insémination intra-utérine avec spermatozoïdes de donneur : 616 enfants sont nés vivants pour 3 294 tentatives.
- Par insémination intracervicale[3] avec spermatozoïdes de donneurs : 28 enfants sont nés vivants pour 159 tentatives.

Les inséminations artificielles, notamment intra-utérines représentent 37% de l'ensemble des tentatives d'AMP.
Les appels aux spermatozoïdes de donneurs ont lieu dans plus de 6% des cas.

Les principales techniques de Procréation Médicalement Assistée

2. LA FÉCONDATION *IN VITRO*

En 1978, Louise Brown, 1er enfant issu d'une fécondation *in vitro*, voyait le jour en Angleterre et c'est en 1982 que naissait Amandine, le premier bébé-éprouvette français, sous les mains du biologiste Jacques Testart et du gynécologue-obstétricien René Frydman.
La fécondation *in vitro* peut être schématisée en 6 étapes :

ÉTAPE 1 : la stimulation ovarienne de la femme, qui doit permettre de recueillir plusieurs ovocytes matures au lieu d'un seul au cours d'un même cycle. Celle-ci a lieu soit par stimulation de l'hypophyse elle-même qui stimulera ensuite les ovaires par l'intermédiaire de la FSH et de la LH, soit par la stimulation directe des ovaires par l'administration directe de FSH mélangée à de la LH. Ces hormones sont injectées de façon quotidienne sur une durée qui varie de 6 à 15 jours.

ÉTAPE 2 : le déclenchement de l'ovulation qui produit l'expulsion de l'ovocyte hors de l'ovaire. Elle est provoqué par l'injection d'une autre hormone, la hCG[4]. L'ovulation se produit 37 à 40h après cette injection. Il est aussi possible d'attendre que l'ovulation se déclenche spontanément, mais le médecin préfère le plus souvent programmer l'heure du recueil ovocytaire.

ÉTAPE 3 : le prélèvement des gamètes de l'homme et de la femme le même jour. La ponction chez la femme recueille 5 à 10 ovules matures qui sont mis immédiatement en culture au laboratoire : ils sont transférés dans une éprouvette où ils poursuivent leur maturation. Des complications liées à ce geste sont rares mais possibles (hémorragie, infection…). Pour l'homme le recueil de sperme s'obtient par masturbation ou par recueil de sperme congelé.

ÉTAPE 4 : le tri embryonnaire morphologique ; la mise en fécondation et le choix de l'embryon.
Le sperme ne peut être utilisé tel quel et subit au laboratoire

Les principales techniques de Procréation Médicalement Assistée

différentes modifications qui surviennent normalement dans l'appareil génital féminin. On recueille alors un nombre suffisant de spermatozoïdes normaux et mobiles, ayant subi leur capacitation, c'est-à-dire leur aptitude à féconder.

Les gamètes sont ensuite mis en présence *in vitro*, dans un tube contenant 1mL de milieu de culture, 1 ovocyte et de 50 000 à 100 000 spermatozoïdes mobiles. En moyenne, seulement la moitié des ovocytes recueillis et inséminés *in vitro* deviennent des embryons. 5 à 10 embryons sont ainsi fécondés. On opère alors un premier contrôle de l'état de ces embryons : la mise en évidence à l'intérieur d'un œuf de 2 noyaux (2 pronuclei), signe la fécondation. Il faut alors que les deux noyaux fusionnent pour donner une cellule avec un seul noyau de 46 chromosomes qui va se segmenter progressivement en plusieurs cellules ou blastomères. Les embryons sont classés en fonction de leur qualité cellulaire, à savoir : leur nombre de cellules, leur régularité (tailles de cellules différentes ou non), et de leur fragmentation. On transfère les mieux notés et, suivant leur qualité, les restants sont détruits ou congelés pour un usage ultérieur. Il s'agit d'une première destruction embryonnaire pour non-conformité.

ÉTAPE 5 : le transfert d'embryons. Il s'agit ici d'implanter artificiellement ces embryons dans l'utérus de la femme. Le médecin place 1 ou plusieurs embryons dans un cathéter, introduit celui-ci dans l'utérus à travers le col utérin et y dépose le ou les embryons. En moyenne 1 ou 2 embryons sont implantés pour les femmes de moins de 35 ans qui vivent une 1e tentative de FIV et 3 ou 4 pour les femmes de plus de 28 ans ayant vécu plusieurs tentatives. En cas de grossesses multiples, le médecin procède à une « réduction embryonnaire », ce qui revient à avorter 1 ou plusieurs des embryons fécondés.

ÉTAPE 6 : la congélation des embryons surnuméraires. Les embryons restants, fécondés en FIV mais non transférés dans l'utérus de la mère, sont appelés « surnuméraires ». Ils sont congelés dans des centres, à -196° dans de l'azote liquide. La congélation arrête l'activité cellulaire et moléculaire des cellules, tout en conservant les organites nécessaires à la reprise de ces activités. Mais tous les embryons ne résistent pas à la décongélation.

Certains embryons sont considérés « inutilisables » après la décongélation. Tous les 6 mois, un nouveau transfert peut être

opéré si le précédent a échoué.
En pratique, seulement 2/3 des embryons congelés après 2 jours de culture retrouvent **leur aspect morphologique initial.** Leur taux de nidation est 3 fois plus faible que celui des embryons « frais ».
Les taux de survie embryonnaire, et les taux de grossesses **sont meilleurs après vitrification[5].**
Le taux de grossesses par transfert d'embryons congelés est de seulement 11% après FIV et 8 % après ICSI.

[4] Qonadotrophine Chorionique Humaine.

[5] Technique expliquée dans le passage consacré aux embryons surnuméraires.

La FIV : des chiffres qui parlent

En 2015, 310 247 embryons ont été conçus dans le cadre des FIV.

70 211 embryons ont été congelés et 77 882 transférés pour donner naissance à seulement 13 253 enfants.

Ainsi, pour **1 naissance, 23 embryons sont créés, 5 embryons sont congelés, 6 sont transférés et 12 ne sont « ni congelés ni transférés », soit détruits directement.**

Les chances de réussite d'un FIV varient en fonction de l'âge de la femme et du nombre d'embryons transférés.

Les FIV sont souvent à l'origine de grossesses multiples : 14% des grossesses lorsque l'on transfère deux embryons ou plus. Dans ce cas, il est proposé une **« réduction embryonnaire »** : le médecin avorte un ou plusieurs embryons si le couple attend plusieurs enfants et qu'il ne les veut pas tous.

En France, la FIV est prise en charge à 100% par la Sécurité sociale jusqu'à la 4e tentative et pour les femmes agées de moins de 43 ans.

Les principales techniques de Procréation Médicalement Assistée

3. L'INJECTION INTRA-CYTOPLASMIQUE D'UN SPERMATOZOÏDE : ICSI

L'ICSI est une méthode de fécondation assistée par la micro-injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde dans l'ovocyte. Le biologiste introduit lui-même un spermatozoïde dans chaque ovule, à l'aide d'une micropipette.
C'est la technique la plus récente, particulièrement indiquée en cas de stérilité masculine. Le premier enfant né par ICSI en Belgique en 1992, est suivi en 1994, par la naissance d'Audrey en France. Technique de choix en cas de stérilité masculine, elle est indiquée principalement en cas de spermogramme anormal. Le spermatozoïde injecté est choisi sur des critères de mobilité et de morphologie.

La fécondation est ici directement initiée par la technique. L'ovocyte est maintenu par une micropipette de contention, pendant que le spermatozoïde est injecté à l'aide de micromanipulateurs et d'un microscope inversé. Le spermatozoïde choisi est introduit dans le cytoplasme de l'ovocyte et les ovocytes micro-injectés sont remis en milieu de culture. La fécondation est alors observée par l'apparition des 2 pronucléi. 48h après la micro-injection, 2 ou 3 embryons au stade de quatre cellules seront transférés dans la cavité utérine.

Le taux de succès médical de l'ICSI est relativement meilleur que celui de la FIV classique : 21,5%. Les résultats varient selon l'âge de la femme et les chances de succès diminuent fortement au-delà de 37 ans. Mais sous l'angle des naissances obtenues, le taux de réussite est légèrement meilleur que dans la FIVETE (21%) car la fécondation est facilitée. Pour cette raison, il est fréquent qu'elle soit utilisée plutôt que la FIV, sans que la raison médicale soit nécessairement une stérilité masculine.
Pourtant l'ICSI se révèle plus dangereuse pour la santé de l'enfant que la FIV. En forçant ainsi la fécondation, il y a un risque important de voir naître des garçons stériles (pour certains du fait de la stérilité de leur père) ou des enfants atteints de handicaps divers. En effet, certains spermatozoïdes ont des imperfections invisibles pour le biologiste et n'auraient jamais été en mesure d'atteindre la trompe par les voies naturelles de la femme pour y féconder l'ovule.

Les autres techniques de fécondation artificielle : l'IMSI, la GIFT, le ZIFT, le TET, le POST

L'IMSI : Micro-injection intra cytoplasmique de spermatozoïde sélectionné.
Il s'agit d'une ICSI réalisée avec un microscope 15 fois plus puissant. La sélection du spermatozoïde se fait selon plus de critères qui doivent ainsi permettre de limiter les complications propres à l'ICSI.

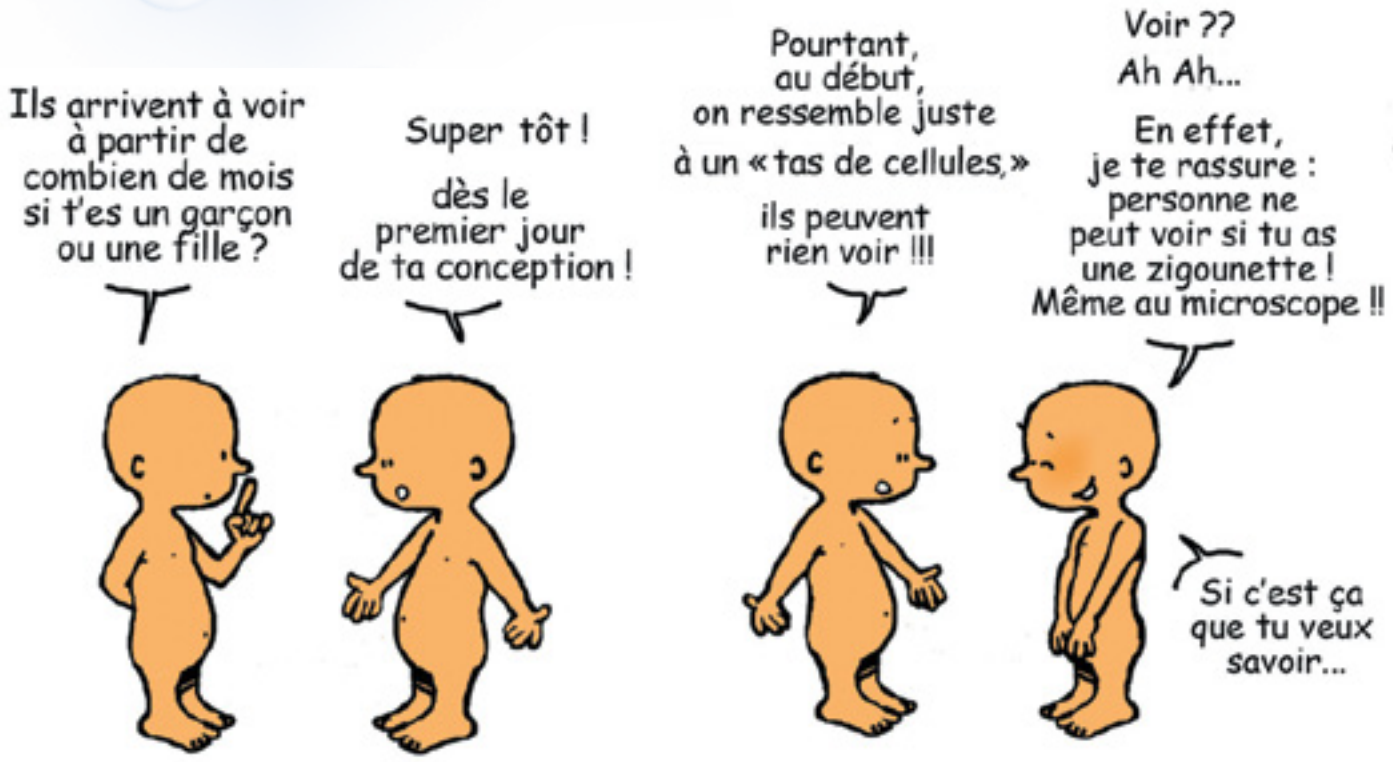
Le GIFT : Transfert intratubaire de gamètes ou transfert intrafallopien.
Le GIFT est une technique de fécondation artificielle intracorporelle qui comporte le transfert simultané mais séparé, des gamètes féminins et masculins dans la trompe de Fallope. Elle est une variante de la FIV pour les femmes dont une trompe de Fallope au moins n'est pas obstruée et la fécondation se fait *in utero* et non *in vitro*.

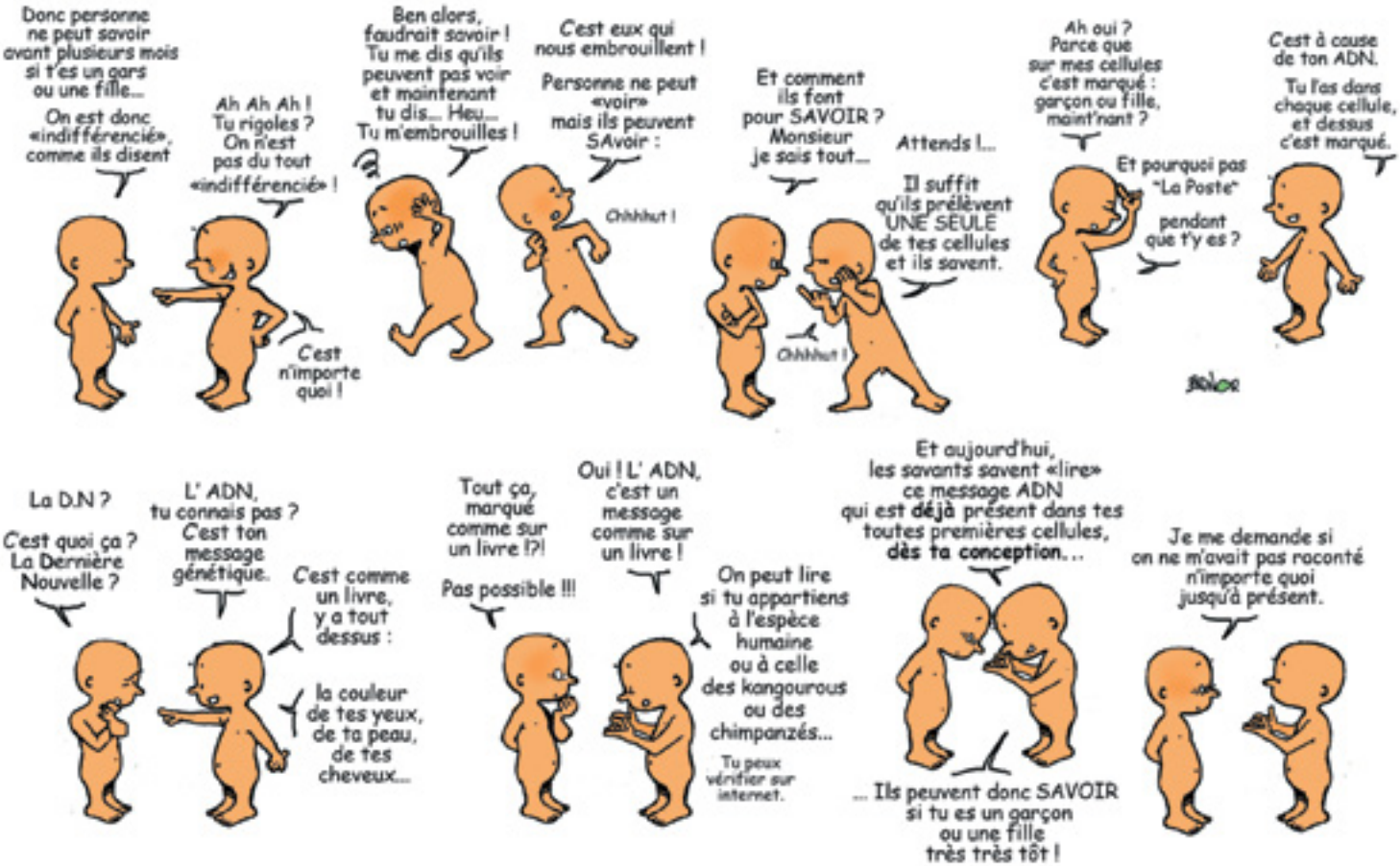
Le ZIFT : Transfert intratubaire de zygotes.
Il consiste à combiner la FIV et le GIFT. La fécondation des ovules se produit en laboratoire et les ovules nouvellement fécondés (zygotes) sont placés dans les trompes de Fallope au lieu de l'utérus, comme pour une FIV.

Le TET : Transfert intratubaire d'embryons.
Le principe est le même que pour le ZIFT, sauf que ce n'est pas au stade de zygote mais à celui d'embryon (24h plus tard), que l'embryon, de 2 à 4 cellules, est replacé dans la trompe.

Le POST : Transfert péritonéal de l'ovocyte et du spermatozoïde.
S'apparente au GIFT dans sa chronologie, mais il replace les ovocytes prélevés et le sperme préparé non dans la trompe mais dans la cavité péritonéale.

Toutes ces méthodes dérivées de la fécondation *in vitro*, GIFT, ZIFT, TET, POST, s'adressent à des patientes qui ont au moins une trompe perméable, contrairement à la FIV qui concerne des femmes sans trompe fonctionnelle. Les indications en sont les stérilités inexpliquées ou les anomalies de la glaire cervicale, les déficiences masculines légères ou les échecs d'insémination artificielle.


Ils arrivent à voir à partir de combien de mois si t'es un garçon ou une fille ?
Super tôt ! dès le premier jour de ta conception !
Pourtant, au début, on ressemble juste à un « tas de cellules,» ils peuvent rien voir !!!
Voir ?? Ah Ah... En effet, je te rassure : personne ne peut voir si tu as une zigounette ! Même au microscope !!
Si c'est ça que tu veux savoir...


Donc personne ne peut savoir avant plusieurs mois si t'es un gars ou une fille...
On est donc «indifférencié», comme ils disent
Ah Ah Ah ! Tu rigoles ? On n'est pas du tout «indifférencié» !
C'est n'importe quoi !
Ben alors, faudrait savoir ! Tu me dis qu'ils peuvent pas voir et maintenant tu dis... Heu... Tu m'embrouilles !
C'est eux qui nous embrouillent !
Personne ne peut «voir» mais ils peuvent SAvoir :
Chhhhut !
Et comment ils font pour SAVOIR ? Monsieur je sais tout...
Attends !...
Il suffit qu'ils prélèvent UNE SEULE de tes cellules et ils savent.
Chhhhut !
Ah oui ? Parce que sur mes cellules c'est marqué : garçon ou fille, maint'nant ?
Et pourquoi pas "La Poste" pendant que t'y es ?
C'est à cause de ton ADN.
Tu l'as dans chaque cellule, et dessus c'est marqué.
La D.N ?
C'est quoi ça ? La Dernière Nouvelle ?
L' ADN, tu connais pas ? C'est ton message génétique.
C'est comme un livre, y a tout dessus :
la couleur de tes yeux, de ta peau, de tes cheveux...
Tout ça, marqué comme sur un livre !?!
Pas possible !!!
Oui ! L' ADN, c'est un message comme sur un livre !
On peut lire si tu appartiens à l'espèce humaine ou à celle des kangourous ou des chimpanzés...
Tu peux vérifier sur internet.
Et aujourd'hui, les savants savent «lire» ce message ADN qui est déjà présent dans tes toutes premières cellules, dès ta conception...
... Ils peuvent donc SAVOIR si tu es un garçon ou une fille très très tôt !
Je me demande si on ne m'avait pas raconté n'importe quoi jusqu'à présent.

Le destin glacial des embryons surnuméraires

En France, le 31 décembre 2015, on comptait 221 538 embryons congelés au cœur des CECOS, les Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme.
La congélation des embryons est une conséquence directe et inacceptable de la PMA, intrinsèquement liée à son mode de fonctionnement. Puisqu'il la faut efficace, la PMA conduit le médecin à produire plusieurs embryons lors d'un même essai de FIV. Sur les 5 à 10 embryons fécondés en moyenne, seule une partie d'entre eux seront implantés dans l'utérus de la femme : de 1 à 3 selon l'âge de la femme, la morphologie des embryons ou encore les causes de l'infertilité.

Les embryons congelés sont les survivants d'un premier filtrage, puisque ceux qui présentent une mauvaise qualité morphologique ou sont considérés comme non viables sont détruits. Les autres sont conservés par cryoconservation, dans de l'azote liquide, positionnés dans des paillettes puis dans des cuves de stockage. Ils y vivent alors au ralenti : leur développement cellulaire et moléculaire est empêché par le froid, mais ils n'en demeurent

Le destin glacial des embryons surnuméraires

pas moins des êtres vivants, au sens propre.
Ces embryons appelés « surnuméraires » sont conservés au cas où la fécondation *in vitro* avec des embryons frais n'aurait pas permis une grossesse évolutive.

Sur ceux qui résistent à la décongélation, seuls quelques-uns s'implanteront dans l'utérus. De plus, l'implantation ne signifie pas nécessairement que la grossesse ira jusqu'à son terme.

En 2015, pour **28 858** tentatives de transferts d'embryons préalablement congelés (TEC), seulement **5 398** enfants sont nés en France.

Le sort des embryons congelés est entièrement dépendant de la volonté de leurs parents. La justification de leur maintien dans l'existence n'est que le « projet parental » du couple[6]. Celui-ci doit signer son assentiment pour la congélation de ses embryons surnuméraires. En fonction de ce projet, le couple peut décider :

- De procéder à une nouvelle implantation
- De donner cet embryon à un autre couple
- De le livrer à la recherche scientifique, ce qui implique, par le fait même, sa mort
- De le détruire directement.

En France, le délai maximum de conservation des embryons congelés est de 5 ans. Passé ce terme et sans indication des parents, ils sont systématiquement détruits. Tel est le cas pour 31 % d'entre eux.

Cryoconservation et vitrification

La **cryoconservation** est un procédé où des cellules ou tissus entiers sont conservés en étant refroidis lentement à très basse température. Toute activité biologique est suspendue. Cependant, les cellules peuvent être abîmées lors du refroidissement ou lors du réchauffement. Cette technique est utilisée pour la congélation des embryons humains.

La technique de **vitrification** évite les dégâts liés à la cryoconservation : il s'agit d'une technique de congélation ultrarapide qui consiste à plonger les cellules directement dans l'azote liquide à -196°C. Elle est utilisée pour la congélation d'ovocytes, plus problématique que celle du sperme en raison du volume et de la teneur en eau des gamètes féminins.
Elle est aussi utilisée de plus en plus régulièrement pour la congélation des embryons car elle donne de meilleurs résultats que la technique de congélation lente.

[6] Voir la notion de « projet parental » dans la partie éthique.

Une médecine à hauts risques

La PMA étant pratiquée depuis plus de 40 ans, la médecine dispose d'assez de recul pour effectuer des études solides évaluant les conséquences de cette technique.
On peut s'étonner qu'elles n'aient pas fait l'objet de recherches plus nombreuses alors que les dernières découvertes montrent des dangers à la fois pour la mère et pour l'enfant. Il ne s'agit pas ici de faire peur aux couples mais bien de les informer et de les mettre en garde.

1. LES COMPLICATIONS PHYSIQUES DE LA PMA CHEZ LA FEMME

La PMA peut provoquer des dérèglements physiques qui augmentent les risques de maladies pour la femme. Parmi ceux-ci on peut évoquer en priorité :

- **Le risque majoré d'avoir une grossesse multiple :** le taux est de 13,5% contre 1,5% dans une fécondation naturelle, faisant courir des dangers plus grands à la femme durant sa grossesse.

Une médecine à hauts risques

Le risque plus grand d'avoir une grossesse extra-utérine : 4% en FIV contre 1% en fécondation naturelle, **ou un mauvais positionnement du placenta** (*placenta praevia*) par rapport à une procréation naturelle

Le risque de cancer du sein et de l'utérus liés au traitement de stimulation ovarienne. Ceci fait actuellement l'objet de recherches

La pénibilité des injections hormonales répétées qui peuvent entrainer des complications sérieuses, notamment le syndrome d'hyperstimulation ovarienne. Il provoque des douleurs abdominales par augmentation de la taille des ovaires et rétention d'eau. Il induit aussi une prise de poids, des maux de jambe et de ventre parfois très douloureux, les règles peuvent être plus abondantes et des saignements se produire entre les règles, nausées, seins tendus, irritabilité...

La majoration des risques de cancer de l'ovaire du fait des stimulations ovariennes

Les risques liés à la ponction ovarienne qui peut amener des complications : infection, hémorragie, perforation d'un autre organe (1% des cas).

Le risque majoré de complications obstétricales liées à l'âge souvent plus avancé des femmes ayant recours à la FIV. Les césariennes sont plus fréquentes

Le syndrome d'hyper-stimulation ovarienne (SHO). Toute stimulation ovarienne expose la femme au risque du SHO, difficilement contrôlable une fois installé. C'est un syndrome potentiellement très grave, provoquant en particulier des troubles vasculaires et un épanchement d'abord péri ovarien qui peut gagner tout l'abdomen et la plèvre. La patiente, en situation d'hypercoagulabilité, présente le risque de se retrouver en insuffisance rénale fonctionnelle et en insuffisance respiratoire. Le risque pour une femme suivant un traitement contre la stérilité semble s'établir dans une proportion d'un cas sur dix, soit 10%.

Une médecine à hauts risques

2. LA PMA ET LE RISQUE DE GROSSESSE MULTIPLE

Alors que le taux de grossesses multiples est de l'ordre de 1,5 % pour la population en général, il s'élève à 13,5 % en cas de PMA. Ce taux est considérable. A la différence des autres mammifères pour lesquels les grossesses multiples sont un phénomène naturel, l'espèce humaine se reproduit par une grossesse monofœtale et les femmes ne sont pas faites pour accoucher simultanément de plusieurs enfants. Dès lors, les grossesses multiples augmentent sévèrement la probabilité de mortalité intra-utérine, d'enfant mort-né, de prématuré, de handicap à la naissance et de complications parfois sérieuses pour la mère qui accouche.

Plusieurs causes sont possibles. Bien entendu, à l'origine, il y a l'implantation simultanée de plusieurs embryons dans l'utérus de la femme afin d'accroître, artificiellement, le taux de succès d'une PMA. De plus l'embryon, aux premiers stades de son développement, peut être sujet à une division gémellaire.

Face à l'annonce d'une grossesse multiple, certaines femmes décident de la mener à terme. Mais souvent, par peur, par refus d'avoir plusieurs enfants, ou parce que cette grossesse multiple représente un danger pour sa santé, les médecins pratiquent une « réduction embryonnaire ».

La réduction embryonnaire est un **avortement sélectif** qui consiste à retirer de l'utérus un ou plusieurs des embryons qui sont en train de se développer. Cette pratique consiste à mettre fin volontairement à la vie d'un ou plusieurs enfants à naître pour donner plus de chances à son frère ou à sa sœur.

De plus en plus, lorsqu'il ne s'agit pas d'embryons congelés, les médecins préconisent aujourd'hui de n'en implanter qu'un seul. Ce choix réduit les risques de grossesses multiples et les réductions embryonnaires mais il conduit à une sélection encore plus forte des embryons avant l'implantation.

Une médecine à hauts risques

3. Les complications physiques de la PMA chez l'enfant

Chez l'enfant, les techniques de FIV sont à l'origine :

- **De prématurité**
- **De faible poids à la naissance**
- **De retard dans le développement mental ou moteur** de l'enfant
- **De risque augmenté de fausses couches** spontanées ou de mort à la naissance
- **De malformations congénitales**
- **De troubles épigénétiques chez l'embryon** (modification des gènes liée à son environnement)

Tous ces risques liés à la FIV sont majorés en cas de grossesse multiple.

La leucémie aigüe lymphoblastique (LAL) chez l'enfant.
Des chercheurs de l'INSERM ont découvert que chez la femme ayant pris un médicament pour stimuler les ovaires, le risque de leucémie chez son enfant était 2,6 fois plus élevé. L'étude menée par l'Inserm et présentée à Londres lors du Childhood Cancer 2012 révèle pour la première fois un lien établi entre les médicaments contre la stérilité et la leucémie de l'enfant.

Le risque accru pour l'enfant de maladies vasculaires et d'infarctus.
Une étude du Professeur Urs Scherrer (Lausanne), publiée dans la revue américaine « *Circulation* » d'avril 2012, révèle que les enfants nés d'une FIV présentent une dysfonction vasculaire systémique et une pression artérielle pulmonaire trop élevée en altitude.

Ces découvertes sont préoccupantes non seulement pour ce qu'elles révèlent, mais surtout parce qu'elles manifestent que nous ne connaissons pas tous les effets des techniques de PMA sur les enfants ainsi conçus.

> *Nous sommes visiblement arrivés à un point où nous pouvons plus qu'il ne nous est permis de faire, et c'est pourquoi il ne nous est pas permis de faire tout ce que nous pouvons.*
>
> **Franz Böckle**, "Le pouvoir de l'homme sur l'homme", *in L'homme manipulé*.

Le vertige de **la toute-puissance**

3/ Éthique

« Quand on me présente quelque chose comme un progrès, je me demande avant tout s'il nous rend plus humain ou moins humain. »

George Orwell, « Les lieux de loisir »

La fécondation d'un être humain dans l'union charnelle d'un homme et d'une femme a ceci de singulier parmi tous les êtres vivants qu'elle n'est pas seulement reproduction mais surtout procréation.

La procréation humaine est l'acte d'un couple qui, dans le don mutuel de deux personnes, donne vie à un nouvel individu. C'est donc un acte total : physique, affectif, spirituel. Il met en jeu la responsabilité du couple, la structure de la vie familiale, le destin de la personne appelée à naître.

C'est pourquoi le caractère positif de l'intention qui peut guider la PMA ne suffit pas à la définir comme un acte éthique. Sur le plan éthique, la question qu'il faut se poser est de savoir si la procréation médicalement assistée respecte le bien intégral de la personne et du couple.

La déshumanisation de la procréation

1. La qualité morale d'un acte

Il existe deux principes moraux fondamentaux qui conduisent à s'interroger sur l'éthique des techniques de procréation artificielle humaine :

- **Le respect de la vie de l'être humain** à naître
- **L'origine de la transmission de sa vie dans l'union charnelle** du couple

La qualité morale d'un acte ne peut être définie par la seule intention de ses auteurs. Même une bonne intention peut être à l'origine d'un acte mauvais. En plus de **l'intention**, la valeur morale d'un acte est déterminée par son **objet**, (est-ce objectivement un bien ?), par les **moyens** mis en œuvre pour l'obtenir et par la prise en compte, avec prudence, du **contexte** et des **conséquences** prévisibles de l'acte.

2. Le but poursuivi

Le but de la PMA est d'aider un couple infertile à avoir un enfant. Cette intention est légitime et bonne car elle prend en compte la souffrance du couple infécond, considère l'enfant comme l'aboutissement attendu de leur amour et de leur don mutuel dans l'acte sexuel. Si la technique biomédicale est capable de pallier ce manque, il semble à première vue tout-à-fait légitime d'y recourir pour donner la vie.

3. La division dans l'acte procréateur

Pourtant chez l'homme, la procréation n'est pas seulement un fait biologique mais un acte **« personnel »** : elle est le fruit d'un don mutuel entre les deux personnes du couple. L'union charnelle d'un couple n'est pas un seul acte instinctif animal pour assouvir ses désirs mais l'acte libre de deux êtres raisonnables qui s'unissent en sachant que de leur union peut surgir une vie nouvelle, issue de chacune des leurs, mais différenciée et personnelle dès la conception.

La procréation possède donc une dimension biologique mais aussi une dimension affective et spirituelle. A l'image du couple qui s'unit, elle est corps, cœur et esprit.

Dans l'intention d'aider le couple à avoir des enfants, la PMA substitue pourtant un acte

La déshumanisation de la procréation

technique à l'acte procréateur de l'homme et de la femme.
Elle implique **l'intervention d'une tierce personne** qui s'introduit dans l'intimité du couple. Cette intervention sépare la dimension biologique de la fécondation de sa dimension charnelle.

Par ailleurs, le don d'ovocyte ou de sperme, nuit au droit des membres du couple de devenir père et mère uniquement l'un par l'autre.
La réflexion éthique sur la PMA doit assumer la dimension unitaire et totale de l'acte sexuel, union de deux personnes qui met en jeu la fécondation d'une vie nouvelle. L'acte procréateur ne peut être réduit à un acte purement biologique, ni à une activité de type productif. Pour être un acte de la personne, témoignant d'une sexualité responsable et de la réciprocité personnelle, il doit se réaliser à travers le don des personnes. C'est ce don qui transfigure le fait biologique et dont la dimension spirituelle ne peut être ramenée à une seule combinaison de gamètes.

La déshumanisation de la procréation

4. Technicisation de la procréation et intervention d'un tiers

La procréation médicalement assistée renverse la logique de la naissance d'un enfant par l'introduction de 2 éléments.

La technique, d'abord, qui investit l'espace de l'union des corps. Le fait de substituer la technique au geste corporel réduit l'acte d'union des membres du couple à un acte de type technique.
Le problème est que dans une action technique, la production est **un objet,** et même un objet construit. De plus, cet objet reste ontologiquement non homogène par rapport au sujet : il n'aura jamais la même nature que celle de l'artisan qui l'a produit.
C'est l'inverse de ce qu'opère un acte d'union comme l'acte sexuel dans lequel un sujet s'ouvre et se donne à un autre sujet. De cette union naît un être **individuellement singulier et différent, mais ontologiquement semblable.** Cet être est un nouveau sujet.
Réduire la procréation à un geste technique établit un rapport de domination entre le sujet-producteur et l'objet-produit. Cela ne signifie pas, bien entendu, que les enfants nés de FIV soient des objets. Mais cette invasion de la technique appauvrit et dégrade l'acte procréateur. Elle ne transforme pas la valeur réelle de l'enfant mais l'idée que nous pouvons inconsciemment nous en faire. Elle peut également créer un surinvestissement des parents sur cet enfant si longtemps désiré et difficile à obtenir.

L'intervention du médecin, ensuite, qui rompt l'intimité du couple et semble donner un troisième parent à l'enfant. La place et le rôle du médecin est particulièrement problématique dans le cas des fécondations *in vitro*.
Les FIV introduisent une causalité parentale plurielle avec un membre étranger au couple. Le moment de la fécondation lui-même est ici réalisé par un opérateur extérieur.
Du point de vue de la cause et de la responsabilité immédiate de l'enfant la fécondation extracorporelle introduit une ambiguïté qui fragilise l'union du couple et la légitimité des parents.

Certaines expressions régulièrement employées révèlent l'ambiguïté introduite par la PMA :
Un père : « c'est le docteur Untel qui a fait un enfant à ma femme… ».
Une mère : « cet enfant-là, je l'ai eu avec mon mari, et celui-là par fécondation *in vitro* ». Ce à quoi son interlocutrice répondit : « Ce n'est pas avec votre mari que vous l'avez eu ? »

La déshumanisation de la procréation

5. LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES SUR LE COUPLE ET L'ENFANT

De la décision jusqu'à sa réalisation, la PMA est un parcours éprouvant qui peut ébranler la stabilité de ses acteurs et comporte des risques aussi bien pour la stabilité et la sérénité du couple que pour le développement psychique et affectif de l'enfant.

- Les techniques de PMA sont éprouvantes pour le couple, physiquement et moralement. Les parents peuvent avoir l'impression d'être les sujets d'expérimentations scientifiques. Les traitements hormonaux sont lourds et l'invasion de la technique et de la médecine dans leur vie de couple intrusive

- La PMA comporte de nombreuses étapes techniques qui peuvent brouiller le rôle propre de chaque membre du couple.
La paternité est particulièrement mise à mal : le rôle du médecin semble presque plus important que celui du père. Ne parle-t-on pas de René Frydman comme du « père d'Amandine » ?

- La PMA peut devenir un acharnement procréatif et les échecs successifs souvent nombreux altèrent l'unité du couple

- Le geste du don et son anonymat peuvent conduire le donneur comme l'enfant à s'interroger sur le devenir de leur père / mère / enfant.
Qui est-il ? Quelle est mon origine ? D'où est-ce que je viens ?

- Les conséquences psychiques sur les enfants nés par FIV sont un terrain de recherche qui n'est pas encore suffisamment exploré.

Témoignage

La première génération d'enfants issus du don de gamètes anonyme veut faire entendre sa voix.

« À 12 ans, j'ai commencé à avoir des doutes. J'avais du mal à trouver les ressemblances avec mon père. Lors d'une promenade au bord de l'eau, il m'a finalement confié qu'il n'était pas la personne qui m'avait fait. J'ai sauté dans ses bras. C'était un choc, mais aussi un soulagement. Avant j'imaginais un viol, une adoption», confie Clément Roussial, âgé de 23 ans.

(...) « À l'époque, cette révélation n'a pas changé nos relations. Un père, c'est celui qui se lève pour vous tous les matins, celui qui vous apprend à pêcher...», explique Clément, avant d'évoquer la face plus sombre de son histoire, à l'adolescence. « Je me suis mis à la recherche de mes origines. Je me suis trop accroché à la génétique. J'ai aussi eu l'impression que l'on m'avait fait signer un contrat sans que je le sache. Je suis allé voir un psychologue, puis un médecin du Cecos où j'avais été conçu. Il m'a fait miroiter mon dossier, mais je savais qu'il ne me le donnerait pas alors qu'il risquait une sanction pénale», raconte Clément.

Savoir qu'un Cecos détient le secret de vos origines génétiques, que cette identité existe, mais qu'elle vous est interdite, c'est une «forme de torture psychologique», «la partie de l'histoire impossible à accepter», s'accordent à penser tous les enfants nés d'un don membres de l'association.

(...) «La connaissance de son histoire, généralement, on considère que c'est un droit. C'est une question de dignité. Pour moi, c'est le législateur qui en a décidé», soupire Thibault, 23 ans, étudiant à Sciences Po Paris.

Témoignage

«La loi interdit même de donner accès à des données non-identifantes, même au dossier médical du donneur si je découvre que j'ai une maladie. Pour moi, faire de la prévention, c'est impossible», souligne ce fils unique, qui a appris «presque au berceau» qu'il était né à la suite d'une insémination artificielle avec donneur.

«Nous sommes envahis par un grand sentiment d'injustice, d'humiliation. Tout nous renvoie à ce manque : la visite chez le médecin où l'on vous demande des informations médicales sur vos parents, une remarque anodine sur votre ressemblance avec untel. Il n'y a pas de limite à l'imagination, au fantasme, c'est épuisant...», renchérit Clément. Et quand vient l'amour, la question refait surface. «Je n'ai pas envie de transmettre cette part d'inconnu à mes enfants», raconte-il.

Le Figaro - Agnès Leclair - publié le 08/02/2013
Association d'enfants nés de PMA : pmanonyme.asso.fr

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

Les notions et arguments évoqués pour légitimer ces techniques révèlent les problèmes posés par la PMA. Ceux-ci sont principalement liés au fait que la PMA, par son processus même, opère **une chosification de l'embryon.**

1. DU DÉSIR D'ENFANT AU DROIT À L'ENFANT

Le désir d'avoir un enfant est un désir naturel. Il exprime l'aspiration du couple à **incarner son amour dans la transmission de la vie.** Il est lié à l'appel à la paternité et à la maternité propre à la structure affective et biologique des individus, particulièrement lorsqu'ils sont unis en couple.
Pour autant, le bien-fondé de ce désir comme la vie commune des membres d'un couple ne confèrent pas à ceux-ci un droit à avoir un enfant. **Un droit strict à l'enfant serait en effet contraire à sa nature et à sa dignité.** Car l'enfant n'est pas un objet de propriété, une chose que l'on produit pour satisfaire un désir individuel. Il est un don, don gratuit de l'union d'un couple, témoignage et fruit du don mutuel de ses parents.
L'enfant n'est pas l'objet d'un droit des adultes. Il est au contraire **sujet de droit :** droit d'être respecté comme tout être humain dès sa conception.
Les techniques de procréation médicalement assistée ont progressivement fait oublier cet ordre pour instaurer l'idée d'un « droit à l'enfant pour tous ». Trois éléments principaux sont invoqués pour justifier ce droit :

- **Le « projet parental »** qui légitime la venue au monde de l'enfant
- **L' « égalité des couples »** qui doivent donc tous avoir droit à un enfant
- La revendication pour que ce qui est **possible** grâce au progrès technique et scientifique soit **permis** par le droit et la morale

2. LE « PROJET PARENTAL » : FONDEMENT DE LA PERSONNE QU'EST L'ENFANT ?

Ce droit à l'enfant émerge lorsqu'un couple développe un « projet parental ». Cette expression nouvellement produite concerne le désir d'un couple

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

de fonder une famille, et ce en disposant de leur droit à l'aide médicale à la procréation dans le cas de couples infertiles ou porteurs d'une maladie génétique héréditaire.
C'est ainsi le projet parental qui justifie la création d'embryons par PMA, la congélation des embryons surnuméraires pour un usage ultérieur, la destruction des embryons au bout de 5 ans s'ils ne sont plus portés par un projet parental.

1. L'apparition du concept.
Le concept de « projet parental » est apparu dans le cadre de la législation sur la PMA.
La notion a d'abord été utilisée dans la loi bioéthique de 1994 sous le terme de **« demande parentale » :**

Art. L 152-2 du Code de la santé publique : *« L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. »*
La terminologie de projet parental a ensuite été mobilisée pour la loi bioéthique de 2004 et conservée par celle de 2011 : la raison d'être de la création de ce terme était de **se prononcer sur le sort réservé aux embryons surnuméraires.**

Art. L 2141-3 : *« Compte tenu de l'état des techniques médicales, les membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que soit tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser ultérieurement leur **projet parental.** »*

Officiellement et à l'origine dans la loi, le projet parental devait avoir trois fonctions :

a/ Constituer la première condition d'accès à la PMA. Seuls les couples qui poursuivent un projet parental pouvaient avoir accès aux techniques de PMA.

b/ Résoudre, au moins en partie, les problématiques de gestion de « stock ».

c/ Avoir une fonction protectrice de l'enfant à naître : le projet parental devait garantir sa conservation dans l'attente de sa future implantation.

Pourtant, malgré son usage fréquent en droit positif, la notion de « projet parental » n'a jamais été définie par le législateur. Dans les faits, elle traduit le

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

« désir de devenir parents » pour un couple. Les différentes lois de bioéthique ont ainsi tenté de construire la protection de l'embryon *in vitro* autour de l'existence du projet parental. Mais cette protection est ambivalente et s'est retournée très vite contre lui.

2. Qu'est-ce que le « projet parental » ?

Le concept de projet parental est ambigu car il recouvre des réalités d'ordres différents.

Le projet parental est d'abord envisagé comme **volonté commune du couple.**

L'article L 2141-4 du Code de la santé publique prévoit que si les membres du couple *« n'ont plus de projet parental »* ou en cas de décès, ils doivent choisir entre l'accueil des embryons par un autre couple, les donner à la recherche médicale et scientifique, les détruire.

Le sort des embryons *in vitro* dépend ainsi totalement de ceux qui sont à l'origine de leur conception. Ils sont les objets d'un projet, et c'est ce projet qui détermine leurs droits, et même leur existence.

Le projet parental se substitue aussi à la protection qu'offre le corps de la mère. Il constitue **un substitut de l'enveloppe physique du corps de la mère.** Il crée donc une égalité totale entre l'homme et la femme dans la décision de l'avenir de l'embryon : l'embryon étant extérieur au corps de la mère, celle-ci n'a pas de priorité, comme c'est le cas pour les embryons *in utero*. Le projet parental est donc quelque chose qui concerne **le couple** dans son ensemble, et non un seul de ses membres.

Le droit positif appréhende le projet parental au travers du couple. Chaque membre du couple qui recourt à l'AMP doit être vivant ; le transfert *post-mortem* d'embryons est donc interdit. Le projet parental est un choix commun et une décision conjointe du couple.

3. Le projet parental : une fumisterie.

En réalité, la notion de projet parental est particulièrement abusive et donne lieu, par **une erreur métaphysique, à un scandale éthique.**

Sous prétexte de protection des embryons surnuméraires, le projet parental transforme et déshumanise le statut des enfants à naître. L'embryon n'est un « enfant à naître »

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

> *Pour ne rien arranger, comme un moteur dont on aurait perdu la notice, le droit de la bioéthique est monté à l'envers. Au lieu de reposer sur la logique : la liberté de la techno-science s'arrête là où commence le respect de l'être humain, il prend le parti inverse : le respect de l'être humain s'arrête là où commence la responsabilité de la techno-science. Sinon, comment comprendre la décision prétorienne du Conseil constitutionnel du 27 juillet 1994 jugeant que, pour le législateur de la bioéthique,* « le principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie n'était pas applicable aux embryons fécondés *in vitro* » ?
>
> **Jean-Marie Le Méné,** *« Nasciturl te salutant », La crise de la conscience bioéthique*

que s'il est attendu et porté par un projet parental. S'il n'y a plus celui-ci pour justifier son existence, il n'est alors qu'un amas de cellules qui peut être détruit ou livré à la recherche scientifique. **Ce petit être n'est donc un petit d'homme que s'il y a un homme pour l'attendre.**
Il s'agit ici d'une ontologie strictement relationnelle qui ne confère de réalité et de dignité à un être que par rapport à l'attente des individus extérieurs.
Cette conception du projet parental a pour conséquence de faire de l'**embryon** un objet dont on peut disposer à loisir.

Un projet n'est pas une réalité stable mais un désir projeté dans l'avenir. Même s'il est solide et réfléchi, il dépend nécessairement d'une multitude de circonstances extérieures. Le projet parental fait dépendre la vie de milliers d'individus de toutes ces circonstances extérieures : séparation du couple, décès, réalisation du projet parental à l'égard d'un autre embryon, changement d'avis... Ces changements sont soudains et il est surprenant que la vie d'un être puisse ainsi leur être soumise. Le choix n'a pas à être justifié, il relève du seul désir des parents. La question n'est donc pas ici de protéger l'embryon mais seulement de protéger la possibilité du couple d'avoir un enfant s'il le désire et quand il le désire. La libre décision laissée au couple dont le projet parental a disparu rend le sort des embryons complètement aléatoire.

Le projet parental est un retour au droit de vie et de mort sur ses enfants du *paterfamilias* antique, le nouveau juge étant désincarné sous l'expression et l'intention du « projet parental » qui est en réalité le désir des adultes devenu droit à avoir un enfant ou droit de supprimer le développement de celui en cours si on ne le désire plus. Ce vocable apparemment neutre permet de rendre présentable une pratique qui ne l'est pas. Et de disqualifier de fait le statut intrinsèque de l'embryon comme personne au commencement de l'existence.

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

3. « Égalité des couples » et « infertilité sociale » ?

Pour aller au-delà des empêchements médicaux à la procréation certaines revendications demandent la reconnaissance de ce qu'elles appellent des « infertilités sociales » et l'ouverture de la « PMA pour toutes ». Il s'agit de permettre aux femmes seules, trop âgées et aux couples de femmes d'avoir recours aux dons de gamètes et à la PMA pour avoir des enfants.

Ces revendications se font au nom de l'égalité et de la défense de la possibilité pour les femmes d'entrer en « parentalité tardive ». Il s'agit alors de contourner les capacités humaines à la suite d'évolutions sociales comme par exemple l'allongement des études, une vie professionnelle prenante ou un mariage tardif. Les couples du même sexe invoquent également cette infertilité sociale pour justifier leur demande de PMA. Leur situation ne leur permettant pas de procréer au sein de leur couple, ils réclament de contourner cet état de fait.

La législation française interdit encore ces pratiques afin de garantir **une filiation cohérente** à l'enfant[7]. Le recours à des gamètes extérieurs pour des femmes seules ou des couples de femmes revient à priver l'enfant, non seulement de son père biologique, mais de son père tout court. Cette privation n'est pas due aux malheurs de la vie, elle est voulue et programmée pour produire un enfant disponible en réponse au désir de sa mère. Cette revendication contrevient au droit de l'enfant de connaître ses parents et d'être élevés par eux dans la mesure du possible. Elle méprise l'intérêt supérieur de l'enfant d'avoir un père et une mère pour le

[7] La légalisation de la « PMA pour toutes » fait cependant partie des promesses de campagne du candidat Macron. En juin 2017 le CCNE a rendu un avis favorable (Avis n°126 du 15 juin 2017, rendu public le 27 juin). Elle fait partie des sujets de débat programmés pour la révision de la loi de bioéthique prévue pour 2018.

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

> *Cette pratique de la PMA sans père, bien qu'entérinée par les juges, réalise ainsi un détournement de l'adoption. Il faut le dire et le rappeler : l'adoption vise à offrir des parents adoptifs à l'enfant privé par les malheurs de la vie d'un de ses parents de naissance ou des deux, et non à priver des enfants de père pour les rendre adoptables.*
>
> **Aude Mirkovic**, « Le don de gamètes », *in Bioéthique, transhumanisme ou humanisme ?*

soumettre à un droit prétendu, qui n'est rien en face de la dignité propre de l'enfant. Ces revendications s'appuient en outre sur l'invocation d'un droit à « l'égal accès » de tous au même objet, cet « objet » étant ici l'enfant. Cet argument ne vaut rien dans la situation présente : la PMA est problématique éthiquement et on ne peut revendiquer d'obtenir ce que l'on désire par un mauvais moyen.

De plus, ces infertilités n'étant pas pathologiques, elles n'ont pas vocation à être prises en charge par la médecine. La « PMA pour tous » reviendrait à supprimer les quelques limites qui conservent la PMA dans le domaine médical pour la transformer en technique de contournement du réel et faire que tout ce qui est possible devienne permis. La revendication est forte du fait de la demande d'égalité des couples entre eux, et même des individus, dans le droit à l'enfant. L'émergence de ces revendications prouvent que la PMA fait entrer la procréation dans le domaine de conflits politiques et méconnaît la réalité profonde du mystère de la conception d'un enfant.

Des concepts fallacieux qui trompent le jugement

4. LE PROGRÈS POUR TOUTE MORALE

La science s'accompagne de l'idée de progrès. Les scientifiques font des découvertes dont les applications pratiques permettent d'avancer dans le domaine du pouvoir d'agir de l'homme, dans sa maîtrise de la nature, de la maladie, de la vie et de la mort. Le propre de la dynamique de la science est ainsi d'avancer par découvertes successives.
Pourtant, toutes ces découvertes sont-elles **des progrès ?** La science ne répond pas à la question de la légitimité de ses découvertes ou plutôt, à la légitimité des applications qui sont tirées de ses découvertes. C'est pourquoi la science ne suffit pas pour savoir si une chose est un progrès, c'est-à-dire, avant tout, un bien et un bien meilleur. Elle doit être accompagnée de la conscience, c'est-à-dire d'une réflexion éthique sur la valeur morale de ses applications : sont-elles en vue du bien de l'homme et de la vie ?

La science et la conscience ne sont pas opposées. La science, et la médecine en particulier, a vocation à progresser dans la recherche en vue du bien des hommes. Ses découvertes sont ensuite ce que l'homme en fait. C'est pourquoi pour réunir la théorie et la pratique, la science doit être accompagnée de la sagesse et de la prudence afin de conserver un monde qui soit réellement humain.
Dissocier les deux nous condamne au désenchantement du monde. Un monde dans lequel seuls gouvernent la connaissance scientifique et le pouvoir technique est un monde déshumanisé où l'homme oublie l'être pour le pouvoir.
La technique et les découvertes scientifiques permettent à l'homme de poursuivre un idéal d'amélioration de la condition humaine. Cet idéal doit ensuite être confronté au réel pour sortir du rêve et évaluer la légitimité de l'acte en fonction **du principe de réalité et du principe de responsabilité** qui doivent guider les actes de tout être humain adulte.
La nature a un ordre. Le fait que le pouvoir technique de l'homme le rende capable de le dépasser ne signifie pas que ce soit une bonne chose. C'est

De la fabrication à l'industrie procréatique. Les embryons surnuméraires : création et destruction

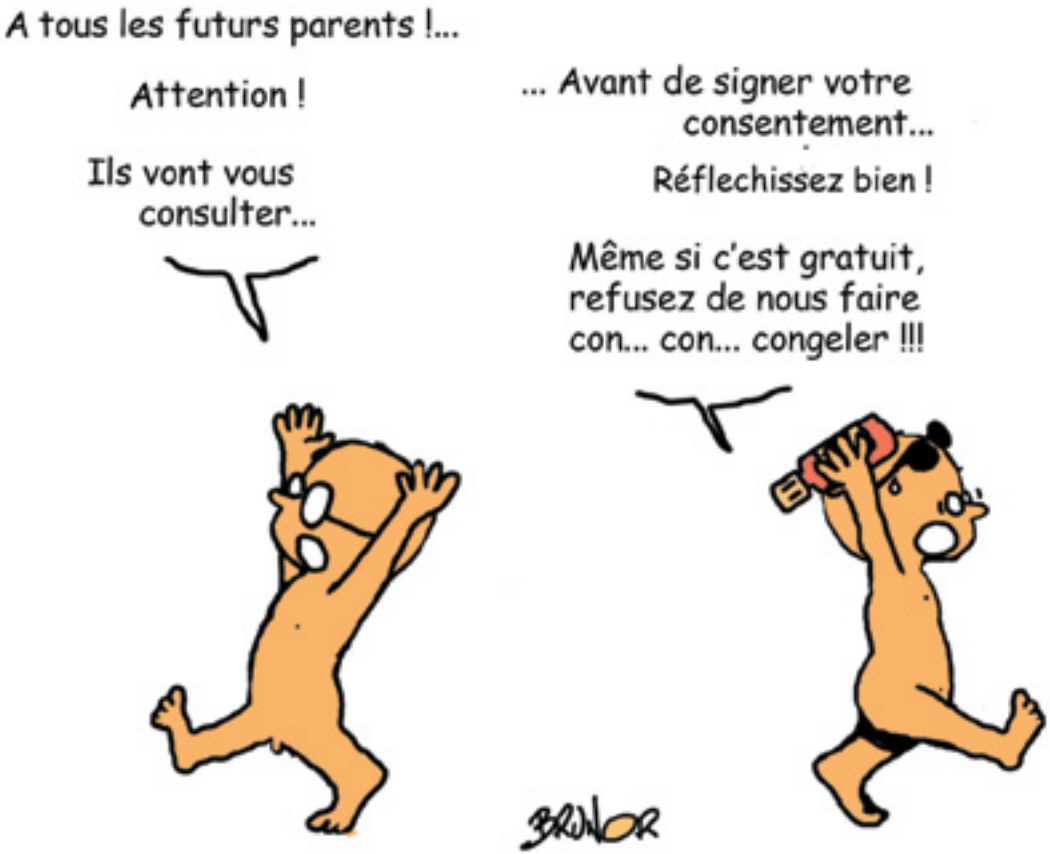
pourquoi l'existence de la bioéthique est indispensable afin que la sagesse humaine juge du bien-fondé de ses actes. Sur l'état de la recherche, la bioéthique place des balises indiquant **le chemin que l'homme peut emprunter sans rien perdre de son humanité.** Le fait que nous soyons capables de tuer ne justifie pas que nous le fassions. Le fait que nous soyons capables de remplacer la biologie par la technique ne justifie pas que ce soit bon pour le monde. **La science met l'homme face à ses responsabilités.** Il doit pouvoir choisir entre l'acceptable et l'intolérable au regard de la dignité humaine. Il doit discerner ce qui est un véritable progrès et ce qui est une déshumanisation de l'homme par l'homme.

1. L'HUMANITÉ DE L'EMBRYON

Face au jugement négatif sur la valeur des embryons humains dans les premiers stades de développement de l'individu, il faut redire ce que la biologie elle-même nous enseigne.
L'embryon humain, depuis le stade de zygote, montre toutes les caractéristiques d'un nouvel être individuel humain qui poursuit son cycle vital en développant ses propriétés et ses capacités de façon autonome.

En 1er lieu, **l'embryon est un être individuel :** depuis le moment de sa formation par l'union des gamètes lors de la fécondation, il est une entité biologique. Il est doté des capacités d'autonomie, d'autocontrôle et d'homéostase (capacité d'un organisme vivant à maintenir à niveau constant certaines caractéristiques internes de son corps, comme la température ou la concentration des liquides intracellulaires.)
Il fonctionne donc comme une **unité organique** c'est-à-dire comme un organisme qui entreprend son développement de façon immédiate, graduelle, harmonieuse et surtout de façon nécessaire, suivant le programme inscrit dans son génome.

L'organisme d'un individu est ce qui maintient son unité et son identité pendant son parcours de développement. Les éléments matériels qui le constituent changent, mais il demeure le même individu, comme le bébé et l'adulte qu'il devient sont une seule et même personne.
L'organisme qui se trouve au début du cycle vital est la base de l'unité de tout être vivant


A tous les futurs parents !...
Attention !
Ils vont vous consulter...
... Avant de signer votre consentement...
Réflechissez bien !
Même si c'est gratuit, refusez de nous faire con... con... congeler !!!
BRUNOR

De la fabrication à l'industrie procréatique. Les embryons surnuméraires : création et destruction

pour toute sa vie. Il ne peut donc être exclu arbitrairement du cadre de l'existence de cet être. Le considérer et le traiter comme un simple « groupe de cellules », c'est ignorer délibérément cette réalité biologique.

L'embryon humain a donc une dignité qui doit être respectée. Cette dignité n'est pas due à une addition extérieure. Elle est pleinement dès qu'il existe, au moment de sa conception, parce qu'elle vient de sa nature même. Parce qu'il est un organisme humain dès le moment de sa fécondation, l'embryon est donc un être humain. Il possède pleinement la dignité de tout être humain, qui n'est pas liée à son aspect extérieur ni à son stade de développement. Cette dignité vient de ce qu'il est dès le premier instant : un petit de l'homme, donc un homme tout petit, mais déjà un homme. Cela est visible par le fait que dès le moment de sa fécondation, l'embryon est animé par un principe vital, cette vie propre, unique et irréductible qui est et sera la sienne jusqu'à sa mort.

2. L'EFFET DÉSHUMANISANT DE LA PMA

Le sort réservé aux embryons surnuméraires considérés viables et congelés dans l'attente d'un usage futur est dès lors intrinsèquement immoral. Il est contraire au principe de la dignité propre de tout être humain et aux principes de l'intégrité et de l'inviolabilité du corps humain tels que disposent les articles 16, 16-1 et 16-3 du Code civil.

La congélation embryonnaire interrompt le développement continunatureldel'embryogenèse. Elle crée artificiellement une rupture temporelle dans la vie de l'embryon et exige l'intervention d'une tierce personne, étrangère au couple des parents, qui contribue à donner la vie à l'enfant. Mais surtout, la congélation embryonnaire réduit ce petit de l'homme à l'état d'objet, de chose dont le biologiste, qui en est l'artisan, va disposer en fonction des décisions des parents :

- Soit les parents veulent un nouvel enfant afin de développer leur projet familial.
Le médecin va donc rechercher quel est le meilleur embryon, c'est-à-dire, celui qui a le plus de chances de résister à la décongélation et de réussir à s'implanter dans l'utérus et à y poursuivre son développement.
Cette sélection embryonnaire est un filtrage eugénique qui consiste à choisir un embryon « sain » aux dépens des « faibles » et des « malades ».

- Soit les parents ne veulent plus d'enfant. Ils peuvent alors décider de détruire leur

De la fabrication à l'industrie procréatique. Les embryons surnuméraires : création et destruction

embryon, de le livrer à la recherche ou de le donner à un autre couple.

Dans le premier cas, il s'agit de l'interruption volontaire de la vie d'un petit homme en développement ; c'est une mise à mort.

Dans le deuxième cas, il s'agit de livrer l'embryon à la recherche scientifique qui provoque, par là-même sa mort. C'est une mise à mort différée, avec une violation du principe de l'intégrité du corps déjà évoqué et une réduction de l'embryon au statut de chose, de matériau, que l'on peut utiliser comme outil de laboratoire.

Dans tous les cas, le sort réservé aux embryons est celui d'un procès dans lequel l'accusé, innocent, n'a pour tout avocat que son patrimoine génétique, et l'éventuel désir de ses parents d'agrandir leur famille.

3. La PMA ou l'antichambre de la recherche sur l'embryon

Cette production d'un excédent de milliers d'embryons a été l'occasion de justifier et de développer une pratique inique : **la recherche sur l'embryon.** La justification de cette pratique s'est faite grâce à un argument de type utilitariste. Puisque de très nombreux embryons demeurent, dont la vie est suspendue au choix des parents et qui vont être détruits lorsque ceux-ci le décident, il vaut mieux les utiliser pour une fin bénéfique : la recherche scientifique. Or, la recherche sur l'embryon détruit les embryons. Elle n'est donc pas une pratique anodine, ni un acte de recherche thérapeutique qui se fait au bénéfice de celui sur qui elle recherche. Elle utilise le petit être humain comme un matériau de laboratoire, au mépris de l'indisponibilité du corps humain et du respect dû à tout homme, en tant qu'homme. La PMA a rendu les embryons disponibles, en attente dans l'antichambre de la mort.

La perte embryonnaire en chiffres

En 2015 :

38% des ponctions en vue de FIV ont été suivies de congélation embryonnaire, dont 6,9 % avec congélation de toute la cohorte produite.

Au 31 décembre 2015, on dénombrait 221 538 embryons conservés pour 74 144 couples.

Dans 15,4 % des cas, les parents n'ont plus de projet parental pour leurs embryons.

Pour 15,6% des embryons congelés, les couples ne répondent pas aux relances annuelles ou ne sont pas d'accord sur leur devenir. Dans ces situations, les embryons sont détruits s'ils sont conservés depuis au moins 5 ans.

À peine 11% des embryons décongelés donnent naissance à un enfant vivant.

La perte embryonnaire liée aux techniques de procréation médicalement assistée est immense. Certains voudraient normaliser ce taux de perte en évoquant l'importance, dans la fécondation naturelle, de la perte embryonnaire due à des anomalies ou à une incompatibilité, tout de suite après la fécondation et avant l'implantation. Les défenseurs de cette thèse affirment que puisque la nature elle-même opère une sélection pour que seuls les embryons qui ont le plus de vitalité s'implantent et se développent, il est légitime que les laboratoires fassent plusieurs tentatives et sélectionnent.

Or, il faut distinguer **la mort naturelle et la mort infligée par l'homme.** Ce n'est pas parce que nous allons tous mourir un jour qu'il est légitime de tuer un individu volontairement. Certes, certains embryons n'arrivent pas à s'implanter et meurent naturellement. Mais la sélection embryonnaire est la suppression volontaire et provoquée de la vie d'un être humain. C'est profondément immoral.

Témoignage

Petite enquête dans l'éprouvette.

Tôt ce matin, je pénètre au bloc opératoire. Dressé devant les cuisses grandes ouvertes, le gynécologue m'accueille de la voix, tout en contrôlant son geste sur l'image échographique. Avec ses instruments, il crève des follicules mûrs afin de recueillir suffisamment d'ovules pour une Fivete. L'acte terminé, il retire aussitôt masque et gants et me conduit au laboratoire. Il m'avait promis que je pourrai observer une fécondation artificielle (ICSI).

J'approche du microscope. Une laborantine me montre un ovule nageant dans la boîte de Pétri. De sa main gauche, elle actionne une pipette et colle le gamète femelle. J'observe attentivement dans le binocle du microscope. De la main droite, elle approche une autre micropipette contenant un seul spermatozoïde. Avec beaucoup d'application, elle transperce l'ovule de la pointe, puis injecte le spermatozoïde. Relevant la tête, je souris en m'exclamant : « C'est incroyable, il y a un instant, nous avions seulement deux gamètes de sexes opposés, et maintenant…nous avons un embryon ! »

Immédiatement, la laborantine me reprend sèchement : « Non, pas un embryon ! Il s'agit d'un pré-embryon ! » Pré-embryon ? Je savais pertinemment que cette désignation ne figurait dans aucun manuel d'embryologie. Je garde le silence et devine combien l'invention du mot « pré-embryon » cache l'immense débat sur le commencement de la vie ou le statut de la personne humaine. Visiblement, cette laborantine ne souhaite pas se poser de questions. Elle se veut avant tout technicienne, et, derrière ses définitions, je tente de comprendre sa logique :

« Embryon = je ne touche pas. » « Pré-embryon = je peux manipuler. »

…/…

Témoignage

Je ne croyais pas si bien dire. Elle me conduit dans une autre pièce, sous une hotte à flux laminaire. Une loupe binoculaire nous permet d'observer des embryons au stade morula (huit cellules). Après chaque observation, elle inscrit avec un feutre une lettre sur les petites boîtes : A, B, C ou D. Il s'agit du degré de qualité de l'embryon. Je lui demande comment elle juge cette qualité. « C'est très simple, me dit-elle, certains sont bien ronds, d'autres ont un aspect fragmenté…Tiens… Tiens…Celui-ci est assez mignon, il mérite B ! »

Une fois la série notée, je l'interroge : « Qu'adviendra-t-il de ces embryons, heu…je veux dire pré-embryons ? » Elle me répond que les œufs A et B seront implantés dans l'utérus de la mère. « Quant à C et D ? » rajoutai-je. Sans répondre, elle saisit les petits boîtiers et, délicatement, vide le contenu dans l'évier. Blême, je comprends alors la licence offerte par le terme de « pré-embryon ».

Grégory Bénichou, *Le Chiffre de la vie*, Broché, 2002

La logique eugéniste de la PMA

1. La marche de l'eugénisme

Les techniques de fécondations artificielles ont produit l'émergence d'un nouvel eugénisme, en trois étapes.

La pratique du **don**, par le recours aux banques de sperme, conduit à sélectionner, parmi les spermes disponibles, celui du donneur qui correspondra le mieux au père social et au désir des parents[8].
On dépasse ici le cadre de la thérapie de l'infertilité pour entrer dans celui de la satisfaction d'attentes précises.

La **FIV** et le **diagnostic préimplantatoire** produisent une 2e sélection eugéniste. La fécondation *in vitro* permet la sélection des gamètes avant la fécondation. Le DPI va plus loin encore et conduit à celle des embryons eux-mêmes. Les gamètes et les embryons sont triés et analysés, avec l'élimination de ceux qui ne possèdent pas les caractéristiques requises.

La FIV ouvre enfin la possibilité d'un 3e niveau d'eugénisme : en recourant aux pratiques du **génie génétique** et aux **modifications génétiques**, qui peuvent transformer le gène de façon transmissible à la descendance[9].

Cet eugénisme qui sélectionne par élimination (avant ou après la naissance) les êtres humains répondant à certains critères biologiques de ceux qui ne correspondent pas à ces critères, est fondamentalement et toujours injuste et inacceptable. Ces pratiques qui accompagnent la FIV et le DPI sont fondamentalement immorales car elles estiment et sélectionnent la valeur de la vie humaine à partir de critères de normalité, de bien-être physique, en invoquant les principes matérialiste et utilitariste de « qualité de vie » et « bien-être » social.
L'eugénisme du DPI en particulier comporte un mépris fondamental de ce qui n'est pas conforme aux canons qui définissent l'enfant parfait. Il est présenté comme un bénéfice pour l'humanité mais il est en réalité un outrage à notre humanité car il élimine volontairement, et de façon planifiée, nos semblables dans la personne des embryons.

---

[8] Voir la question de l'appariement p.60.

[9] Voir par exemple la technique de la FIV à trois parents (p.74-78).

La logique eugéniste de la PMA

2. UN DIAGNOSTIC ÉLIMINATOIRE : LE DPI (DIAGNOSTIC PRÉIMPLANTATOIRE).

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) est une technique diagnostic qui consiste à identifier une anomalie sur un embryon avant l'implantation dans l'utérus. **Les embryons formés *in vitro* sont examinés avant leur implantation, afin de déceler des défauts génétiques ou chromosomiques définis.** Ne sont alors implantés dans l'utérus que ceux qui ne sont pas atteints de ces défauts.
Ce diagnostic préimplantatoire a été introduit dans les pratiques de PMA par la loi du 29 juillet 1994 pour permettre aux couples ayant un risque élevé de transmettre une maladie génétique d'éviter le diagnostic prénatal qui peut conduire à l'interruption de la grossesse. Il est opéré par une analyse génétique de cellules prélevées sur l'embryon issu de la fécondation *in vitro* au 3ème jour de son développement.

Le prélèvement

Le DPI est effectué par une biopsie de l'embryon dans sa phase de segmentation, lorsqu'il a entre 6 et 8 cellules.
On ouvre une brèche dans la zone pellucide avec un liquide acidifié ou avec un laser. On aspire alors 1 ou 2 blastomères avec une micropipette insérée sous la zone pellucide. L'ablation de ces cellules, bien qu'elle réduise la masse cellulaire, n'influence pas de façon négative le développement préimplantatoire des embryons. Elle reste pourtant une pratique complexe et qui joue dangereusement avec la survie de l'embryon analysé.

Les indications

Le Code de la santé publique autorise le diagnostic préimplantatoire **« à titre exceptionnel »** lorsque le couple a une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique héréditaire d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic.
La réalisation du diagnostic préimplantatoire doit donc être soumise à l'identification préalable chez l'un des parents ou chez un de ses ascendants immédiats de l'anomalie ou des anomalies responsables de la maladie.
De plus, le diagnostic préimplantatoire ne peut avoir pour objet que la recherche de la maladie concernée et les moyens de la prévenir ou la traiter.

La logique eugéniste de la PMA

Le DPI n'est donc pas un diagnostic de recherche de n'importe quelle maladie. Les législateurs avaient refusé d'établir une liste préalable des maladies qui pourraient être concernées afin d'éviter la discrimination des malades. Il concerne uniquement l'éventuelle transmission d'une maladie génétique héréditaire d'une particulière gravité des parents à leur enfant.

En France, le DPI est essentiellement utilisé pour dévoiler la présence chez l'embryon de maladies héréditaires responsables de graves affections comme la mucoviscidose, la maladie de Huntington, l'hémophilie ou certaines formes de myopathies.
En 2004, la loi relative à la bioéthique a autorisé une seconde forme d'utilisation du diagnostic préimplantatoire : le DPI est permis en vue de **la recherche de l'immunocompatibilité** d'un enfant à naître avec un enfant déjà né : le DPI peut être conduit en vue de la sélection d'un embryon sain et immuno-compatible avec un frère ou une sœur souffrant d'une grave pathologie. Celle-ci pourrait être soignée grâce à une greffe de cellules prélevées sur l'enfant conçu grâce au diagnostic préimplantatoire : **c'est le « bébé-médicament » ou « bébé du double espoir ».**

Lorsqu'un pas est franchi dans la transgression, il n'est plus réellement possible de contrôler son avancée. C'est le cas pour le DPI : de nombreux chercheurs réclament aujourd'hui son extension à des maladies autres que les maladies héréditaires, notamment à **la trisomie 21**. Cette demande a été relayée par le Comité Consultatif National d'Ethique lui-même qui a rendu un avis à ce sujet en novembre 2009. **Cet avis 107** recommande d'élargir le DPI à la trisomie 21.
Cette ouverture reviendrait à supprimer la condition de transmission génétique héréditaire d'une maladie grave qui devait limiter le dépistage par DPI. Elle est de plus particulièrement stigmatisante pour les personnes atteintes de trisomie 21 : aucune liste de maladies ne devait être dressée afin de ne pas créer une catégorie de patients à part. Intégrer la trisomie 21 au DPI revient à qualifier cette maladie d'insupportable et constitue un pas de plus dans l'eugénisme du DPI, avant le moment où il ciblera une nouvelle victime.

La logique eugéniste de la PMA

Vae victis

Le DPI pose de graves problèmes éthiques, dans ses **modalités** mais aussi dans son **principe** lui-même. Le DPI provoque d'abord **une perte considérable d'embryons humains.**

En 2015, 36,4% des embryons analysés par le DPI ont été détruits.

Pour 1 170 embryons frais ou décongelés seulement 744 ont été transférés pour donner naissance à 227 enfants. 426 embryons ont été détruits.

De nombreux comités d'éthique avait fixé comme condition à l'exercice du DPI la clause suivant laquelle les embryons devaient être respectés au maximum, en tant que premier stade de développement de l'être humain. La pratique de ce diagnostic ainsi que ses conséquences montrent combien cette consigne est contradictoire avec ce qu'est le DPI en lui-même.

Le principe même du DPI est donc inacceptable, puisqu'il consiste à produire des embryons humains dont la plupart sont destinés à être **volontairement éliminés.**

L'argument invoqué pour la défense de cette pratique est l'idée d'un statut spécifique de l'embryon : avant d'être implantés, les embryons humains ne seraient pas à considérer comme des êtres humains véritables mais comme une formation cellulaire en voie de développement. L'embryon à proprement parler n'émergerait explicitement qu'après l'implantation, à partir de la masse interne cellulaire du blastocyste.

Quelle que soit l'intention qui ait guidé la mise en place du DPI, elle ne peut le rendre éthiquement valide et licite. Le principe même du DPI est immoral car il veut ne faire naître que des êtres estimés valides et ce, par l'élimination des embryons trouvés anormaux à l'analyse. Cette pratique relève d'un idéal trompeur d'enfant parfait, qui conduit à l'individu uniforme et porte un **eugénisme grave et profond.**

3. APPARIEMENT ET FAMILLE SUR MESURE

La pratique du don associée aux techniques de PMA ainsi que la légalisation du don d'embryon à un couple stérile, ont donné lieu à la question de **l'appariement**. L'appariement est l'étude qui est faite en vue de sélectionner le donneur le plus « adapté » au couple receveur.

L'appariement est opéré par fichage : fiche des principales caractéristiques morphologiques de l'homme et de la femme (ethnie, couleur de peau, des yeux, des cheveux, groupe sanguin...) et fiche des antécédents génétiques personnels et familiaux. En effet,

La logique eugéniste de la PMA

la femme va transmettre à l'enfant une partie de son patrimoine génétique. Aussi, le CECOS tente de sélectionner un donneur qui ne cumule pas les mêmes facteurs de risques.

C'est en effet aux CECOS qu'il revient de sélectionner un donneur qui corresponde aux critères du couple. Ces résultats peuvent justifier une sélection de candidats au don et déterminer si l'on procède à un don de gamètes ou directement à un accueil d'embryons. Ils ont également la responsabilité du choix du donneur en fonction des caractéristiques morphologiques et du groupe sanguin de chaque couple receveur.

Le but et la finalité sont à la fois d'éviter les facteurs de risque de transmission de maladies génétiques du donneur et de la receveuse. Cela vise aussi à donner au couple la possibilité de garder le secret envers l'enfant ou l'entourage quant à son recours à une PMA avec tiers-donneur.

Cette pratique contribue à la sélection embryonnaire au nom de critères sécuritaires qui augmentent la peur toujours plus grande de la « malfaçon » et de l'échec que serait un bébé non « conforme ». Elle pousse à déterminer des maladies comme particulièrement graves, ainsi que des embryons « à risque ». Cette dynamique de l'enfant parfait pousse à rechercher une sécurité irréprochable et contribue au développement d'une mentalité qui ne souffre pas la non-conformité. L'enfant n'est plus reçu et accepté tel qu'il est, quel qu'il soit. Il est commandé suivant les critères de choix de ses parents. Satisfaits ou remboursés.

> *« Ce qui m'inquiète, c'est la fabrication à venir d'un enfant sur mesure. Avec de possibles dégâts psychologiques. Comment le meilleur des bébés, bientôt choisi grâce à des calculs de probabilité complexes, pourrait-il ne pas avoir mention très bien au bac ? Plus grave, tous les enfants vont finir par se ressembler puisque leurs génomes seront de plus en plus normalisés. C'est du clonage social. »*
>
> **Jacques Testart**, *Journal du dimanche, 1er mars 2014. Auteur Essai : Faire des enfants demain, Le Seuil*

L'illusion mensongère de **l'encadrement juridique**

4/ Droit

« En libérant la science de la contrainte éthique, la loi la trompe, l'oblige à renier son objet qui est le réel, la rend moins ardente pour composer avec l'irréductible. »

JEAN-MARIE LE MÉNÉ, *« NASCITURI TE SALUTANT ! ». LA CRISE DE LA CONSCIENCE BIOÉTHIQUE*

A l'origine la PMA a été autorisée pour permettre à des couples infertiles d'avoir un enfant ou conjurer la transmission d'une maladie génétique grave. En 1994, cette légalisation a représenté une rupture anthropologique importante : pour la première fois la France autorisait la fabrication artificielle d'enfants. Pour faire accepter cette transgression, et rassurer l'opinion, le législateur a voté un encadrement fort de cette nouvelle pratique. Cependant, cette volonté s'est révélée illusoire : encadrer une transgression ne permet pas de marquer une limite ferme. *« Encadrer une dérive, conduit à dériver avec le cadre*[10] *»*. C'est effectivement le constat, 20 ans après la légalisation de la PMA : de nombreuses autres dérives ont été légalisées, sont en passe de l'être, ou le seront.

En réduisant la procréation à une technique, la PMA a déshumanisé l'acte créateur d'un nouvel être humain. Elle a ouvert la voie à la fabrication des enfants. Elle a conduit à livrer l'embryon à la recherche, à manipuler la vie humaine. La PMA veut répondre à un désir d'adultes. Elle laisse entendre que toute personne désireuse d'avoir un enfant, peut en avoir un. En cela elle induit un droit à l'enfant (notion qui conduit à revendiquer l'ouverture de l'accès à la PMA et l'autorisation de la GPA), et son corollaire : le droit à l'enfant sur mesure (au fondement des dérives eugénistes).

[10] Analyse et avertissement de Jean-Marie Le Méné dès la 1ère loi de bioéthique en 1994.

Législation en vigueur

La PMA (ou l'AMP) définie par la loi

Article L 2141-1 CSP (Code de la santé publique) : *« L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle. »*
(Issu des lois bioéthiques de 1994, 2004, et 2011).

Article L 2141-2 CSP : *« L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. »*
(Lois de 1994, 2004, et 2011).

Article L 2141-2 CSP : *« L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation. »*
(Lois de 1994, 2004, et 2011).

Conditions pour un don de gamètes

- Principe **de gratuité :** Article L 1211-4 CSP (Lois de 1994 et 2004)
- Principe **d'anonymat** : Article L 1211-5 CSP (Loi de 1994)
- Le donneur de gamètes peut être une personne qui n'a jamais procréé. Il lui est alors proposé la conservation d'une partie de ses gamètes en vue d'une utilisation ultérieure (Loi de 2011).

Un encadrement fluctuant

AMP et recherche sur l'embryon : interdiction et contradiction

- La loi française autorise depuis 2004 la recherche sur les embryons surnuméraires dépourvus de projet parental (Article L 2151-5 CSP)

- La limite : une convention internationale dite « d'Oviedo[11] » (Article 18.1), ratifiée par la France, et la loi française (Article L 2151-2 CSP) interdisent la création d'embryon pour la recherche.

- Mais la loi santé votée en 2016 a instauré un nouveau régime de recherche sur l'embryon en AMP qui conduit à créer des embryons pour la recherche (Article L 2151-5 al V CSP).

[11] La Convention d'Oviedo est 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. Elle a été ouverte à la signature le 4 avril 1997 à Oviedo (Espagne). Cette convention est le seul instrument juridique contraignant international pour la protection des droits de l'Homme dans le domaine biomédical.

Et quand il n'y a plus de projet parental, que deviennent les embryons ?

Article L 2141-4 CSP
« S'ils n'ont plus de projet parental ou en cas de décès de l'un d'entre eux, les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, peuvent consentir à ce que :

1- Leurs embryons soient accueillis par un autre couple (...)

2- Leurs embryons fassent l'objet d'une recherche [ou] à ce que les cellules dérivées à partir de ceux-ci entrent dans une préparation de thérapie cellulaire à des fins exclusivement thérapeutiques ;

3- Il soit mis fin à la conservation de leurs embryons. »
(Lois de 2004 et 2011)

Le Diagnostic Préimplantatoire

Article L 2131-4 CSP
« Le diagnostic préimplantatoire n'est autorisé qu'à titre exceptionnel dans les conditions suivantes :
Un médecin (...) doit attester que le couple, du fait de sa situation familiale, a une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Le diagnostic ne peut être effectué que lorsqu'a été préalablement et précisément identifiée, chez l'un des parents ou l'un de ses ascendants immédiats dans le cas d'une maladie gravement invalidante, à révélation tardive et mettant prématurément en jeu le pronostic vital, l'anomalie ou les anomalies responsables d'une telle maladie.
Les deux membres du couple expriment par écrit leur consentement à la réalisation du diagnostic.
Le diagnostic ne peut avoir d'autre objet que de rechercher cette affection ainsi que les moyens de la prévenir et de la traiter. »

(Loi du 7 juillet 2011)

Je me demande ce que veulent dire ces initiales, PMA :

Proposer Méthode Affligeante ?
Prévenir Mon Avocat ?
Prendre Médecin Anonyme ?
Passage Moyennement Apprécié ?
Pédaler (en) Marche Arrière ?

Pas Mes Affaires ?

PMA AVEC DONNEUR

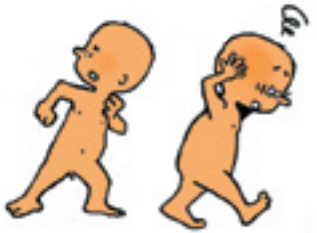
La PMA avec donneur est permise à défaut de pouvoir utiliser une autre technique :

Art. L 2141-7 CSP : *« L'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur peut être mise en œuvre lorsqu'il existe un risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité à l'enfant ou à un membre du couple, lorsque les techniques d'assistance médicale à la procréation au sein du couple ne peuvent aboutir ou lorsque le couple, dûment informé dans les conditions prévues à l'article L. 2141-10, renonce à une assistance médicale à la procréation au sein du couple. »*

Aujourd'hui, il n'est plus nécessaire que le donneur de gamètes soit en couple, ni qu'il ait déjà procréé. Reste requis le consentement du conjoint, du donneur et du receveur. Le don est anonyme et gratuit.
Les donneuses d'ovocytes doivent être informées des risques et contraintes liés à la technique de stimulation ovarienne et à la ponction ovocytaire.

En 2016, 729 femmes ont fait un don d'ovocytes et 493 hommes ont fait un don de sperme. 5% des enfants nés par PMA sont issus d'un don de gamètes, soit 1 254 enfants.

Le recours aux gamètes d'un même donneur ne peut délibérément conduire à la naissance de plus de 10 enfants. Cette limite a été fixée pour minimiser le risque de rencontres consanguines entre les personnes issues d'un même donneur, c'est-à-dire des demi-frères et demi-sœurs qui s'ignorent. Le respect de la limite de 10 conceptions repose uniquement sur les déclarations du donneur. Il n'existe aucun fichier commun aux 26 centres français pratiquant l'AMP avec tiers donneur permettant de s'assurer que les candidats au don n'ont pas déjà donné leurs gamètes dans un autre centre.



L'ANONYMAT DU DON

Depuis 1994, les dons de gamètes doivent être anonymes. Cette règle est posée à **l'article 16-8 du Code civil :** *« Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur ni le receveur celle du donneur. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci ».*

Cette règle a été réaffirmée dans la loi bioéthique de 2011, après des débats importants sur le sujet. L'anonymat, qui a tendance à réduire les dons d'ovocytes et à augmenter les dons de sperme, apparaît en contradiction avec le droit d'avoir connaissance de ses origines, (droit tiré de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme).

C'est pourquoi le Conseil d'Etat, dans un avis du 13 juin 2013, a publié un avis sur cette contradiction entre la loi française et la convention européenne. Il a privilégié la règle de l'anonymat, dès lors que l'accès aux données médicales non-identifiantes était possible. La question était de se prononcer sur l'organisation des intérêts individuels concurrents des acteurs impliqués dans le protocole de PMA : donneurs, parents, enfants. Le Conseil d'Etat a estimé que le principe de l'anonymat du donneur est une condition de préservation de l'équilibre du système de PMA, et donc finalement un principe d'intérêt public.

La dégradation de l'encadrement

La rupture anthropologique de la PMA autorisée par la 1ère loi de bioéthique (29 juillet 1994) a généré de nombreuses autres dérives. Une fois autorisée la création d'embryons *in vitro*, le principe de respect de la vie dès son commencement est méprisé. Les autres dérives juridiques n'ont plus alors qu'à s'appuyer sur ce fondement de transgression.

Initialement, encadrer pour rassurer et protéger...

En 1994, la loi a marqué la volonté d'encadrer la PMA au nom de l'intérêt de l'enfant. La PMA était ainsi réservée aux couples formés d'un homme et d'une femme (pas de PMA pour les personnes seules), en âge de procréer, mariés ou vivants ensemble depuis au moins deux ans, avec l'obligation de prouver cette vie commune, et dont l'infertilité ou le risque de transmission d'une maladie génétique ont été diagnostiqués. Le décès d'un des membres du couple, le divorce, la séparation de corps ou la cessation de vie commune sont censés faire obstacle à un processus de PMA.

... pour finalement dériver avec le cadre

Les lois bioéthiques suivantes (2004 et 2011) ainsi que la jurisprudence ont provoqué en 20 ans la dégradation de cet encadrement, fluctuant selon les évolutions scientifiques et les revendications sociétales.

- Condition du « **couple marié** » : la loi de 2011 a ouvert la PMA aux concubins et aux couples pacsés qui n'ont plus à prouver une vie commune d'au moins deux ans. Cette ouverture fragilise la protection de l'arrivée de l'enfant dans un cadre familial stable, protégé par un engagement contractuel et préservant, autant que possible, une filiation cohérente.

- Condition de « **procréation antécédente** » : la loi de 2011 a ouvert le don de gamètes aux personnes nullipares (n'ayant jamais procréé). Une partie des gamètes du donneur nullipare est conservée pour une utilisation personnelle ultérieure, le don de gamètes pouvant altérer la fertilité. La suppression de cette condition contribue à affaiblir la conscience de l'acte qu'ils posent par ces donneurs.

La loi de 2011 a intégré de nouvelles techniques comme **la vitrification ovocytaire** qui permet de stocker des gamètes pour un usage ultérieur. Elle est réservée aux personnes dont la fertilité pourrait être altérée du fait d'un traitement médical.

La dégradation de l'encadrement

Cependant, certaines entreprises comme Apple, Google ou des scientifiques influents, revendiquent son utilisation pour la PMA dite « de confort » notamment pour différer une grossesse après la réalisation d'une carrière.

▶ Condition du **« couple vivant »** : elle existe depuis 1994. Cependant la PMA pourrait être autorisée pour des veuves après la mort de leur mari. C'est ce qu'a jugé le Conseil d'Etat en mai 2016 en autorisant l'exportation du sperme d'un homme décédé pour permettre à sa femme de réaliser une insémination *post-mortem* en Espagne :

« Article 2 : Il est enjoint à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris et à l'Agence de la biomédecine de prendre toutes mesures afin de permettre l'exportation des gamètes litigieux vers un établissement de santé espagnol autorisé à pratiquer les procréations médicalement assistées, dans un délai de sept jours à compter de la notification de la présente décision. »

CE, 31 mai 2016, Mme C. A.

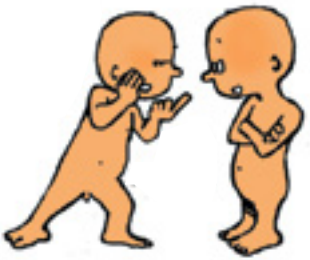
Être père à 69 ans ?

Contre l'avis de l'Agence de la biomédecine, **un homme de 69 ans** a obtenu le droit de procéder à une PMA en Belgique.
En février 2017, l'ABM avait refusé d'exporter les gamètes de Luigi pour une PMA jugée trop risquée : l'âge maximum de l'homme n'est pas défini par la loi, mais il est généralement fixé à 60 ans car au-delà, l'homme connaît une diminution de sa fertilité et une augmentation des risques génétiques. Or, le Tribunal administratif de Montreuil a annulé la décision portant refus d'autorisation d'exportation, au motif que celle-ci n'était pas assez motivée. Après avoir vu sa demande de sursis à exécution rejetée, l'Agence de la biomédecine a donc dû autoriser le transfert des gamètes vers un hôpital belge. C'est la première fois qu'elle est contrainte d'accepter une exportation de sperme congelé, refusée en raison de l'âge de l'homme.

La procédure au fond est en cours devant la Cour d'appel de Versailles qui devra donner son interprétation quant à « l'âge de procréer ». Il existe en effet une incertitude juridique dans la loi de bioéthique à ce sujet, que l'ABM souhaite voir éclaircir afin d'éviter ce genre de litige.

La dégradation de l'encadrement

Ces évolutions montrent que l'encadrement initial de la PMA n'était pas en mesure de protéger la vie de l'enfant attendu. La loi évolue suivant les découvertes scientifiques et la montée des revendications. A ce titre, on peut légitimement redouter, pour les années à venir, qu'elle ne soit à nouveau réformée pour ouvrir la PMA aux couples homosexuels et aux femmes célibataires. L'autorisation de l'adoption de l'enfant du conjoint au sein d'un couple homoparental qui a suivi la légalisation du mariage de couples homosexuels, peut ainsi être considérée comme une première étape. Contrairement à ce qui est présenté, la loi ne peut, en l'état, être un rempart suffisant contre la marchandisation de l'être humain nouvellement conçu.



La PMA et les embryons surnuméraires à l'origine de la recherche sur l'embryon...

Les techniques de PMA donnent lieu à la création de milliers d'embryons non inséminés et dont le destin reste suspendu à la décision des parents. Cet excédent a été l'occasion de la justification illégitime de la recherche sur l'embryon : plutôt que de détruire les embryons dépourvus de projet parental, de nombreux scientifiques ont demandé qu'ils puissent être donnés à la science comme matériau de recherche. Le résultat est le même : la mort de l'embryon. Mais au moins, disent-ils, l'embryon est alors « utile » et bénéfique pour la recherche. Cet argument de type utilitariste prétend justifier une pratique inique, puisqu'elle revient à mettre à mort le petit de l'homme sous le prétexte du bénéfice pour la science.

La première atteinte majeure à la protection de l'embryon pour la recherche fut la **loi relative à la bioéthique de 2004**. Celle-ci maintenait l'interdiction générale de la recherche sur l'embryon, mais donnait la possibilité de déroger à cette règle de façon « exceptionnelle ». Cette première ouverture a été suivie par la rupture anthropologique

... LES LOGIQUES EUGÉNISTE ET UTILITARISTE INSCRITES DANS LA LOI

produite par la loi du **6 août 2013.** Celle-ci a autorisé la recherche sur l'embryon en transformant le régime **d'interdiction avec dérogations** en régime **d'autorisation sous conditions.** La recherche est désormais autorisée si :

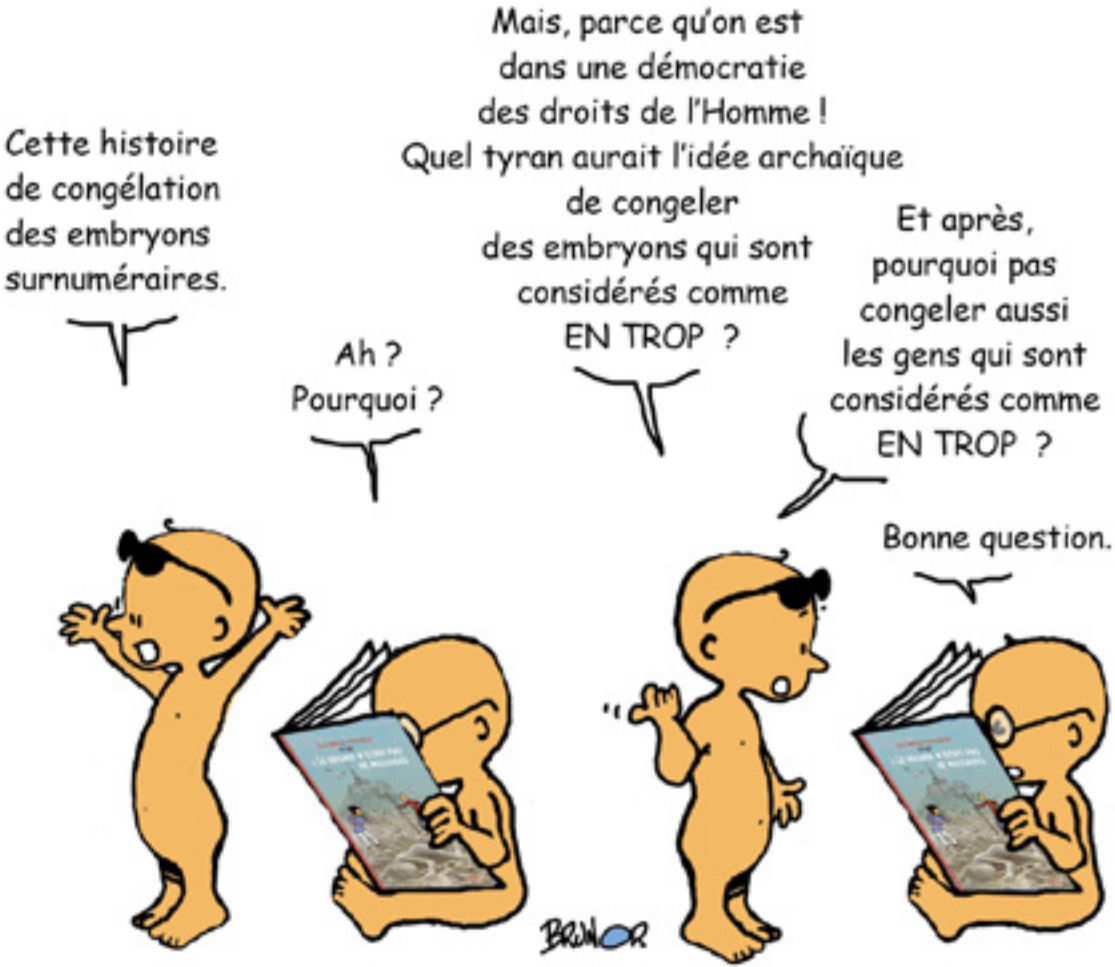
- la pertinence scientifique est établie
- la recherche s'inscrit dans une finalité médicale
- cette recherche ne peut pas être menée sans recourir à ces embryons
- le protocole de la recherche respecte les principes éthiques relatifs à la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires. **(Article L 2151-5 CSP).**

Art. L 2151-5

« II. Une recherche ne peut être menée qu'à partir d'embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental. La recherche ne peut être effectuée qu'avec le consentement écrit préalable du couple dont les embryons sont issus, ou du membre survivant de ce couple, par ailleurs dûment informés des possibilités d'accueil des embryons par un autre couple ou d'arrêt de leur conservation. A l'exception des situations mentionnées au dernier alinéa de l'article L 2131-4 et au troisième alinéa de l'article L 2141-3, le consentement doit être confirmé à l'issue d'un délai de réflexion de trois mois. Le consentement des deux membres du couple ou du membre survivant du couple est révocable sans motif tant que les recherches n'ont pas débuté. »

La PMA et les embryons surnuméraires à l'origine de la recherche sur l'embryon : les logiques eugéniste et utilitariste inscrites dans la loi

Cette autorisation porte atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine : il méconnaît le principe du respect de l'être humain dès le commencement de sa vie (article 16 du Code civil), le principe d'intégrité de l'espèce humaine, le principe d'inviolabilité ainsi que le principe de non-patrimonialité du corps humain (article 16-1 du Code civil).


Cette histoire de congélation des embryons surnuméraires.
Ah ? Pourquoi ?
Mais, parce qu'on est dans une démocratie des droits de l'Homme ! Quel tyran aurait l'idée archaïque de congeler des embryons qui sont considérés comme EN TROP ?
Et après, pourquoi pas congeler aussi les gens qui sont considérés comme EN TROP ?
Bonne question.
BRUNOR

La FIV à trois parents

La **FIV à trois parents** est une nouvelle technique de PMA qui vise à éviter les maladies mitochondriales, maladies génétiques transmises par la femme. En aboutissant à la création d'un bébé dont le patrimoine génétique est composé de 3 ADN au lieu de 2, cette technique est une transgression à la fois juridique et éthique.
Autorisée en 2015 au Royaume-Uni pour tenter d'éviter que soit transmise à l'enfant la maladie mitochondriale de sa mère, elle reste officiellement interdite en France. Cependant, en mai 2016, une équipe de chercheurs a été autorisée par l'Agence de la biomédecine à expérimenter cette technique alors même qu'elle est illégale. Elle viole le Code de la santé publique et la Convention d'Oviedo par trois points : **la création d'embryons transgéniques, la création d'embryons pour la recherche, la pratique du clonage.**

1. LA TECHNIQUE

La FIV à trois parents opère par modification du génome humain. Il s'agit de concevoir un bébé à partir de trois donneurs différents. Le schéma de base, tel qu'il est actuellement pratiqué en France, est le suivant :
Un embryon produit par FIV possède des mitochondries malades. On transfère donc le noyau de cet embryon, dans un autre embryon, donné par un couple, dont les mitochondries sont saines. L'embryon ainsi créé est issu du patrimoine génétique de 3 parents.

A partir de ce schéma de base, il existe aujourd'hui trois pratiques différentes :

1/ Transférer **le noyau de l'ovocyte de la mère** (dont les mitochondries sont défectueuses), dans **l'ovocyte d'une donneuse** dont les mitochondries sont saines. L'embryon est ensuite fécondé avec l'ovocyte obtenu et un spermatozoïde du père.

2/ Transférer **le noyau de l'embryon du couple** dont les mitochondries sont défectueuses **dans l'ovocyte d'une donneuse** dont les mitochondries sont saines.

3/ Transférer **le noyau de l'embryon du couple** dont les mitochondries sont défectueuses **dans l'embryon**

Rappel :

Il existe 2 types d'ADN :
L'ADN nucléaire : composé des milliers de gènes contenus dans le noyau
L'ADN mitochondrial : composé des dizaines de gènes présents dans les mitochondries.
Le patrimoine génétique d'un être humain est composé de l'ensemble formé par l'ADN nucléaire et l'ADN mitochondrial. Tout embryon humain contient de l'ADN nucléaire dans ses noyaux et de l'ADN mitochondrial dans ses mitochondries.
Les pronucléi sont les noyaux contenant l'ADN nucléaire issu du père et de la mère.
La mitochondrie est un organite, présente en grand nombre dans nos cellules, qui assure la production d'énergie. Elle dispose de son ADN propre, de forme circulaire, qui compte 37 gènes.
L'ovocyte énucléé de la donneuse contient, de son côté, des mitochondries, qui contiennent elles-mêmes un certain nombre de gènes.

LA FIV À TROIS PARENTS

issu d'un don préalablement énucléé dont les mitochondries sont saines.
L'objectif de la FIV à trois parents est donc le suivant : créer pour un couple un bébé dont les mitochondries sont saines lorsque la mère est atteinte d'une maladie mitochondriale.
Un des arguments souvent invoqué pour justifier cette pratique est celui de la « souffrance des familles ». Il faut donc préciser que la technique de la FIV à trois parents n'est pas utilisée pour soigner un être existant mais pour créer un être nouveau, dont les gènes auront été remplacés. On espère ainsi qu'il sera en bonne santé, mais on ne possède aucune certitude sur les effets de cette technique particulièrement invasive.

2. TRANSGRESSIONS JURIDIQUES ET ÉTHIQUES

La création d'embryons transgéniques

Le 2ème alinéa de l'article L 2151 du Code de la santé publique prévoit que : *« La création d'embryons transgéniques ou chimériques est interdite. »*

La FIV à trois parents

Or, le transfert de noyau pratiqué dans le cadre de la FIV à trois parents a pour effet de modifier l'identité génétique de l'embryon : l'embryon créé contient les noyaux d'un embryon et les **mitochondries** d'un autre. Le nouvel embryon aura l'ADN nucléaire du couple, et l'ADN mitochondrial de la donneuse.

Pour le dire autrement, en transférant les noyaux dans une autre enveloppe embryonnaire, on fabrique un embryon dont l'identité génétique est modifiée. Son ADN mitochondrial est étranger à son ADN nucléaire. Le nouvel embryon fabriqué après le transfert est donc **un embryon transgénique.**

Or, la loi est parfaitement claire : le principe d'interdiction de toute création d'embryon transgénique est général et absolu.

René Frydman, lors d'une interview en 2015 à l'AFP, disait : *« Avec cette thérapie germinale, on modifie le génome, on introduit 1% du génome qui vient d'ailleurs et on ne sait pas quel impact cela risque d'avoir. »*

La création d'embryons pour la recherche

Le Code de la santé publique comme la Convention d'Oviedo interdisent la constitution d'embryon pour la recherche :

Article L 2151-2 du Code de la santé publique : *« La conception in vitro d'embryon ou la constitution par clonage d'embryon humain à des fins de recherche est interdite. »*

Article 18 de la Convention d'Oviedo : « *La constitution d'embryon humain aux fins de recherche est interdite. »*

Si la conception d'embryons pour la recherche, au sens classique de fécondation avec gamètes est interdite, la constitution d'embryons par déconstruction et reconstruction du génome est *a fortiori* interdite. Or les investigations sur la technique de la FIV à trois parents autorisées par l'Agence de la biomédecine sont une création d'embryons pour la recherche. Les embryons sont déconstruits, leur génome est divisé entre l'ADN nucléaire et l'ADN mitochondrial. L'ADN nucléaire du 1er embryon est transféré dans l'enveloppe d'un autre embryon, énucléé. Il en résulte un embryon nouveau, conçu par les chercheurs, possédant

La FIV à trois parents

l'ADN nucléaire de l'un et l'ADN mitochondrial de l'autre, et distinct génétiquement des 2 premiers.

La création d'embryons par clonage

L'article L 2151-2 du Code de la santé publique auparavant cité interdit aussi la constitution par clonage d'embryons humains à des fins de recherche : *« La conception in vitro d'embryon ou la constitution par clonage d'embryon humain à des fins de recherche est interdite. »*

Les articles **L 2151- 3 et L 2151- 4 du Code de la santé publique** interdisent toute constitution par clonage d'un embryon humain à des fins thérapeutiques :

L 2151-3 : *« Un embryon humain ne peut être ni conçu, ni constitué par clonage, ni utilisé, à des fins commerciales ou industrielles. »*

L 2151-4 : *« Est également interdite toute constitution par clonage d'un embryon humain à des fins thérapeutiques. »*

Le **transfert du noyau d'un embryon** dans un autre embryon auparavant énucléé ou dans une enveloppe d'ovule, est **une technique de clonage.**

Le noyau contient l'ensemble de l'ADN nucléaire de l'embryon. Le nouvel embryon produit possède donc le même ADN nucléaire que l'embryon chez qui le noyau est prélevé. Même si celui-ci est alors détruit. Il sera donc le clone de ce dernier puisqu'ils auront en commun l'ensemble de leur génome nucléaire.

La Convention d'Oviedo précise elle-même ce qu'est un clone et l'interdiction de créer un être humain génétiquement identique à un autre.

Article 1er du protocole additionnel à la Convention d'Oviedo :

« 1- Est interdite toute intervention ayant pour but de créer un être humain génétiquement identique à un autre être humain vivant ou mort.

2- Au sens du présent article, l'expression être humain « génétiquement identique » à un autre être humain signifie un être humain ayant en commun avec un autre l'ensemble des gènes nucléaires. »

« Bébé à trois parents : un pas vers le clonage ? »

« Il apparaît aujourd'hui que le «bébé à trois ADN» pourrait ouvrir discrètement, et toujours au nom de la compassion, la voie du clonage humain. Car, à bien y regarder, la brebis Dolly, premier mammifère «cloné», montrait déjà cette double origine du génome femelle puisqu'elle était issue, comme seront nos bébés à trois ADN, de la substitution, par celui d'une donneuse, du noyau maternel d'un ovule conservant ses propres mitochondries.

[...] La fabrication de ces bébés équipés de bonnes mitochondries pourrait, comme celle de Dolly, ne pas être suivie mais précédée par la fécondation : plutôt que transférer le matériel nucléaire d'un ovule à l'autre, il est possible de transférer dans un ovule réceptacle (ou dans une cellule d'un autre embryon pourvu des bonnes mitochondries) un noyau embryonnaire prélevé deux jours après la fécondation (stade 4 cellules).

Je fais même l'hypothèse que cette manipulation aurait de plus grandes chances de succès : au stade de 4 cellules, toutes les cellules embryonnaires sont encore totipotentes et capables chacune (donc avec des chances de réussite quadruplées) de permettre le développement d'un enfant, comme montré depuis longtemps dans notre espèce. Peut-être est-ce une bonne raison pour camoufler sous les expressions, soit obscure d'« enfant à trois ADN » (c'est ce que préfèrent les médias), soit anodine de « remplacement mitochondrial » (c'est ce qu'ont approuvé les élus britanniques) ce qui serait purement et simplement un clonage d'embryon ? Et ainsi d'engager le débordement de l'unique engagement bioéthique international à ce jour : celui du clonage humain. »

Jacques Testart, article paru dans *Libération*, le 10 février 2015

LA FIV À TROIS PARENTS

3. L'APPLICATION CLINIQUE À VENIR DE LA FIV À TROIS PARENTS.

La FIV à trois parents est aujourd'hui expérimentée en France dans le cadre d'un protocole de recherche.

Cette technique est destinée à une application clinique, c'est-à-dire à donner naissance à des enfants exempts de la maladie mitochondriale transmise par leur mère.

Or, cela reviendrait à faire naître des enfants modifiés génétiquement et **qui transmettront cette modification génétique à leur descendance**, en violation de **l'article 13 de la Convention d'Oviedo** stipulant qu'*« une intervention ayant pour objet de modifier le génome humain ne peut être entreprise que pour des raisons préventives, diagnostiques ou thérapeutiques et seulement si elle n'a pas pour but d'introduire une modification dans le génome de la descendance. »*

Cette interdiction relève du respect de l'intégrité de l'espèce humaine.

Elle relève aussi du principe de précaution. Nous ignorons les évolutions possibles sur le court et le long terme de ces modifications génétiques. Nous ignorons les mutations qui peuvent se produire dans le génome ainsi créé à partir de 3 ADN et non de 2, comme dans l'ordre naturel de la génétique humaine.

Sous prétexte du soin, la

FIV à trois parents, dans son application clinique, ouvrirait la voie à des manipulations génétiques irréversibles de l'embryon humain.

Le professeur Samir Hamamah, chef du département de biologie de la reproduction au CHU de Montpellier, parle de *« chimère »* pour l'enfant ainsi créé et soulève la dimension eugéniste de cette technique* : sa légalisation renforcerait la volonté de programmer et sélectionner les êtres humains en fonction de leur génome en détruisant les embryons dont le génome n'est pas « parfait ».

* « Le Royaume-Uni autorise une technique de FIV à trois parents », Doctissimo, 4 février 2015.

Remarque : *Cellules somatiques et cellules germinales*

Seules les modifications génétiques portant sur la lignée germinale sont transmissibles à la descendance, puisque ce sont les cellules de cette lignée qui, seules, donnent des gamètes.

- Les **cellules germinales** sont les cellules à l'origine de la formation des cellules reproductrices, les gamètes.
Ce sont les cellules germinales qui transmettent l'information génétique d'un individu aux gamètes de cet individu, et, de là, à l'embryon qui se forme par fécondation de ces gamètes.
Lorsqu'une modification génétique est appliquée à un embryon, toutes les cellules de cet embryon sont affectées, y compris les cellules germinales, mais ce sont celles-ci qui pourront transmettre la modification considérée à la descendance par le biais des gamètes qui en seront issus.

- Les **cellules somatiques** sont toutes les cellules contenues dans un organisme, à l'exception des cellules germinales. Cellules somatiques et cellules germinales sont également affectées par une mutation génétique introduite dans l'embryon précoce. Mais, tandis que les cellules de la lignée germinale transmettent cette modification génétique aux gamètes, et donc au futur embryon formé par fécondation de ces gamètes, les cellules somatiques ne peuvent transmettre la modification génétique qu'aux autres cellules somatiques, et non aux gamètes.

Il est donc moralement acceptable d'opérer, chez un individu, une modification génétique profitable à l'individu touchant les cellules somatiques parce que cette modification ne pourra pas être transmise à la descendance. En revanche, il est moralement inacceptable de pratiquer une telle modification génétique si celle-ci venait aussi à toucher les cellules germinales. Car alors cette modification pourrait être, par le biais des gamètes et de la fécondation, transmise aux descendants. Si une erreur génétique est introduite dans le génome de l'individu lors de cette modification, cette erreur, transmise par les gamètes, deviendrait héréditaire, ce qui est grave.

5/ Solutions

« Qu'est-ce donc qu'une famille ? C'est le lieu du don et de la réception incalculable d'une vie qui se déploie avec nous mais aussi malgré nous, et qui nous jette toujours plus avant dans le mystère d'exister. »

FABRICE HADJADJ, *QU'EST-CE QU'UNE FAMILLE ?*

De nouveaux **espoirs**

Il n'existe malheureusement pas de remède universellement efficace pour soigner toutes les infertilités. Pour autant, une nouvelle médecine a vu le jour dans les années 1990 aux Etats-Unis. Il s'agit de **la médecine de restauration de la fertilité** ou **NaProTechnologie,** qui est une assistance naturelle à la procréation. Celle-ci développe une nouvelle approche qui s'attache directement aux causes de l'hypofertilité pour les traiter et les soigner. Elle est une médecine personnalisée qui s'adapte à chaque couple, dans le respect de l'intégrité des personnes, de l'union des couples et de l'acte procréateur. Par-là, elle évite la logique de fabrication de l'enfant et de chosification de l'embryon.

Au-delà de la médecine et pour les cas qui ne pourraient être soignés, l'adoption, avec ses difficultés, est cependant un moyen possible de remédier à l'impossibilité d'avoir des enfants, pour des couples qui offrent leur foyer et leur amour à ceux qui en ont été privés par les malheurs de la vie.

La Naprotechnologie : médecine de restauration naturelle de la fertilité

Principe et origine

La naprotechnologie est une assistance médicale à la procréation naturelle. C'est une spécialité nouvelle qui se développe depuis une trentaine d'années, notamment sous l'impulsion du Dr Thomas Hilgers, gynécologue-obstétricien américain. Elle s'attache à rechercher les causes –souvent multiples –de l'hypofertilité et à les traiter. Pour cela, elle utilise les techniques médicales (comme les traitements hormonaux) et chirurgicales (comme la microchirurgie ou le laser) de pointe pour faciliter la conception lors d'un rapport sexuel normal. Ainsi, le principe fondamental de la naprotechnologie est qu'elle contribue à l'efficacité de l'acte conjugal, en le rendant procréateur, mais sans se substituer à lui. Pour cela, elle coopère avec le cycle menstruel, respecte l'intimité du couple tout en l'aidant à déterminer la ou les causes essentielles de leur difficulté à concevoir.

La naprotechnologie a été élaborée à partir du système de *Fertility Care*, une méthode d'évaluation des cycles à la fois prospective et standardisée. Le *Fertility Care* est un système qui repose sur l'observation de la glaire cervicale et des saignements, à partir de critères objectifs et standardisés. Le principe de base de cette approche naturelle de la fertilité est de permettre à la femme de connaître son corps et de repérer les signes indicateurs de la fertilité. Par exemple, à chaque cycle, le corps se prépare pour une grossesse : un peu avant l'ovulation, la hausse du taux d'œstrogène provoque l'apparition de la glaire cervicale fertile. Celle-ci est stoppée après l'ovulation. Cette observation est donc un moyen de connaître le moment de sa fertilité pour une femme.
Ces éléments ont permis le développement de la recherche, l'établissement de diagnostics précis et la mise œuvre de traitements appropriés, traitements qui sont alors administrés de façon synchronisée avec chaque cycle individuel.
Ce système peut être utilisé non seulement pour favoriser ou éviter une grossesse, mais aussi pour évaluer plus précisément les causes de l'hypofertilité, des fausses couches à répétition, des

La Naprotechnologie : médecine de restauration naturelle de la fertilité

saignements anormaux, des kystes ovariens récurrents, des douleurs pelviennes, des syndromes prémenstruels. La naprotechnologie devient ainsi le 1er système médical qui met en relation une méthode de régulation naturelle de la fertilité avec l'évaluation et le maintien de la santé gynécologique.

C'est dans cette logique qu'a été mise en place la naprotechnologie comme **aide médicale** pour favoriser **une conception naturelle,** avec **un accompagnement personnalisé.**

Elle a pour objectif d'aider les couples à :

- restaurer la fertilité féminine et masculine
- éviter les fausses couches (en particulier dans les cas de fausses-couches à répétition)
- traiter les pathologies féminines et masculines

La raison de son efficacité est que souvent, l'hypofertilité **n'est pas irréversible.** Elle est le symptôme de pathologies cachées. Il convient donc de découvrir ces pathologies de façon personnalisée, et d'y apporter le remède adapté, plutôt que de systématiser le recours à la FIV.

Les phases de la prise en charge médicale

La prise en charge médicale doit être progressive et respectueuse du couple. Elle opère en 4 étapes :

1/ Il faut établir **un diagnostic** : remplir un tableau de fertilité mettant en valeur des indicateurs de fertilité (saignements, glaire, durée du cycle et de ses phases, syndrome prémenstruel...) ; identifier les anomalies avant la conception naturelle pour réduire les risques de fausses couches ; réaliser des examens synchronisés avec le cycle féminin : bilans hormonaux, bilans sanguins, échographies ; effectuer un bilan masculin.

2/ A partir de ce diagnostic et des causes identifiées de l'hypofertilité, le médecin propose **un traitement.**
La naprotechnologie a développé une synchronisation qui lui est propre : elle adapte le traitement sur chacun des cycles de la femme. Les traitements proposés cherchent également non seulement à obtenir une ovulation, mais une ovulation de qualité. Les spermogrammes déficients peuvent être pris en charge. Enfin, on recourt à une intervention chirurgicale spécialisée si nécessaire pour restaurer la fertilité, féminine ou masculine.

La Naprotechnologie : médecine de restauration naturelle de la fertilité

3/ Une fois réalisé, le traitement **dure maximum 18 mois, parfois 24** et peut être plus court selon les cas. La limitation doit permettre d'éviter l'acharnement thérapeutique et de respecter l'intimité du couple. Pendant ce traitement, le couple garde la possibilité de concevoir à chaque cycle.

4/ Dans un dernier temps, il est possible d'assurer un **support hormonal** si nécessaire dès que le test de grossesse est positif.

A qui s'adresse la naprotechnologie ?

La naprotechnologie est indiquée en cas d'hypofertilité. Elle peut être efficace même après des échecs de traitements antérieurs ou des essais de PMA infructueux. Elle s'adresse aussi aux couples ayant vécu des fausses couches répétées.

Elle prend en compte le traitement de toutes les pathologies fonctionnelles :

- Côté féminin : cycles irréguliers, ovaires poly-kystiques, glaire insuffisante, fausses couches, adhérences pelviennes, endométriose, trompes de Fallope bloquées, taux de progestérone insuffisant, absence d'ovulation ou ovulation sous-optimale, kystes ovariens, etc.

- Côté masculin : numération, vitalité, mobilité, infections, varicocèles, etc.

Il existe 3 situations d'infertilité qu'elle ne peut malheureusement pas traiter : l'azoospermie avérée, la ménopause précoce, les trompes de Fallope bouchées et non réparables en naprochirurgie.

Chiffres[12] : Les résultats prometteurs d'une technique en pleine évolution

La restauration de la fertilité naturelle offre aux couples une chance de grossesse lors de chaque cycle, contrairement au traitement palliatif de la PMA qui n'agit que de façon épisodique et au prix d'un investissement physique, psychologique et matériel très lourd.

Cette médecine étant très récente en France, les meilleurs chiffres disponibles sont les statistiques d'Irlande qui a déjà procédé à une étude scientifique sur le sujet[13].

En naprotechnologie, la probabilité de réussite pour avoir un enfant est de :

- **40 à 50%**, pour les femmes d'environ 35 ans essayant de concevoir depuis 5 ans et n'ayant pas fait auparavant de tentative de FIV
- **20 à 30 %** après un échec de FIV
- **80%** en cas de fausses couches à répétition.

Pour rappel, en ce qui concerne la PMA :

- Le taux de réussite des FIV est de 20%
- Le taux de réussite des inséminations artificielles est de 10%

La probabilité de succès est donc meilleure qu'en FIV. La naprotechnologie est particulièrement efficace chez les femmes avec une réserve ovarienne diminuée et pour lesquelles la PMA n'est pas indiquée. Avec cette médecine de restauration de la fertilité, même les couples présentant des adhérences pelviennes, une endométriose sévère ou un facteur masculin d'infertilité peuvent espérer une grossesse.

HISTORIQUE :

1990 : Création du terme par un gynécologue-obstétricien américain, le Dr Thomas Hilgers
1998 : Importation en Europe par un médecin généraliste irlandais, le Dr Phil Boyle
2010 : 1es consultations en France.

En raison du caractère récent du développement de cette technique, le recul nécessaire peut manquer encore pour garantir une exacte analyse sur le plan scientifique.
Pour aller plus loin : www.fertilitycare.fr/naprotechnologie

[12] Les résultats sont issus du site fertilitycare.fr

[13] "Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice"- Joseph B. Stanford, MD, MSPH, Tracey A. Parnell, MD and Phil C. Boyle, MB. Journal of the American Board of Family Medicine 21 (5): 375-384 (2008)

Témoignage

La Naprotechnologie, une alternative à la PMA

Anne-Lise et Thierry arrivent de loin : cinq ans de PMA (Procréation médicalement assistée), et quatre FIV (Fécondation *in vitro*), qui posent de graves questions éthiques soulignées par l'Église. Ils ont eu *« du mal à sortir de ce tunnel »* et sont suivis depuis trois mois *« en napro »* comme disent les habitués.

La Naprotechnologie, c'est le contraire de la PMA : on fait tous les examens tout de suite, puis l'on rencontre le médecin qui établit un diagnostic et propose un traitement. *« En PMA, on me faisait les examens au goutte à goutte. Le seul objectif était de réussir la FIV. Résultat, lorsqu'on a arrêté, j'ai eu l'impression que nous ne pourrions jamais avoir d'enfant. »* Le sentiment d'être dépossédé de sa fertilité se double d'un jugement sévère sur le manque de rigueur scientifique pratiquée en PMA : *« À chaque échec de FIV, les médecins me proposaient une investigation supplémentaire. Je n'ai pas d'enfant, et je ne sais toujours pas pourquoi ».*

Comment concilier approche médicale et respect des données naturelles ? *« Après deux ans de mariage, nous n'avions pas d'enfant et commencions à nous poser des questions. Après un rendez-vous chez le médecin et des examens qui n'ont rien donné, cette proposition nous est tombée dessus : si vous voulez avoir recours à la PMA, il ne faut pas traîner ».*

Comme Anne-Lise et son mari, *« de nombreux couples se voient entraînés dans des parcours médicaux lourds, sans alternative, regrette Sophie Guéroult, instructrice à Paris. La médecine classique préfère orienter vers la*

Témoignage

PMA rapidement, tant on sait que les taux de réussite baissent avec le temps». La Naprotechnologie elle, sait donner du temps au temps. Et fait précéder le diagnostic à toute autre démarche : *« Nous procédons à un examen médical approfondi, mais pas seulement : rythme de vie, freins personnels, histoires individuelles peuvent expliquer les difficultés à obtenir une grossesse »*, explique Edwige de Bengy, instructrice à Marseille. « Je n'avais jamais entendu parler d'observation de la glaire cervicale avant, confie Anne. J'ai appris à connaître mon corps, à ne plus m'angoisser. Dans mon cas, il a suffi d'un traitement ordinaire et de quelques compléments alimentaires pour favoriser l'arrivée de notre bébé. » L'objectif reste de comprendre avant d'agir, *« du coup, on gagne du temps ! »*, assure Anne-Lise. Pour conclure avec regret : *« Si j'avais su ça avant, j'aurais gagné cinq ans et évité beaucoup de souffrances »*.

« La petite voie de la fertilité ! »

Depuis qu'ils ont démarré le suivi, Anne-Lise et son mari ne sont plus seuls : une instructrice pour écouter et enseigner le relevé des données, et un médecin pour traiter. Le parcours dure en moyenne 18 mois : *« Un temps pour comprendre ce qui se joue, un temps pour traiter, un temps pour attendre la grossesse,* explique Sophie Guéroult. *En moyenne, ce sont 50 % des couples suivis qui ont pu donner la vie naturellement. Pour certains, nous diagnostiquons une stérilité réelle et ne pouvons rien faire, si ce n'est les accompagner dans le deuil de l'enfant porté. Cette année, nous avons accompagné un couple vers le désir d'adoption, ils se réjouissent aujourd'hui d'avoir obtenu un agrément*». *« La napro, c'est la petite voie de la fertilité ! »*, résume Sophie Guéroult. À nous de la faire connaître.

Anne Gavini, *Famille chrétienne*, 18 février 2014

Traiter les différents facteurs d'infertilité

Connaissance de soi et facteurs psychologiques

Bon nombre de couples normalement fertiles ont des difficultés à concevoir des enfants faute de savoir repérer correctement leur période de fertilité, du fait d'un déséquilibre de vie ou à cause de blocages psychologiques.

1. RECONNAISSANCE DE SES SIGNES DE FERTILITÉ

Nécessitant l'aide d'un moniteur de régulation naturelle des naissances, elle est fondée sur l'observation de la glaire cervicale éventuellement couplée à d'autres signes tels que la température (méthode symptothermique). Pour un nombre non négligeable de couples, cette aide suffit à débuter une grossesse. Cependant, en cas de difficulté persistante ou de fausse couche, cette approche n'est pas suffisante et il convient de faire appel à la médecine de restauration de la fertilité.

2. HYGIÈNE DE VIE

Le tabac nécessite impérativement d'être stoppé aussi bien chez l'homme que chez la femme. Il est en cause dans près de la moitié des hypofertilités (réversibilité en 3 mois à l'arrêt du tabac). L'arrêt de l'alcool, ainsi que la réduction des sources de stress et de pollution sont également très importants.

- Un équilibre alimentaire est indispensable : alimentation (qualité et quantité, par défaut ou par excès), boissons (qualité et quantité : il faut de l'eau pour secréter de la glaire).
- Un excès ou un défaut d'activité physique peut également être délétère.
- L'âge, les temps de vie commune et d'unions conjugales sont importants.

3. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Il peut y avoir un excès ou un défaut de désir de grossesse chez l'un des deux conjoints. L'environnement familial peut avoir une influence, le fait de vivre chez un des parents, la pression, ou encore les problèmes de santé des parents.

Traiter les différents facteurs d'infertilité

Recherche diagnostique chez l'homme

Elle est réalisée pour l'essentiel par l'urologue ou l'andrologue. L'interrogatoire médical s'intéresse à l'hygiène de vie (alcool, tabac, caféine, contact avec des produits toxiques...) et s'enquiert de la survenue dans le passé des oreillons ou d'un traumatisme des testicules, d'éventuelles difficultés d'érection ou d'éjaculation. L'examen physique recherche notamment une éventuelle varicocèle pouvant être traitée par la chirurgie. Le spermogramme et/ou le test de Hühner constituent les examens les plus importants. Des examens sanguins sont réalisés et une échographie des testicules peut être demandée.

Les traitements médicaux chirurgicaux

Beaucoup de traitements utilisés ne sont pas nouveaux. Leur puissance vient de ce qu'on les utilise au bon moment, de manière coordonnée au cycle féminin.
Parallèlement et si nécessaire, les maladies organiques sont traitées (par exemple ovaires polykystiques, endométriose, adhérences, trompes bouchées...) grâce à une chirurgie faisant appel à des équipes entrainées et soucieuses d'une restauration de qualité. Elle relève parfois d'une véritable chirurgie plastique de la cavité pelvienne qui met l'accent sur la prévention des adhérences ; elle peut faire appel à la microchirurgie, au laser et à la chirurgie robotique.
Différents traitements peuvent améliorer les spermogrammes déficients. Un soutien psychologique est également assuré. Il peut se révéler très efficace. À terme, le but sera d'obtenir une ovulation optimale : au moins une trompe perméable, un endomètre rendu propice à la nidation et chez le conjoint un sperme satisfaisant.

Témoignage

Je vais avoir vingt ans dans quelques mois, et je sais depuis presque aussi longtemps que j'ai été adoptée. Je suis née sous X, ce qui signifie que je n'ai aucune information concernant mes parents biologiques. Je sais où et quand je suis née, mais je ne sais pas de qui.
À la naissance, j'ai immédiatement été isolée et nommée provisoirement par les infirmières. (...) Quelques jours après, j'ai été recueillie par une association et placée chez une nourrice. La légende veut que ce soit une cigogne qui m'y a déposée. J'ai des doutes, mais après tout, pourquoi pas.
Je n'y ai manqué de rien, sinon d'attention : pas facile d'être un nourrisson au milieu d'une multitude d'enfants, compliqué de recevoir l'attention nécessaire à son éveil. Paraît que j'étais passée maître dans l'art des pleurs. Toujours est-il que j'ai eu la chance d'affronter mes premiers mois de solitude dans un univers relativement stable et sécurisant.

L'ADOPTION, UNE NOUVELLE NAISSANCE

Mais très vite, j'ai eu la chance d'être adoptée. Je suis donc née une deuxième fois. (C'est mon côté Jésus, je suis tellement géniale que je renouvelle l'expérience histoire que l'humanité se rende compte de la chance qu'elle a de me compter parmi les siens).

Des gens que je ne connaissais pas ont décidé de me sauver. Des inconnus ont choisi de m'aimer, de me choyer, de m'élever. Et c'est ainsi qu'a commencé la plus belle histoire d'amour de ma vie. Je pense sincèrement que notre rencontre, fruit d'un hasard absolu, fut un coup de foudre. D'aucuns diront que *« ce fut comme un heurt en pleine poitrine »*. Je n'en sais rien, j'étais bébé.

Mais je crois que nous nous sommes adoptés. L'amour qui nous unit est indescriptible. Je n'ai pas à le juger plus ou moins fort qu'un amour « biologique ». Je sais juste que nous nous complétons. Ma mère ne m'a certes pas portée dans son ventre pendant neuf mois mais cela ne change rien. Mes parents m'ont attendue encore plus longtemps et m'ont désirée peut-être plus fort que s'ils m'avaient eu naturellement. Nous sommes conscients de la chance que nous avons de vivre une aventure incroyable. Je me dis très souvent que le destin m'a offert une chance que je n'ai pas le droit de gâcher. Je suis condamnée – ô malheur ! – à profiter pleinement d'une vie qui aurait pu être tout autre, et certainement bien pire.

Par Annett, 27 février 2013,
www.madmoizelle.com/adoption-temoignage-151215

Remarque

Il est important de comprendre que le principe d'une réflexion éthique sur les techniques de procréation médicalement assistée comme la recherche de solutions ne consistent pas à exclure par principe toute nouvelle méthode sous le seul prétexte de leur nouveauté. De même, tous les moyens artificiels d'aide à la procréation ne sont pas proscrits par principe, comme l'emploi de ceux qui sont destinés à faciliter l'acte naturel ou à lui faire atteindre sa fin. Mais cette intervention ne doit pas se substituer à l'acte conjugal et doit respecter la dignité totale de la personne, du couple et de l'embryon.

Conclusion

La PMA peut paraître attrayante en raison de sa promesse de donner un enfant aux couples infertiles.

Pourtant elle est aussi une mise en danger de l'intégrité du couple, de la santé de la femme et parfois de l'enfant. Les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes : autant en raison des échecs fréquents que par l'atteinte portée au respect de la vie avec la création et la conservation d'embryons surnuméraires, la recherche sur l'embryon, l'introduction d'une conception du droit à l'enfant. Elle porte atteinte à l'autonomie des couples, ouvre les portes à l'eugénisme et à l'instrumentalisation d'autres êtres humains.

Les progrès récents en médecine de restauration de la fertilité et notamment la naprotechnologie, ouvrent de nouvelles pistes de recherche et donnent de grands espoirs aux couples infertiles. Scientifique et humaine, cette médecine présente l'avantage de traiter directement les causes de l'infertilité, dans le respect de l'union des couples. Elle nous rappelle que la joie d'attendre un enfant ne justifie pas d'employer n'importe quel moyen pour l'obtenir et que la technique ne rend pas bon pour l'homme tout ce qu'elle lui rend possible.

Sources

Les chiffres cités dans ce manuel sans précision de référence sont extraits du rapport d'activité annuel d'AMP de l'Agence de la biomédecine *(Rapport 2017 sur les données de 2015)*.

Les sources différentes sont précisées en notes de bas de page.

Index

A

ADN : 9, 74, 75, 76, 77, 78
Adoption : 41, 48, 70, 80, 86, 89
Age de la femme : 12, 13, 26, 30
Assistance médicale à la procréation : 6, 9, 13, 21, 44, 63, 66, 71, 81
Appariement : 60
Avortement : 4, 5, 34

B

Bilan médical : 12, 15, 16, 82
Bioéthique : 6, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 59, 62, 63, 67, 68, 70, 78

C

CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme) : 30, 41, 61
Cellule germinale : 79
Cellule somatique : 79
Chosification : 43, 80
Clonage : 61, 74, 76, 77, 78
Conséquences psychologiques : 21, 40
Concevoir naturellement : 13, 17, 82
Congélation : 17, 24, 30, 31, 44, 52, 54
Conscience : 46, 49, 62, 68
Conséquences PMA : 14,15, 21, 30, 32, 37, 40
Couple : 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 25, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 52, 53, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 71, 74, 75, 76, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 91
- **Conséquence de la PMA sur le couple :** 40, 45, 46
- **Couples homosexuels :** 47, 48, 70

Cycles féminins : 81, 82, 83

D

Désir : 12, 13, 14, 37, 39, 43, 45, 46, 47, 48, 53, 57, 62, 86, 87, 89
Diagnostic d'infertilité : 13, 81, 82, 85, 86
Diagnostic préimplantatoire (DPI) : 57, 58, 59, 65
Dignité : 6, 14, 41, 43, 46, 48, 50, 52, 72, 90
Don / donneurs (gamètes, sperme et ovocytes) : 8, 10, 21, 22, 38, 40, 41, 42, 47, 48, 57, 60, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 74, 75, 76, 78
Don de la vie : 6, 7, 10, 12, 14, 36, 37, 38, 43, 52, 80, 86, 91
Droit à l'enfant : 14, 43, 46, 48, 62, 91
Droit de l'enfant : 41, 43, 45, 47, 67

E

Embryon : 4, 7, 8, 24, 25, 30, 34, 35, 43, 44, 45, 46, 50, 52, 55-56, 57, 58, 59, 60, 61, 75, 76, 78, 79, 80, 90
- **Congélation des embryons :** 17, 24, 25, 30, 31, 44, 52, 54
- **Conservation embryonnaire :** 6, 8, 31, 44, 54, 63, 64
- **Destruction des embryons :** 24, 31, 44, 52-53, 54, 57, 60, 70
- **Dignité de l'embryon :** 14, 43, 45, 46, 50, 52, 53, 54, 55-56, 60, 61, 70, 72, 75, 77, 80, 90
- **Recherche sur l'embryon :** 53, 64, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 91
- **Réduction embryonnaire :** 24, 25, 34
- **Embryons surnuméraires :** 14, 24, 30, 31, 44, 45, 50, 52, 53, 64, 70, 91
- **Transfert d'embryons :** 6, 8, 17, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 45, 63
- **Tri / sélection embryonnaire :** 14, 23, 24, 34, 52, 53, 54, 55-56, 57, 58, 59, 60, 61

Enfant : 4, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 34, 39, 40, 41-42, 44, 47, 52, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 74, 78, 89, 91
- **Avoir / faire un enfant :** 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 23, 25, 26, 31, 34, 37, 39, 52, 54, 62, 80, 84, 85-86, 87
- **Conséquences d'une PMA :** 14, 15, 21, 22, 26, 32, 34, 35, 40,41-42, 46, 47
- **Dignité des enfants :** 6, 39, 43, 46, 48, 57, 60, 80
- **Désir d'enfant :** 12, 13, 14, 43, 61, 86

Ethique : 4, 5, 8, 15, 17, 21, 22, 31, 36, 37, 38, 45, 48, 49, 59, 60, 62, 71, 74, 75, 85, 90
Eugénisme : 57, 59, 60, 91

F

Famille : 15, 21, 44, 53, 60, 75, 80, 86
Fausse-couche : 18, 87
Fécondation : 7, 8, 9, 12, 13, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 32, 33, 36, 38, 39, 44, 50, 52, 54, 55, 57, 58, 76, 78
Fécondation in vitro (FIV) : 6, 8, 18-19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 35, 39, 40, 54, 55, 57, 58, 82, 84, 85
- **FIV à trois parents :** 74, 75, 76, 77, 78, 79

Fécondité : 10, 11
Fertilité : 6, 10, 11, 12, 13, 16, 68, 69, 80, 81, 82, 83, 84, 85-86, 87, 91
Fœtus : 7

G

Gamètes : 6, 7, 8, 9, 10, 21, 23, 24, 27, 31, 38, 41, 47, 48, 50, 55, 57, 61, 63, 66, 67, 68, 69, 76, 78, 79
Grossesse :
- **Grossesse extra-utérine :** 33
- **Grossesse multiple :** 32, 34, 35

H

Homosexuel : 70
Hormones : 12, 18, 20, 23
Hypofertilité : 11, 12, 13, 80, 81, 82, 83, 87

I

ICSI (Fécondation in vitro avec injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde) : 8, 25, 26, 27, 55
Infertilité : 6, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 30, 57, 63, 68, 80, 83, 84, 87, 88, 91
- Infertilité sociale : 47, 48, 57
Injection hormonale : 19, 20, 23, 33
Insémination artificielle : 6, 8, 20, 21, 22, 27, 42, 63, 69, 84

M

Malformation : 11, 20, 35
Médecin : 8, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 30, 34, 39, 40, 41, 42, 52, 63, 65, 67, 82, 84, 85-86
Médecine de restauration : 13, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 91
Mitochondrie / mitochondrial : 74, 75, 76, 77, 78, 79
Morale / moral : 9, 12, 37, 40, 43, 49, 52, 54, 57, 60 , 79

N

Naprotechnologie : 13, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 91
Nidation : 7, 25, 88

O

Ovocyte : 7, 8, 16, 20, 23, 24, 26, 27, 31, 38, 44, 66, 67, 74, 75
Ovule : 7, 8, 10, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 55, 74, 78
Ovulation : 10, 16, 18, 22, 23, 81, 82, 83, 88

P

Personne humaine : 4, 9, 10, 12, 17, 19, 21, 36, 37, 38, 41, 43, 46, 50, 52, 55, 57, 59, 62, 63, 66, 68, 72, 80, 90
PMA (Procréation médicalement assistée) : 4, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 47, 48, 52, 53, 54, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 74, 83, 84, 85, 90, 91
Ponction ovarienne : 23, 25, 33, 54, 66
Prélèvement de gamètes : 22, 23, 58
Principe d'intégrité du corps humain : 52, 53, 72, 78, 80, 91
Principe d'inviolabilité du corps humain : 52, 72
Projet parental : 4, 31, 43, 44, 45, 46, 54, 64, 70, 71
Procréation : 4, 6, 7, 10, 14, 21, 36, 37, 38, 39, 47, 48, 62, 68
Procréation naturelle : 7, 13, 33, 81
Progrès : 4, 36, 43, 49, 50, 91

R

Réduction embryonnaire : 24, 25, 34
Respect / respecter : 7, 10, 36, 37, 43, 46, 52, 53, 60, 66, 68, 71, 72, 80, 81, 82, 83, 85, 90, 91
Responsabilité : 7, 12, 21, 36, 39, 46, 49, 50, 61
Restauration de la fertilité : 13, 80, 84, 87, 91

S

Spermatozoïde : 7, 8, 10, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 55
Sperme : 8, 16, 20, 21, 22, 23, 27, 30, 31, 38, 57, 66, 67, 69, 74, 88
Stérilité : 8, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 26, 27, 33, 35, 86
Stimulation ovarienne : 23, 33

T

Transfert d'embryon : 6, 8, 17, 24, 25, 63
Technique : 4, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 35, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 48, 49, 50, 54, 57, 58, 60, 62, 66, 68, 70, 74, 75, 76, 77, 81, 84, 90, 91
Transgression : 59, 62, 68, 74, 75

U

Union : 6, 7, 9, 10, 13, 36, 37, 38, 39, 43, 50, 80, 87, 91
Utérus : 7, 8, 16, 17, 20, 22, 24, 27, 30, 31, 33, 34, 52, 56, 58

V

Vie : 4, 6, 7, 9, 10, 14, 34, 36, 37, 38, 40, 43, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 62, 63, 68, 70, 72, 80, 86, 87, 88, 89

Z

Zygote : 9, 27, 50

Bibliographie

Au fait, qui suis-je ?
Les embryons humains prennent la parole
Anthonioz, Philippe
Pierre Téqui éditeur - juin 2004

L'embryon, quels enjeux ?
Bayle (Dr.), Benoît
Editions Robert Laffont - octobre 2010

La réforme de la loi bioéthique
Binet, Jean-René
LexisNexis - mars 2012

Malaise dans la procréation
Les femmes et la médecine de l'enfantement
Chatel, Marie-Magdeleine
Editions Albin Michel - avril 1998

La reproduction artificielle de l'humain
Escudero, Alexis
Le monde à l'envers - septembre 2014

Né de spermatozoïde inconnu,
Kermalvezen, Arthur
Presse de la Renaissance - février 2008

Mes origines : une affaire d'état
Kermalvezen, Audrey
Editions Max Milo - avril 2014

Au commencement, la vie
Lejeune (Pr.), Jérôme
Mame Editions - septembre 2014

Nascituri te salutant ! La crise de la conscience bioéthique.
Le Méné, Jean-Marie
Editions Salvador - octobre 2009

Les premières victimes du transhumanisme
Le Méné,Jean-Marie
Pierre-Guillaume de Roux - janvier 2016

Le mariage des personnes de même sexe : La controverse juridique
Mirkovic, Aude
Pierre Téqui Editeur - janvier 2013

PMA, GPA : La controverse juridique
Mirkovic, Aude
Broché - mai 2014

Autism and mental retardation among offspring born after in vitro fertilization
Sandin S, Nygren KG, Iliadou A, Hultman CM, Reichenberg A
Jama - juillet 2013

Embryon, mon amour - Jérôme Lejeune à Maryville
Siorac, Céline
Edite - mars 2004

Manuel de Bioéthique
T-1 Les fondements et l'éthique médicale
Sgreccia, Elio
Editions Mame Edifa - avril 2004

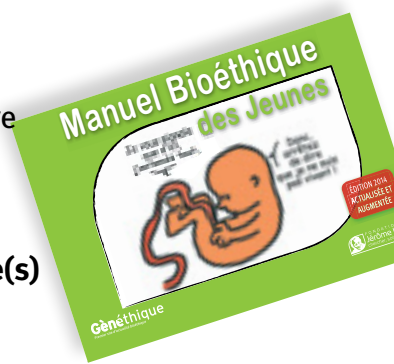
L'œuf transparent
Testart, Jacques
Flammarion – janvier 1986

Le Magasin des enfants
Testart, Jacques
Bourin – octobre 1990

Faire des enfants demain
Testart, Jacques
Seuil – mars 2014

Le meilleur des mondes sexuels
Toulza, Alain
François-Xavier de Guibert Editions - Juillet 2008

Bon de commande



Le Manuel Bioéthique des Jeunes est gratuit. Il peut être commandé en nombre pour des classes, groupes, conférences…

❒ **Oui, je souhaite commander gratuitement** ..... **exemplaire(s) du** ***Manuel Bioéthique des jeunes.***

Ma libre participation aux frais de création et de diffusion des manuels gratuits : .....€

(Coût indicatif de l'envoi d'un manuel : création + envoi : 1 manuel : 4€ ; 10 manuels : 9€ ; 100 manuels : 15€)

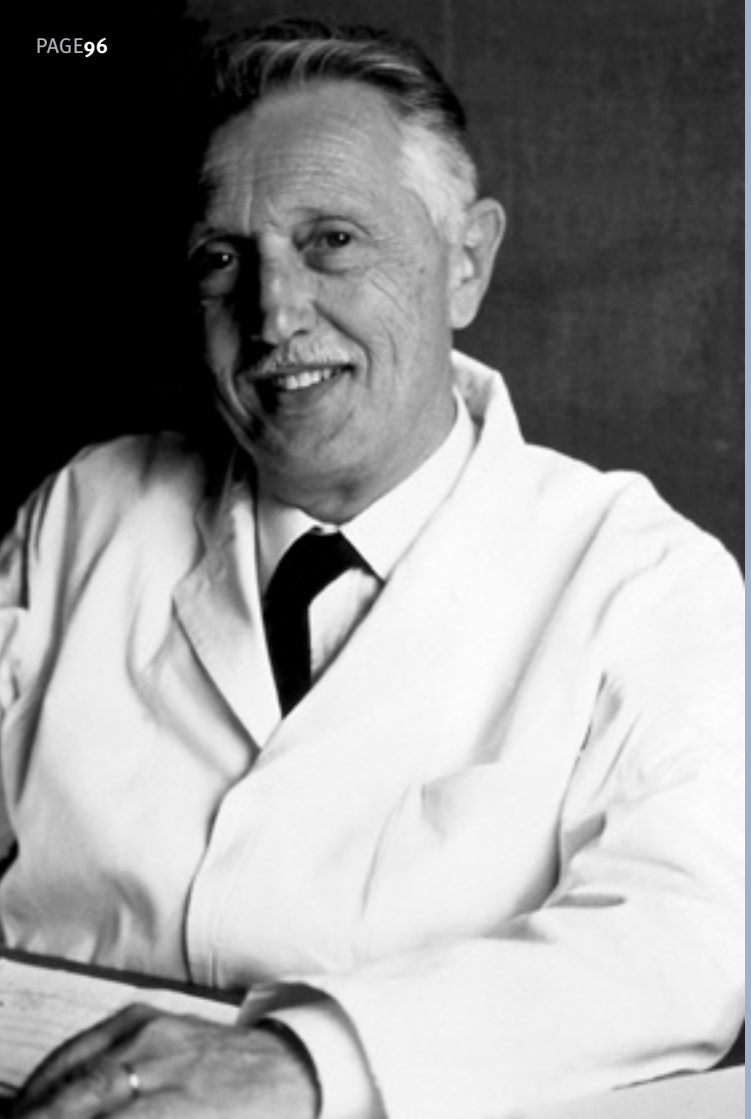
❒ Je souhaite recevoir ma commande à l'adresse suivante (Merci d'écrire de façon très lisible) :

Nom : ..... Prénom : .....

N° et rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Courriel : .....



Le 3 avril 1994 s'éteint le Professeur Jérôme Lejeune. Ses travaux scientifiques sont toujours une référence et constituent indéniablement les fondements de la génétique moderne.

Jérôme Lejeune commence à étudier la génétique médicale à partir de 1952 au Centre National de la Recherche Scientifique. C'est avec le professeur Turpin et le docteur Marthe Gautier qu'il découvre la trisomie 21 et le lien entre un retard mental et une anomalie chromosomique.

Le 24 juin 1961, Jérôme Lejeune soutient sa thèse ès science sur le mongolisme. La thèse est un succès et les prix pleuvent.

En 1964, il est nommé à la tête de la première chaire de Génétique fondamentale de la Faculté de Médecine de Paris. Il continue ses travaux et décrit de nouveaux syndromes (maladie du cri du chat et sa réciproque, monosomie 21...).

Le 11 août 1968, il est lauréat du Prix William Allen, la plus haute distinction destinée à un généticien.

En parallèle de ses activités de recherches médicales, il reçoit des patients atteints de trisomie 21 et leurs familles.

En 1981, Jérôme Lejeune est élu à l'Académie des Sciences morales et politiques et rejoint en 1983 l'Académie nationale de médecine.

Il décède le 3 avril 1994 des suites d'un cancer.

La Fondation Jérôme Lejeune a une triple mission : elle développe et soutient des programmes de recherche visant la mise au point de traitements pour corriger la trisomie 21 et les autres déficiences intellectuelles d'origine génétique ; elle a créé et finance l'Institut Jérôme Lejeune, centre de consultations médicales et paramédicales spécialisées ; elle défend la vie et la dignité des patients.

Parce qu'elle défend la vie, la Fondation Jérôme Lejeune est vigilante aux questions de bioéthique : dans un contexte où l'accélération des progrès scientifiques et la pression idéologique posent à la société des interrogations fondamentales, la Fondation apporte son expertise scientifique jointe à ses valeurs éthiques.

FONDATION
Jérôme Lejeune
chercher, soigner, défendre

Edité par la Fondation Jérôme Lejeune, ce manuel peut être distribué gratuitement grâce à la générosité de nombreux donateurs attentifs à ce projet.

Gènéthique

Premier site d'actualité bioéthique

1er site francophone d'actualité bioéthique, **www.genethique.org**, carrefour d'information et d'analyse pour étudiants, médecins, chercheurs, juristes, etc. :

- Revue de presse quotidienne et *Lettre mensuelle Gènéthique*
- Dossiers pédagogiques : euthanasie, lois de bioéthique, recherche sur les cellules souches, etc.,
- Sélection de textes officiels nationaux et internationaux

Illustrations : Copyright Brunor - Tous droits réservés • Crédits photos : Fondation Jérôme Lejeune ; Priest for life ; Michael Clancy ; Rob Bouwman, Ljupco Smokovski - Fotolia ; photl.com - DR • Achevé d'imprimer en juin 2014 en France • Reproduction partielle ou totale interdite.

Bulletin de soutien

La Fondation Jérôme Lejeune a besoin de votre aide pour diffuser au maximum le *Manuel Bioéthique des jeunes*.

❒ **Oui,** **je souhaite soutenir la Fondation Jérôme Lejeune**

Je fais un don dès aujourd'hui :

❒ **40€** soit 13,60€ ❒ **60€** soit 20,40€ ❒ **90€** soit 30,60€ ❒ **150€** soit 51€ (après déduction fiscale). ❒ **autre montant : . . . . . .€**

❒ **Je souhaite recevoir un reçu fiscal, j'indique mon adresse au verso du présent bulletin de soutien.**

Merci de libeller votre chèque à l'ordre de **Fondation Jérôme Lejeune** et de le retourner, accompagné du présent bulletin, rempli de façon très lisible, à :

Fondation Jérôme Lejeune
37 rue des Volontaires
75725 Paris cedex 15

Gènéthique

Premier site d'actualité bioéthique

FONDATION
Jérôme Lejeune
chercher, soigner, défendre

Fondation Jérôme Lejeune
37 rue des Volontaires
75725 Paris cedex 15
Tél. : 01 44 49 73 30
Courriel : lesgratuits@fondationlejeune.org
www.fondationlejeune.org

Rejoignez-nous !
Twitter : @FondLejeune
Facebook : facebook.com/fondationjeromelejeune

Edition 2017