



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Révision de la loi bioéthique :
l'Ordre s'exprime sur quelques points particuliers

1 - Assistance médicale à la procréation

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

I) En pratique

Définition de l'AMP : ensemble de techniques ou pratiques cliniques et biologiques, destinées à répondre à la demande d'un couple homme-femme qu'une pathologie médicalement constatée empêche de procréer naturellement (conception in vitro, conservation des gamètes, transferts d'embryons et insémination artificielle etc.).

Le législateur en 2011 a réaffirmé le caractère médical de l'AMP.

Aujourd'hui, pour bénéficier de l'AMP le couple doit se trouver dans l'une des situations suivantes :

- infertilité pathologique du couple médicalement diagnostiquée ;
- un risque de transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité ;
- le risque de transmission à l'un des membres du couple, lors de la conception d'une maladie d'une particulière gravité ou virale telle que le VIH, hépatites B et C.

L'avis n°126 sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) rendu le 15 juin 2017 par le CCNE traite de:

- L'autoconservation ovocytaire
- La demande d'AMP de couples de femmes ou de femmes seules
- La demande de GPA

Conditions de mise en œuvre actuelle de l'AMP:

- Interdiction du « double don » de gamètes
- Les deux membres du couple doivent être vivants, interdiction de l'AMP post mortem
- Limite dans l'âge de procréation
- Couple composé d'un homme et d'une femme
- Anonymat et gratuité du don
- Diagnostic préimplantatoire (DPI) utilisé à titre exceptionnel

La question aujourd'hui est de savoir si, face à la technique actuellement maîtrisée, et le cadre juridique déjà posé, une réponse peut être apportée à la demande sociétale afin de permettre:

- l'autoconservation des gamètes pour convenances personnelles,
- l'AMP aux femmes seules et aux couples de femmes homosexuelles.

Il s'agit essentiellement d'une demande sociétale.

II) Demande sociétale conditionnées par le progrès scientifique

La demande sociétale concerne l'autoconservation des gamètes sans indication médicale en vue d'une utilisation ultérieure et l'élargissement de l'AMP aux femmes seules et aux femmes homosexuelles en couple. C'est le progrès de la médecine qui a permis d'engendrer de telles demandes.

A propos de l'autoconservation des gamètes :

La demande porte sur l'autoconservation de gamètes en l'absence d'indication médicale. Cette question a donné lieu à des avis divergents de l'Académie de Médecine et du CCNE.

A propos de l'AMP :

Dans la communauté médicale, certains s'opposent à l'ouverture de l'AMP sans indication médicale. D'autres médecins veulent pouvoir répondre à cette demande sociétale (de nombreux médecins se sont déclarés favorables à de telles évolutions, certains ont déjà signé un manifeste en faveur de l'AMP). Dans un avis de juin 2017¹, l'Agence de biomédecine se dit favorable à une limite de l'âge pour procréer, 43-45 ans pour la femme et 60 ans pour l'homme.

Les avis concernant l'élargissement de l'AMP sont donc partagés au sein de la communauté médicale. Le CCNE y est favorable (à une faible majorité) sous conditions d'acceptabilité et de faisabilité. Les CECOS sont favorables à l'AMP pour les couples de femmes homosexuelles et plus réservés pour les femmes seules.

Les Agences et sociétés savantes ne sont donc pas, dans leur majorité, opposées à l'élargissement, sous conditions, de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules. L'Agence de Biomédecine, soulignant l'incohérence des procédures actuelles, s'interroge aussi sur le refus du double don de gamètes, alors que le don d'embryon surnuméraire est possible en cas de FIV à condition que le projet parental n'ait pas abouti.

Enfin, le Conseil national de l'Ordre rappelle les risques en termes de qualité, d'efficacité et de sécurité des pratiques « d'auto- insémination » en dehors de tout contexte médical (par exemple en ayant recours à des-paillettes de spermatozoïdes achetées sur internet).

Réflexions :

Outre l'impossibilité de procréer pour raison médicale (infertilité, transmission d'une maladie grave) le fait de ne pas procréer peut résulter de convenances ou orientations ne relevant pas d'une pathologie.

Concernant l'autoconservation des gamètes :

Le rôle du médecin est assurément celui d'un devoir d'écoute des patients et d'information sur les risques liés à la technique d'AMP. Des incidents peuvent survenir du fait des traitements administrés et des gestes réalisés (ponction ovarienne, anesthésie...). Par ailleurs, les médecins doivent prévenir les désillusions et éclairer sur le pourcentage aléatoire de réussite de grossesse en fonction de l'âge de prélèvement et de celui auquel il sera utilisé.

Il semble que le rôle du Conseil national de l'Ordre s'arrête là face aux désirs de la société en tenant compte de l'autonomie de la personne et de ses choix.

¹ Avis du Conseil d'Orientation de l'Agence de la Biomédecine du 8 juin 2017 ;

Concernant l'AMP :

Dans la mission qui lui incombe, et quel que soit le problème, le médecin ne peut rester sourd à la souffrance d'autrui. Il ne lui appartient pas de décider si oui, ou non, chacun a le « droit » à avoir un enfant, avec ou sans père et que pour ce faire tous les moyens techniques possibles doivent être mis en œuvre.

Dans cette hypothèse d'élargissement de la loi, nombreuses sont les questions éthiques qui en découlent.

Sur la question du « **droit à l'enfant** », on doit plutôt parler du droit d'accès à l'AMP : En dehors de l'aspect technique de toute AMP, il ne s'agit pas d'un problème médical et nul ne sait finalement si l'épanouissement de l'enfant est différent en fonction du couple qui l'élève. Des statistiques rapportées, il paraît difficile de faire la part des choses entre les « pour » et les « contre ».

Sur la question des **droits de l'enfant** une fois mis au monde : Qu'en est-il de l'intérêt supérieur de l'enfant maintes fois rapporté dans les travaux ? Comment d'ailleurs se projeter dans le pronostic incertain du devenir de l'enfant qui peut d'ailleurs dépendre de nombreux autres facteurs ? Qu'en sera-t-il de ses relations futures avec son environnement familial, ses origines ?

Les questions sont nombreuses, ainsi, au sujet de **l'appariement des gamètes**, lorsqu'une femme seule souhaitera concevoir ?

On peut se demander comment le choix se fera lorsque la demande sera celle d'une femme seule. Faudra-t-il apparier avec ses seules caractéristiques personnelles ? En cas de pénurie de gamètes, devra-t-on choisir des **priorités** entre la demande d'une femme seule, d'un couple de femmes, d'un couple homme femme infertile ? Des critères seraient donc à définir. Et si la loi est élargie, les dons suffiront-ils à satisfaire toutes les demandes ? Et comment les hiérarchiser ?

Et la liste des questions ne s'arrête pas là ! Et que penser d'une personne transgenre à qui on refuserait de conserver ses gamètes avant intervention de réassignation sexuelle pour les utiliser ensuite dans le cadre d'une AMP...alors qu'en cas d'infertilité d'un des membres du couple on autoriserait une AMP avec tiers donneur ?

Dans le même ordre d'idée, pourra-t-on éternellement s'opposer à l'accès aux origines d'une personne conçue à partir d'un **don anonyme** ? Les avis sont très partagés. Pour celles d'entre elles qui avancent le souhait de pouvoir construire leur identité personnelle, doit-on persister dans la même attitude ? Encore que les associations ne sollicitent pas l'anonymat proprement dit mais le seul accès aux origines si les deux parties en sont d'accord et après la majorité de l'intéressé dans le cadre d'une loi prévoyant un médiateur susceptible de réunir les deux bouts de la chaîne. Comment ne pas entendre ceux qui en souffrent ? Comment ne pas s'interroger sur les pathologies qui s'exprimeraient plus tard aux dépens de l'individu qui méconnaît ses origines ? Faut-il des registres spécifiques ? Doit-on refuser la possibilité à une personne de connaître son géniteur si celui-ci y consent ? Et cette éventuelle nouvelle possibilité entraînerait-elle une diminution des dons ? Et les receveurs, souhaitent-ils que le géniteur puisse être identifié ? La transmission de données non identifiantes ne pourrait-elle suffire ? Et si la loi changeait, elle ne pourrait s'appliquer que pour les dons postérieurs à la loi...En effet, les donneurs doivent savoir ce qu'il sera fait de leurs gamètes.

Concernant la **gratuité du don**, valeur essentielle respectée jusque-là, faut-il la remettre en cause ? Doit-on rémunérer le don ? Ne risquerait-on pas alors de créer des marchés parallèles ? Doit-on simplement indemniser afin de ne pas pénaliser le donneur au point de le décourager dans son entreprise altruiste ?

Dans les procédures actuelles, on peut soulever certaines incohérences. On ne comprend pas pourquoi le double don de gamètes est interdit alors que l'accueil d'embryon appartenant à un autre couple ne l'est pas ? Si la loi évoluait, pourquoi refuserait-on à une femme veuve, et donc femme seule, l'utilisation des spermatozoïdes du conjoint défunt et que l'on accepterait l'utilisation de spermatozoïdes provenant d'un tiers donneur ? Idem pour les embryons conservés ante mortem. Il s'agit néanmoins de situations très exceptionnelles.²

Une évolution de la loi vers l'AMP hors indication médicale permettrait aussi d'éviter les « **méthodes artisanales** », avec des gamètes obtenus sur Internet ou autre moyen ambulatoire susceptibles de véhiculer des pathologies méconnues.

Vis-à-vis des techniques d'AMP comme le diagnostic préimplantatoire (qui est une sélection) ou la thérapie génomique (qui relève du soin), le Conseil national de l'Ordre s'interroge sur une possible dérive eugéniste. Se pose en effet la question de savoir s'il est préférable de pratiquer un diagnostic préimplantatoire sélectif, qui est une forme d'eugénisme, plutôt que d'utiliser la thérapie génomique pour réparer une anomalie ? Quelle serait la solution la plus fiable quant au résultat recherché ? Sélectionner préalablement ou réparer ensuite ? Mais ne risque-t-on pas un jour de vouloir aller plus loin dans les manipulations du génome ou dans la sélection d'un individu ?

Le Conseil national de l'Ordre estime que doit être préservée une absolue liberté du médecin de s'engager ou pas dans la prise en charge et le suivi de l'AMP en fonction des situations relevant d'une pathologie (infertilité ou risque de transmission d'une maladie grave) ou celle liée à des choix personnels. La liberté de conscience du médecin doit être garantie et le médecin ne peut en aucun cas exercer sous la pression. Il ne peut non plus, déontologiquement, abandonner la personne à son sort.

Dans l'optique de proposition d'élargissement des indications de l'AMP aux femmes seules ou aux couples de femmes homosexuelles une clause de conscience devrait donc être introduite explicitement dans la loi. Quoi qu'il en soit, ces prises en charge relèvent d'une spécialisation poussée et ne peuvent être réalisées que par des équipes parfaitement compétentes et parfaitement entraînées à ces techniques.

A propos du remboursement de l'AMP, le Conseil national de l'Ordre s'interroge sur les inégalités, qu'elles soient géographiques (loin des frontières) ou pécuniaires (faute de moyens), ou parfois les deux. Se poserait alors certainement la question de savoir si la prise en charge matérielle doit se faire, ou pas, au titre de la solidarité nationale ?

² Selon le Dr Andrée PARRENIN qui a recensé les pratiques des pays européens en matière d'AMP, l'AMP post mortem est interdite en France, tout comme dans 11 autres pays d'Europe. Néanmoins, le Conseil d'Etat en 2016 a ordonné qu'il soit procédé à l'exportation vers l'Espagne de gamètes du mari défunt de la requérante afin qu'elle puisse procéder dans ce pays à une insémination post-mortem. La situation de la patiente résultait de la maladie et de la brutale détérioration de l'état de santé de son mari, ce qui avait empêché les époux de mener à bien leur projet durablement réfléchi d'avoir un enfant et, notamment, de procéder à un autre dépôt de gamètes en Espagne, pays autorisant l'insémination post-mortem.²

On ne peut non plus ignorer que les demandes refusées en France, car non conformes à la loi actuelle, peuvent être **satisfaites dans les pays européens voisins** (Espagne, Belgique, Royaume Uni, Danemark). Dans ces circonstances, les conditions de ressources créent aussi une certaine inégalité d'accès.

Concernant la GPA :

Si la GPA fait partie de l'AMP, elle n'est pas à l'ordre du jour.

Selon certains spécialistes, certaines situations pourraient justifier une GPA. Non pas une GPA dite de confort, mais une GPA dite éthique soumise à un Comité pluridisciplinaire.

Si un avis devait être rendu, le Conseil national de l'Ordre pense qu'il serait souhaitable, a priori, de s'opposer à la généralisation ou la multiplication de GPA en vertu des principes fondamentaux de dignité et de respect de la personne humaine face aux risques de la marchandisation du corps humain et des dérives possibles.

En définitive, face à la législation en vigueur, il faut respecter deux libertés: celle du médecin avec sa « clause de conscience » et celle de la personne qui dispose de son autonomie.

Si la loi évolue il paraît indispensable d'envisager un article spécifique, article qui introduirait la liberté de conscience du médecin face à une demande d'AMP et des circonstances dans lesquelles elle est formulée.

Le Conseil national de l'Ordre rappelle qu'en toute circonstance, le médecin doit écouter la souffrance, comprendre, expliquer, informer, accompagner et faire respecter la sécurité du patient ; il s'agit là des missions principales du médecin en matière d'AMP tout comme dans son exercice au quotidien.