

Semaine 1/3 Nouveaux enjeux

Pendant trois semaines, « La Croix » va examiner les questions qui seront débattues tout au long des états généraux de la bioéthique lancés en janvier par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE).
Aujourd'hui, premier dossier : la procréation médicalement assistée (PMA).



2018 états
généraux

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a lancé en janvier des états généraux de la bioéthique, destinés à aider le grand public à se saisir de ces questions. Ces débats, organisés dans toute la France, doivent permettre au gouvernement de prendre le pouls de la société sur des sujets ultrasensibles, avant de présenter à l'automne le projet de révision des lois de bioéthique, dont la dernière mouture date de 2011. Le principe de révision est inscrit dans la loi, et doit permettre de prendre régulièrement en compte les nouveaux défis éthiques posés par l'émergence de techniques jusqu'alors inexistantes.

Depuis 1994, la gratuité et l'anonymat des dons ainsi que l'indisponibilité du corps constituent trois principes fondamentaux des lois de bioéthique françaises. Ces trois repères doivent-ils s'adapter aux questions nouvelles qui ont surgi depuis sept ans ? Ou au contraire, doivent-ils demeurer des garde-fous intangibles ?

Pendant les trois prochaines semaines, *La Croix* examinera une à une les questions débattues au cours de ces états généraux, en ayant à cœur de donner la parole à toutes les parties en présence. Une manière de poser, sans se laisser submerger par les passions, les enjeux de questions ultrasensibles, de la PMA à l'intelligence artificielle, en passant par les manipulations génétiques, la GPA, la fin de vie ou la médecine prédictive.

Loup Besmond de Senneville

Bioéthique, le grand débat

aujourd'hui
la PMA



Ce que dit la loi

La loi réserve aujourd'hui l'assistance médicale à la procréation (AMP) aux demandes fondées sur un motif médical: soit pour pallier une stérilité pathologique, soit pour éviter la transmission d'une maladie. « Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué », peut-on lire dans la loi, révisée en 2011. Une mention ajoutée il y a sept ans pour insister sur le caractère médical de l'AMP.

Auparavant, le texte commençait par affirmer que l'assis-

tance médicale était destinée à répondre à la demande parentale d'un couple.

L'AMP est ouverte aux couples formés d'un homme et d'une femme, vivants (refus de l'insémination post mortem) et « en âge de procréer ». Le couple doit être stable, c'est-à-dire mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune depuis au moins deux ans. La Sécurité sociale n'accepte généralement la prise en charge de l'AMP que pour les femmes âgées de moins de 42 ans.

Ce qui pourrait changer

Les partisans de l'extension de la procréation médicalement assistée (ou PMA, appellation plus couramment utilisée, quand la loi dit AMP) demandent que les couples de femmes et les femmes seules puissent y avoir accès, au même titre que les couples hétérosexuels. Dans ce cas, l'infertilité pathologique n'entrerait plus en ligne de compte pour justifier l'accès à l'AMP, mais la loi devrait intégrer la notion d'« infertilité sociale ».

Dans le domaine de la filiation, la loi reconnaîtrait la possibi-

lité pour celle qui n'accouche pas de voir reconnu un lien de filiation avec l'enfant. Il pourrait s'agir d'une « présomption de maternité » calquée sur la « présomption de paternité » existant actuellement pour le mari de la femme qui accouche.

Dans les couples non mariés, la compagne de la femme qui accouche pourrait reconnaître l'enfant. Autre possibilité (adoptée par la Suède): la filiation de la « deuxième mère » pourrait s'établir par reconnaissance volontaire ou par jugement.

Ce que dit l'Église

L'Église promeut les techniques d'aide à la fertilité (traitement hormonal, restauration ou désobstruction des trompes, traitement de l'endométrieose) mais s'oppose à l'assistance médicale à la procréation, soit parce qu'elle « réalise une totale dissociation entre la procréation et l'acte conjugal » (insémination), soit parce qu'elle suppose une destruction d'embryons surnuméraires (fécondation in vitro). « Compte tenu du rapport entre le nombre total d'embryons produits et ceux effectivement nés, le nombre d'embryons sacrifiés reste très

élevé », peut-on lire dans l'instruction *Dignitas personae*, « sur certaines questions de bioéthique », publiée en 2008 par la Congrégation pour la doctrine de la foi.

« La PMA élargie aux femmes seules et aux couples de femmes achève de disjointre la fécondation biologique et la parenté sociale », indiquent les fiches sur la bioéthique diffusées en février par la Conférence des évêques de France, ce qui constitue « un acte de violence contre l'unité de la personne humaine ».

La PMA ouverte à toutes?

Les enjeux de l'ouverture de la procréation médicalement assistée (1) aux couples de femmes et aux femmes seules sont multiples, allant bien au-delà de la seule question de la procréation.

L'extension de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules est assurément l'un des sujets les plus débattus et emblématiques de la révision des lois de bioéthique qui doit être présentée à l'automne par le gouvernement. De fait, évoquer la légalisation de ce que les uns appellent « la PMA pour toutes » et les autres « la PMA sans père » fait figure de marqueur, car touchant à un certain nombre de paradigmes qui vont du rôle de la médecine à la place du père, en passant par la gratuité des produits du corps humain...

Premier d'entre eux, le passage d'une médecine qui soigne à une médecine qui satisfait une demande d'enfant. La PMA est aujourd'hui uniquement accessible aux couples formés d'une femme et d'un homme pour pallier une infertilité pathologique ou pour éviter la transmission d'une maladie. L'étendre aux couples de femmes et aux célibataires revient à prendre en compte des critères « sociétaux », en dehors de toute demande médicale. « On exigerait de la médecine qu'elle réponde à un désir, en évacuant toute notion de réparation », explique le docteur Bertrand Galichon, le président du Centre catholique des médecins français (CCMF). Ce praticien hospitalier craint une « instrumentalisation de la médecine ». « Nous passons peu à peu d'une obligation de moyens à une obligation de résultats: les médecins sont sommés d'obtenir des résultats quelles que soient la biologie du patient, son histoire, sa liberté ou sa personnalité. »

« Il s'agit de réparer une infertilité sociale », fait valoir Nicolas Faget, le porte-parole de l'Association des parents gays et lesbiens (APGL), qui défend l'extension de l'accès à la PMA. « Un couple de femmes est dans un état d'infertilité sociale et devrait donc pouvoir accéder à la technique d'assistance médicale à la procréation comme les couples hétérosexuels. C'est une question d'égalité », insiste-t-il. Quid de la biologie? « Depuis la généralisation de la contraception, très rares sont les familles qui se laissent guider par la

biologie. Qu'il s'agisse de couples homosexuels ou hétérosexuels, l'enfant est toujours le fruit d'un désir. »

D'où le deuxième paradigme mis en cause dans ce débat: le « projet d'enfant » primerait désormais sur l'accueil d'un enfant. « L'enfant devient petit à petit un projet personnel qui n'est plus conditionné à d'autres critères que ma seule volonté », décrypte Marianne Durano, agrégée de philosophie et auteur de *Mon corps ne vous appartient pas* (2). « Avec l'ouverture de la PMA, le fait de faire un enfant deviendrait un droit subjectif, c'est-à-dire un droit calqué sur mes propres envies. Comme si je considérais que l'État devait me concéder un enfant. » Pour l'essayiste, ces débats s'appuient aussi sur deux conceptions opposées de la loi: « La première, selon laquelle la loi est là pour poser des limites à des désirs qui sont par na-

« Si l'on ouvre la PMA aux couples de femmes, le législateur créera-t-il dès lors une présomption de maternité pour l'épouse de la femme qui a accouché? »

de l'enfant suppose la présence du masculin et du féminin. Le père joue par exemple un rôle de séparation entre l'enfant et sa mère. » Un argument contre lequel s'élèvent les partisans de l'ouverture de la PMA aux couples de femmes, pour qui un enfant peut parfaitement se construire sans la présence d'un père, la fonction de tiers pouvant être assumée par l'une des deux mères et le pôle masculin pouvant être trouvé dans l'entourage familial et social.

Mais pour nombre de juristes, l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules aurait surtout un impact sur la définition de la filiation. « Aujourd'hui, est reconnue comme mère celle qui accouche et lorsque la mère est mariée, il existe une présomption de paternité: on reconnaît automatiquement son mari comme père de l'enfant », explique Jean-René Binet, professeur à la faculté de droit de Rennes. « Si l'on ouvre la PMA aux couples de femmes, le législateur créera-t-il dès lors une présomption de maternité pour l'épouse de la femme qui a accouché? Cela voudrait dire que le lien de filiation charnel ne serait plus fondé sur la vérité biologique ou la vraisemblance, mais dépendrait de la seule volonté. » Le droit français mettrait ainsi un terme au lien, jusqu'ici toujours maintenu, entre biologie et filiation.

L'ouverture de la PMA risque aussi d'avoir des conséquences concrètes. Les dons de sperme sont déjà insuffisants par rapport à la demande. Les couples recourant à une procréation assistée avec donneur doivent parfois attendre jusqu'à dix-huit mois. Si la pression s'accroît, la tentation sera forte de rémunérer ces dons, aujourd'hui régis par le principe de la gratuité. Des associations comme BAMP ou l'APGL n'y voient pas d'inconvénient majeur. « D'un point de vue psychologique, le fait de payer le sperme ou les ovocytes serait une manière pour ●●●



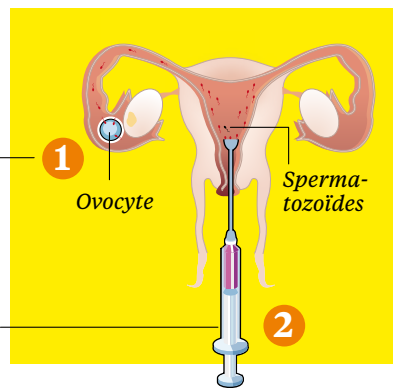
Comprendre la procréation médicalement assistée

Ces techniques sont mises en œuvre au sein du couple ou en ayant recours à des donneurs de sperme ou d'ovocytes.

● L'insémination artificielle

Les ovaires sont soumis à une **stimulation par injection d'hormones**.

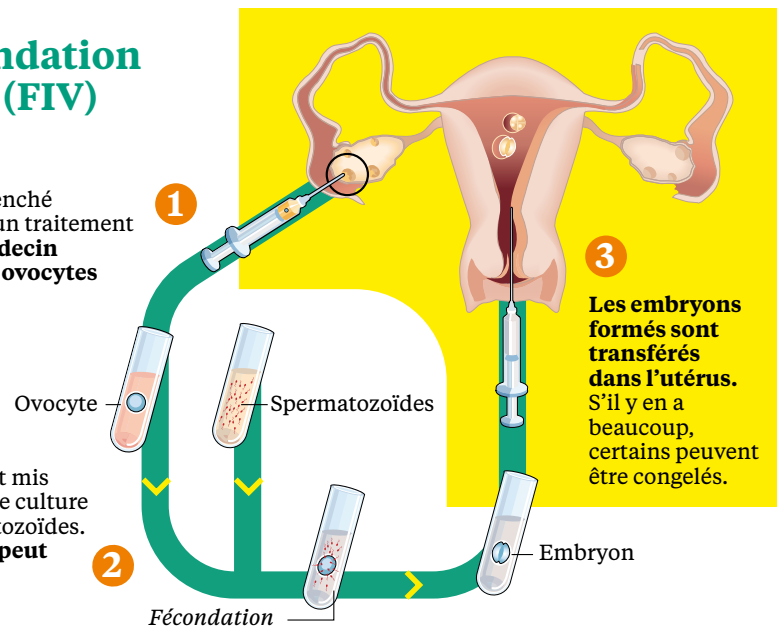
Le médecin **dépose ensuite les spermatozoïdes dans l'utérus**. Ceux-ci remontent à la rencontre de l'ovocyte.



● La fécondation in vitro (FIV)

Après avoir déclenché l'ovulation avec un traitement hormonal, le **médecin ponctionne des ovocytes matures**.

Les ovocytes sont mis dans un milieu de culture avec des spermatozoïdes. **La fécondation peut avoir lieu**.



● La fécondation in vitro avec ICSI*

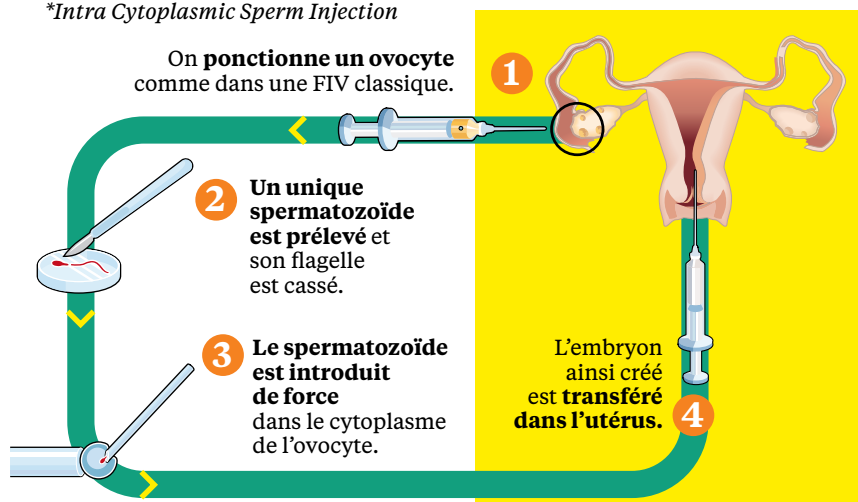
*Intra Cytoplasmic Sperm Injection

On **ponctionne un ovocyte** comme dans une FIV classique.

2 Un unique spermatozoïde est prélevé et son flagelle est cassé.

3 Le spermatozoïde est introduit de force dans le cytoplasme de l'ovocyte.

L'embryon ainsi créé est **transféré dans l'utérus**.

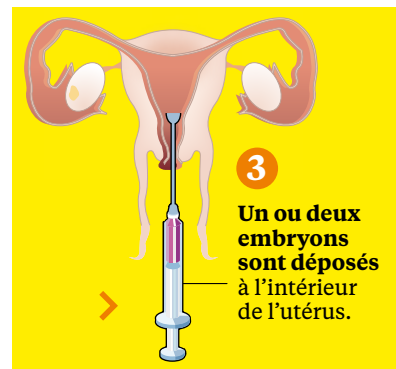


● L'accueil d'embryon

Les **embryons surnuméraires** après une FIV sont congelés. Le couple peut choisir d'en faire un don, anonyme et gratuit, à un autre couple.



2 Les embryons sont décongelés et mis dans un milieu nutritif à 37°C.



LA CROIX ROUGE

●●● certains couples de solder définitivement la dette symbolique qui peut peser toute la vie sur les épaules des parents lorsque leur enfant est conçu grâce à un don de gamète », avance Virginie Rio. « Si l'on déroge au principe fondamental de la gratuité, il y a fort à parier que ce sera un jour le cas pour les organes », rétorque Ludovine de La Rochère.

Autre question : la PMA sera-t-elle remboursée aux couples de femmes et aux femmes seules, comme elle l'est aux autres couples ? « Je ne vois pas pourquoi elle ne le serait pas », répond Nicolas Faget, de l'APGL. Marianne Durano y est opposée. « Sur le principe, rembourser des PMA à des femmes biologiquement fertiles, qui auraient donc recours à cette technique pour une raison purement sociétale, serait choquant lorsque l'on sait qu'un Français sur trois renonce à se soigner pour des raisons financières, s'insurge l'essayiste. Cela reviendrait à détourner de l'argent public à des fins privées. La solidarité nationale n'a pas à financer de telles prestations : elle doit prendre soin des plus fragiles. » **Loup Besmond de Senneville**

(1) Ou PMA, appellation plus couramment utilisée, quand la loi dit AMP.
(2) Albin Michel, 288 p., 19 €.

Demain Modifier le génome avec Crispr-Cas9?

ou de Bruxelles

La Belgique, pays pionnier de la PMA

— La Belgique a ouvert l'accès à la PMA à toutes les femmes en 2007, sans qu'aucun débat ne mobilise l'opinion. Les centres disposent d'une grande autonomie pour fixer leurs conditions de traitement.

Bruxelles
De notre correspondante

La Belgique compte parmi les pays pionniers pour l'expérimentation, le développement et la commercialisation des techniques de procréation médicalement assistée (PMA). Réalisées en l'absence de cadre juridique jusqu'à la fin des années 1990, elles ont longtemps été uniquement régulées par les professionnels du secteur, au sein notamment des « comités d'éthique » propres à chaque centre hospitalier.

Après la légalisation du mariage homosexuel (2003) et la loi ouvrant à ces couples l'accès à l'adoption

(2005), le Parlement a légiféré en 2007 sur le sujet, rendant la PMA accessible à toutes les femmes, indépendamment de leur état civil et de leur orientation sexuelle.

Selon les termes de cette loi, « toute personne ayant pris la décision de devenir parent » peut recourir à la PMA, soit à partir de ses propres gamètes soit de gamètes provenant de dons, sous réserve des limites d'âge légalement définies.

À l'époque, dans une déclaration sur la dignité de l'enfant, les évêques de Belgique avaient clairement exprimé leur désaccord, soulignant que « le droit de l'enfant est infiniment supérieur – même avant naissance – au droit de l'enfant » et regrettant que l'embryon soit simplement « traité comme un moyen destiné à combler le désir d'enfant ». Mais cela n'avait pas soulevé de grands débats d'opinion et la loi avait été adoptée dans une relative indifférence de la société civile. Il faut dire qu'en contrepartie de ce

Selon les termes de cette loi, « toute personne ayant pris la décision de devenir parent » peut recourir à la PMA (...), sous réserve des limites d'âge légalement définies.

texte très libéral, aucune obligation n'a été faite aux centres belges de PMA de fournir toutes les prestations autorisées. Ceux-ci peuvent déterminer leurs propres conditions d'accès au traitement, en limitant par exemple la PMA aux seuls couples hétérosexuels ou en refusant la prise en charge des femmes célibataires. Ils peuvent en outre, au cas par cas, invoquer la clause

de conscience pour des « raisons dûment motivées ».

La Belgique compte aujourd'hui 18 centres de PMA et 16 banques de sperme et d'ovocytes. Chaque centre est tenu de rapporter ses résultats au niveau national au Belrap (le Belgian Register for Assisted Procreation). Mais, dans la mesure où ce registre scientifique ne consigne aucune statistique sociologique sur le public concerné, seules quelques données sont interprétables en ce sens : en 2015, 38 % des traitements entrepris ont nécessité l'intervention d'un donneur, intervention due dans 85 % des cas à l'absence de partenaire masculin. On sait par ailleurs, d'après les chiffres de la sécurité sociale belge (Inami) qui rembourse la PMA aux femmes vivant en Belgique, qu'environ 25 % des traitements entamés ne sont pas soumis à remboursement, ce qui donne une idée très approximative de la proportion des patientes venant de l'étranger.

Raphaëlle d'Yvoire