

DOSSIER À THÈME PHILOSOPHIQUE

Procréation médicalement assistée

Ce dossier traite de l'influence et de l'impact des techniques de procréation médicalement assistée sur notre société. Quels enjeux ces pratiques engendrent-elles? Comment garantir que l'enfant à naître soit traité, selon le principe kantien, toujours comme une fin, jamais seulement comme un moyen? En quoi ces techniques nous obligent-elles à remettre en question, voire à repenser certains de nos principes?



philosophie.ch
SWISS PORTAL FOR PHILOSOPHY

Table des matières

• Introduction	3
• PMA: questions anciennes et nouvelles (<i>par Dr. François-Xavier Putallaz</i>)	5
• Une question ancienne et fondamentale: la nature de l'embryon	5
• Une question nouvelle: des diagnostics sélectifs	5
• Une question controversée: l'accès à la FIV	6
• Le statut moral de l'embryon	7
• La dignité humaine comme mesure	7
• L'embryon est-il une personne?	7
• Le cadre légal en Suisse: primauté de la personne?	10
• Diagnostic préimplantatoire	12
• Entretien avec le Dr. Jean Martin	12
• La PMA, une histoire sans fin (<i>Témoignage du Dr. Carlo Foppa</i>)	15
• Conclusion	17
• Glossaire, Abréviations et Remerciements	18
• Sources	19

Structure du dossier à thème

Le dossier se divise en six points qui donnent un aperçu global des enjeux philosophiques et éthiques soulevés par les différentes techniques de procréation médicalement assistée (PMA). L'introduction donne un aperçu historique et définit ainsi le contexte dans lequel s'inscrit le débat à propos des techniques de PMA. L'article de Monsieur Putallaz rend compte de trois questions éthiques qui se posent depuis la naissance de ces techniques et avec la poursuite de leur développement. Le point suivant traite du débat concernant le statut moral de l'embryon et vise à mettre en lumière la complexité de la réponse à donner, tant au niveau scientifique que philosophique. Il s'agira également de déterminer le rôle du cadre législatif dans ce débat, ce dans le cas particulier de la Suisse. L'entretien avec Monsieur Martin donne un avis détaillé en ce qui concerne les questions éthiques engendrées par l'une des pratiques en matière de PMA, à savoir le diagnostic préimplantatoire. Le témoignage de Monsieur Foppa, pour finir, nous met face à l'ampleur de l'entreprise de la PMA et aux questions, tant philosophiques que médicales, biologiques ou encore juridiques, que celle-ci soulève.

L'association Philosophie.ch

L'association Philosophie.ch prend en charge le projet des dossiers à thèmes philosophiques en bio- et neuroéthique et ce dans une optique de communication scientifique. Vous trouverez plus d'informations à propos de Philosophie.ch sur www.philosophie.ch. Soutenu par l'académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH), le projet consiste en une série de quatre dossiers philosophiques qui traiteront de l'amélioration humaine (*human enhancement*), de la procréation médicalement assistée, du maintien artificiel de la vie et de la responsabilité médicale et éthique face aux possibilités que nous ouvrent les biotechnologies et les neurosciences. Le but de ces dossiers est de donner un aperçu général des enjeux éthiques et philosophiques des thèmes abordés. En ce sens, il est possible que certaines étapes argumentatives soient laissées de côté. Grâce aux sources présentes à la fin du dossier, le lecteur détient néanmoins la possibilité d'approfondir de manière autonome certaines théories ou questions qui lui semblent particulièrement intéressantes.

Les dossiers à thèmes sont tous disponibles en ligne sous format PDF sur http://philosophie.ch/projet_bio_neuroethique/.

Introduction

Quels impacts les techniques de procréation médicalement assistée ont-elles sur notre compréhension de la notion de personne et sur le statut donné à l'embryon? Ces pratiques impactent-elles sur la santé physique et psychologique de l'enfant? Quels principes la PMA peut-elle remettre en question?

Afin de donner une vision nuancée et d'inciter le lecteur à se forger sa propre opinion quant aux enjeux engendrés par la PMA, le dossier à thème présent distingue divers aspects concernant les techniques de procréation médicalement assistée, tout en proposant différents éléments de réponses et pistes de réflexion quant aux problématiques que ces dernières produisent.

Depuis la mise au point, en Angleterre dans les années 70, de la fécondation *in vitro* par le gynécologue Patrick Steptoe et le biologiste Robert Edwards, et la naissance du premier «bébé-éprouvette» Louise Brown en 1978, le nombre de naissances rendues possibles grâce aux techniques de procréation médicalement assistée n'a cessé d'augmenter. En 2006, une étude postule que «dans le monde, environ 100'000 enfants naissent chaque année suite à la PMA, représentant ainsi 2 à 3% des naissances totales dans les pays développés» (1).

D'autres part, les techniques elles-mêmes n'ont cessé de se développer et de s'améliorer. Mais qu'entend-on exactement par la notion de «PMA»? «Les praticiens réservent en général l'appellation PMA aux aides à la procréation qui amènent à manipuler gamètes ou embryons» (2). Ainsi, «la fécondation *in vitro*, le transfert des embryons, l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes, le transfert des gamètes ou des zygotes, la congélation des embryons, le don de sperme ou d'ovules» (3) sont autant d'interventions médicales qui tombent sous la notion générale de «PMA». Celles-ci représentent également les étapes par lesquelles les futurs parents peuvent devoir

passer afin de voir peut-être un jour leur désir d'enfant se réaliser. L'intervention la plus pratiquée reste néanmoins la fécondation *in vitro* (FIV) qui est «une méthode permettant d'obtenir un oeuf fécondé à l'extérieur du corps, en assemblant l'ovule et des spermatozoïdes en laboratoire» (4).

La femme subit tout d'abord une stimulation ovarienne lors de laquelle seront prélevés, en salle d'opération, un certain nombre d'ovules qui seront ensuite nettoyés et examinés. Le sperme de l'homme, quant à lui, est prélevé, en fonction de sa qualité, soit chez le conjoint, soit chez un donneur. Dans la mesure où le conjoint n'est pas stérile, hypofertile ou porteur d'une maladie génétiquement transmissible (4), son sperme sera ensuite amélioré. Le sperme du conjoint ou du donneur est donc sujet à différentes manipulations: les spermatozoïdes sont notamment comptés, puis sélectionnés en fonction de leur mobilité et de leur puissance. Les spermatozoïdes les plus résistants seront ensuite aspirés à l'aide d'une pipette afin d'être injectés par insémination artificielle (IA) dans l'ovocyte, et ce dans l'espoir que celui-ci soit fécondé.

La fécondation de l'ovule par le spermatozoïde donne naissance à un zygote qui sera mis en culture afin que celui-ci se di-

visé et forme un embryon. Bien que ce processus s'effectue sur plusieurs ovules, en principe, seuls deux embryons seront implantés dans l'utérus de la future mère. Les autres seront congelés dans de l'azote afin de servir pour d'éventuelles futures grossesses (5).

Le désir d'assurer sa descendance semble ancré au plus profond de la nature. Dans l'Ancien Testament déjà, la femme d'Abraham, stérile, demande à son mari de procréer avec leur servante. Par ailleurs, la pratique du lévirat va également dans le même sens. Celle-ci consiste à «marier les femmes veuves avec les frères ou autres parents masculins du défunt (...). (...) ce mariage peut être organisé [entre autres] pour engendrer des enfants» (4), ce qui correspondrait à une sorte de «procréation symbolique post-mortem» (4). Les techniques actuelles en matière de procréation médicalement assistée répondraient donc à une aspiration vieille de plusieurs milliers d'années. Or que dit cette aspiration de l'homme?

«Sous le couvert d'une visée thérapeutique (traitement de la stérilité) ou préventive (éradication de tares héréditaires) les techniques de péri-conception [semblent] nous habituer à ce que les gamètes humains, ou l'embryon humain, soient manipulés comme des objets (congelés, stockés, décongelés), et/ou traités comme des moyens (utilisation de tissus foetaux pour traiter des déficits immunitaires, ou neurologiques)» (6)

Or le droit à la liberté individuelle des parents de satisfaire leur désir d'enfant peut-il primer sur le droit de l'enfant à naître d'être traité comme une fin et non un moyen? Y a-t-il des impacts psychologiques sur les enfants nés par FIV et si oui, quels sont-ils? En quoi ces techniques nous obligent-elles à remettre en question, voire à repenser certains de nos principes, tant sociologiques, qu'éthiques ou juridiques?



PMA: questions anciennes et nouvelles

Depuis son invention, il y a plus de quarante années, la fécondation *in vitro* a permis à des milliers d'enfants de voir le jour, pour la plus grande joie de parents touchés par la stérilité. Cette technique cependant, fût-elle entrée dans les mœurs, ne manque pas de soulever des questions graves et urgentes. Certains de ces problèmes sont nouveaux. D'autres, déjà anciens mais toujours sans solution satisfaisante, se posent avec la même acuité aujourd'hui qu'hier, et requièrent toute l'attention des scientifiques, philosophes et médecins.

Une question ancienne et fondamentale: la nature de l'embryon

Dans le but d'améliorer les performances de la FIV, de nombreux embryons sont produits en laboratoire. En cas de réussite du transfert, un problème se pose (on notera au passage qu'il s'agit là d'une technique qui pose des problèmes quand elle réussit, alors que d'ordinaire c'est au moment où une technique dysfonctionne que les questions surgissent): que faire des embryons produits de surcroît, et dont on ne sait trop que faire, sauf à les congeler dans l'azote liquide et attendre de se déterminer? On pourra les « utiliser » pour une prochaine tentative de grossesse, les détruire tout simplement ou les servir à la recherche.

En disant qu'il s'agit de « personnes potentielles », on se masque la réalité, et ne résout rien du tout, car on peut signifier par là deux choses bien différentes et antagonistes : ou bien ces embryons sont censés acquérir leur humanité plus tard ; mais il resterait encore à en déterminer le stade et la raison : il serait puéril de prétendre que l'humanité leur soit octroyée par le désir parental, comme si celui-ci était créateur de l'essence humaine, et nul n'a réussi à ce jour à déterminer un stade d'apparition de la personnalité.

Ou bien – et c'est une deuxième interprétation de la potentialité des embryons, bien plus crédible – ils disposent en eux-mêmes de tout le potentiel actif d'une personne qui

se développe en acte; dans ce cas, ils imposent le respect dû à leur dignité intrinsèque.

La solution en vogue, qui leur accorde une protection croissante à mesure de leur développement, relève d'une commodité pratique plus que d'une analyse satisfaisante. Embryologie et philosophie s'accordent en effet sur la notion d'individu, laquelle s'attribue à l'embryon humain dès le stade de zygote: celui-ci est caractérisé par une *unité* interne, il se *distingue* d'autres individus de même espèce, et surtout il se développe en une *continuité* qui, si elle comporte certes des étapes majeures, ne manifeste aucun saut décisif. Unité, distinction et continuité constituent les notes propres de toute individualité, que ce soit en biologie, que ce soit en philosophie, et elles sont objectivement attribuables à l'embryon humain.

Aussi de plus en plus de chercheurs soutiennent-ils aujourd'hui que l'embryon est un individu de nature humaine, lequel ne peut conséquemment pas être traité de manière strictement « utilitaire », mais doit toujours en même temps être considéré comme une fin.

Une question nouvelle: des diagnostics sélectifs

De nouvelles questions ont surgi, depuis que la FIV n'a plus pour seule visée de donner des enfants à des parents souffrant de stérilité, mais qu'elle sert à d'autres buts, notamment à celui d'un certain contrôle de

la normalité et qu'elle ouvre ainsi la porte à une forme de sélection.

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) permet de repérer dans l'embryon une probabilité de développer certaines maladies graves. En produisant simultanément une dizaine d'embryons, il est possible de les analyser par prélèvement d'une cellule avant leur implantation, et de supprimer tous ceux qui ne seraient pas jugés conformes. Cette pratique pose la question insurmontable de la définition précise de ce qu'est une « maladie grave », afin d'en déterminer conséquemment le seuil, si on ne veut pas laisser à la libre discrétion des parents le soin de choisir eux-mêmes ce qu'ils estiment supportable, et risquer ainsi une marge imposante laissée à la pure subjectivité.

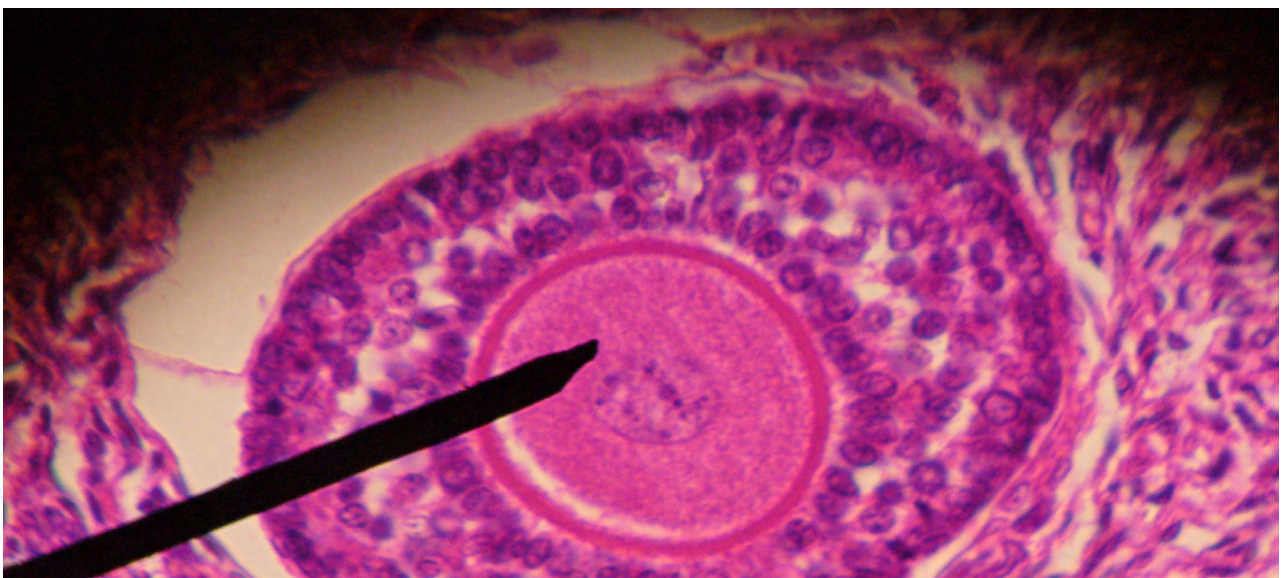
Non seulement le DPI permet de déceler certaines anomalies dans les embryons, avec cette conséquence qu'on les élimine, mais il permet de surcroît d'y rechercher des propriétés qui n'ont plus forcément de rapport avec la maladie, tel le sexe. Or, puisque le DPI implique nécessairement un tri à effectuer entre la dizaine d'embryons ainsi générés, la pratique impose une sélection dont le principe, pour le moins, est discutable: il n'est pas justifié de choisir certaines caractéristiques du futur enfant, au détriment de plusieurs autres, parfaitement sains d'ailleurs, qui seraient alors détruits. [On notera au passage que le vrai défi de ces prochaines années réside moins dans

cette pratique du DPI que dans l'usage massif des nouveaux tests de grossesse non invasifs (NIPT), permettant par simple prise de sang chez la femme enceinte de déceler sur le fœtus soit des maladies (par exemple la trisomie 21), soit des prédispositions à développer de graves maladies, soit à opérer un séquençage total du génome. Les NIPT posent le problème difficile de la gestion de l'information ainsi obtenue et du conseil génétique à offrir au couple.]

Une question controversée: l'accès à la FIV

Quant à déterminer quels sont les couples – mariés, partenaires, femme célibataire – susceptibles d'avoir recours à la FIV, cette question relève plutôt de la définition de la famille. Mais deux principes apparaissent ici essentiels. Le premier consiste à ne pas se calquer systématiquement sur les pratiques de pays avoisinants, faute de quoi la position minimaliste sera systématiquement appliquée au motif d'éviter un « tourisme procréatif », mais ce serait porter injure au sens normatif de l'éthique, acquiescer sans critique à ce que font les autres, et se plier devant « le fait accompli ». Le second principe consiste à orienter les techniques procréatives dans le sens du « bien de l'enfant », lequel reste la norme et la fin de toute procréation.

(Texte par Dr. François-Xavier Putallaz)



Le statut moral de l'embryon

Le dignité humaine comme mesure

«Les recherches sur le génome humain et leurs applications ouvrent d'immenses perspectives d'amélioration de la santé des individus et de l'humanité tout entière, [bien que celles-ci] doivent (...) respecter pleinement la dignité, la liberté et les droits de l'homme» (7)

La question du statut moral de l'embryon est une question tant philosophique, qu'éthique et juridique qu'il est nécessaire d'aborder afin de saisir l'une des problématiques qu'apportent avec elles les nouvelles technologies en matière de procréation assistée. «La science et la technique, alliées jusqu'alors à la dignité de la personne, semblent (...) entrer en conflit avec elle» (8). D'un point de vue juridique et ce depuis l'établissement de la *Convention internationale relative aux droits de l'enfant* (CDE) en 1989, l'enfant est considéré comme une personne à part entière et, en ce sens, comme un sujet de droits. À ce titre, l'enfant a notamment droit «à la vie, à la survie et au développement (art. 6)» (4). Bien que la Convention stipule, dans son préambule, que «l'enfant (...) ait besoin (...), notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance» (9), le moment exact à partir duquel l'enfant - ou plutôt, le fœtus, bénéficierait d'une telle protection ne semble pas déterminé de manière claire. Doit-on garantir la survie d'un embryon? Si oui, à partir de quand? Y a-t-il une distinction à faire entre un embryon et un pré-embryon (ou zygote)? Si oui, comment la déterminer? Il s'agira ici d'esquisser un nombre non exhaustif d'arguments visant à déterminer le moment où l'embryon devient une personne à part entière et acquiert ainsi un statut moral qui garantit sa valeur intrinsèque. Ce moment déterminera également le moment où l'embryon sera considéré juridiquement, c'est-à-dire «protégé par la loi, sans que cela implique un droit» (6).

La réponse influencera notamment notre compréhension quant à la limite de la primauté du droit des parents de procréer par rapport au droit de l'enfant d'être protégé dans sa dignité d'être humain (10). Dans cette optique, les valeurs défendues en priorité et dont la base de l'argumentation dépendra influenceront la réponse à donner. Il s'agira donc de saisir l'enjeu et la difficulté de ce débat, qui touche non seulement le domaine de la philosophie et de l'éthique, mais également celui de la biologie et de la théologie car «multiples sont les approches du réel» (11) et dont les retombées sont non seulement sociologiques mais également juridiques.

L'embryon est-il une personne?

„Il y a conflit entre le principe du respect dû à l'être humain et l'instrumentalisation de cet être humain aux stades embryonnaire ou foetal - à moins qu'un embryon humain ne soit pas une personne humaine?“ (6)

Trois visions s'opposent quant à savoir si l'embryon est une personne humaine dès sa conception ou non. Tandis que les uns défendent l'idée selon laquelle l'embryon, lors de la conception, est, en fait, un zygote, c'est-à-dire une personne “en puissance” qui n'acquiert le statut de personne “actuelle” - c'est-à-dire d'embryon, qu'à partir d'un certain stade de son développement (qui devra être déterminé), leurs opposants – une grande minorité dans les pays Occidentaux, pensent que le zygote ou pré-embryon présente tous les critères nécessaires et suffisants afin d'obtenir le statut de personne dès le moment de sa conception. D'autres, quant à eux, argumentent afin de démontrer que la question reste insurmontable dans la mesure où il est impossible de déterminer la nature ontologique de l'embryon de façon indéniable.

Certains basent leur argumentation sur un point de vue biologique et défendent l'argument selon lequel un zygote n'obtient le statut de personne qu'à partir du 14^{ème} jour après sa fécondation. Avant ce stade, le zygote reste susceptible de se diviser en deux par le processus de gémellisation dont les jumeaux homozygotes sont issus. Dans les deux premières semaines qui suivent la fécondation, le pré-embryon a donc la capacité de devenir „deux“.

Or, si l'on part du principe qu'une personne se définit par le fait d'être une et donc indivisible, comment alors un zygote de moins de deux semaines pourrait-il être considéré comme telle? Selon l'argument, l'embryon n'a, à ce stade, pas d'individualité propre et ne peut donc pas être considéré comme une personne à part entière. Il ne peut donc pas non plus obtenir le statut de personne sous ces critères-ci. Selon cet argument, „on ne peut parler de (personne humaine) que dépassée la possibilité d'apparition d'une gémellité vraie“ (11).

Si l'on accepte qu'une personne humaine se définisse par son individualité qui la distingue et la délimite dans la mesure où tout „vivant achevé est différencié“ (11) par rapport à son environnement et à un „autre“, alors l'embryon de moins de quatorze jours ne peut être considéré comme telle. Dans la mesure où le zygote est tout autant embryon en puissance que cellules placentaires, une différenciation entre pré-embryon et embryon s'impose. Et parler de personne humaine concernant le zygote n'aurait, de ce fait, pas de sens. L'individualité génétique que présente le pré-embryon étant encore divisible, celui-ci ne peut être considéré comme une personne à part entière. En ce sens, la fécondation n'engendre pas directement un embryon que l'on peut considéré comme personne. Or une personne se définit-elle uniquement par le fait d'être une et indivisible, c'est-à-dire par son individualité? N'existe-t-il pas d'autres critères qui permettraient de justifier, voire de prouver le fait qu'un zygote soit une personne?

Si l'on refuse de s'en tenir à l'argument de l'individualité biologique afin de déterminer si l'embryon est une personne dès le moment de sa conception, la question du statut de l'embryon semble revenir à devoir définir à quel stade de son développement apparaît l'âme humaine. Le zygote doit-il franchir des étapes avant de pouvoir être informé d'une âme et, par conséquent, être considéré comme une personne humaine à part entière? Ou l'âme humaine réside-t-elle dans le zygote dès sa fécondation?

Deux visions principales s'opposent lorsqu'il s'agit de déterminer à quel moment l'âme humaine vient informer (donner forme à) la matière. Tandis que les partisans de «l'animation immédiate de l'âme» (11) défendent la thèse selon laquelle le zygote possède, dès sa conception, une âme, leurs opposants sont persuadés que le zygote doit franchir plusieurs caps avant d'être *capable* de recevoir l'âme humaine à proprement parler: «la matière première est d'abord en puissance à la forme de l'élément. (...) Et de même l'âme végétative est en puissance de l'âme sensitive, et l'âme sensitive, de l'âme intellectuelle» (11). Deux ceux qui pensent que l'âme humaine apparaît de manière médiate dans le zygote, certains basent leur argumentation sur le principe que «l'agir suit l'être». Ainsi, on ne peut dire de quelque chose qui n'agit pas qu'il *est*. La condition nécessaire (bien que peut-être non suffisante!) d'être un être résiderait donc dans sa capacité à agir. Or, dans le cas de l'embryon, il faut attendre le «stade bicellulaire» (11) avant que le génome soit activé et que l'embryon puisse agir à partir de ses propres principes. Ici, c'est donc l'existence du système nerveux qui sert de critère afin de déterminer le statut de l'embryon. Les partisans de cette position considèrent que le cerveau est le siège de l'âme humaine dont la fonction est principalement intellectuelle. «Or, le zygote et l'embryon en ses premières étapes ne présentent pas l'organisation suffisante pour exercer une opération disposant à la vie intellectuelle (...)» (11). Les défenseurs de la théorie reprennent la définition aristotélicienne de l'âme qui ne



peut vivre que dans un corps «organisé», c'est-à-dire susceptible de mener à bien les «opérations de la vie humaine» (11). L'embryon ne peut donc être considéré comme une personne qu'à partir du moment où il possède la capacité d'opérer par lui-même. Or le peut-il vraiment complètement? L'embryon est-il réellement autonome et capable d'agir en conséquence? Dans la mesure où celui-ci est totalement dépendant de sa mère, il semblerait que non...

Kant définit la notion de personne à l'aide de l'autoconscience: «ce qui a conscience de l'identité numérique de soi-même en différents temps est, à ce titre, une personne» (12). Or il semble que la conscience de soi et, par conséquent, la souffrance, ne soit pas observable chez le zygote. L'argument de l'absence d'autoconscience appuie celui de l'absence de souffrance: comment un être qui n'a pas conscience de lui-même pourrait-il, en effet, souffrir à la perspective de sa suppression? Or la conclusion de l'argumentation, à savoir qu'un être non doté de conscience peut être exterminé «sans autre», semble ouvrir des possibilités insoutenables. En effet, si la condition suffisante pour acquérir le statut de personne réside en une capacité cognitive de l'être d'être conscient de soi-même, qu'en est-il alors des nourrissons, des personnes en situation de handicap ou celles plongées dans le coma? Une telle définition semble suffire à justifier une éventuelle suppression de ces êtres (momentanément ou non) non conscients d'eux-mêmes. Or ceci semble indéfendable.

Une troisième manière de se positionner face au statut de l'embryon est de s'abstenir de tout jugement. La thèse selon laquelle il nous est impossible de décider du statut moral de l'embryon peut prendre racine à partir de deux formes différentes, soit ontologique, soit épistémologique. L'argument ontologique met l'accent sur le fait qu'il «est impossible de repérer la rupture spirituelle correspondant au moment où l'âme humaine est insérée» (11).

Il faut distinguer fécondation, qui est un phénomène biologique et qui représente des changements (continus) qui se situent au niveau de la matière, de la conception, qui est un «événement métabiologique [qui correspond] à la survenue d'un nouvel être» et qui se produit de manière instantanée. Dans la mesure où seul «le moment d'une certaine durée, non l'instant» (11), est observable, il semble donc impossible de déterminer l'instant de la conception.

Comme le fait remarquer le neurologue Laplane «vouloir placer avec précision le début de la vie est un confort intellectuel que nous recherchons, mais est-il conforme à la nature des choses» (13)?

La vision épistémologique considère que les divergences d'opinions concernant cette question sont telles qu'elles constituent des raisons suffisantes pour suspendre notre jugement et se taire: «la question du statut de l'embryon se dérobe à tous les discours rationnels» (11).

Le cadre légal en Suisse: primauté de la personne?

«Aucun moyen expérimental (...) ne permettra probablement jamais de vérifier la présence en lui (l'embryon) d'une âme (...). Dès lors, la discussion philosophique tendant à déterminer s'il est une 'personne' restera toujours ouverte. Mais au-delà du débat ontologique, (...) les problèmes essentiels et plus urgents relèvent de l'ordre pratique. Or le droit agit dans le monde pratique.» (8)

Bien que la question métaphysique concernant le statut moral de l'embryon ne puisse être tranchée de manière indubitable, ceci ne veut pour autant pas dire que le législateur doit se taire à son propos: «les disparités philosophiques à propos du statut de l'embryon sont en réalité un faux obstacle à sa protection juridique» (8). La question est de savoir jusqu'à quand peut-on disposer de la vie d'un embryon, ce en toute légalité (14). Selon Andorno, «le législateur peut et doit protéger l'embryon (...) précisément parce qu'il ne sait rien, ou trop peu» (8) de son statut ontologique. Dans son article à propos des *droits européens face à la pro-*

création médicalement assistée, Andorno distingue deux approches différentes en matière de législation quant à la PMA et, *de facto*, en ce qui concerne le statut de l'embryon. Selon lui, la tendance législative d'un pays concernant les pratiques de PMA est déterminée par la primauté donnée, soit à la technique, soit à la personne: «l'une (...) fait prévaloir les développements techniques (...) et l'autre (...) met en relief l'intérêt des personnes concernées (...), et tout spécialement, l'intérêt de l'enfant qui en est issu» (8). En Suisse, la primauté semble être donnée à la personne. Le 1^{er} janvier 2001, la loi du 18 décembre 1998 fixant les conditions des pratiques de PMA entre en vigueur (15). Celle-ci stipule notamment que «la procréation médicalement assistée est subordonnée au bien de l'enfant» (16) (art. 3) et qu'elle n'est autorisée que (art. 5):

*«a. si elle permet de remédier à la stérilité d'un couple et que les autres traitements ont échoué ou sont vains, ou
b. si le risque de transmission d'une maladie grave et incurable aux descendants ne peut être écarté d'une autre manière.» (16)*

L'importance donnée à la personne et notamment à l'intérêt de l'enfant semble, si l'on suit la vision d'Andorno, expliquée, entre autres, la politique plutôt restrictive de la Suisse à l'égard des PMA. Dans cette optique, «la préoccupation essentielle du législateur consiste (...) à faire coïncider (...) les liens biologiques et les liens sociaux de paternité et de maternité. C'est pourquoi les variantes hétérologues des PMA sont considérées avec des réserves, voire (...) interdites» (8). En ce sens, la Suisse interdit notamment (17):

- «le développement de plus de 3 embryons hors du corps de la femme
- la cryoconservation des embryons au stade cellulaire
- le diagnostic préimplantatoire
- le don d'ovocytes (alors que le don de



sperme est permis)

- le don d'embryons
- les mères porteuses
- le développement d'embryons dans un but de recherche
- la réalisation d'embryons in vitro pour d'autres raisons que celle d'obtenir une grossesse
- la détermination du sexe
- les interventions altérant le patrimoine génétique des gamètes ou des embryons
- le clonage, la création de chimères ou d'hybrides.» (18)

Les interdictions mentionnées ci-dessus visent à éviter certaines situations délicates qui pourraient avoir un impact considéré comme non désirable, notamment sur la structure familiale et sur l'intérêt et le développement de l'enfant. On pense ici notamment aux problèmes liés à la filiation dans les cas de dons de sperme, d'ovocytes, d'embryons ou lors de l'intervention d'une mère porteuse. Comment gérer la participation d'une tierce personne dans un processus de procréation?

L'inquiétude se situe surtout au niveau de la possibilité de maintenir le secret quant aux origines de l'enfant. Dans une étude menée par Durna et al. «94% des familles qui avaient utilisé le don de sperme n'avaient pas informé leur enfant» (19). Ceci pourrait notamment provoquer «des problèmes dans le fonctionnement familial, et (...) avoir des conséquences sur le développement émotionnel de l'enfant et sur la formation de son identité» (3).

En ce sens, l'intérêt de l'enfant ne serait pas préservé, raison pour laquelle de telles pratiques sont encore interdites. Or aucune étude ne confirme ces préoccupations, bien au contraire: «elles montrent des relations très positives entre parents et enfants» (3). De manière générale, les enfants nés par fécondation *in vitro*, avec ou sans don de sperme ne semblent pas présenter de troubles psychologiques fondamentalement différents des «troubles habituels



présentés par des enfants (...) conçus naturellement» (3). Or si ceci est avéré et non influencé par la volonté des parents de ne pas exprimer leurs difficultés, c'est-à-dire de «sentiments négatifs ou ambivalents» (3) à l'égard de leur enfant, ceci prouverait le fait que ces interventions respectent la dignité de l'enfant et remettrait en question le fait que celles-ci soient interdites.

Bien que Lazaratou ne semble pas convaincue du résultat de ces recherches et reste persuadée des conséquences non négligeables causées par les «conditions particulières de la venue au monde» (3) des enfants FIV, d'autres, comme Ansermet, «refusent d'indexer la santé psychique des sujets à la 'normalité' de leur naissance» (20). Ainsi, «sa démarche (d'Ansermet) est d'aider chacun à affronter les circonstances de sa venue au monde, le seul fait d'être là».

Diagnostic préimplantatoire

Le 14 juin 2015, le peuple suisse acceptait la révision de l'article 119 de la Constitution fédérale, en rapport avec une future autorisation en Suisse du diagnostic préimplantatoire. Le DPI est une analyse génétique des embryons conçus par fécondation *in vitro* qui permet de sélectionner, chez les couples porteurs de risques de maladies génétiques et/ou dans l'incapacité de procréer de manière naturelle, un embryon sain. Le vote du 14 juin ouvre la porte à une modification de la Loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA) de 2001, suite à un référendum. Cette modification sera probablement soumise en 2016 au vote populaire. Cette révision fixe une nouvelle limite de 12 embryons (au lieu de 3 auparavant) pouvant être conservés et développés jusqu'au 5^{ème} jour après fécondation. Ceci permettra d'éviter de devoir implanter plusieurs embryons en même temps en sélectionnant l'embryon avec le plus haut potentiel de développement, ce qui réduira les cas de grossesses multiples, non seulement dangereuses pour l'enfant mais également pour la mère. Les modifications de la LPMA doivent servir à maximiser le taux de réussite des FIV et, par conséquent, à réduire le stress tant physique que psychologique que subissent les couples concernés.

Entretien avec le Dr. Jean Martin.

Monsieur Martin, quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients médicaux que présente, à l'heure actuelle, le DPI ?

Les avantages médicaux ont été bien décrits durant la campagne qui a précédé la votation fédérale du 14 juin 2015. Il s'agit au premier chef de permettre à des couples avec des risques de transmission à un enfant d'une maladie grave (ainsi qu'à ceux dans l'incapacité de procréer de manière naturelle) d'éviter ces risques (mais l'objectif ne peut être d'éviter « tous les risques », dans le sens d'un enfant parfait...).

Les inconvénients sont ceux liés au prélèvement d'ovules chez la femme dans un cadre de PMA. Plusieurs milliers de femmes s'y soumettent chaque année dans notre pays (de leur plein gré) et considèrent l'inconfort y relatif comme tout à fait acceptable par rapport à l'enjeu. Alors que l'interruption de grossesse éventuelle (qui peut être faite jusqu'à la 12^e semaine sur la seule décision de la femme invoquant un état de détresse) est bien plus lourde à porter au plan psychologique et psychosocial – et n'est pas dénuée de risques au plan physique (en plus des séquelles psychosociales rares mais possibles).

Dans quelle mesure certains avantages / inconvénients médicaux rentrent-ils en conflit avec des exigences éthiques ?

Comme pour l'interruption de grossesse, un grand débat est en rapport avec la notion que défend une partie de l'opinion que, dès la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde, on est en présence d'une personne humaine, et on refuse alors le DPI – et la PMA plus généralement – parce que des embryons y sont détruits.

Je ne suis pas de cet avis. Beaucoup d'arguments vont dans le sens que le caractère de personne est acquis progressivement au cours de la grossesse. Ayant adopté au cours des dernières décennies (par leur parlement ou leur peuple) des régimes légaux autorisant l'interruption de la grossesse durant son premier tiers, pratiquement tous les pays européens qui nous ressemblent ne donnent pas à l'oeuf fécondé le statut de personne. Je rappelle aussi la réalité médicale et sociale: que chacun d'entre nous n'est pas du seulement le produit de ses gènes, mais bien de cette nature (génétique) **vécue dans un milieu donné**, notamment dans ses dimensions socio-économiques et culturelles (la *culture* des Anglo-saxons). Avant la votation du 14 juin dernier, le dépistage des maladies héréditaires était pos-

sible uniquement au cours de la grossesse, c'est-à-dire lors d'un diagnostic prénatal. Dans le cas d'une fécondation *in vitro*, ce dépistage pourra désormais se faire avant l'implantation de l'embryon dans le ventre de la future mère. Or ceci est impossible lors d'une fécondation naturelle.

Dans quelle mesure ceci représente-t-il une injustice (sociale et/ou morale) ?

On pourrait parler d'injustice ici comme dans des centaines ou milliers de situations, de type médical ou pas du tout, dans la vie de nos concitoyens, qui sont simplement des facettes de la réalité sociale qui est la nôtre. Je me demande parfois si la manière « traditionnelle » de faire des enfants sera abandonnée dans des sociétés post/transhumanistes à venir et qu'on pratiquera systématiquement, pour chaque grossesse, la PMA - et le DPI dans la foulée, d'ici moins d'un siècle. *Brave new world...* Je laisse à mes petits-enfants une réflexion approfondie à cet égard.

Pourrait-on imaginer, à plus ou moins long terme, qu'une FIV soit autorisée pour des couples à même de procréer naturellement et sans prédispositions à des maladies génétiques graves, afin que ceux-ci puissent également bénéficier du DPI ?

Cf. réponse à la question 3. Tout est imaginable sans doute, et est imaginé dès maintenant par des philosophes/éthiciens très « futuristes », en particulier anglo-saxons. Je n'y suis pas favorable, tout en craignant que des évolutions sociétales à venir aillent dans ce sens.

Le DPI permet la sélection de certains embryons jugés « inférieurs » à d'autres de part leurs dispositions génétiques (potentielles maladies, malformations, etc.).

Dans quelle mesure une telle sélection peut-elle provoquer, à plus ou moins long terme, une discrimination à l'égard des personnes handicapées ou malades de part l'échelle de valeurs qu'elle semble sous-entendre ?

Je connais bien les craintes à cet égard d'associations de personnes vivant avec des handicaps ou de proches de telles personnes. Médecin de santé publique, j'ai eu de nombreux contacts avec ces milieux et leur préoccupation a tout mon respect. Il est effectivement possible que, si le nombre de personnes « différentes » diminue beaucoup, on aura moins l'habitude d'en rencontrer et que le public montre une gêne, une réserve, à leur égard - ce qui serait hautement indésirable. Cela étant, que faire? Inimaginable à l'évidence de dire (promulguer?) que, pour être adéquatement solidaire, une collectivité devrait avoir un tant pourcent de personnes porteuses de handicaps... La réponse à la préoccupation en question est de nature sociétale, pédagogique largement considérée, par la promotion de la convivialité et de la solidarité entre nous, avec tous, y compris ceux qui seraient différents – et ce n'est pas l'interdiction d'une technique médicale.

À quels problèmes devrait-on faire face dans le cas où un DPI n'aurait pas détecté une maladie ou malformation ?

On fera face aux problèmes usuels qui se posent quand le résultat d'une action médicale n'est pas celui espéré. Il y aura sans doute expression de griefs, voire des plaintes au plan juridique. La question principale qui se posera aux instances concernées sera de savoir si on est dans une situation où s'est concrétisé un risque non prévisible, sans faute médicale (je rappelle que **toute procédure médicale** comporte des risques, si minimes soient-ils) ou si il y a eu démarche/geste professionnel fautif.

Le droit à la liberté individuelle des parents d'avoir un enfant peut-il primer sur le droit du futur enfant d'être traité comme une fin et non un moyen ?

Excellente question classique. Depuis des millénaires probablement, des enfants sont conçus comme des moyens pour leurs parents/famille d'atteindre un certain but. Je connais des couples terriens de chez nous qui ont voulu avoir des enfants jusqu'à ce

qu'arrive un garçon (après trois ou quatre filles), pour reprendre le domaine. Des familles au nom aristocratique feront de même pour que tel patronyme ne s'éteigne pas (ceci avant que, comme aujourd'hui, on puisse choisir son nom de famille!). Etc. etc. Oui, on peut alléguer qu'il y a une composante de « enfant comme moyen » dans le DPI, mais je ne serai pas le premier à lancer la pierre à des couples qui souhaitent un enfant sain plutôt que gravement malade, quand des méthodes existent au plan médical de le faire.

Le cas des bébés médicaments peut-il être considéré comme un premier exemple de dérive sociale ou éthique en la matière où l'enfant est instrumentalisé dans la mesure où il sert à sauver une vie ?

D'abord, je souligne que la loi proposée en Suisse, et qui fait l'objet d'un référendum, exclut explicitement le DPI en vue d'obtenir un « bébé-médicament ». D'un point de vue de morale civique, on peut donc regretter que les opposants au DPI brandissent le spectre du bébé-médicament dans le cadre de la votation à venir en 2016 probablement. Cela étant, je pense en vérité que, d'ici 10 ou 15 ans, le peuple suisse votera sur l'ouverture au « bébé-médicament » ou « bébé sauveur ». Une personnalité aussi éminente que le prof. François Ansermet, de Genève, **pédopsychiatre et psychanalyste**, écrit dans un remarquable ouvrage récent *La fabrication des enfants* (18): « On dit aussi en France 'bébé du double espoir' : espoir de faire naître un enfant sain, qui ne soit pas porteur de la maladie génétique et, deuxième espoir, que cet enfant conçu avec le DPI puisse aider au traitement d'un enfant malade (...) Qu'un enfant soit conçu pour un projet ne vient pas l'aliéner dans ses autres potentialités. Finalement, on fait toujours aussi un enfant pour quelque chose d'autre, consciemment ou inconsciemment (...) L'enfant du double espoir est le créateur d'un devenir en ayant permis à un frère ou une sœur une vie meilleure: on peut imaginer pire destin pour un sujet à sa naissance! ».

Quelles mesures (juridiques, médicales, sociales ou éthiques) doit-on prendre afin d'éviter des dérives de types eugéniques ?

Un grand problème, source de confusion, est qu'il faudrait des termes différents pour distinguer des démarches qui sont différentes mais qui sont mises inconsidérément dans le même grand « sac » de l'eugénisme. L'eugénisme d'Etat dont le régime nazi a donné l'exemple capital est totalement inacceptable et justifie toutes mesures pour l'empêcher.

Mais ce qu'on oublie quand on affuble le DPI du déguisement d'eugénisme, c'est que, aujourd'hui, **une grande partie de l'activité de plusieurs disciplines médicales**, notamment les généticiens, gynécologues-accoucheurs et pédiatres, est consacrée (hors même de toute technique instrumentale de type PMA) à faire en sorte que les enfants qui naissent soient en bonne santé, qu'ils ne soient pas porteurs de maladie ou handicap - de même d'ailleurs que tout le suivi médical des enfants après leur naissance. Le DPI est en réalité une modalité supplémentaire, qu'ouvrent les avancées de la médecine, de promouvoir une aussi bonne santé que possible de nos enfants. Parler ici d'eugénisme est une caricature, un abus de langage (dont je vois qu'il est utilisé dans la polémique politique et idéologique, mais qui est injustifié).

Quelle est, selon vous, la voie à suivre afin de conserver une attitude réfléchie et saine face aux nouvelles technologies de médecine reproductive ?

Vous donnez la réponse: conserver une attitude réfléchie et saine. Sans prétention à avoir forcément raison, c'est ce que j'ai cherché à faire dans les réponses ci-dessus. Raison, bon sens, considération (aussi) de la vie quotidienne des personnes et des familles. Retenue vis-à-vis de l'utilisation abusive des grands mots alarmistes (allégations d'eugénisme de type nazi, de dérives à la Frankenstein, d'instrumentalisations égoïstes et irréfléchies, frivoles... Non!). Donner la parole aussi aux personnes et aux familles concernées, et les écouter.

La PMA, une histoire sans fin

Aux USA, dans les années '70, toute une série d'événements mettent en exergue la nécessité pour la science d'une réflexion éthique pouvant aider à définir, parmi tout ce qui est *techniquement* faisable, également ce qui serait *moralement* souhaitable. La conférence d'Asilomar (1975) en constitue un bon exemple, mais également les premiers bricolages génétiques, 20 ans après l'identification de l'ADN par Watson et Crick (1953). Autre événement marquant: le cas de Karen Quinlan qui, conjointement aux exploits dans le domaine de la transplantation d'organes, évoque la problématique de la définition de la mort et celle de l'euthanasie.

Parmi ces événements, la naissance de Louise Brown (1978), premier bébé éprouvette, ouvre toute la question de la procréation médicalement assistée en anticipant les dérapages possibles, tels, par exemple, les cas du Dr Antinori ayant permis, trente ans plus tard, à des femmes ménopausées d'avoir des enfants. Imaginant les risques et dérapages potentiels de ces technologies, les scientifiques s'adressent donc aux humanistes, notamment philosophes et théologiens, pour aborder ce type de questions. Chacun ayant son domaine spécifique, l'interdisciplinarité qui caractérise l'éthique permettait d'aborder les problématiques de manière complémentaire.

C'est ainsi que, une dizaine d'année plus tard en Suisse, je me retrouvai dans une situation semblable, par rapport à la procréation médicalement assistée. En effet, les premières applications humaines se développaient à grande vitesse; et les médecins et biologistes eux-mêmes, voyant toutes les possibilités ouvertes par cette technologie, se sentaient perdus sur le plan normatif. Qu'était-il bon de faire? On disposait de vies humaines potentielles après tout, et la question du statut moral de l'embryon n'était certainement pas un sujet abordé dans les facultés de biologie ou de médecine.

Nous nous retrouvâmes ainsi, avec un petit groupe de biologistes, médecins, philosophes et théologiens à essayer de trouver des pistes de réflexion normative, puisqu'aucune loi n'avait encore vu le jour sur ces sujets.

Nous en étions aux balbutiements de la bioéthique en Suisse, en tout cas en Suisse romande, et ce fut justement sur la question de l'embryon que des organisations plus ou moins ouvertes à la réflexion critique virent le jour ces années-là. D'une part, la Société Suisse de Bioéthique qui, plus que débattre, affirmait sans l'ombre d'un doute que l'embryon était une personne humaine dès la conception. D'autre part, la Société Suisse d'Ethique Biomédicale qui permettait la confrontation de points de vue différents, société à laquelle j'adhérai dès sa fondation (1989) alors que les discussions sur le thème de la PMA se poursuivaient depuis quelques temps déjà.

A bien y réfléchir, la question de fond restait la même que celle évoquée dans la philosophie ancienne déjà à partir d'Aristote, reprise ensuite par St Thomas d'Aquin avec la théorie de l'animation immédiate, etc. Au lieu de se poser la question du statut de *personne*, le nœud de la question était de savoir à partir de quand l'embryon disposerait d'une âme – ce qui, **selon les perspectives**, n'est pas si radicalement différent...

En 1996, j'eus la chance d'occuper le premier poste d'éthicien clinique formellement engagé par un hôpital universitaire: le CHUV à Lausanne. Très rapidement je fus sollicité par l'équipe du Prof. Marc Germond, un des pionniers en Suisse en matière de PMA.

Déposée en 1987, l'initiative dite Beobachten visait à interdire tout simplement toute forme de recherche en génétique ainsi que la procréation médicalement assistée: une façon fort simplifiée (pour ne pas dire simpliste) de faire face aux réels dangers de dérapage.

Le contre-projet du Conseil Fédéral fut accepté en 1992 par le peuple et les cantons; la Suisse disposait enfin d'une loi (par ailleurs fort mal conçue et manifestement rédigée sur la base de compromis politiques) encadrant la PMA. Curieusement, au troisième chapitre du contre-projet, il était préconisé de constituer une Commission Nationale d'Ethique pour la médecine humaine, dont un des buts était justement de veiller aux développements scientifiques et de conseiller le parlement sur ces questions. Visionnaire, le Prof. Germond comprit très vite que, pour faire face aux nouveaux défis posés par l'application de la loi, il fallait des réunions multidisciplinaires qui impliquaient toutes sortes de professionnels parmi lesquels le soussigné.

Les questions qui se posaient étaient très pratiques, mais les réponses pas pour autant si faciles à trouver. Par exemple, des couples stériles venant d'autres cultures et qui demandaient de sélectionner l'ovule fécondé (terme consacré par la LPMA) en fonction du sexe car, ayant déjà deux filles, ils ne pouvaient pas prendre le *risque* d'en avoir une troisième. Autre exemple, des couples à risque de transmission de maladies génétiques et confrontés à l'interdit du diagnostic préimplantatoire (alors que le diagnostic prénatal a toujours été admis...): aurait-on été complices d'une violation de la loi si on leur donnait les adresses des centres en Espagne ou en Belgique pour passer le test? Fallait-il transmettre le dossier médical à ces centres avec l'accord du couple, si celui-ci optait pour telle solution? Sans compter toutes les interrogations portant sur des couples avec une différence d'âge considérable, ou des couples homosexuels, ou des couples ayant des atteintes psychiques graves, voire à la limite de l'incapacité de discernement.

Conformément au chapitre 3 de la Loi sur la Procréation Médicalement Assistée, la Commission Nationale d'Ethique (CNE) fut créée en 2001.

Nommé au sein de cette commission, je me retrouvai à côté de personnalités fort compétentes -dont je garde par ailleurs un excellent souvenir- qui, dans l'interdisciplinarité la plus hétérogène cherchaient des pistes pour répondre à des questions complexes. La première portait sur la légitimité de faire de l'expérimentation avec des cellules souches embryonnaires importées. Suivirent ensuite d'autres prises de position (des avis consultatifs destinés au parlement), portant entre autres sur l'assistance au suicide. Cette prise de position eut notamment le mérite de faire avancer un débat qui stagnait en Suisse et qui causait un certain malaise au sein des institutions de soin. J'eus l'honneur de diriger le groupe de travail qui se penchait sur la question pour ensuite soumettre des propositions en plénière: les débats durèrent trois ans... mais nous aboutîmes à un consensus avec la prise de position n.9 de 2005. Dès 2006, le CHUV autorisait, à des conditions très strictes, l'intervention d'Exit *intra muros*.

Ayant accepté de prolonger mon mandat, j'étais dans le groupe de travail portant sur la révision de la LPMA. Un travail titanesque nous attendait, tellement cette loi était pleine de contradictions et de paradoxes. Malgré tout l'arsenal juridique, la jurisprudence et les directives qui avaient été mises sur pied depuis les années '80, nous ressentions toujours en filigrane la question métaphysique du statut de l'embryon humain.

En 2013, la CNE aboutit ainsi à la prise de position n.22 sur la PMA. Celle-ci suscita des réactions plutôt radicales de tous bords tellement elle était libérale et avant-gardiste: mais la question en filigrane ne sera jamais résolue, pour la plus grande joie des philosophes, théologiens et autres penseurs, tandis que les praticiens, eux, sont bien obligés d'aider les couples stériles avec en arrière plan une vieille querelle métaphysique...

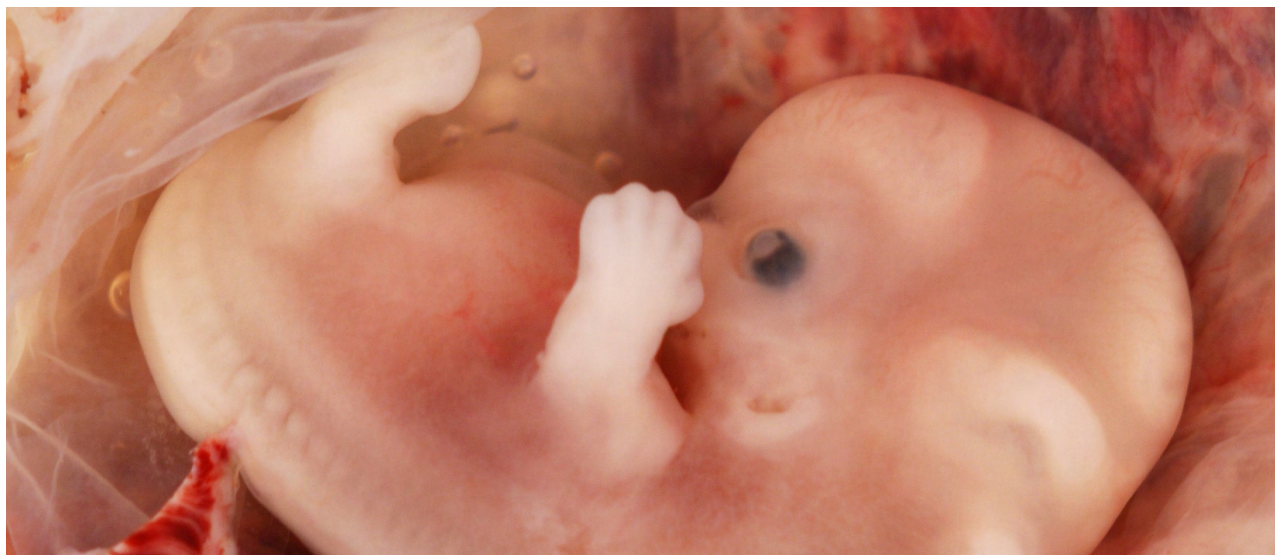
(Témoignage du Dr. Carlo Foppa)

Conclusion

Que retenir des réflexions développées ci-dessus? Comment pouvons-nous, nous qui sommes tous appelés à réfléchir à ces pratiques en vertu de notre humanité, prendre une part active dans ce débat qui allie philosophie, biologie, éthique et droit?

Le but de ce dossier était de rendre compte des enjeux engendrés par les pratiques et interventions médicales dans le domaine de la procréation assistée. À ce titre, il a fallu notamment traiter d'une question apparue dès la naissance de ces pratiques, à savoir celle concernant le statut de l'embryon. L'embryon a-t-il un droit de survie ou peut-il être considéré comme un moyen à des fins de recherches? L'article de Monsieur Puntallaz donne une réponse tranchée quant à cette question. En effet, l'impossibilité de déterminer le stade où l'embryon deviendrait une personne à part entière impose la prudence et demande donc à ce que l'embryon soit considéré comme une personne dès sa conception. De ce fait, l'embryon ne peut être utilisé qu'à des fins utilitaires. Par ailleurs, la pratique du diagnostic pré-implantatoire permet l'analyse et la sélection de certains embryons, ce afin d'éviter notamment les risques de maladies ou de malformations.

Or afin de garantir une pratique saine du DPI, la sélection doit s'effectuer non pas en fonction de certains désirs des parents mais bien dans l'intérêt de l'enfant, notamment de sa santé physique et psychique. Le DPI peut, en effet, ouvrir la voie à de nouvelles possibilités qui peuvent, si aucune réflexion ne s'effectue à leur égard, engendrer certaines dérives. Les aboutissements technologiques précédant toujours le droit, il s'agit donc de réfléchir, *a posteriori* et ce également en tant que citoyen humain, au cadre législatif le plus approprié quant à ces pratiques, en tenant compte des valeurs et des normes qui prévalent dans la société contemporaine. En ce sens, il s'agit de s'efforcer de reprendre sans cesse et de réfléchir aux enjeux apportés par le développement continu des techniques de procréations médicalement assistées afin de garantir un débat éclairé ainsi qu'une prise de conscience et une responsabilité collective en ce qui les concerne.



Glossaire, Abréviations et Remerciements

- **congélation des embryons**

le fait de préserver les embryons dans de l'azote liquide en vue de les utiliser a posteriori pour une prochaine grossesse

- **embryon**

le fruit de la fusion des noyaux jusqu'à la fin de l'organogenèse (18)

- **épistémologie**

discipline qui prend la connaissance scientifique pour objet (dictionnaire Larousse)

- **transfert de gamètes**

l'introduction, à l'aide d'instruments, de spermatozoïdes et d'ovules dans la matrice ou les trompes de la femme (18)

- **gamètes**

les spermatozoïdes et les ovules (18)

- **génome**

ensemble du matériel génétique, c'est-à-dire des molécules d'ADN, d'une cellule (dictionnaire Larousse)

- **foetus**

le fruit de la conception après l'organogenèse et jusqu'à la naissance (18)

- **hypofertilité**

baisse de la fertilité

- **insémination / injection intracytoplasmique**

l'introduction, à l'aide d'instruments, de spermatozoïdes dans les voies génitales de la femme (18)

- **ontologie**

théorie de l'être (dictionnaire Larousse)

- **ovocyte**

cellule ovarienne précurseur de l'ovule (dictionnaire Larousse)

- **valeur intrinsèque**

ce qui détermine la valeur propre d'une chose, indépendamment d'une convention ou d'un facteur externe

- **variantes hétérologues**

les cas d'inséminations artificielles dans lesquels intervient une tierce personne.

- **CDE:** Convention internationale relative aux droits de l'enfant

- **DPI:** diagnostic préimplantatoire

- **FIV:** fécondation in vitro

- **IA:** insémination artificielle

- **LPMA:** Loi sur la procréation médicalement assistée

- **PMA:** procréation médicalement assistée

- **NIPT:** nouveaux tests de grossesse non invasifs

Remerciements

- **Dr. François-Xavier Putallaz (Texte pp. 5-6)**

Membre de la Commission nationale d'éthique et du Comité international de bioéthique de l'UNESCO, il a publié plusieurs études et ouvrages. Prenant clairement position dans le débat bioéthique, en faveur de la dignité humaine et du respect des personnes vulnérables, il a publié un ouvrage à succès, avec un photographe et guide de haute montagne: « Montagne et philosophie. Une initiation aux grands philosophes » (Slatkine, 2012).

- **Dr. Jean Martin (L'Entretien pp. 12-14)**

Le Dr Jean Martin est médecin de santé publique, a travaillé huit ans outremer au début de sa carrière (Pérou, Asie du Sud-Est avec l'OMS et Afrique tropicale), après quoi il a été Médecin cantonal vaudois, à Lausanne. A enseigné à l'Université de Lausanne. Il est particulièrement intéressé par les défis bioéthiques et les questions médico-légales et de droits de l'homme. Il a été membre de la Commission nationale suisse d'éthique dès sa création (2001-2013) et du Comité international de bioéthique de l'UNESCO (2006-2013). Membre d'honneur de Santé publique Suisse (Public Health Schweiz) et de la Société suisse pour la politique de la santé. Membre du comité de plusieurs associations du domaine médico-social.

- **Dr. Carlo Foppa (Témoignage pp. 15-16)**

Carlo Foppa a suivi les enseignements aux facultés de médecine et de philosophie et obtenu son Doctorat, codirigé par Mmes Prof Anne Fagot-Largeault et Marie-Hélène Parizeau, sa thèse portant sur le Principe Responsabilité de Hans Jonas. Dès 1996 Carlo Foppa est éthicien clinique au CHUV, puis engagé à la Communauté d'Intérêts de la Côte (www.cilc-vd.ch) à partir de 2008. Il est également ancien membre de la Commission Nationale d'éthique (CNE) et actuellement président du Comité d'Éthique et de Déontologie de l'Université de Genève.

Sources

- (1) Guibert, J. et Olivennes, F. (2004). Les enfants de l'assistance médicale à la procréation. EMC-Gynécologie obstétrique 1, pp. 137-144, 2004.
- (2) Testart, J. (1993). La procréation médicalisée, Flammarion, 1993.
- (3) Lazaratou, H. et Golse, B. (2006). Du désir à l'acte: les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA) dans: La psychiatrie de l'enfant 2 (Vol. 49), pp. 573-599, 2006.
- (4) Freire de Sousa, R. (2012). L'enfant face aux nouvelles techniques de procréation médicalement assistée: les conséquences sur la filiation, la santé et les droits, Institut universitaire Kurt Bösch, 2012.
- (5) Emission RTS 36.9 (2012). Fécondation in vitro: menace dans l'éprouvette, émission du 4 avril 2012.
- (6) Fagot-Largeault, A. (1987). Les droits de l'embryon (foetus) humain, et la notion de personne humaine potentielle dans: Revue de Métaphysique et de Morale 92/3, pp. 361-385, 1987.
- (7) Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco). Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme du 11 novembre 1997.
- (8) Andorno, R. (1994). Les droits européens face à la procréation médicalement assistée: primauté de la technique ou primauté de la personne? dans: Revue internationale de droit comparé 46/1, pp. 141-152, 1994.
- (9) Assemblée générale des Nations Unies. Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant. Résolution 4/25.
- (10) Nous ne nous poserons pas la question de la primauté du droit de survie de la vie embryonnaire par rapport au droit de la femme à disposer d'elle-même. L'avortement étant autorisé, en Suisse, jusqu'à la 12ème semaine de grossesse, la réponse à la question ne se baserait plus sur la même argumentation. Le délai de 12 semaines présuppose, en effet, une échelle de valeurs différente dans la mesure où le droit de la femme de disposer d'elle-même semble garder plus longtemps la priorité sur le droit de l'enfant d'être protégé dans sa dignité humaine, notamment en ce qui concerne sa survie, que celle du droit du couple de pouvoir procréer.
- (11) Ide, P. (2004). Le zygote est-il une personne humaine? Pierre Téqui, 2004.
- (12) Kant, E. (1986). Critique de la raison pure, trad. Tremesaygues et Pacaud, PUF, 1986.
- (13) Laplane, D. (1989). Dominique Laplane un neurologue, Entretien avec Jacques Vauthier, coll. „Scientifiques et croyants“, Beauchesne, 1989.
- (14) Séralini, G.-E. (2006). Enjeux éthiques et génétiques dans: Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay, Santé et droits de l'homme: les nouvelles insécurités 2, pp. 121-134, 2006.
- (15) Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (2013). La procréation médicalement assistée, considérations éthiques et propositions pour l'avenir 22, 2013.
- (16) Confédération suisse. (1998) Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998. RS 810.11.
- (17) À noter que la votation du 14 juin dernier concernant le diagnostic préimplantatoire pourrait aboutir à une modification de la LPMA autorisant le DPI.
- (18) Confédération suisse (2011). Procréation médicalement assistée. Office fédéral de la santé publique OFSP.
- (19) Durna EM., Bebe J., Steigrad SJ., Leader LR., Garret DG. (1997). Donor insemination: attitudes of parents towards disclosure. Med-J-Austr 167/5, pp. 256-259, 1997.
- (20) Ansermet, F. (2004). Les inventions de la clinique dans: Vacarme 29, pp. 102-105, 2004.
- (21) Ansermet, F. (2015). La fabrication des enfants, Ed. Odile Jacob, 2015.

Mentions légales

Philosophie.ch
Federweg 22
CH-3008 Bern

Rédigé par Carole Berset
info@philosophie.ch

© Philosophie.ch, octobre 2015
ISSN 1662937X Vol. 123

Photos: Public Domain

Proposition de citation:
„Procréation médicalement assistée
- dossier à thème philosophique“,
Swiss Philosophical Preprint Series
#121, 12.10.2015, ISSN 1662937X

Le projet est soutenu par l'académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) et consiste en une série de quatre dossiers philosophiques qui traiteront de l'amélioration humaine (human enhancement), de la procréation assistée, du maintien artificiel de la vie et de la responsabilité médicale et éthique face aux possibilités que nous ouvrent les biotechnologies et les neurosciences.

philosophie.ch
SWISS PORTAL FOR PHILOSOPHY