

Demande d'audition du CNGOF par le CCNE Révision de la loi Bioéthique 2018

Sollicitation d'audition du CNGOF

Monsieur le Président du CCNE,

Les questions sociétales posées par la réévaluation de la loi bioéthique suscitent la même diversité dans les rangs de notre société savante que dans la société civile. Néanmoins, certaines évolutions de la loi sont souhaitées par une large majorité de nos membres.

L'évolution des techniques qui touchent à la reproduction oblige nos sociétés à dire régulièrement ce que nous faisons de nos découvertes et innovations. Le dire au travers de la loi, qui est un compromis temporel de notre société, est indispensable pour les médecins de la reproduction qui s'appuient quotidiennement sur cette règle commune quand ils sont exposés à des demandes inhabituelles. Mais de surcroît, les mentalités évoluent dans notre pays multiculturel et ce qui était proscrit unanimement hier est aujourd'hui accepté, voire souhaité, par une majorité de français.

Le CNGOF avait déjà réfléchi à certaines questions bioéthiques en consultant par voie de sondage ses membres. Le texte ci-dessous a donc l'aval du bureau et du conseil d'administration de notre société savante et a été réalisé avec le président du pôle reproduction de notre société ainsi que le président de la commission d'éthique du CNGOF.

Voici les 6 points où nous souhaitons apporter notre contribution au débat devant le CCNE avant que ne s'engage le processus législatif à venir.

- | | |
|--|------------------|
| 1 - L'autoconservation ovocytaire | Joëlle Belaisch |
| 2 - Le diagnostic génétique préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A) sur les embryons | Michaël Grynberg |
| 3 - Le sort des embryons quand le père biologique est décédé | Gérard Lévy |
| 4 - L'anonymat des dons de gamètes | Israël Nisand |
| 5 - La PMA ouverte aux femmes homosexuelles et la PMA ouverte aux femmes seules | Joëlle Belaisch |
| 6 - La GPA | Israël Nisand |

1. L'autoconservation ovocytaire

La chute de la fertilité avec l'âge et le désir de plus en plus tardif d'enfant sont devenus deux réalités tangibles. La seule réponse française est le don d'ovocytes qui impose aux donneuses une stimulation de l'ovulation et une ponction d'ovocytes et aux receveuses une grossesse à risques. L'autoconservation ovocytaire à un moment où la femme est encore fertile permet aux femmes qui n'ont pas pu exaucer leur souhait de maternité de préserver leur fertilité. Le CNGOF a pris position en faveur de l'autoconservation tout en fixant un âge limite pour la reprise des ovocytes. L'autoconservation devrait être accessible dans tous les centres d'AMP ce qui ne signifie pas une prise en charge systématique par l'assurance maladie. Le dispositif actuel oblige les femmes souhaitant conserver pour elles-mêmes, de donner les 5 premiers ovocytes à une autre femme. Il est assimilé pour beaucoup d'entre nous à un véritable chantage, de surcroît sexiste puisque les hommes ne le subissent pas.

2. Le diagnostic génétique préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A) sur les embryons

Les chances de grossesse après fécondation in vitro sont estimées à seulement 30%. Plus de 4000 de ces grossesses vont aboutir à des fausses couches précoces, souvent liées à des aneuploïdies embryonnaires. L'augmentation de l'âge des femmes lors de la première grossesse est constante dans la dernière décennie et en rapport avec les changements sociétaux. Les centres d'assistance médicale à la procréation sont

confrontés à une demande croissante de prise en charge de couples dont les femmes sont âgées de plus de 38 ans. Or, les taux d'aneuploïdies embryonnaires sont corrélés à l'âge féminin, avec un risque significativement augmenté dès l'âge de 38 ans. La présence d'anomalies chromosomiques pourrait expliquer l'incapacité de l'embryon transféré dans l'utérus maternel de s'implanter, ou ultérieurement, arrêter son développement.

Le diagnostic génétique préimplantatoire des aneuploïdies (DPI-A) a pour objectif d'éviter le transfert d'embryons aneuploïdes. Il augmente donc les chances d'implantation et réduit le risque de fausse couche. Les innovations technologiques en génétique et en biologie de la reproduction permettent désormais de proposer une technique de DPI-A fiable, pour laquelle une réévaluation de la balance bénéfique/risque semble indispensable. En particulier, il semble que l'âge maternel supérieur à 37 ans, les antécédents de fausses couches à répétition, ainsi que les échecs répétés d'implantation en l'absence de problème de réceptivité endométriale, puissent constituer des indications pertinentes à ce DPI-A qui est pour l'instant interdit en France.

3. Le sort des embryons quand le père biologique est décédé

La loi actuelle n'autorise pas le transfert d'embryons congelés existants lorsque le conjoint est décédé. En 2011 l'Assemblée Nationale a autorisé, en commission, le transfert d'embryon après le décès du père si celui-ci avait donné son consentement préalable.

Le CCNE a analysé cette question de manière approfondie dans son avis 123.

Les conclusions du CCNE devraient faire partie des modifications de la loi bioéthique :

- Autorisation si un document atteste de l'autorisation préalable du père
- Nécessité d'un délai de réflexion ne devant pas excéder 6 mois ; au cours de celui-ci, il conviendrait de prévoir un accompagnement portant sur les aspects psychologiques, juridiques, sociaux et médicaux.

Une limite dans le temps pour une période de 12 à 18 mois pour permettre plusieurs tentatives de remplacement nous semble légitime.

4. L'anonymat des dons de gamètes

Plusieurs raisons déontologiques nous amènent à demander que soit questionné les dispositions légales qui prévoient l'anonymat des donneurs et donneuses de gamètes dans notre pays :

- Il devient impossible de garantir l'anonymat aux donneurs à venir car les banques d'ADN permettent aujourd'hui de retrouver un donneur par devers lui. Ce phénomène du dévoilement va bien sûr s'amplifier dans les années à venir et les conséquences de ces dévoilements « sauvages » sur les donneurs ne sont pas évaluées et doivent, à tout le moins, faire partie désormais des informations données avant ces procédures.

- Les médecins se sont habitués à un devoir de transparence sur l'ensemble de leurs dossiers fussent-ils très lourds. Cette fin du paternalisme médical qui, sous couvert de protection des patients, les maintenaient dans l'ignorance de ce qui les concernait au premier chef, est demandée par la société civile pour toutes les données médicales. Il ne saurait être question de poursuivre une exception pour l'identité des donneurs de gamètes.

- Il apparaît difficile pour une personne de se savoir issue pour une partie de son ascendance d'un matériel biologique au lieu d'un parent identifié. Cette manière de faire occasionne parfois des troubles psychologiques, non seulement chez les personnes issues de ces dons, mais aussi chez les donneurs eux-mêmes.

- On ne peut pas refuser l'accès aux origines pour un enfant né grâce à l'intervention du tiers que sont les médecins. Certains professionnels de cette filière sont anxieux de la baisse annoncée des dons qui n'est d'ailleurs pas inéluctable et peut être compensée par des campagnes publicitaires bien menées. Mais même si ce droit des personnes à connaître leurs origines devait provoquer une diminution des dons, il nous semble plus important de ne pas nuire aux personnes issues de ces procédures que de continuer de les pratiquer au détriment de leurs droits fondamentaux.

- Mis en place pour ménager les secrets des familles il y a plus de 50 ans, l'importance de ce « ni vu, ni connu » est désormais beaucoup moins grande à l'aune des familles d'aujourd'hui où il n'est pas rare, la recomposition aidant, que plusieurs adultes concourent à l'éducation des enfants.

5. La PMA ouverte aux femmes homosexuelles et la PMA ouverte aux femmes seules

Il n'y a pas d'arguments scientifiques pour s'opposer à l'ouverture de l'AMP aux femmes homosexuelles. Les publications sur le devenir des enfants nés de parents homosexuels sont, à la quasi-unanimité, rassurantes, suggérant que la qualité de la parentalité intervient plus dans le sort des enfants que l'orientation sexuelle des parents. Le seul problème médical sera la disponibilité du sperme. L'argument de l'égalité homme femme qui imposerait d'autoriser aussi les couples d'hommes, et donc la GPA, si on autorise les couples de femmes à recourir à l'AMP, méconnaît le fait que les hommes et les femmes sont égaux en droit mais différents physiologiquement. Sous réserve du respect de la clause de conscience, un sondage envoyé en 2017 à tous les membres du CNGOF, a révélé que 67,6 % des gynécologues et obstétriciens français sont favorables à la prise en charge de ces femmes, et 59,8% à la prise en charge des femmes seules. La situation des femmes seules qui devront assumer seules l'enfant mérite bien sûr une réflexion spécifique. L'autorisation légale est à différencier de la prise en charge financière qui doit se discuter séparément.

6. La GPA

On peut naître sans utérus et on peut le perdre dans un épisode grave gynécologique ou obstétrical. Cette infertilité utérine définitive qui peut provoquer des détresses infinies, ne trouve actuellement aucune solution palliative en dehors de la greffe éphémère d'utérus avec donneuse vivante qui pose également d'importants problèmes techniques et éthiques. L'instabilité juridique qui pèse sur les enfants issus de GPA et la difficulté qu'il y a à respecter l'indisponibilité du corps humain font de ce sujet l'un des plus complexes au plan bioéthique. Les diverses législations en vigueur vont de l'interdiction complète quelle que soit la cause de la stérilité utérine définitive à la licence complète pourvu que le couple ait de solides moyens financiers. Il est possible d'échapper à ces deux situations extrêmes en acceptant et en organisant par la loi un cas par cas responsable (comme celui des CPDPN pour les malformations fœtales ou celui des comités de protection des personnes pour l'expérimentation clinique). Toutes les demandes de GPA ne sont pas équivalentes et le spectre des motivations s'étend de situations où l'indisponibilité du corps de la femme est respectée (GPA éthique) jusqu'à des situations que notre pays réprouve collectivement et qui ne doivent pas trouver leur place en France : le choix d'une porteuse sur catalogue et sa rétribution (GPA non éthique). La prohibition totale instaurée par la France entraîne à l'évidence des conséquences plus critiquables que ce qui aurait pu se produire si nous nous étions accordé le droit de réfléchir collectivement à la particularité de chaque situation. Les françaises confrontées à une infertilité utérine définitive n'ont d'autre choix que de se tourner vers l'étranger ou de se résigner. Lors de la précédente révision de la loi en 2011, il n'y avait eu aucun débat parlementaire sur ce sujet.

Bien que cette question de société ne soit pas de nature médicale (ou fort peu, pour assurer la sécurité médicale de la procédure) le CNGOF estime que le débat, même s'il est complexe, et même s'il aboutit au statu quo, doit avoir lieu. La maturité collective des français face aux sujets complexes de bioéthiques et l'état de l'opinion publique sur ce sujet doivent permettre de leur faire confiance et d'inclure cette thématique dans les débats à venir des États Généraux organisés par le CCNE.

Veillez recevoir, Monsieur le Président du CCNE, l'expression de notre considération et l'assurance de notre disponibilité pour présenter devant le CCNE l'argumentaire détaillé de ces sujets que notre belle profession nous fait côtoyer au quotidien.

Israël Nisand
Président du CNGOF

Michaël Grynberg
Président du pôle reproduction du CNGOF

Gérard Lévy
Président de la commission éthique

Joëlle Belaisch
Membre de la commission éthique