

# LE DIAGNOSTIC ANTENATAL ET HANDICAP ASPECTS CLINIQUES, ETHIQUES ET JURIDIQUES

COURS DESS « HANDICAP ET REHABILITATION DES PERSONNES HANDICAPEES »  
A L'INSTITUT PROMOTION DES HANDICAPES  
20 SEPTEMBRE 2000

**Professeur Bechir HAMZA**  
**Président du Comité National d'Ethique Médicale**

Le **handicap** est caractérisé par le **désavantage** qu'entraîne une déficience motrice, sensorielle, mentale ou viscérale chronique. Ainsi défini, il relève de services médicaux, des actions de réadaptation et de l'action sociale en faveur des handicapés pour leur insertion au sein de la communauté et de l'économie nationale.

**Le diagnostic anténatal** C'est l'ensemble des moyens susceptibles d'être mis en œuvre pour rechercher des maladies, des anomalies chez l'embryon ou le fœtus en cours de grossesse dans des situations à risques.

Si nous avons choisi ce thème : “ ***diagnostic anténatal et handicap*** ” devant un auditoire multidisciplinaire, de médecins, rééducateurs, psychologues et autres c'est pour envisager, les possibilités biotechnologiques actuelles pour poser le diagnostic du handicap ***in utero*** et ce à l'effet de prendre les dispositions qui s'imposent essentiellement curatives préventives, rééducatives et sociales ultérieures.

Le **diagnostic anténatal** (*in utero*) est proposé dans des

situations à risques de maladies héréditaires géniques connues d'après l'antécédent familial et évoquées lors du conseil génétique, ou lorsque existe l'éventualité de la survenue *in utero* de malformations induites par l'environnement au cours de la grossesse (ex. : radiations, médicaments, toxique, maladies infectieuses, parasitaires et autres).

Cependant devant l'intérêt de porter précocement le diagnostic d'une affection *in utero*, le diagnostic prénatal **s'est étendu** à d'autres indications. Il devient de plus en plus un outil quasi systématique utilisé à titre de dépistage et ce, grâce au développement et à l'expansion de méthodes d'investigation non agressives pour la mère et l'embryon : en particulier l'imagerie par **l'échographie précoce endovaginale**, pratiquée avant la fin du **premier trimestre**, période propice à une interruption thérapeutique de la grossesse dans les cas d'affections graves ou létales.

Les éléments du **diagnostic prénatal** peuvent avoir une visée

- a- cytologique ;
- b- morphologique.

## **CYTOLOGIQUE**

Par **l'amniocentèse** : il s'agit de prélever du liquide amniotique par voie trans-abdominale à partir de la fin du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse. De ce liquide l'on prélève des cellules (le liquide amniotique contient des cellules cutanées, muqueuses). A partir de celles-ci, il est possible d'établir un caryotype (ex. trisomie 21) de faire l'examen biomoléculaire et de faire à partir du liquide amniotique des recherches biologiques ou enzymatiques.

Par le **prélèvement de villosités chorales ou biopsie du trophoblaste** : cela consiste à prélever un fragment de placenta sous contrôle échographique. On peut réaliser les mêmes examens que par amniocentèse et ceci plus précocement à partir du 2<sup>ème</sup> mois de grossesse, ce qui faciliterait davantage l'I.T.G. si celle-ci est,

toutefois, indiquée.

Par **cordocentèse** : prélèvement de sang fœtal par ponction directe du cordon. Elle a pour intérêt, essentiellement le diagnostic des maladies liées à l'hémoglobine (thalassémie, drépanocytose, déficit immunitaire, l'anémie liée au groupe rhésus et les anticorps spécifiques de certaines infections).

L'on peut isoler aussi les cellules fœtales à partir du **sang maternel**. Cette technique cytologique est encore au stade expérimental, et qui a l'intérêt d'être possible à partir du premier mois de grossesse. Lorsqu'elle sera au point, elle pourrait banaliser le diagnostic anté-natal avec ses avantages mais aussi ses dérives potentielles lorsque l'indication n'est pas médicale.

## **MORPHOLOGIQUE**

C'est la visée **morphologique** qui est aujourd'hui la plus indiquée.

- **Embryoscopie ou foetoscopie** : Vision directe de l'embryon ou du fœtus. Elles comportent des risques d'interruption de la grossesse. Aussi, elles ne sont pratiquées que dans des services hautement spécialisés et pour des indications spécifiques.

**Echographie** : c'est l'examen principal pour étudier la morphologie, la croissance, la vitalité du fœtus, le comportement, le rythme cardiaque. Il est devenu routinier et indispensable pour la surveillance de la grossesse.

Entre les mains d'opérateurs avertis et disposant de l'échographie endovaginale, l'on peut mettre en évidence précocement des malformations mineures ou majeures.

Les examens cytologiques et morphologiques ayant été pratiqués, quelle est la conduite à tenir au vu des résultats ?

La conduite à tenir comporte des éventualités :

1. **aucune anomalie** : rassurer le couple.
2. Interventions curatives *in utero* : exceptionnelles en raison de leurs risques pour la mère : quelques exemples de dérivation d'une hydronéphrose ou d'une hydrocéphalie.
3. Traitement de troubles du rythme cardiaque dépistés par l'E.C.G., le traitement anti-arythmique étant transmis par la circulation sanguine maternelle.
4. **Découverte d'une anomalie : Deux alternatives**
  - a. Poursuite de la grossesse. Intervention rapide à la naissance pour corriger les malformations et possibilités thérapeutiques ultérieures.
  - b. Interruption de la grossesse dans les cas de malformation létale, incompatibles avec la survie.

La prise de décision, maintien ou interruption de la grossesse est multidisciplinaire (accoucheur, échographiste, néonatalogiste, chirurgien, hématologiste, orthopédiste, ORL, stomatologiste), selon la malformation et également parentale, après information objective du couple.

Dans le cadre du diagnostic anténatal, l'on peut évoquer deux situations en rapport étroit avec celui-ci :

- le diagnostic génétique **préimplantatoire** (D.P.I.) ;
- le choix et programmation du sexe par sélection des spermatozoïdes.

### **Le diagnostic génétique pré-implantatoire :**

Avant de l'aborder, il y a lieu de rappeler quelques notions : la façon de naître et la procréation médicalement assistée.

**Façon de naître :** La fécondation charnelle de l'ovocyte se déroule au niveau des trompes. L'ovocyte est alors assiégé par des milliers de spermatozoïdes, mais un **seul** arrive à transpercer la membrane pellucide et à **féconder l'ovocyte**. Les autres seront en déperdition, au niveau des muqueuses vaginales, utérines ou tubaires. Cette compétition entre les spermatozoïdes est fondée sur l'aptitude innée reproductive dans le milieu biologique naturel des trompes, si ce n'est le fruit du hasard en somme une loterie génique.

Lors de la fécondation *in vitro* (F.I.V.), la même compétition existe mais dans une éprouvette contenant des ovocytes et des spermatozoïdes baignant dans un liquide approprié et cliniquement proche du liquide contenu dans la trompe, alors que dans la fécondation par ICSI (Intracytoplasmique Sperm Injection), il n'y a plus de compétition, entre les spermatozoïdes. C'est une tierce personne le praticien qui choisit le spermatozoïde pour lever l'obstacle à la fécondité et ce, par introduction instrumentale et guidée du spermatozoïde : c'est en somme, ce qu'on a appelé : le **viol de l'ovocyte**.

Quel que soit le mode de fécondation de l'ovocyte, naturelle ou assistée, l'on observe la fusion du noyau du spermatozoïde et de son homologue féminin, qui réalise le zygote. Commence alors, la multiplication cellulaire. L'œuf va alors migrer vers la cavité utérine où il va s'installer. Les divisions vont se poursuivre et l'on assiste alors au développement et à l'évolution morphologique pour aboutir à l'embryon, puis au fœtus. Ce n'est qu'au bout d'un processus de neuf mois que survient la naissance. En

deçà, il peut s'agir d'une naissance prématurée, au-delà d'une dysmaturité. Dans ces deux dernières situations, le maintien de la vie à la naissance et sa qualité, précoce ou tardive sont l'objet d'aléas et d'incertitudes.

Ces deux techniques de fécondation nous amènent à évoquer la pratique du diagnostic **génique pré-implantatoire** de **l'embryon *ex vivo***.

### **Le diagnostic pré-implantatoire : Définition**

La technique vise à prélever après fécondation au moins d'une pipette une cellule du blastocyte, de déterminer le gène anormal ou le sexe et ce dans le but d'éviter des anomalies héréditaires dites « *liées au sexe* ». Ne seront alors implantés dans l'utérus que les embryons génétiquement sains.

C'est évidemment, la voie ouverte aux risques eugéniques dès le stade embryonnaire *ex vivo* et la sélection biologique du meilleur embryon ou le choix du sexe. Ce dernier choix est devenu également possible grâce à la sélection du sperme et de la différenciation des spermatozoïdes X qui donneront une fille et Y qui donneront un garçon.

Différentes méthodes sont utilisées pour la sélection du sperme :

- a- différence de poids entre les 2 populations de spermatozoïdes ( l'Y est de 3 % inférieur l'X ) ;
- b- différence de vitesse de migration ;
- c- la coloration fluorescente des spermatozoïdes ;  
méthode la plus récente : elle consiste à colorer les spermatozoïdes X et Y par des sondes fluorescentes, les populations étant triées par cytométrie en flux.

La sélection séparation X et Y de l'éjaculat peut être l'objet de dérives : le choix du sexe, quand il n'est pas pratiqué pour des raisons médicales. Il est par contre, justifié lorsqu'il est susceptible de prévenir des maladies héréditaires liées au sexe. Exemple : la maladie de Duchenne de Boulogne (myopathie) et l'hémophilie qui n'atteignent que les garçons, la mère étant saine mais conductrice des gènes et pourra transmettre la maladie à ses fils.

Le diagnostic pré-implantatoire ainsi que la sélection du sperme suscitent des craintes éthiques justifiées pour ceux qui y voient leur **caractère eugénique**. Mais ces craintes ne sont pas justifiées pour ceux qui y voient avant tout, la prévention de la transmission héréditaire et que l'on ne peut parler d'eugénisme, ce terme ayant une visée collective (éliminer les homozygotes et les hétérozygotes) alors que le diagnostic pré-implantatoire a une visée individuelle : **Eviter les grossesses** pathologiques et des anomalies géniques qui se seraient dévoilées ultérieurement.

Ainsi cette technique pourrait même réaliser une **économie**, une **limite** à l'interruption " dite " thérapeutique de la grossesse chez les groupes à risque élevé, puisque seuls les bons embryons seront transférés. Mais la crainte de la banalisation du diagnostic pré-implantatoire serait de nature à susciter chez le couple, le **droit de décider** du devenir de la vie selon des convenances et des caractéristiques physiologiques et d'éviter toute incidence génique pathologique. Cette liberté est contraire à l'évolution humaine, à la grande loterie de l'hérédité et à sa **diversité**. Par ailleurs, pour certains, le diagnostic pré-implantatoire par prélèvement instrumental d'un blastomère n'est pas dénué de risques de l'instrumentalisation et suscite des craintes sur le développement ultérieur de l'embryon *in utero*, bien que l'on n'ait pas encore observé des perturbations *in vitro*. En effet, l'on ne dispose ni d'évaluation valable, ni de recul

suffisant pour connaître les risques à long terme. D'où, la nécessité pour émettre un jugement adéquat, d'une surveillance régulière de la qualité de la vie des enfants nés par la pratique du diagnostic pré-implantatoire. Cependant, la surveillance d'une cohorte de nouveau-nés obtenus par procréation assistée et diagnostic pré-implantatoire n'est pas dénuée de risques éthiques et s'avère difficilement réalisable.

Le diagnostic anté-natal et la fœtologie ouvrent la porte à la **Médecine prédictive**.

Grâce à la biologie moléculaire, le D.P.N. permet de déterminer des prédictions ou la probabilité chez l'embryon ou le fœtus d'une maladie à caractère génétique qui surviendra à un âge plus ou moins avancé de la vie : c'est la **médecine prédictive**. Elle repose sur des critères scientifiques de certitude ou de probabilité de par la connaissance du génome humain, la localisation, la composition et le fonctionnement des gènes. Elle est en somme "*la chronique d'une vie annoncée à l'avance avec ses risques et ses espoirs*".

Parmi ces maladies, l'on peut citer la maladie de Huntington qui se déclare à l'âge adulte (50 ans), maladie à caractère génétique dominant qui se manifeste par une affection dégénérative du système nerveux central, qui évolue d'une façon progressive et inéluctable vers la mort en 4 ou 5 ans. L'on connaît actuellement le gène responsable de la maladie. Il est localisé au niveau du bras court du chromosome 4. Il en est de même de la maladie d'Alzheimer, démence sénile, maladie qui apparaît vers l'âge de 60 ans et dont la fréquence augmente en raison de la prolongation de la longévité et dont on a également localisé le gène. A supposer que ces deux maladies soient diagnostiquées au stade anté-natal, ce serait en quelque sorte l'annonce d'une mort différée ce qui poserait des problèmes d'interruption de la grossesse en raison de la lourde prise en charge par la famille et la société.

Aussi toute annonce erronée peut-elle entraîner angoisse et culpabilisation

Mais, interrompre une grossesse en raison du risque tardif d'une maladie, revient à l'interruption dans l'œuf, d'une vie qui pendant 40 ou 50 ans se serait déroulée normalement. C'est empêcher une vie de se développer pour éviter qu'elle ne s'interrompe prématurément. Ce n'est plus alors, comme il a été dit un "*enfant quand je veux et comme je veux, mais aussi la garantie d'une vie saine jusqu'à ses limites*".

Cependant, la médecine prédictive a également l'avantage de prédire dès le stade anténatal et sur le plan individuel, des maladies polygéniques et polyfactorielles d'une manière probabiliste en fonction des gènes, non de certitude, mais de susceptibilité (maladie cardio-vasculaire, H.T.A., infarctus, hypercholestérolémie familiale, glaucome) que l'on peut prévenir en intervenant sur l'environnement nutritionnel ou autre.

Sur le plan collectif, la médecine prédictive a l'avantage de prévenir par le dépistage des maladies génétiques à l'échelle des communautés ou certaines maladies monogéniques sont particulièrement graves. Exemple : les hémoglobinopathies dans le bassin méditerranéen où des programmes d'élimination de la maladie ont été entrepris avec succès.

Le diagnostic anténatal soulève des **considérations éthiques et juridiques**.

Notre Comité National d'Ethique Médicale n'a pas été saisi pour donner son avis sur ce problème, probablement en raison de l'absence de thérapeutique dans la majorité des cas et que l'issue habituelle est l'interruption de la grossesse qui est déjà régie par des textes de loi. Néanmoins, des dérives sont possibles d'où la nécessité

de définir un cadre général, des principes éthiques, et d'éviter la référence à une normalité difficile à définir et avoir recours éventuellement à l'intervention du législateur. Des comités d'éthique étrangers ont édicté des principes éthiques pour éviter les dérives.

1. Le recours au D.P.N. doit reposer sur le **consentement libre et éclairé** de la femme ou du couple concerné et pratiqué après que toutes les informations leur ont été fournies notamment grâce au conseil génétique, et les informations relatives au choix que le couple est amené à prendre.
2. Le D.P.N. doit être refusé pour des caractéristiques non médicales en particulier la sélection du sexe ou autres caractéristiques.
3. Le D.P.N. suppose des services médicaux et sociaux de qualité et des techniques fiables, l'exigence des garanties contre les pratiques contraires à l'éthique, respect de la confidentialité des résultats, par des mesures appropriées, la conservation, la circulation et la communication des données.
4. Aucune pression ne doit être exercée sur le couple.
5. Le D.P.N. dans tous les cas doit être considéré comme un acte médical et doit être proposé sur des bases médicales précises.
6. Il importe au corps médical d'informer la communauté et le public **Information Education Communication ( I.E.C)** sur la possibilité offerte par le D.P.N. pour la prévention du handicap et ses limites.

Ces principes éthiques sont valables dans notre contexte tunisien. Il y a lieu cependant d'ajouter que l'accès au diagnostic prénatal devrait être accessible à tous les couples à risques et sans distinction, lors des consultations prénatales systématiques entrant dans le cadre de la périnatalogie, le handicap étant un problème de société et de santé publique. L'accent devrait davantage, être mis lors de l'examen prénuptial, avant la délivrance du certificat qui devrait stipuler dans l'application "le médecin doit attirer l'attention du couple sur les risques de consanguinité et la possibilité de recourir aux consultations génétiques dans des structures habilitées à cet effet et qui répondent aux garanties de l'éthique". Lorsque le diagnostic prénatal sera appelé à une plus grande extension, il faudrait peut être envisager comme cela existe ailleurs des centres pluridisciplinaires de D.P.N.

### **Faut-il légiférer en matière de D.P.N. ?**

Des pays ont légiféré dans ce domaine après une réflexion qui a duré plusieurs années (loi de septembre 1994 en France). Nous pensons que le D.P.N. tel qu'il est pratiqué actuellement en Tunisie, n'a pas encore pris une extension telle qu'il nécessite l'intervention du législateur. La seule exigence que l'on peut faire est celle de l'obligation de moyens (qualification du personnel et l'équipement adéquat renouvelé en fonction du progrès de la technologie), l'exigence de l'agrément des laboratoires qui pratiquent les caryotypes et les examens biologiques relatifs au D.P.N., sur des critères rigoureux. Cet ensemble d'exigences est de nature à constituer un frein législatif, au développement incontrôlé du D.P.N. et une garantie de qualité pour éviter les conséquences et les drames d'un D.P.N. injustifié.

Nous pensons qu'en l'état actuel du diagnostic prénatal en Tunisie, le système de régulation existe et qu'il est pratiqué dans les limites acceptables et qu'en conséquence, il ne nécessite pas l'intervention du législateur et ce, d'autant plus que l'I.T.G. est régie par des textes de loi, et qu'il existe des mécanismes internes au sein de la profession régies par le code de déontologie qui garantit la qualité des soins.

Si le diagnostic prénatal sera appelé un jour à prendre de l'extension et si des dérives eugéniques ou autres sont constatés, il y a lieu de prévoir, pour assurer la qualité du diagnostic et éviter le développement anarchique et non contrôlés, des dispositions aux fins que le D.P.N. ne soit pratiqué que dans des structures hospitalières publiques ou privées agréées et que l'agrément soit soumis à la qualification des médecins, à l'équipement et au respect des règles d'éthique applicables au D.P.N.

Cependant, comme vous le savez, nous disposons néanmoins de la loi sur l'interruption de grossesse. Le décret loi tunisien 73-2 du 26 septembre 1973, portant modification du code pénal rectifié par la loi 78-57 du 19 novembre 1978 stipule "l'interruption volontaire de la grossesse est autorisée lorsqu'elle intervient dans les 3 premiers mois, dans un établissement sanitaire ou dans une clinique agréée, par un médecin exerçant légalement sa profession. Postérieurement aux 3 mois, l'interruption thérapeutique de la grossesse peut être pratiquée lorsque la santé de la mère ou son équilibre psychique risquent d'être compromis par la continuité de la grossesse ou lorsque l'enfant à naître risquerait de souffrir d'une maladie ou d'une infirmité grave. L'interruption doit avoir lieu sur présentation d'un rapport du médecin traitant au médecin devant l'effectuer.

Cette loi mérite *a posteriori* une analyse :

**a-** qu'est-ce qu'une **maladie grave** chez la mère ?  
L'appréciation est facile en raison des investigations qui sont à notre portée aujourd'hui. Quant à l'équilibre psychique chez la mère, il peut être l'objet de nombreuses interprétations et de dérives que la jurisprudence aura à interpréter, au vu d'un rapport d'expertise neuropsychiatrique dont on connaît les difficultés d'appréciation.

**b-** Qu'est-ce que "la **santé de l'enfant à naître** ou le **handicap** ? Lorsque la loi a été promulguée (septembre 1973), il n'était pas, alors à la portée du praticien, en l'absence des techniques actuelles de "diagnostic anténatal" qui viennent d'être exposées, d'évoquer avec certitude une maladie, ou un handicap de l'enfant à naître, en dehors de quelques exceptions de maladies, transmissibles de la mère à l'embryon ou au fœtus, d'une maladie acquise au cours de la grossesse (rubéole, toxoplasmose et autres, ....). L'état de l'enfant ne pouvait être que dans l'imaginaire parental.

A ce point de vue, la loi se voulait laxiste, laissant la porte ouverte à toutes les interprétations. Par ailleurs, la loi ne prévoit pas à l'I.T.G., de date buttoir, c'est-à-dire devant une anomalie grave décelée quelques jours avant la naissance, l'interruption de la grossesse peut être licite. Par ailleurs, l'âge de la grossesse, avec des risques pour la mère, était déterminée que par les renseignements fournis par la mère et l'appréciation clinique du médecin à une ou deux semaines près, alors qu'aujourd'hui **l'imagerie fœtale** peut le préciser et **décélérer le handicap** entre les mains de spécialistes formés à la fœtologie.

Dans les faits, c'est au juge qu'il appartient de se référer à l'article 32 du code de déontologie qui stipule " le médecin doit toujours élaborer un diagnostic avec la plus grande attention et s'il y a

lieu en se faisant aider dans la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées”. Ce qui devrait imposer par ailleurs au médecin **d’actualiser ses connaissances** par la **formation continue** dans le domaine de la reproduction, de la médecine **foetale** et de se référer à des spécialistes. En effet la médecine foetale est une médecine **pluridisciplinaire** qui demande compétence, vigilance, prise en compte de la responsabilité. S’agissant de la vie, elle exige obligation de moyens et de résultats. L’erreur n’est pas permise. Le diagnostic anté-natal nécessite de l’objectivité médicale mais aussi l’appréciation subjective d’autres facteurs philosophiques, moraux et éthiques. Il nécessite dialogue médecin-patient pour le consentement et la confidentialité. Il nécessite aussi la collaboration entre chercheurs pour l’amélioration des connaissances

## **CONCLUSION**

Comme vous le constatez, l’on connaît de mieux en mieux le risque de l’enfant à naître, alors qu’il n’était pas à la portée de la médecine d’il y a 20 ans de déceler des risques malformatifs, génétiques et la prédiction ou la probabilité de maladies qui peuvent survenir à la naissance ou après.

L’enfant ne pouvait être que dans l’imaginaire parental dans une vitrine inaccessible aux investigations.

Aujourd’hui, il est devenu accessible dès la fécondation.

Il est accessible à des choix, à des manipulations géniques. Nous pouvons le suivre dans son développement jusqu’à la naissance, déterminer ses caractéristiques, la qualité de la vie, ses handicaps.

Certes, on ne peut nier que le diagnostic anté-natal est en relation étroite avec l’I.T.G., mais ses acquis sont considérables. Nous pensons qu’il ne peut être question dans une simplification réductible

de lier le D.P.N. à l'I.T.G. ou à l'ambition de tout savoir et choisir selon des convenances.

Le D.P.N. et le D.P.I ont une valeur positive certaine. Elle réside lorsqu'ils sont pratiqués dans des familles à risques éprouvées par la détresse d'anomalies génétiques d'affirmer que l'enfant à naître sera normal, indemne d'un gène d'une anomalie transmissible, d'une maladie grave ou de handicap. Ils peuvent conduire à savoir et à rassurer des couples qui auraient renoncé à toute nouvelle grossesse.. Ils peuvent conduire à mieux se préparer pour évaluer la fonction d'un organe et pour soigner.

Ils permettent d'expliquer au couple par l'information objective et adaptée au langage, la qualité future de la vie, les possibilités éducatives et rééducatives afin d'éviter que devant toute anomalie, même accessible au traitement, l'on ait recourt abusivement à l'I.T.G.

Il faut donc instaurer un dialogue, expliquer par un langage compréhensible par le couple auquel il appartiendra en dernier lieu la décision. Mais l'on sait que celui-ci devant une infirmité même mineure et même curable préfère recourir à l'I.T.G. Cette position peut être justifiée et légitime devant l'éclatement des familles, l'évolution sociale, le coût des prestations de qualité : c'est donc un problème médical, social et **économique** et de responsabilité pour une mère qui veut mettre au monde un enfant sans aliéner sa vie sociale.

Aussi, si la détection d'anomalie par le diagnostic anténatal est un réel progrès de la fœtologie, celui-ci doit aller de pair avec le développement des soins en néonatalogie, en rééducation du handicap et de la prise en charge, à défaut les couples opteront pour l'I.T.G. Cependant, il importe de savoir que ces progrès ont des limites et qu'ils n'aboliront pas les hasards de la naissance.

En effet, l'humanité est faite de différences : c'est la grande loterie de l'hérédité. Un ordre génétique ne peut être dicté ni par un pouvoir politique, ni par un pouvoir économique. Nous ne pouvons que corriger les déviations par des services médicaux, économiques, sociaux et administratifs de qualité à l'effet d'obtenir une naissance saine, qu'elle ne s'accompagne pas de préjudices d'une vie injuste et qu'elle soit entourée par la plus grande sollicitude.

En Tunisie, nous avons pris à cet effet des engagements nationaux, le Code de Protection de l'Enfance promulgué en 1995, la législation en faveur des handicapés. Nous avons pris un engagement international : la Convention Internationale des Droits de l'Enfant pour " une protection garantissant **l'intérêt supérieur de l'enfant** et la préparation des **générations futures** qui sont la substance du progrès, la promesse d'un jour meilleur ou comme le mentionne notre culture : (l'enfant parure de la vie)".