

LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE. PROBLEMES MEDICAUX ACTUELS ET ETHIQUE

**CONGRES DE LA SOCIETE TUNISIENNE DES SCIENCES MEDICALES
OCTOBRE 1995**

=====
**VII^{EMES} JOURNEES MEDICALES IBN EL JAZZAR
HOTEL CONTINENTAL, KAIROUAN, 4-5 AVRIL 1997**

=====
**ASSOCIATION TUNISIENNE DE PLANIFICATION FAMILIALE
ET L'OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, BEJA, LE 4 AVRIL 1998**

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

La procréation médicalement assistée suscite un grand intérêt, non seulement auprès des chercheurs scientifiques, mais aussi auprès de l'opinion publique surtout auprès des couples inféconds dans la mesure où cette technique pourrait leur permettre de satisfaire leur désir d'enfant, d'assurer leur propre descendance biologique et ne pas recourir à l'adoption. Par ailleurs, dans notre contexte arabo-musulman, la reproduction est encouragée par l'Islam vu Hadith du Prophète : « Le jour de la résurrection, le prophète sera fier de l'importance numérique de sa communauté et les croyants sont encouragés à se reproduire ».

Cependant, les applications, les conséquences actuellement connues et d'autres imprévisibles, les déviances suscitent des réserves et des inquiétudes. Elles soulèvent des problèmes sociaux, éthiques et juridiques qui ont amené plusieurs pays à légiférer dans ce domaine et ne pas le laisser à la seule conscience médicale. En effet, les techniques de P.M.A. bouleversent les structures traditionnelles, professionnelles et déontologiques. Les enjeux sont certes procréatifs et affectifs, mais aussi éthiques, juridiques et économiques. Ils concernent aussi le corps médical devant l'extension de ses responsabilités auxquelles il n'a pas été préparé. Ces techniques concernent aussi la société en raison de leur coût financier dans la mesure où elles sont coûteuses et où elles entrent en concurrence avec des thérapeutiques prioritaires. Par ailleurs, si l'on admet de ne faire bénéficier que les catégories privilégiées ce serait contraire à l'éthique et à l'accès aux soins pour tous. Or la P.M.A. n'est pas une thérapeutique, elle ne guérit pas la stérilité, c'est une manière de contourner les obstacles à la fécondation naturelle pour réussir une grossesse. Témoin de l'enjeu économique et à titre d'exemple, en France, une tentative de P.M.A. est estimée à 8 000 FF sachant qu'il faut 3 à 4 tentatives pour réussir la fécondation, in vitro, la venue au monde d'un nouveau-né issu de cette méthode reviendrait à 250 000 FF et s'y ajoutent les frais de réanimation aux prématurés dont la fréquence est élevée en P.M.A. La charge annuelle pour la sécurité sociale en France serait de 80 millions de francs, les activités de FIV reviennent à un milliard de francs pour un nombre qui se situe autour de 4 000 naissances (source CNEM). 1 % des naissances. (En Tunisie, une tentative reviendrait à 2000 \$, d'après des confrères obstétriciens).

Par ailleurs, d'autres aspects de la P.M.A. liés au progrès suscitent des inquiétudes : exemple le diagnostic pré-implantatoire, le choix du sexe, le sort des embryons surnuméraires, la réduction embryonnaire la maternité de substitution, la filiation,

Pratiquée depuis plus de 20 ans, la fécondation in vitro (FIV) est actuellement bien contrôlée. La micro fécondation assistée ICSI connaît des succès mais aussi des réserves. Mais quelle que soit la technique, il y a des risques, qu'il est éthique de les identifier aussi

bien chez la mère que chez l'enfant à naître. C'est là qu'intervient l'éthique, et ce d'autant plus que l'intervention médicale, n'est pas ici justifiée par une menace pathologique.

L'on sait que l'assistance Médicale à la Procréation (AMP) expose les patients à des complications à court terme et à long terme.

LES COMPLICATIONS A COURT TERME

Les complications liées à la stimulation ovarienne

Les syndromes d'hyperstimulation ovarienne sont fréquents mais dans l'ensemble modérés. Les formes graves, heureusement rares (0,5 à 2,6 %), nécessitent une hospitalisation, parfois en unité de soins intensifs pour éviter une issue fatale. De tels tableaux, aujourd'hui bien connus, conduisaient autrefois à des interventions chirurgicales radicales, dramatiques chez ces femmes jeunes et stériles.

Les accidents thrombo-emboliques, très rares, sont parfois redoutables, notamment lorsqu'il s'agit d'embolies artérielles, presque toujours cérébrales. Ne succédant habituellement pas à une hyperstimulation, leur prévention est difficile et leur évolution souvent mortelle. Les thromboses veineuses du territoire cave inférieur sont, dans l'ensemble, moins graves.

La fréquence des grossesses multiples.

Or, on sait que les grossesses multiples comportant trois fœtus ou plus sont des grossesses à haut risque où l'on note une augmentation des complications, qu'il s'agisse de toxémie gravidique, d'hypertension artérielle, d'infection urinaire, de retard de croissance in utero, d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes et de problèmes mécaniques lors de l'accouchement, ce qui aboutit, en définitive, à une élévation très importante du nombre des césariennes. Il convient également de rappeler les problèmes psychologiques, sociaux et économiques rencontrés par les parents ayant à élever des enfants triplés ou plus nombreux.

Certes les réductions embryonnaires, sont solution éventuelle aux grossesses multiples et ses complications mais elles sont particulièrement pénibles tant pour le gynécologue-obstétricien qui doit choisir les embryons à éliminer que pour la mère ayant enfin obtenu la grossesse qu'elle désirait. La décision peut être raisonnable mais elle est aussi cruelle et de véritables souffrances psychiques peuvent s'exprimer pour avoir donné un consentement volontaire à la réduction et avoir bouleversé les croyances et les traditions.

Les autres complications à court terme

- *Les grossesses extra-utérines* sont plus fréquentes après AMP.
- *Les avortements spontanés* plus fréquents et en corrélation avec la parité et l'âge de la mère.
- *Des complications peuvent être dues également aux manoeuvres* telle la ponction des follicules ovariens

DES COMPLICATIONS A LONG TERME ET IMPREVISIBLES ONT ETE SIGNALEES

La possibilité d'un effet carcinogène de la stimulation sur les ovaires a été récemment évoquée à la suite de plusieurs études, à vrai dire contradictoires.

DES RISQUES POUR L'ENFANT

L'on peut distinguer :

- 1- Les risques liés aux grossesses multiples ;
- 2- Les risques liés aux indications masculines ;
- 3- Les risques liés aux techniques invasives sur l'ovocyte dans les cas de

l'ICSI.

LES RISQUES LIES AUX GROSSESSES MULTIPLES

Elles constituent une menace sérieuse de retard de croissance intra-utérin et de prématurité, qui augmente la morbidité et la mortalité périnatales. On ne dispose

malheureusement pas d'un suivi de ces enfants pendant plusieurs années pour évaluer les conséquences de ces hypotrophies. Mais, des études épidémiologiques pratiquées sur des enfants issus de procréations multiples et naturelles montrent qu'il y a une augmentation du risque de séquelles cérébrales et du risque, à l'âge adulte, de maladies cardio-vasculaires. Ces deux types de risques devraient faire l'objet d'une attention particulière en étudiant, dans les premières années de la vie, d'une part le développement psychomoteur et, d'autre part, l'apparition pendant l'enfance d'une élévation de la tension artérielle qui serait un signal précoce du risque cardio-vasculaire.

Les Risques inhérents aux indications masculines

Ces risques tiennent à ce qu'une proportion notable des infertilités masculines est d'origine génétique. Restées longtemps hors de toute solution thérapeutique, un espoir leur a été ouvert avec la FIV et surtout avec la micro-injection du spermatozoïde dans l'ovocyte, dont elles sont maintenant l'indication majeure. Toutefois, la possibilité d'obtenir une procréation à partir de spermatozoïdes éventuellement vecteurs d'une anomalie génétique, impose des précautions auxquelles on doit apporter, une attention particulière.

et rechercher une éventuelle cause génétique dans toute infertilité masculine ; évaluer les risques de transmission, dans le cadre d'un conseil génétique avant conception.

En effet, les infertilités masculines génétiques sont diverses. Il en est de 4 types, mais d'autres restent à découvrir.

Les infertilités par anomalies chromosomiques

Il est établi, depuis longtemps, que les hommes infertiles présentent un taux anormalement élevé d'aberrations chromosomiques, ce taux étant proportionnel à l'intensité du déficit en spermatozoïdes.

Les plus fréquentes, observées surtout dans les azoospermies, sont des dysgonosomies généralement du type XXY ; le risque est la transmission d'une dysgonosomie, qui est évidemment compatible avec la vie mais ne se limite pas toujours à une stérilité et des translocations réciproques, avec risque variable selon la translocation.

Les infertilités par mucoviscidose

L'absence des canaux déférents, peuvent relever une forme particulière de mucoviscidose, caractérisée par une expression essentiellement génitale, sans autres manifestations apparentes de la maladie.

Autres causes génétiques d'infertilité

Les dyskinésies ciliaires, la localisation du gène sur le chromosome Y, qui peut être à l'origine d'une azoospermie ou d'une oligospermie, jusqu'alors la micro-injection car l'identification lorsqu'elle se révèle possible, devrait faire avant la décision thérapeutique.

Nous venons de voir la diversité de ces risques ; certains sont prévisibles, en particulier parce qu'ils tiennent aux indications, d'autres peuvent seulement être évoqués. En fait, ce que l'on doit redouter avant tout ce sont des risques à l'heure actuelle imprévisibles, d'autant plus difficiles à reconnaître qu'ils seraient tardifs.

Devant ces risques, l'on peut se poser la question de savoir, si « avoir un enfant » en dehors du processus normal de fécondation est justifié et si la société admet les techniques qui servent à donner des enfants héritiers de leur patrimoine biologique et qui jouent avec les normes les plus sacrées de la nature dissociant sexualité et procréation.

La P.M.A. est pratiquée en Tunisie depuis quelques années. Cette activité entre, actuellement, dans le cadre du traitement de la stérilité, qui relève des spécialistes et du respect de la déontologie. Cependant, étant donné la complexité du problème, il importe d'apporter des réponses à toutes les questions éthiques, juridiques et religieuses.

Aussi le Comité National d'Ethique Médicale a-t-il été saisi, par les autorités de tutelle, pour donner un avis sur ces questions. La section technique du Comité a auditionné quelques confrères qui pratiquent la P.M.A. dans les secteurs public et privé et après avoir consulté une documentation relative à ce sujet a émis le rapport et des recommandations.

Le rapport :

Le Comité constate : Comme un peu partout dans le monde, que la procréation est ardemment souhaitée en Tunisie, par les couples en difficulté bien sûr mais aussi par la société. Même si, une politique est menée en faveur de la planification familiale, cela n'a pas empêché à la considérer de manière très positive. La stérilité est perçue comme un handicap douloureux voire comme une malédiction à tel point que l'on y consent d'énormes sacrifices financiers. Certains d'ailleurs n'hésitent pas, pour avoir un enfant, à s'adresser à l'étranger. Nous ne disposons pas de statistique à l'échelle nationale. A l'échelon mondial, l'OMS estime que le taux de fécondité des couples est de 10 % mais il reste à définir l'infécondité. Dans une grande maternité de Tunis, 20 % des consultants, viennent pour infécondité. Quelle infécondité ?

La demande est donc très forte et la société traditionnelle admet donc sans complexe la procréation assistée et avec les progrès de la médecine, elle cherche à profiter des succès accomplis par la technologie, la biologie et la génétique. D'où la très forte progression constatée au cours des récentes années dans la pratique médicale liée à ce désir d'enfant, pratique qui se multiplie actuellement dans le secteur privé et nous voyons, des institutions se livrer à la pratique de la Procréation Médicalement Assistée (P.M.A.), pratique laissée à la seule conscience du médecin et de sa déontologie, ce qui ne va pas sans soulever de très graves questions. Même si l'opinion publique admet cette réalité et la considère comme une des solutions possibles au problème humain et social de l'infécondité, il ne faut pas perdre de vue que la P.M.A. est la mise en oeuvre de techniques, elles-mêmes en constante évolution dont certaines sont déjà rodées mais dont d'autres manquent encore du recul suffisant pour en permettre l'évaluation et autres pourront être à l'avenir expérimentales. Toutes ces techniques ont en commun une même finalité : la réalisation d'une grossesse suivie d'une naissance, le processus naturel étaient réaménagés à des stades divers et ce de manière à corriger les défaillances naturelles des couples. Ces défaillances peuvent relever de raisons anatomiques, physiologiques ou psychologiques de l'un ou l'autre de ses membres ou des deux à la fois. Le caractère thérapeutique ou plutôt le contour de l'obstacle à la fécondité du couple est donc essentiel.

La P.M.A. elle-même et les conditions dans lesquelles elle est pratiquée et les justifications invoquées ne peuvent donc laisser indifférents ni les pouvoirs publics ni les autorités médicales. Les applications et les conséquences connues ou encore totalement imprévisibles, les abus auxquels elle peut donner lieu, bouleversent complètement nos idées habituelles et nos traditions.

Les interrogations que l'on peut se poser sont d'ordre très divers. Elles sont tout autant techniques et médicales que philosophiques, relatives à l'éthique de la vie, juridiques, ou socio-économiques.

A- Problèmes techniques :

Les techniques doivent être parfaitement maîtrisées car leurs conséquences portent sur la vie, la santé et l'avenir tant de l'embryon lui-même que de la mère, du couple, voire de la descendance possible de l'enfant à naître sans parler des embryons surnuméraires dont le devenir et la destination ne sont pas toujours clairement prévus.

Il importe de s'assurer que les praticiens maîtrisent ces techniques, que leur formation et leurs prestations atteignent un niveau de compétence suffisant eu égard surtout au fait que beaucoup de procédés mis en oeuvre sont encore au stade expérimental et que leurs conséquences sont largement inconnues de nous aujourd'hui. La nécessité de la surveillance médicale, les risques physiologiques et psychologiques encourus, les grossesses multiples, les manipulations d'embryons, les erreurs de laboratoire tout cela doit être présent à nos esprits si l'on veut réduire les risques au minimum et diminuer les sources d'erreurs tout en sachant pertinemment qu'on ne peut pas les éliminer entièrement.

Le projet d'enfant dans ces conditions cessant d'être une affaire interne du couple devrait être mené jusqu'au terme de la grossesse dans des conditions aussi proches que possible de la nature. Il devient un projet qui déborde largement le cadre de l'intimité conjugale et qui doit prendre en charge les intérêts de la collectivité sans oublier ceux de l'enfant à venir. Il ne faut pas oublier enfin que l'essentiel de la justification et de la légitimité de la P.M.A. provient de son caractère strictement thérapeutique et qu'il s'agit de venir en aide à un couple stérile, faciliter la procréation quand d'autres thérapeutiques ont été inefficaces. L'indication par convenance étant exclue. Est exclue également l'obstination procréative.

B- Problèmes éthiques : Ils sont nombreux, variés et souvent délicats à apprécier.

a-) En tout état de cause la P.M.A. en Tunisie ne saurait être pratiquée que dans le cadre strict du couple juridiquement constitué conformément à la législation de notre pays. La seule filiation admise est celle que « désigne le lit » comme disent les juristes musulmans. Ce qui exclut d'office certaines pratiques admises par d'autres législations dont : le tiers donneur.

Le recours à des tiers donneurs est en contradiction totale avec l'islam, avec nos usages et avec la législation tunisienne. Juridiquement il est assimilable à l'adultère, il brouille les règles successorales et il ouvre la porte au viol de nos règles en matière de choix du partenaire au mariage.

b-) Le respect de la vie aussi est un principe inaliénable tant du point de vue philosophique qu'éthique, politique et déontologique. Ce qui implique que les embryons surnuméraires soient réduits aux stricts besoins de la pratique, et qu'un délai de destruction leur soit assigné. On peut discuter, ici le statut de l'embryon et la légitimité de cette destruction. Mais dans la mesure où l'I.V.G. est juridiquement admise et même qu'elle est très largement entrée dans nos moeurs le problème de conscience posé dans d'autres contextes socio-culturels n'a pas de raison d'être soulevé ici. On ne saurait appliquer à l'embryon congelé des règles plus restrictives que celles qui sont appliquées à l'embryon dont l'avortement est admis dans le cadre de la planification des naissances.

c-) Le désir d'enfant est légitime, mais n'y a-t-il pas des critères à mettre en oeuvre ? Age des membres du couple, délai minimum après le mariage, santé de la mère dans la mesure où les grossesses multiples sont favorisées par la P.M.A., risques encourus par l'enfant... N'y a-t-il pas lieu en la matière de prévoir des règles de conduite qui seraient autant de garde-fous pour aider les praticiens dans leurs décisions et la prise de leur responsabilité ?

C- Problèmes juridiques : L'intervention de la technique de P.M.A. au creux de la vie du couple relève surtout des choix de celui-ci. Il n'empêche que les conditions et les conséquences de la P.M.A. posent des problèmes juridiques, sociaux et économiques d'une très grande complexité.

Le vide juridique actuel laisse la porte ouverte à toutes sortes d'abus possibles. Il y a lieu de légiférer en la matière pour que les interventions soient faites exclusivement par des personnes compétentes, responsables déontologiquement et juridiquement. Il y aurait lieu de préciser les conditions de l'intervention en prévoyant un ensemble des garanties minimales : lieu d'exercice, techniques mises en oeuvre, qualifications morales et professionnelles des agents intervenant, moyens d'éviter les erreurs...

Il faudrait définir un statut particulier des gamètes, des embryons congelés ou non, assigner un délai à leur utilisation, définir leur sort une fois la P.M.A. menée à bonne fin ou une fois que l'un des deux membres du couple est décédé, ou que le couple déclare souhaiter mettre fin au processus déclenché. Autant de problèmes qui méritent une large discussion que j'aimerais soulever avec vous.

D- Problèmes socio-économiques : Ils sont tout aussi multiples que délicats. Encourager la P.M.A. dans des sociétés à revenus limités pose un grand problème d'équilibre entre les ressources allouées aux divers secteurs du développement et à la santé et au sein de celle-ci entre celles qui relèvent de la P.M.A. et les autres, surtout si au nom de l'égalité sociale on en vient à tolérer voire à encourager le recours à l'hôpital pour ne pas faire de la P.M.A. une technique accessible aux seules couches favorisées. Des questions de rentabilité, d'accès à ces techniques, de sacrifices à consentir par les couples ou par la collectivité se posent et de façon plus délicate encore eu égard à l'enjeu qui est ici une vie humaine dont on prend la responsabilité pour la faire venir coûte que coûte et souvent avec beaucoup d'acharnement mais dont l'avenir est entouré de beaucoup d'incertitudes. Sans compter les risques d'interruption spontanée, de grossesses extra-utérines voire de grossesses multiples, la prise en charge des nouveau-nés de faible poids, ce qui évidemment augmente les frais pour les familles et pour la collectivité.

Tel est le rapport d'une manière succincte établi par le Comité National d'Ethique Médicale.

RECOMMANDATIONS

Pour apporter des réponses à toutes ces questions, l'élaboration d'une loi-cadre paraît s'imposer. Cette loi devrait répondre à toutes les questions posées par la présente note.

1- La P.M.A. est semble-t-il à l'heure actuelle largement acceptée. Il faudrait que cela trouve sa consécration dans un texte juridique qui l'officialise tout en permettant le contrôle de manière à éviter le recours à de solutions dont les issues seraient incontrôlables comme la clandestinité ou le départ à l'étranger, que l'on a qualifié de tourisme procréatif.

2- Il y a lieu de souligner de façon nette, la nécessité absolue de respecter les principes religieux, philosophiques et éthiques de notre société et qui sont :

a-) Le respect de la vie : l'embryon est une personne potentielle. Il y a lieu d'exclure tout but lucratif et toute expérimentation et de réglementer les modalités et la durée de conservation des embryons ;

b-) Le respect de la filiation : on préconisera des mesures adéquates pour les faire respecter notamment en délimitant les responsabilités en premier lieu celles du

praticien. Celui-ci serait tenu de constituer des registres sur lesquels seraient portées les indications nécessaires qui permettent de s'assurer de l'identité du couple, de sa légitimité et des diverses étapes suivies dans la P.M.A. ainsi que de l'usage qui est fait du matériel procréatif manipulé : gamètes et embryons. (embryons surnuméraires, réduction embryonnaire, ...).

3- Cela implique que l'on délimite exactement les bénéficiaires de la P.M.A. de manière à n'y admettre que les couples légitimes et d'exclure les donneurs et les femmes seules. Des limites d'âge et de mariage seraient également laissées à l'appréciation des spécialistes. Il leur appartient de les délimiter en fonction des données de l'infécondité.

4- Il sera laissé à l'appréciation du praticien, sa conscience et sa déontologie, le soin de délimiter le champ de son intervention pour prendre en considération les conditions spécifiques, éviter l'acharnement procréatif, mesurer l'ampleur des chances de succès, leur prix physique, psychologique et financier tant pour le couple que pour la société et surtout pour l'enfant à naître dans des conditions techniques spéciales.

5- Le consentement et l'information du couple sont importants et l'on sait le rôle qu'ils jouent dans l'opération. C'est en pleine connaissance de cause que le couple doit se décider après avoir été informé des risques encourus en matière de stimulation ovarienne, de grossesses multiples et extra-utérines, d'interruption, d'accidents éventuels ainsi que des conséquences sur les nouveau-nés qui peuvent être prématurés et des coûts élevés de l'intervention, du taux modeste de succès (grossesses avec accouchement d'un enfant vivant normal au moins) et qui se situe à l'heure actuelle entre 7 et 20 % selon les auteurs.

6- La loi devra définir le statut des gamètes et des embryons lorsqu'ils sont en dehors de leur milieu naturel.

Il faudrait également statuer sur le devenir des embryons en cas de divorce, de décès ou de changement d'attitudes du couple. (Nous discuterons, aussi ce problème qui a une incidence juridique).

Les méthodes de congélation permettant la prolongation indéfinie de la vie de l'embryon : il faudrait s'assurer que cette méthode ne donne pas lieu à des abus et la réserver aux seules fins de réimplantation chez la mère génitrice et gestatrice légitime après un délai fixé par la loi. L'embryon congelé ne devrait guère être conservé en tout état de cause au-delà de la période de fécondité du couple ou de la mort de l'un de ses membres après un certain délai fixé par la loi. Les juristes musulmans condamnent la congélation. Nous discuterons les raisons et les finalités.

7- En tout état de cause, une procédure d'agrément est à prévoir pour les structures (hôpitaux ou cliniques) où se pratique la P.M.A. avec des critères précis quant aux garanties techniques, professionnelles, juridiques et éthiques et des conditions d'exercice. Ces lieux devront être pourvus de moyens humains adéquats et notamment en cliniciens et biologistes compétents et se prêter à des évaluations périodiques.

La procédure devra également prévoir un accord préalable des deux membres du couple qui devraient ensemble s'engager par écrit. Un organisme d'agrément doit être prévu pour l'octroi des autorisations de pratiquer les P.M.A., s'assurer du contrôle médical continu, du niveau scientifique et technique, de la transparence des statistiques et du respect des règles éthiques. Mais quel organisme d'agrément ? C.C.R.B. ? Nous discuterons également ce point de vue.

8- Mention spéciale a été faite par le Comité en ce qui concerne la conservation de sperme dont la nécessité ne saurait faire de doute pour tenir en réserve des

spermatozoïdes prélevés sur des individus jeunes appelés à subir des opérations comportant de hauts risques de stérilité. Cette conservation doit obéir à des règles techniques, éthiques et juridiques. Mais quel serait le point de vue religieux ?

9- Enfin une politique de prévention de la stérilité permettrait de réduire en amont la demande de P.M.A. et à ce titre on ne saurait trop recommander de l'inscrire dans la politique sanitaire globale du pays.

Tel est l'avis d'une manière globale du Comité qui comporte : le constat, le rapport succinct et les recommandations, mais aussi questionnement. Nombreux problèmes restent à débattre.

Pour conclure cet exposé, je voudrais émettre quelques considérations générales :

Considérant les enjeux pour notre société de la démarche médicale, en matière de procréation assistée, mentionnées au début de l'exposé un travail de réflexion nécessite un effort de discussion et de concertation entre médecins spécialistes, juristes, philosophes, sociologues, théologiens et même un débat public (comme celui d'aujourd'hui) pour le respect des règles de la protection des personnes, énoncées dans plusieurs déclarations internationales et aux codes de déontologie, en particulier l'exigence d'un consentement libre après une information pertinente, avec éventuellement des statistiques et des résultats réactualisés et compréhensibles sur les avantages, les inconvénients et les incertitudes de solution insuffisamment explorées qui doivent faire l'objet de discussion éthique et scientifique approfondie pour les techniques à risque pour le couple et pour la personne à naître.

La P.M.A., ne peut être laissée à la seule conscience du médecin ou de sa déontologie, quoique nécessaire mais doit obéir à un cadre législatif.

Le Comité National d'Éthique Médicale a certes émis un avis dans ce sens. Cet avis n'est que consultatif du coût éthique, juridique et économique de la P.M.A. destiné à éclairer les responsables et ne peut être en aucune façon une réglementation. Celle-ci nécessite la concertation de différents partenaires, sans précipitation en sachant que l'infertilité doit faire l'objet d'une recherche approfondie. Avant de proposer des interventions lourdes et coûteuses, il faudra faire admettre aux couples hypofertiles de laisser « *du temps au temps de procréer* », c'est la solution sage, d'un comité de sages.

A la fin de cet exposé, j'aimerais bien déclencher un débat qui ne sera pas académique mais constructif pour éclairer davantage les décideurs. Le débat pourrait porter sur les points suivants :

- 1- L'accès à la procréation médicalement assistée. A qui ?
- 2- L'information du couple : objective et directive ?
- 4- La congélation des embryons.
- 5- Les embryons surnuméraires et leur devenir. Statut de l'embryon.
- 6- La régulation des pratiques.
- 7- Le mécanisme, déontologie, seul, jurisprudence, encadrement ou loi.