



CHAPITRE XII

# CECOS

## et enjeux de la procréatique

<b>Introduction, Emmanuel Hirsch</b>	<b>354</b>
Mutations liées à la procréatique	354
Une médecine de la sélection	355
Sagesse adaptative et utilitarisme	357
<b>Cellule de réflexion de l'Espace éthique</b>	<b>359</b>
Valeur du don	359
Des repères incertains	361
Hiérarchiser les choix	366
Considérations génétiques	368
Le déficit d'évaluation	370

# Introduction

Emmanuel Hirsch \*

## Mutations liées à la procréatique

Certains mots ou expressions sont entrés dans notre banalité quotidienne et avec eux les pratiques qu'ils recouvrent : fécondation *in vitro*, banques de sperme, "mère porteuse", voire "grand-mère porteuse", ICSI et, désormais, "clonage". Dans ce domaine fécond du progrès, il n'est guère de mois sans qu'une nouvelle performance ou une nouvelle acrobatie pratique ne soit carillonnée à travers la planète... Des centaines, des milliers d'enfants ont déjà vu le jour dans ces conditions exceptionnelles et quelquefois limites. Ils se portent fort bien, nous dit-on, pour l'immense majorité d'entre eux, quoique personne aujourd'hui ne puisse prédire la réalité de leur vie à venir ni si elle doit, d'une manière ou d'une autre, se différencier de celle d'enfants conçus plus "naturellement".

Seul le temps confirmera l'absolue bénignité de ces pratiques, au plan physiologique comme psychologique. Pour l'instant, les dérapages et cafouillages sont cependant loin d'être exclus : gémellité inattendue, parfois naissance de triplés, de quadruplés. Ou encore, présence de fœtus en trop grand nombre pour être viables, possibilité de naissance d'enfants déficients parmi d'autres en bonne santé... Ce qui revient pour le moins à constater que, malgré l'intense activité de l'Assistance médicale à la procréation (AMP) nous sommes encore dans le domaine de l'expérimentation. En attendant, chacun mesure à quel point l'usage de cette pratique révolutionne notre représentation de la création de l'homme et de sa reproduction. Pour l'instant, elle demeure quasiment hors de contrôle.

Le légitime désir des couples stériles d'avoir des enfants a, semble-t-il, ouvert la voie à toutes les frénésies de la procréation médicalement assistée. En une décennie nous sommes passés du premier rapprochement *in vitro* des gamètes à la volonté de maintenir vivant, *in utero*, un enfant dans le corps d'une mère morte ou encore à l'ISCI, ce qui revient à injecter à la seringue un spermatozoïde dans un ovocyte. En ce dernier cas, le médecin change radicalement la donne de la nature qui, elle, sélectionne un spermatozoïde sur dix millions pour une raison ou un hasard que nous ignorons, comme nous sommes incapables de détecter les défauts éventuels du spermatozoïde injecté. Cette technique étant utilisée précisément en cas de

---

\* Directeur de l'Espace éthique.

déficience du sperme paternel mais pour conserver le lien biologique parental, on imagine sans peine la "marge d'erreur" qu'elle peut engendrer. On entraîne ainsi parents et enfants dans un rôle véritable et non maîtrisé de cobaye humain.

Nous connaissons par ailleurs les débordements économiques, voire strictement commerciaux, induits par les pratiques liées à l'AMP. Il est possible aux États-Unis "d'acheter" des enfants au stade d'embryons congelés qui se développeront dans l'utérus d'une mère porteuse choisie sur catalogue ! On peut également s'interroger sur le caractère strictement médical ou thérapeutique de cette médecine de la stérilité, sur les financements qu'elle mobilise s'agissant de procédures sophistiquées d'un recours forcément limitatif et aléatoire.

Dès lors, devant ces situations inédites et lourdement porteuses d'inconnues, le questionnement éthique sur les limites des jeux scientifiques et la responsabilité devient une nécessité vitale pour l'ensemble de la société. *A contrario*, l'irresponsabilité et le déni des limites ouvrent la voie à l'explosion du lien d'humanité qui seul maintient la cohésion et le sens de nos communautés. La liberté des uns et des autres, chercheurs et parents, société et individu, n'a de sens qu'à l'intérieur de ces responsabilités reconnues et assumées. Au-delà surgissent la dépendance et l'asservissement.

## Une médecine de la sélection

En contrepoint de ces performances génétiques, se pose à nouveau la question de "l'amélioration de l'homme". La notion d'eugénisme est confuse, le silence qui la recouvre lourd d'ambiguïté. Les expériences criminelles des nazis pendant la Seconde Guerre mondiale pèsent encore, et à bon droit, sur notre mémoire. Elles nous montrent à quel point le délire haineux de l'homme envers l'homme peut-être redoutable, lorsqu'il se saisit sans complexe du savoir et du pouvoir scientifiques. L'angélisme et l'optimisme présupposant ces détournements criminels révolus et contrôlés, seraient un aveuglement naïf. Rien n'indique, en effet, que de pareilles abominations ne puissent se reproduire. Bien au contraire, les "pensées idéologiques" d'amélioration des races, les volontés de suprématie, le mépris des faibles qui les ont engendrées sont toujours à l'œuvre, même si le discours s'est enrobé d'un paravent de respectabilité. Dans les faits, nulle morale ne peut réduire cette mal-faisance potentielle si elle n'est soutenue par un véritable rapport de forces.

En 1990, dans *The Economist*, parut un article intitulé "*Changer vos gènes*", où s'exprimait le plus clairement du monde le désir eugénique "sauvage" de son auteur, d'ailleurs anonyme : "*Jusqu'à présent les thérapeutes se sont seulement intéressés aux mauvais gènes... Qu'en est-il des gènes qui pourraient améliorer*

---

*un corps sain plutôt que guérir un corps malade ? Les gens devraient-ils avoir la possibilité d'améliorer leurs capacités mentales en se faisant transférer des gènes permettant la synthèse de neurotransmetteurs supplémentaires ? Ou bien de changer de couleur de peau (...) ? Oui bien sûr, ils le devraient ! Dans certaines limites, chacun a le droit de faire ce qu'il veut de sa vie !"*

Il est à noter que le journal diffusant cet article n'est pas un média scientifique, mais proche des cercles économiques et soucieux d'une image mondialiste et libérale. Les exemples "d'amélioration" cités sont à la fois symboliques et naïfs. Ils sont aussi totalement irréalistes parce que, simplement, et c'est profondément révélateur, ils évacuent la part d'humanité de cet "homme bricolable" qu'ils imaginent.

Les "capacités mentales" humaines ne dépendent pas d'un gène mais de l'interaction extraordinairement complexe de trente milles gènes... Et de la conscience de l'environnement socio-éducatif de l'individu, rappelle Axel Kahn. Quand bien même on saurait déchiffrer le génome de l'homme, il en dirait beaucoup plus sur son animalité que sur son humanité.

De fait, si elle représente le rêve quasi divin du scientisme, la connaissance parfaite du génome humain comme "grand livre de la vie", est moins une possibilité de la connaissance qu'une menace directe, sociale et éthique, résultant des expériences et des tentations auxquelles il se réfère. Même incomplète et seulement prédictive, la cartographie génétique d'un individu ouvre la boîte de pandore de toutes les aberrations discriminatoires imaginables et si facilement praticables. Qui empêchera, dès demain et au nom de la rentabilité, (assurances, employeurs ou banques) de se référer aux tests génétiques de leurs clients ou postulants pour établir leur décision ? La gestion statistique des risques est aussi un progrès scientifique ! Qui empêchera le rejet massif de groupes d'individus porteurs d'une particularité considérée comme une tare ? Qui empêchera la représentation de l'homme réduite à l'expression d'un potentiel génétique, face à la conscience complexe de son évolution sociale et historique ?

Dans ces conditions troubles, l'eugénisme n'en reste pas moins l'un des moteurs de la démarche génétique et des espoirs qu'elle contient pour le bien-être de l'homme et sa santé.

Qui s'élèvera contre une thérapie génique germinale parvenant à éradiquer des maladies qui handicapent lourdement des vies, provoquent des souffrances et des morts atroces ? Mais pour qui et à quel prix en permettre l'expérimentation ? Qui doit décider, de la société ou de l'individu ? Selon quels critères entreprendre et borner ces "améliorations" ?

## Sagesse adaptative et utilitarisme

Pourtant, c'est dans un véritable champ de friche morale et éthique que se développent sous nos yeux des pratiques et des savoirs dont les applications n'ont rien de théoriques. Quelques "comités de sages" sont conviés, sporadiquement et à la va-vite, pour défricher à la hache ce royaume de l'état de fait. Les puissances économiques qui soutiennent ces recherches et en définissent les objectifs sont sans commune mesure avec les contrepoids politiques et démocratiques censés les contrôler et les encadrer. Les sommes investies dans ces recherches sont considérables et, le plus rapidement possible, elles nécessiteront "un retour sur investissement" qui est dans la logique incontournable d'une industrie, quelle qu'elle soit. Lorsqu'ils existent, les textes et les décisions qui, aujourd'hui, font écho dans ce domaine à un souci de responsabilité et d'éthique, ne sont qu'écran de plume et de brume face aux influences manifestes des intérêts en jeu.

Idéologie, religion, économie, politique, les forces à l'œuvre agissent en aveugle, sans que jamais l'intérêt de l'homme et de l'humanité dans son ensemble n'apparaisse comme une référence contraignante. Le débat réel et nécessaire sur l'eugénisme attend toujours cependant que ses caricatures abondent dans les médias au gré d'effets d'annonces d'un "progrès", d'une nouvelle performance, ici une souris à grandes oreilles, là un clonage de brebis...

Subissant toutes les manipulations, délires et réductions, des controverses anarchiques et stériles opacifient encore davantage la complexité des problèmes posés, jusqu'à les rendre littéralement inaudibles pour l'ensemble de la société soudain incapable de choisir son devenir.

Que signifie "améliorer l'homme"? Cela a-t-il un sens? Façonner, transformer l'homme est-il véritablement dans la mission de l'humanité ou n'est-ce pas encore l'un des avatars de l'exercice de la puissance de certains sur d'autres?

Certes, nul ne conteste que la génétique, sa capacité de prédiction et son interventionnisme sur la "qualité des êtres" soient l'un des grands défis éthiques de notre temps présent. Pour autant, l'énormité des questions posées et des enjeux stimule-t-elle le courage des consciences et des comportements? Plus que jamais, il semble urgent d'attendre. Alors que la glose pseudo-éthique rebondit inutilement sur elle-même, de confusions en insuffisances, les travaux continuent. Et l'irresponsabilité du progrès scientifique, trouve sans peine dans l'espérance génétique un champ ouvert aux pratiques incontrôlées et, peut être bientôt, incontrôlables...

Il n'est pas nécessaire ici de poursuivre le catalogue exhaustif des ambivalences du "progrès" des sciences du vivant. On aura compris que ce qui est en cause n'est pas l'existence de ce progrès, ni bien sûr sa fonction première : accroître nos

---

connaissances de la vie et nos possibilités de recours et de soins face aux maladies et aux souffrances. Mais, quels que soient l'œuvre et les efforts des sciences présents et à venir, deux réalités demeurent. Un monde sans maladie est impossible alors que l'échec médical et thérapeutique est toujours possible. La *maîtrise* du progrès est vitale à l'humanité de l'homme tout autant que le progrès lui-même.

C'est dans cette ambivalence, dans cette conscience de nos limites et impuissances, que doit se fortifier notre devoir de fraternité. L'expérience nous apporte la preuve, aussi quotidienne qu'universelle, que le progrès scientifique et thérapeutique n'est pas infini. Les performances de la science ne sont pas illimitées et sans contreparties. Loin de pouvoir accorder leurs bienfaits éventuels à tous, elles créent un surplus d'injustice sociale, parfois un désordre tel qu'il peut briser la cohésion de nos sociétés pour des profits égoïstes et profondément inégalitaires, en tout état de cause très éloignés des réalités et des devoirs d'une santé publique dont l'urgence est partout perceptible.

Avec lucidité et intransigeance il nous faut admettre qu'au cœur même de l'activité sociale, l'ombre le dispute à la lumière. Les performances médicales ont pour corollaire un coût économique qui se transforme très rapidement en un coût "humain". L'évolution des pratiques, loin d'abolir les barrières de l'argent, des éducations et des cultures, les renforce.

# CECOS et enjeux de la procréatique \*

14 mai 1998

## Invités experts

Pr Georges David (membre de l'Académie nationale de médecine), Dr Jean-Marie Kunstmann (service d'histologie-embryologie et de cytogénétique, unité fonctionnelle CECOS, hôpital Cochin, AP-HP), Dr Marie-Odile Alnot (service d'histo-embryologie et de cytogénétique, unité fonctionnelle CECOS, hôpital Necker- Enfants-Malades, AP-HP).

## Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Pr Marie-Louise Briard, Michèle Deloche, Françoise Duménil-Guillaudeau, Pr Patrick Hardy, Emmanuel Hirsch, Martine Nouvian, Dr Antoinette Salem, Jean Wils.

## Invitée

Dr Sylvie Froucht, (service d'anesthésie-réanimation, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP).

## Valeur du don

### Georges David

Les CECOS (Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme humains) ont eu 25 ans cette année et si je me reporte au moment de leur création, jamais je n'aurais pu imaginer l'ampleur qu'ils allaient prendre. L'originalité de cette entreprise a été de réhabiliter la première des PMA (Procréation Médicalement Assistée) avec donneur qui occasionnait, à l'époque, un rejet et une condamnation systématiques. Ces méthodes étaient pratiquées par l'intermédiaire de filières clandestines.

Au départ, des structures officielles ont été instaurées pour répondre à une stérilité masculine. Or, l'obtention de la prise en charge hospitalière, qui n'a pas été sans difficulté, marquait la reconnaissance d'une certaine technique, condamnée à plusieurs reprises, sur le plan moral et religieux.

En 1973, nous arrivons à nous faire reconnaître en "aseptisant" la technique de l'ensemble des pratiques douteuses, telles que l'achat de sperme. Cet effort de

---

\* Cette réunion de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique, prolonge l'échange consacré le 20 juin 1996 à : *Le diagnostic préimplantatoire*, publié dans *Espace éthique. Éléments pour un débat. Travaux 1995-1996*, Paris, AP-HP/Doin, 1997, pp. 367-393.

---

réhabilitation n'était pas toujours compris, en particulier de ceux qui avaient fait évoluer la transfusion sanguine en interdisant la vente de sang et en supprimant les pratiques de transfusion directe du donneur au chevet du malade. Mais c'est sans doute, parce qu'il s'agissait de gamètes : on ne souhaitait pas voir aligner la valeur non noble du sperme sur celle, elle noble, du sang. Cependant, cette difficulté d'imposer la pratique des CECOS se voit récompenser par les lois de bioéthique de 1994 qui reprennent l'ensemble de ce qui avait été fait au départ.

Rétrospectivement, je crois qu'à l'époque je n'aurais jamais prévu la pénurie actuelle de dons de sperme. J'aurais également pensé que la transgression de la filiation avec recours à un donneur serait acceptée et que nous aurions déplacé le socle de la filiation, du biologique vers le social et l'affectif : par conséquent, certaines difficultés du couple à admettre la stérilité de l'homme se seraient intégralement effacées. Or, nous devons constater que la filiation biologique s'est renforcée et constitue un obstacle au développement. Fort heureusement, un formidable progrès thérapeutique est survenu, non pas par la compréhension et la correction de la stérilité, mais par son contournement : la micro-injection du spermatozoïde.

Je crois qu'il faut rendre hommage à l'évolution de la transfusion sanguine en France car c'est dans ce contexte que sont nés de manière concrète les principes éthiques. À la fin de la dernière guerre, nous avons constaté le rôle extraordinaire de la transfusion en pathologie de guerre et nous avons démarré sur des bases d'achat de sang à des donneurs. Or, si vous donnez une valeur marchande dans un échange d'éléments humains, vous trouvez une solution immédiate à la pénurie, mais cela démobilise complètement tous ceux qui s'abritent moralement derrière le fait qu'ils ne veulent pas vendre leur sang. Au moment de ce complet changement dans les années 40-50, lorsque nous commençons à solliciter la famille pour les besoins des opérés, nous nous entendions dire : *"mais vous savez, pour cela nous paierons un donneur, il y a des donneurs professionnels."*

Ayant travaillé, d'abord dans le domaine de la biologie sanguine puis dans celui de la biologie du sperme, c'est la raison pour laquelle je fais ce parallèle. Or, faire reconnaître l'infécondité comme une pathologie a représenté une tâche extrêmement ardue. Cette situation s'opposait complètement à celle que je viens d'exposer. Il a donc fallu argumenter très sérieusement pour la mise en place d'une telle structure, en faisant admettre l'aspect pathologique de la stérilité, l'impossibilité d'exercer la pratique en dehors du système hospitalier et, enfin, la nécessité de transformer le mode d'exercice en valorisant le donneur, la gratuité, le bénévolat, l'anonymat du don, etc.

En ce qui concerne l'anonymat, là encore le parallèle avec la transfusion sanguine est nécessaire. Il y avait à l'époque une personnalisation du don ; le donneur était



en contact direct avec le receveur. Ce dernier se sentait donc redevable bien au-delà de la notion d'argent, et le donneur lui-même voulait être informé du devenir de celui-ci. L'anonymat était donc devenu essentiel.

En dépit des degrés de certaines analogies, donner son sperme constitue beaucoup plus que donner son sang. L'anonymat a sa justification dans l'ensemble des dons d'organes, mais on peut s'interroger dans le domaine du don de gamètes. On nous a reproché de priver l'enfant du droit à la connaissance de ses origines. Nous avons tenu compte de cette remarque et nous reconnaissons ce droit qui peut être utile à l'histoire propre de l'enfant.

Le problème général rencontré par l'intervention médicale dans la reproduction réside dans la discordance et le conflit d'intérêts. Le couple concevant l'enfant a droit au secret absolu le concernant, mais, en même temps, l'enfant a droit à une connaissance de ces circonstances de procréation, dès lors qu'elles sont médicales. Le conflit d'intérêts prend sa source dans cette opposition.

### **Marie-Odile Alnot**

Je crois qu'un homme et une femme peuvent donner leurs cellules reproductrices à un couple dont l'enfant sera issu, parce qu'ils dissocient la paternité, la maternité et la parenté des cellules qu'ils donnent. Il nous arrive de rencontrer des donneurs ou des donneuses qui associent la notion de parenté à leur don et dans ce cas, je ne les prends pas. Je ne veux pas qu'ils aient une idée d'abandon. Je voudrais souligner le droit des donneurs : ils réclament l'anonymat. Depuis plusieurs années, ce souci s'est accru.

Cependant, dans certaines cultures (africaines, par exemple), en dons d'ovocytes en particulier, on constate une demande de non-anonymat.

## **Des repères incertains**

### **Jean-Marie Kunstmann**

Finalement, pour être donneur, il faut poursuivre le même raisonnement que les couples demandeurs ; il convient de savoir se désinvestir par rapport à des cellules sexuelles, donc reproductrices d'un patrimoine génétique, et concevoir qu'on peut être père ou mère, sans pour cela transmettre ses cellules. Le donneur doit accorder de l'importance au projet d'enfant du couple demandeur et non pas à ce qui se transmet en termes de patrimoine génétique.

---

Pour ma part, j'aborderai le sujet des limites à fixer, car les premières AMP ont donné un cadre éthique à cette pratique qui n'est pas sans générer des difficultés :

- l'insuffisance du recrutement des donneurs. Par là même, nous ne parvenons pas à remplir parfaitement notre mission, dans la mesure où nous ne nous investissons pas suffisamment dans l'information et la sensibilisation des donneurs. Les CECOS sont, depuis les lois de bioéthique de 1994, en situation de monopole pour assurer la prise en charge de ces couples. Après 25 ans de pratique, plus de 30 000 enfants sont nés et malgré l'absence d'évaluation, nous n'avons pas eu de difficultés particulières dans ces couples. Nous avons, d'autre part, toujours eu à nous féliciter des critères qualitatifs des donneurs, par la générosité de ces couples dont la démarche témoigne d'une certaine ouverture d'esprit, puisqu'obligés, au même titre que les couples demandeurs, de relativiser cette notion de parenté biologique ;
- la non-rétribution des donneurs constitue un critère de sécurité dans l'établissement du bilan médical incitant à ne pas masquer des risques éventuels ;
- la notion de couple donneur avec enfant est importante au plan sanitaire, puisqu'elle s'est avérée être une situation moins à risque sur le plan de la transmission virale, notamment du VIH. En 1985, lors de la révélation de ce virus, nous avons eu la chance de ne pas constater de contamination de patientes dans la mesure où notre population était bien moins exposée que celle qui aurait été rétribuée et composée de célibataires ;
- l'aspect quantitatif des donneurs de sperme s'est toujours avéré insuffisant, en raison de la demande et d'une sélection portant sur les valeurs spermatiques mais aussi sur les risques de transmission d'une maladie grave. Au total, sur un bilan annuel, la moitié des donneurs est éliminée. Nous ne dépassons jamais le délai d'un an d'attente qui permettait une maturation suffisante du projet d'enfant. Cependant, nous pensions que le développement de l'AMP contribuerait à une meilleure sensibilisation de la société au problème de l'infertilité et par voie de conséquence, à une augmentation du nombre de donneurs de sperme. Malheureusement, il n'en est rien. Le bilan entre 1981 et 1996 est très explicite : en 1981, il y avait 3 000 demandes et 707 donneurs sur l'ensemble des 23 CECOS et en 1996, 1 690 demandes pour 386 donneurs.

Ces difficultés que nous éprouvons impliquent des problèmes de gestion sur le plan pratique :

- l'allongement du délai d'attente est passé à 14 mois et même au bout de ce délai nous n'arrivons pas à satisfaire la demande ;
- tout couple ayant pratiqué des inséminations était assuré de pouvoir les continuer

jusqu'à l'obtention d'une grossesse. Or, actuellement, à la suite de 3 inséminations, nous ne pouvons continuer car nous ne disposons plus des paillettes nécessaires. Cela nous oblige à une interruption qui peut aller jusqu'à 6 mois ;

- un refus des demandes de troisième enfant, car nous préférons privilégier les premières demandes ;
- le recrutement de donneur dont la valeur spermatique ne remplit pas l'ensemble des critères définis au départ. Nous sommes donc exposés à des résultats de moindre fécondité, à des échecs de fécondation *in vitro*, et à envisager l'utilisation d'une micro-injection pour assurer la fécondation du sperme.

S'agissant d'un couple confronté à la situation d'une stérilité masculine irréversible et qui a fait le choix d'une solution palliative de don de sperme, il est très délicat de ne pouvoir donner satisfaction à cette demande. Nous serons peut-être obligés d'enregistrer des demandes, comme dans l'adoption, sans pouvoir donner de réponse au droit à l'enfant. Cette pression médicale et paramédicale devient de plus en plus prégnante.

Si ces couples adhèrent parfaitement à notre éthique, l'incompréhension devient rapidement totale au moment de les satisfaire. Or, des pays voisins pratiquent la rétribution de dons du sperme et la tentation est grande de s'adresser à ces circuits, car le désir d'enfant est finalement plus fort que toutes les considérations éthiques.

Parmi les hypothèses qui auraient eu des incidences restrictives, la médiatisation excessive sur les AMP a joué, me semble-t-il, plus un rôle de désinformation que d'information. En effet, la nécessité du *scoop* médiatique implique de traiter le sujet, plus sur ses aspects marginaux que sur le fond. La société n'a pas pu intégrer le champ de ses applications qu'elle perçoit avec d'autant plus d'effroi qu'elles sont vues comme des manipulations touchant aux origines de la vie. Par conséquent, les dérives incessantes des pratiques de l'AMP, en particulier à l'étranger, finissent par occulter une conception pourtant très éthique de notre pratique en France, surtout en ce qui concerne le don de gamètes. En fait, ce nombre de donneurs existe mais il est soit mal informé, soit non informé.

Fixer des règles d'éthique, ne suffit donc pas. Il faut aussi se donner les moyens de pouvoir les appliquer. D'autre part, une sensibilisation efficace, suppose une information de qualité. Cela doit être vrai, tant pour le don de gamètes que pour le don d'organes qui subit les mêmes difficultés. Alors même que les moyens de communication semblent les plus performants, tous les professionnels que nous sommes, praticiens, éthiciens, professionnels de communication, l'institution elle-même, devraient mener une réflexion sur le don. Si nous ne le faisons pas, nous prenons le risque de perdre notre éthique.

---

## Marie-Odile Alnot

Je vais parler de la commission de déontologie et d'éthique médicale. Il s'agit d'une "cellule" qui se réunit deux fois par an, où sont abordés des problèmes concrets rencontrés dans les centres. Cette commission est pluridisciplinaire et ouverte. Ces réunions donnent lieu à des avis, transmis au centre concerné par le problème traité sans que le centre soit obligé de les appliquer. Il s'agit donc d'avis consultatifs.

Pour illustrer mes propos, j'ai choisi de vous parler de l'âge des couples demandeur qui suscite beaucoup de questions. Nous constatons des difficultés à caractères variés, telles que :

- une grande différence d'âge entre l'homme et la femme ; l'âge de l'homme pose alors problème. Elle s'explique par une raison d'ordre culturel, notamment dans les pays du Maghreb, mais l'évolution sociale en France, nous confronte également à des couples de "deuxième union" ;
- la femme proche de 40 ans pose un problème d'ordre médical. C'est un problème social qui nous amène à rencontrer des femmes se mariant de plus en plus tard, car la situation professionnelle a été souvent privilégiée. Ces femmes ont généralement un passé très lourd d'échecs d'AMP, que l'on associe souvent à des insuffisances ovariennes ou à des états de préménopause. Nous pouvons alors nous poser la question de l'indication d'une AMP avec don, puisque ce sont des femmes dont l'indication n'est pas toujours claire et nette ;
- les couples très jeunes posent problème pour les deux sexes.

Pour aborder ces problèmes, nous utilisons des repères. Le premier est celui du cas concret de l'histoire du couple qui doit être écoutée, prise en compte. Chaque histoire étant unique, il est délicat d'arriver à un consensus au sein d'une collectivité. Or, ce consensus est nécessaire. Nous avons besoin du repère de la physiologie féminine et de données médicales : nous savons qu'il existe une chute de la fertilité à partir de 35 ans, qu'une femme a très peu de chances d'avoir un enfant au-delà de 42 ans, que la ménopause en France se fait à l'âge de 53 ans et qu'une grossesse tardive peut générer des risques pour l'enfant.

En physiologie masculine, nos repères sont beaucoup plus difficiles à établir, notamment parce que l'andropause a toujours été discutée. Il faut aussi prendre en compte le collectif culturel. À l'heure actuelle, notre société admet tout à fait la notion d'écart d'âge avec la banalisation des deuxièmes unions. J'y opposerai pourtant, la nécessité pour l'identité de l'enfant, de s'inscrire dans une lignée générationnelle organisée, c'est-à-dire où chacun ait sa place où nous ne confondons pas la mère et la grand-mère, le père et le grand-père.

Nous nous heurtons également à un autre discours, qui est l'écho de l'adage : "*Un enfant quand je veux!*" : la procréation relève complètement de la vie privée des personnes, et, dès lors, aucune limite n'est recevable. Toutefois, y a-t-il un droit absolu à l'enfant? Ce collectif culturel a-t-il une valeur éthique normative?

Je pense qu'à partir du moment où l'on fait appel à un tiers - le donneur -, on possède le droit d'établir certaines règles du jeu, à condition qu'elles soient argumentées et qu'elles prennent en compte l'histoire toujours personnelle, afin d'éviter le côté drastique d'une réglementation.

Au sein des CECOS, nous sommes un intermédiaire qui a pour fonction d'être l'avocat de celui qui est absent : l'enfant. Nous sommes responsables d'agir au mieux pour lui, ce qui nous reporte à la notion d'un âge limite à définir pour son bien-être psychique nécessaire.

Il faut aussi penser aux donneurs. Ce sont toujours des structures médicales qui se sont occupées du don de sperme, même dans d'autres pays. Par conséquent, nous avons conçu un guide de bonnes pratiques. Sur la base d'arguments médicaux, nous avons toujours limité l'âge des donneurs à 45 ans et celui des donneuses à 35 ans.

Dans un souci "d'équité", dès que se sont imposées des limites médicales pour l'âge des donneurs et donneuses, il paraissait juste que nous intervenions également dans la limite d'âge des couples receveurs. Dans le cas d'une insémination avec donneur, l'âge de la femme, en tenant compte du délai d'attente, sera fixé à 39-40 ans, tout en sachant que l'amniocentèse risquera de révéler une ou des malformations possibles de l'enfant.

Dès lors, des questions se posent : est-il éthique de réduire le délai d'attente voire de le supprimer, pour que ces femmes aient un enfant avec de moindres risques? peut-on leur dire que le nombre de tentatives va être limité?

Nous nous sommes mis d'accord pour que l'accouchement se déroule entre 43 et 45 ans, au grand maximum, chez la femme receveuse d'un don d'ovocytes.

En ce qui concerne l'homme, le consensus a été extrêmement difficile à obtenir. La limite d'âge n'est pas toujours respectée. En principe, elle serait fixée à 55 ans. Mais à partir du moment où on détermine une limite d'âge pour les femmes, pourquoi n'en ferait-on pas autant pour les hommes?

---

## Hiérarchiser les choix

Patrick Hardy

J'aurais aimé connaître les raisons qui peuvent, dans certains cas, rendre "inéthique" un cadre éthique trop rigide. Certaines règles ou certains critères de sélection des donneurs de sperme (comme, par exemple, le refus de leur rétribution et l'exclusion des célibataires - par ailleurs acceptés dans d'autres pays) sont-ils plus discutables que d'autres ?

Jean-Marie Kunstmann

Il me semble délicat d'entrer dans ce débat de la remise en cause de notre cadre éthique. La rétribution est manifestement un biais de sélection qui fait que, d'abord, sur le plan de la motivation, nous pourrions parler de "mercenaires du sperme" et ensuite, dans le bilan, nous ne sommes plus très à l'aise vis-à-vis de ce donneur qui peut-être amené à nous masquer certaines informations pour pouvoir toucher une rétribution. Il faut savoir que nous observons entre 2 et 3 % de malformations et la première remarque du couple dont l'enfant est malformé, est de s'assurer qu'il n'y avait pas de risque chez le donneur.

Concernant l'enfant, depuis quelques années nous rencontrons de plus en plus de parents qui pensent révéler à l'enfant son mode de conception. Cela semble possible aujourd'hui, dans une société où l'on parle d'AMP de façon très fréquente, avec une relativisation de la notion parenté : de plus en plus de couples vivent dissociés et certains enfants ne sont pas éduqués par leurs vrais parents biologiques. Lorsque nous discutons avec le couple qui souhaite savoir ce qu'il faut dire à l'enfant, il me semble plus positif de pouvoir lui expliquer qu'il y a eu recours au don de sperme, acte généreux et altruiste, par le biais d'un couple ayant déjà l'expérience de la paternité, plutôt que de lui révéler que le sperme a été obtenu par le biais d'une rétribution.

Il existe donc des éléments éthiques, moraux, mais je dirai aussi purement sanitaires, qui s'avèrent essentiels. Dans ce contexte, nous ne sommes absolument pas favorables à modifier nos critères éthiques. Cependant, nous souhaitons beaucoup plus travailler sur l'amélioration de la sensibilisation au don de gamètes et au don en général.

Patrick Hardy

Mais sur quels critères les receveurs sont-ils hiérarchisés ? Qu'est ce qui fait qu'un couple va passer avant un autre ?

### **Marie-Odile Alnot**

Il n'y a pas de priorités. Le couple s'inscrit, puis il attend la fin du délai d'attente. La seule exception que je ferai, est liée à la pénurie : certains couples devraient être satisfaits à la fin du délai, mais ne le peuvent pas en l'absence d'un don compatible.

Les critères d'appariement sont : l'origine ethnique ; le rapprochement de caractères physiques proches de ceux des parents ; la transmission à l'enfant d'un groupe sanguin compatible avec celui de ses parents, car à l'adolescence on lui demande sa carte de groupe sanguin à l'école et il apprend l'ensemble des techniques de procréation.

Il arrive que certains parents qui désirent absolument un enfant, soient prêts à ne pas tenir compte de ces critères. Malgré tout, nous essayons d'éviter ce genre de dérive, car nous pensons à la réaction de l'après, quand l'enfant sera là.

### **Françoise Duménil-Guillaudeau**

Y a-t-il eu des erreurs ?

### **Georges David**

Nous pouvons nous féliciter, car dans le système français des CECOS, il n'y en a pas eu. J'aimerais compléter un point abordé précédemment. Nous évoluons dans une zone qui engage plusieurs intervenants. D'autre part, nous pouvons discuter de caractères pathologiques et constater, parfois que les intérêts sont contradictoires. C'est pour cela que nous nous sommes institués comme représentants de l'enfant.

Mais dans la réalité, l'enfant est encore virtuel et les médecins subissent la demande de ceux qui les sollicitent : les couples. Or, les différentes évolutions de notre société, ne contribuent pas à établir des contrepois susceptibles de préserver, en toutes circonstances, le devenir de l'enfant à naître. Cet état de fait est majoré dans la procréation avec donneur, mais il existe aussi dans la procréation intra-conjugale.

À ce titre, je ferai un parallèle concernant une étude faite sur les triplés jusqu'à l'âge de neuf ans. On a découvert la charge que cela représentait pour les mères, mais aucune étude n'a porté sur l'enfant. Les triplés, eux, répondaient à une demande du couple qui voulait bénéficier d'un maximum de chance. Vingt-cinq ans après, nous devrions pouvoir disposer de données nous permettant d'opposer aux parents demandeurs les considérations relevant de l'intérêt propre de l'enfant.

Notre intervention se situe dans un jeu d'équilibre, et nous confronte à des divergences et à des conflits que nous devons nous efforcer d'arbitrer sans bénéficier du point de vue de l'être conçu.

---

**Antoinette Salem**

Avez-vous des donneurs mariés? Exigez-vous le mariage chez les receveurs et pourriez-vous accepter la demande d'un couple homosexuel féminin?

**Marie-Odile Alnot**

Du point de vue légal, une loi de 1994 stipule l'interdiction de répondre favorablement à ce type de demande puisqu'il est précisé : *"l'homme et la femme formant le couple"*. En dehors de cela, la loi impose au couple demandeur d'être marié ou d'avoir deux ans de vie commune s'ils sont concubins, ce que nous devons vérifier. S'agissant des donneurs, ils doivent être mariés ou concubins et les deux membres du couple doivent donner leur accord.

**Sylvie Froucht**

Qu'est-il écrit sur le carnet de santé concernant le nom du père et de la mère?

**Marie-Odile Alnot**

L'état-civil du père et de la mère apparaît. La loi reconnaît entièrement la filiation.

**Georges David**

Avant 1994, le statut de l'enfant né d'AMP pouvait être contesté. Maintenant, un enfant né de ces techniques a les mêmes droits qu'un enfant légitime.

## **Considérations génétiques**

**Marie-Louise Briard**

Pour la sélection des donneurs, rejetez-vous un donneur qui est porteur d'une maladie génétique telle que la chorée de Huntington ou la myopathie de Duchenne?

Nous savons que lorsque nous sommes en présence d'un donneur porteur d'un gène récessif exceptionnel hétérozygote ou pas, la Commission nationale d'éthique a délibéré en prônant le rejet systématique. Et, c'est d'ailleurs ce que le professeur Frézal a justement opposé à cette pénurie en notant l'aspect contradictoire qu'il y avait à supprimer d'office ces donneurs.



### **Georges David**

Le professeur Frézal a été à l'origine d'une de nos évolutions. À l'époque, nous évoluions sur la voie de ce souci ridicule, dans le domaine du risque nul de transmission d'une maladie génétique et, dès lors, nous avons commencé à voir le taux d'élimination de donneurs croître, au fur et à mesure de l'exploration soigneuse menée par des médecins ayant l'expérience de la génétique. Nous disposions d'une coopération totale des donneurs qui comprenaient parfaitement nos raisons. Ce jeu d'une recherche de plus en plus poussée et de donneurs de plus en plus scrupuleux, engendrait la découverte croissante de cas qui ne correspondaient pas à nos exigences. Nous dépistions des maladies génétiques, mais aussi des facteurs génétiques de prédisposition, comme l'allergie. Jusqu'au jour où nous avons réalisé que si nous persistions dans cette démarche, nous aurions le donneur idéal constitutif d'un facteur purement virtuel. Nous nous sommes alors mis à réfléchir sur les données génétiques, en acceptant les risques. Par exemple, pour l'allergie nous décidions d'associer ce donneur à une femme non porteuse de cette prédisposition.

### **Marie-Louise Briard**

Les généticiens travaillant avec les CECOS depuis longtemps, je me demande si dans le cas d'un couple présentant une stérilité masculine et la possibilité de la transmission d'une maladie génétique grave par la femme, vous décidez de ne pas donner suite à la demande. Et quelle est votre attitude vis-à-vis des donneurs qui n'ont pas donné leur sperme pour ne pas conduire à une interruption de grossesse ?

### **Marie-Odile Alnot**

En fonction de couples précis, présentant des risques de maladies génétiques, il nous arrive d'accepter. Cela donne lieu à de nombreuses discussions, mais nous prenons toujours en compte l'histoire personnelle.

### **Georges David**

À travers vos dires, vous venez de faire intervenir un autre interlocuteur qui a des droits : le donneur qui ne donne pas pour n'importe quelles fins.

En 1984, lors du Congrès "Procréation, génétique et droit", nous avons été interrogés sur la légitimité que nous possédions de refuser le don à des femmes célibataires. En fait, nous avons interrogé des couples donneurs qui n'étaient absolument pas prêts à approvisionner une banque où les femmes célibataires viendraient se "ravitailler" selon leurs besoins, comme c'est le cas dans les banques de dons américaines. Et là encore, le déséquilibre provient du fait que nous n'avons pas les enfants pour faire prévaloir leurs droits et leurs intérêts propres.

---

**Marie-Louise Briard**

J'ajouterai que lorsque nous étions en présence d'un couple présentant un risque de maladie génétique et que nous disposions d'une possibilité de recours au diagnostic prénatal voire à une interruption de grossesse, nous ne les incluions pas dans le cadre d'un don. Or, maintenant, pour les couples qui ont vécu plusieurs interruptions de grossesse, cela représente un moyen de ne pas revivre la même situation. Donc, il y a des couples que nous n'aurions pas pris il y a dix ans et que nous acceptons maintenant.

## **Le déficit d'évaluation**

**Sylvie Froucht**

Vous avez parlé de la nécessité de connaître l'avis de l'enfant : pensez-vous réaliser des études rétrospectives auprès des parents ?

**Marie-Odile Alnot**

Nous n'avons pas le droit de faire une enquête. La demande ne doit pas venir de nous.

**Georges David**

C'est sur ce point que se situe notre échec : le non-retour d'informations, engendré par l'interdiction d'enquêtes rétrospectives. Pourtant, durant les premières années, nous établissions une sorte de contrat moral avec les couples. Nous les aidions dans les meilleures conditions possibles, dans un contexte de non-reconnaissance, de rejet de la pratique et de suspicion des risques pour l'avenir. De leur côté, ils s'engageaient à faire la démonstration des résultats et nous le promettaient.

Nous nous sommes aperçus, au fur et à mesure du temps, que nous ne bénéficions d'aucun retour. Notre demande était illogique et pleine de contradictions, puisqu'à la fois nous missions sur une régularisation de la situation d'un enfant totalement accepté par un couple et, dans le même temps, nous leur demandions de nous informer du suivi de l'enfant comme s'il représentait un cas particulier.

Certaines personnes ont tenté d'obtenir ces renseignements en constituant des fichiers qui violaient le droit à l'anonymat. Nous pourrions très bien imaginer comment réaliser des enquêtes qui respectent l'identité. Une enquête de ce type avait d'ailleurs été lancée, non sans scandale, par un centre non CECOS de Marseille. Ce centre nous avait, à ce titre, contacté pour obtenir une liste dans le but de suivre et de localiser les enfants sur le plan scolaire. Cette enquête était bien étudiée, mais

il aurait fallu communiquer la liste et nous n'en avons pas le droit. Le CECOS de Lyon a également enquêté en prenant le problème d'une manière différente. Il a demandé aux médecins traitants et aux pédiatres de leur envoyer des renseignements sur les enfants qu'ils suivaient, dont ils savaient qu'ils avaient été conçus par Insémination artificielle avec donneur (IAD). Mais cette étude n'a pu être réalisée que sur une petite échelle, parce qu'il s'agit de recherches de type épidémiologique d'une lourdeur extrême.

Nous nous trouvons dans un domaine nécessitant de nombreuses études. Pourtant, nous n'avons pas les moyens de les mettre en place. Il s'agit d'un champ de recherche qui n'est pris en charge par personne.

### **Emmanuel Hirsch**

L'absence d'analyses exhaustives de l'enfant et de la pratique comporte, sans doute, diverses explications. Cependant, si il y avait eu des problèmes à la naissance des enfants, je pense que vous l'auriez su.

### **Georges David**

Non, justement pas. Il faudrait mettre en place, au même titre que les médicaments, une AMP-vigilance. Or, nous ne disposons absolument pas du dispositif qui permette de déceler ce type de problème. Nous pouvons espérer que dans le prochain règlement sanitaire, le secteur de l'AMP soit parmi les 11 déjà spécifiés.

Lorsque je prône le besoin d'un système d'AMP-vigilance, c'est parce qu'une telle mesure doit permettre aussi de rassurer et non forcément d'alerter. Nous sommes à la merci d'affirmations hâtives et fausses. Il convient donc que nous disposions de systèmes qui permettent de répondre à des questions spécifiques.

Pourquoi l'embryon serait-il le seul âge de la vie où nous ne pourrions pas faire intervenir la pharmacovigilance? L'embryon s'est trouvé être, à la suite des mesures pharmaceutiques d'élimination des produits d'origine bovine, le seul à être conservé pendant 48 heures dans des produits d'origine bovine! Pourquoi ne considère-t-on pas cet âge comme un autre et ne reconnaissons-nous pas un statut de médicaments aux produits utilisés dans notre pratique, de la même manière que nous contrôlons tous les médicaments achetés dans le commerce? Nos produits échappent au dépistage d'un risque qui peut être secondaire mais existant.

---

### Jean Wils

J'ai eu l'occasion de rencontrer deux cas concrets qui relèvent des thèmes abordés. Le premier était celui d'un homme âgé ne voulant pas être pris pour le grand-père. Il se teignait les cheveux et s'habillait plus jeune. Il vivait très mal cette paternité. Le deuxième cas, était celui d'une grossesse multiple de sextuplés, à l'hôpital Cochin. Or, j'avais été très impressionné par les barrières mises en place pour empêcher les journalistes d'assaillir la chambre.

### Marie-Louise Briard

Il s'agissait, dans ce cas précis, d'une fécondation *in vitro* et non d'une IAD.

### Jean Wils

En termes de conseil, jusqu'où pourrez-vous aller dans la sélection et jusqu'où les parents, face aux receveurs, iront-ils pour obtenir l'enfant le plus beau et le plus pur possible ?

### Marie-Odile Alnot

Pour la mucoviscidose que nous pouvons dépister, nous savons, dans le cas d'une femme porteuse de cette maladie, qu'un centre et un seul, dispose de donneurs testés non-porteurs qu'il donnerait aux autres centres.

### Jean Wils

Pour la mucoviscidose, nous savons qu'il existe plusieurs centaines de mutations génétiques très fréquentes.

### Marie-Louise Briard

Nous avons toujours déclaré que les enfants nés par IAD ne devaient pas être plus que parfaits. Nous devons avoir la possibilité de tester, mais nous n'allons pas au-delà. Nous ne testons pas systématiquement les donneurs et les receveuses pour éviter qu'il y ait des enfants nés de mucoviscidose après IAD.

### Jean Wils

Où se situe la part de responsabilité médicale dans le projet de l'autre ? Car, à partir du moment où vous intervenez dans la procréation, d'une façon ou d'une autre vous intervenez dans son projet.

### **Georges David**

Dans ces circonstances particulières où le couple doit passer par la médecine, ne pouvons-nous pas faire évoluer les choses dans le sens de la responsabilisation ?

Le corps médical doit être tout à fait convaincu de la nécessité de ramener le couple à sa responsabilité en ne laissant pas le médecin jouer de son pouvoir par la formulation d'un oui ou d'un non tranché. Il nous faut entreprendre une évolution culturelle médicale, comparable à celle qui intervient dans le domaine écologique, notamment par la prise de conscience de nos devoirs à l'égard des générations futures. Pour ce qui le concerne, le couple veut son enfant à tout prix, ce qui peut le rendre parfois indifférent à d'autres enjeux.

### **Marie-Odile Alnot**

Lorsque le couple est dans son désir d'enfant, ce dernier est purement imaginaire. Or, nous lui parlons d'un enfant réel, ce qui nous place absolument en porte-à-faux.

### **Patrick Hardy**

Nous avons une certaine expérience de cette question de l'enfant réel/imaginaire, grâce à Pierre Jouannet et à Jean-Marie Kunstmann qui nous ont proposé de collaborer à un travail avec des couples dont le conjoint est VIH positif et qui, par crainte d'une contamination liée aux rapports sexuels non protégés et par désir d'une maternité de la femme, font appel aux CECOS pour leur projet parental.

Lors de nos entretiens, la question de l'enfant à venir a été constamment abordée, et nous avons été frappés par la qualité de réflexion de ces couples qui - en dépit du cadre médical très particulier de leur demande - parviennent pour la plupart à préserver l'enfant imaginaire, sans pour autant sacrifier les éléments de la réalité.

### **Jean-Marie Kunstmann**

Dans le cadre de la prise en charge individuelle, une évaluation est toujours pratiquée par le médecin qui reçoit ces couples et par un psychologue. Nous avons refusé des demandes, mais pas seulement sur des arguments génétiques.

### **Georges David**

Ce qui vient d'être exposé révèle un grand vide dans la loi française. On observe de nombreuses exigences qui concernent le consentement à l'IAD. Mais s'agissant de l'AMP, la loi traite seulement de la responsabilité du praticien à l'égard du bien-être de l'enfant.

---

Dans le dernier numéro du mois de mars de *Human Reproduction*, une enquête a été menée sur 70 centres pour savoir comment cette notion de la loi était interprétée et pratiquée. Or, d'un centre à l'autre l'application apparaît extrêmement variable, rendant ainsi l'enquête décevante. Nous devrions représenter l'enfant dans la réalité. Par conséquent, la loi française devrait approfondir la notion d'évaluation de bien-être de l'enfant, car celle-ci est vague et indéfinissable.

### Jean-Marie Kunstmann

En situation de pénurie, nous pourrions avoir tendance à modifier nos critères de recrutement et nous laisser aller à rétribuer les donneurs. J'aurais tendance à dire que si la paternité par dons de gamètes doit exister, elle doit aussi être admise par le corps social, sinon le père ne pourra pas exercer sa paternité. Or, généralement le père introduit vis-à-vis de l'enfant les notions d'interdiction et de limites, afin que ce dernier finisse, lui-même, par s'introduire dans la société. Si celle-ci n'est pas capable d'accepter ce mode de procréation, alors, peut-être faudra-t-il le remettre en cause.

### Emmanuel Hirsch

J'estime la valeur et l'intérêt des témoignages et des réflexions partagés au cours de cette rencontre. Tout particulièrement, ceux de Georges David, l'un des pionniers de ces techniques, dont on sait quel a été son constant souci en ce qui concerne l'élaboration des principes et des critères éthiques définis par les CECOS. Du reste, les règles éthiques adoptées par les CECOS constituent la référence dans les domaines de l'AMP.

Cela étant, nos échanges restituent l'extrême complexité des situations générées par la procréatique. On éprouve le sentiment d'une fuite en avant que rien ne saurait véritablement maîtriser.

La stérilité étant considérée à la fois comme une souffrance et comme une pathologie, tout naturellement les médecins et les chercheurs se sont engagés dans la dynamique de traitements dont les modalités et les conséquences ne peuvent pourtant en aucun cas se refuser à une approche critique.

Je constate néanmoins notre difficulté à fonder une appréciation contradictoire de la procréatique, dans la mesure où le discours dominant est constitué d'effets d'annonces souvent spectaculaires et que les évaluations publiques s'avèrent pour le moins peu apparentes.

Alors qu'il s'agit-là de techniques qui bouleversent nos repères et mettent en cause des principes ancestraux, à l'exception de colloques très spécialisés qui suscitent

d'évidentes controverses, on éprouve la sensation de l'absence d'un débat véritablement démocratique. Cette médicalisation de certaines conditions de la procréation, ne peut qu'induire un malaise et l'impression de transgressions, voire d'excès, pour ne pas dire d'abus.

À titre personnel, je ne saurais tenir un discours radicalement hostile à l'égard d'évolutions qui s'imposent. Ce qui m'inquiète pourtant, c'est de constater que ces avancées biomédicales induisent des mentalités et des pratiques qui, à terme, pourraient tout justifier.

Si ce n'est quelques rares positions, exprimées fort paradoxalement par certains chercheurs ou médecins qui ont contribué à la mise au point de ces techniques, on peut considérer que tout est fait pour apaiser les débats et réduire les conflits à l'expression de positions qui opposeraient les acteurs d'un inévitable et bienfaiteur "progrès", aux moralisateurs campés sur des positions jugées périmées, voire délétères.

Georges David a, fort justement, évoqué nos responsabilités du devenir. Touchant aux subtilités de la biologie du vivant et prêtes à répondre à des demandes qui ne relèvent pas toujours de la thérapeutique, les techniques mises en œuvre dans ce champ de la médecine, ne risquent-elles pas d'affecter plus qu'il n'y paraît une certaine conception de la condition humaine ou, pour être plus précis, de la dignité de l'homme ?

La génétique, voire l'eugénisme ont fait l'objet de certaines de nos considérations. Il semble évident que, dans certains cas, ce qui apparaît comme une médecine du désir pose la question de nos libertés individuelles et donc de nos facultés d'intervention sur le vivant. Nous disposons des techniques, en soi neutres et invisibles, qui permettent de choisir mais aussi de sélectionner. Dès lors elles ne peuvent que produire des normes qui s'expriment dans les critères retenus pour fonder les décisions dites thérapeutiques.

Sommes-nous imprudents, à vouloir servir davantage la science que ce qui fonde et justifie une action humaine ? Peut-on se satisfaire des avantages apparents que semblent rendre possible les techniques de l'AMP, alors qu'on pressent la complexité de leurs conséquences ?

Je retiens de ce débat, la nature des dilemmes qu'ont produits ces procédés, mais plus encore notre incapacité de les assumer dans leurs enjeux immédiats et leurs conséquences probables. J'ignore donc quelle prudence sera susceptible de pondérer ces mutations et plus encore si ceux qui y investissent tant de talents, se sentent concernés par une obligation de responsabilité.