

Parlamentsdienste
Services du Parlement
Servizi del Parlamento
Servetschs dal parlame



Argumentaire Contre

13.051

Diagnostic préimplantatoire. Modification
de la Constitution et de la loi sur la pro-
création médicalement assistée

Dokumentation

Parlamentsbibliothek

Documentation

Bibliothèque du Parlement

Documentazione

Biblioteca del Parlamento

Les données ci-après ont été rassemblées à des fins documentaires par les Services du Parlement. Ceux-ci n'ont aucune influence sur la forme ou la nature des arguments présentés.



Argumentaire

1. Situation initiale

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) désigne les analyses relevant de la biologie cellulaire et les examens génétiques afin de détecter les maladies héréditaires et les malformations chromosomiques, servant à déterminer si un embryon conçu artificiellement doit être implanté dans l'utérus ou non.

Le Conseil fédéral et le Parlement veulent permettre le DPI en Suisse. Alors que le Conseil fédéral ne souhaitait permettre le DPI que pour les couples ayant une prédisposition génétique (50-100 cas par année) [1], le Parlement a étendu l'accès au DPI à tous les couples qui ont recours à la fécondation In Vitro (env. 6'000 cas par année) [2]. Ainsi, en principe, tous les embryons conçus en dehors du sein maternel pourraient être examinés grâce à tous les tests génétiques techniquement à disposition dans les éprouvettes et ensuite triés. Ainsi, il y aurait des embryons ayant un patrimoine génétique « souhaité » pouvant être implanté dans la mère ou alors pouvant être congelé. Mais il y aurait également des embryons ayant un patrimoine génétique « non souhaité » qui seraient écartés et détruits.

L'autorisation du DPI nécessite un changement de la Constitution sur lequel le peuple et les cantons devront voter le 14 juin 2015. Si ce changement constitutionnel devait être accepté, le Conseil fédéral mettrait les modifications relatives dans la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) en vigueur, à moins que le référendum ne soit lancé contre ce changement législatif. Grâce à cette révision de la LPMA, déjà arrêtée par le Parlement, l'interdiction du diagnostic préimplantatoire et l'interdiction de congeler des embryons (cryoconservation) seraient levées et les détails du DPI seraient ainsi réglés.

[1] Message du Conseil fédéral du 7.6.2013 concernant la modification de l'article constitutionnel relatif à la procréation médicalement assistée et au génie génétique dans le domaine humain (art.119 Cst) et de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (p. 5255).

[2] Un nombre a été avancé lors des débats au Parlement. Voir les statistiques sur la procréation médicalement assistée de l'OFS 2013 : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/02.html>

2 Modification de la Constitution (Art. 119)

La norme constitutionnelle en vigueur est la base actuelle de la LPMA interdisant le DPI et permettant le développement de trois embryons maximum pour la fécondation artificielle (fertilisation in-vitro FIV). La levée de l'interdiction du diagnostic préimplantatoire nécessite une modification constitutionnelle, puisque la procédure technique du DPI requiert la création de plus d'embryons que ce qu'on ne peut en implanter dans la femme (embryons surnuméraires). Selon la Constitution en vigueur, cela est actuellement interdit.

La dernière partie de l'article 119, al.2, lettre c déclare :

„ne peuvent être développés hors du corps de la femme jusqu'au stade d'embryon que le nombre d'ovules humains pouvant être immédiatement implantés “ (Cst. Art. 119, al. 2 let c).

La modification constitutionnelle prévue (Cst. rév. Art. 119, al.2 let c) permettrait dorénavant de féconder autant d'ovules en dehors du corps de la femme,

„que le nombre d'ovules humains nécessaire à la procréation médicalement assistée.“ (Cst. Rév, art. 119, al. 2 let. c).

La modification de la Constitution va au-delà du but initial de l'implantation immédiate et ne prévoit aucune condition cadre ni aucun rail de sécurité. Elle ne prévoit « que » le développement d'embryons surnuméraires. Ce qui se passe ensuite est défini dans la loi sur la procréation médicalement assistée et éventuellement dans la loi relative à la recherche sur les cellules souches. Ces lois règlent si et quand quels examens génétiques sont pratiqués, combien d'embryons doivent être conçus au maximum et dans quels buts ils peuvent être utilisés. L'avenir des embryons surnuméraires doit également être défini, soit de savoir si et combien de temps ils peuvent être congelés.

3 Arguments contre la modification de la Constitution

3.1 La modification constitutionnelle prévue annule la protection des embryons et est une contradiction en soi.

L'art. 119, al.2, let.c tel que modifié dépasse l'implantation immédiate et est formulé de manière tellement large que les embryons ne seraient à l'avenir plus protégés. Avec cette modification, l'al.1 de l'article 119, Cst. actuel „L'être humain doit être protégé contre les abus en matière de procréation médicalement assistée et de génie génétique “ devient lettre morte. Et les prescriptions largement incontestées en matière de patrimoines germinal et génétique, telles que mentionnées dans la première partie de l'art.119, al.2, let.c de la Cst [3]., seraient également torpillées.

3.2 Sans modification de la Constitution aucun ajustement de la Loi sur la procréation médicalement assistée.

La révision de la loi sur la procréation médicalement assistée s'appuie sur l'art.119, al.2, let.c de la Constitution. Si cette modification de la Constitution est refusée par le peuple et les cantons lors de son passage aux urnes, les modifications de la LPMA décidées par le Parlement n'entreront pas en vigueur. Combattre la révision de la LPMA signifie par conséquent voter contre la modification constitutionnelle.

3.3 La modification de la Constitution mène vers un terrain glissant

La modification de la Constitution semble de prime abord peu importante, mais représente un changement de paradigme: la nouvelle possibilité de développer autant d'embryons que nécessaire à la procréation médicalement assistée conduirait à un changement fondamental dans la manière de considérer la vie humaine dès ses premiers stades. L'on pourrait produire des embryons surnuméraires ! Une fois que ceci est permis, les portes sont grandes ouvertes à toutes les procédures envisageables dans le futur en matière de procréation assistée (soumis à la LPMA). Les prochaines étapes ont déjà été abordées et même décidées, pour certaines, par le Parlement. Ainsi, celui-ci ne souhaite pas, comme le proposait initialement le Conseil fédéral, de ne permettre les examens génétiques sur les cellules reproductrices et les embryons que pour les futurs parents présentant un risque héréditaire important, mais de les proposer à tous les couples désirant avoir recours à la fécondation artificielle. Dans les faits, cela implique que tous les embryons fécondés hors du corps de la femme seront soumis en laboratoire à une sélection entre „digne de vivre – indigne de vivre“, afin d'être ensuite implantés, éliminés ou congelés. Le Parlement a même débattu d'une requête permettant la création de „bébés sauveurs“ sans trouver encore de majorité. Que cette question revienne lors de l'introduction éventuelle du DPI ne sera qu'une question de temps.

D'autres efforts de libéralisation sont déjà sujets à des discussions publiques. Ainsi, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) s'exprime aujourd'hui déjà majoritairement en faveur du don d'ovules, du don d'embryons, de mères porteuses ou de l'abolition d'un plafond en matière de nombre maximal d'embryons pouvant être développés.^[4]

La palette de constellations chromosomiques pouvant justifier la sélection d'embryons peut s'étendre à l'infini. La liste des indications permises pour un DPI en Grande-Bretagne, disponible sur la page d'accueil de Human Fertilisation and Embryology Authority^[5], en est un exemple parlant. Les tests génétiques se développent également. Et savoir quels tests peuvent être utilisés pour la sélection d'embryons constitue une limite très difficile, voire impossible, à définir.

L'élargissement de l'art. 119 Cst. est un pas supplémentaire vers une médecine de la reproduction sans plus de limite : afin d'empêcher cette fuite en avant, la modification constitutionnelle prévue doit être refusée.

[3] 1^{ère} partie de l'art. 119, 2c, Cst: „Le recours aux méthodes de procréation médicalement assistée n'est autorisé que lorsque la stérilité ou le danger de transmission d'une grave maladie ne peuvent être écartés d'une autre manière, et non pour développer chez l'enfant certaines qualités ou pour faire de la recherche;“

[4] Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine: La procréation médicalement assistée. Considérations éthiques et propositions pour l'avenir, Prise de position No. 22/2013.

http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK_Fortpflanzungsmedizin_Fr.pdf

[5] <http://guide.hfea.gov.uk/pgd/> (Stand: 14.1.2014)

3.4 La modification de la Constitution conduit à la sélection eugénique

Le DPI, brigué par la modification constitutionnelle, jette une ombre sur la vie humaine. Le monstre de l'„eugénisme“ (idéologie visant l'amélioration de l'hérédité dans la population humaine grâce à la sélection d'êtres humains prétendument plus sain et de plus grande valeur) est déjà perceptible. L'eugénisme renvoie l'idée erronée qu'il est possible de planifier une société sans handicap et sans maladie. Une telle représentation s'approche du fantasme de toute-puissance. On en oublie que malgré la technique, le savoir et le savoir-faire des hommes resteront toujours limités : l'être humain peut et doit atténuer la souffrance, mais il ne pourra pas s'en débarrasser.

L'ordre juridique et la médecine doivent cibler la guérison des êtres humains malades, y compris celle des embryons, et non pas leur élimination. Seul un ordre juridique de ce genre permet à la connaissance limitée des êtres humains d'être utilisée au mieux afin d'aider les hommes à mener une vie satisfaisante.

4 Modification de la Loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA mod.)

Aperçu des modifications les plus importantes de la loi sur la procréation médicalement assistée:

Domaines d'application du DPI: maladies héréditaires lourdes et anomalies chromosomiques

La nouveauté principale est la réglementation du DPI au moyen de l'introduction de l'art. 5a, al. 1-3 sous le titre „Analyse du patrimoine génétique de gamètes ou d'embryons *in vitro* et sélection des gamètes ou des embryons“. Le Conseil fédéral ne souhaitait autoriser les examens du patrimoine héréditaire des gamètes et des embryons et leur sélection que lorsque le danger de transmission d'une maladie héréditaire lourde ne peut être évité autrement. Le Parlement a permis en sus la recherche des

anomalies chromosomiques (le DPI n'est autorisé „que pour détecter des caractéristiques chromosomiques susceptibles d'entraver la capacité de se développer du futur embryon “, Art. 5a al. 1 et par analogie al. 3, LPMA mod.). Les examens chromosomiques peuvent par exemple conduire à l'élimination d'embryons porteurs de la Trisomie 21 avant l'implantation dans le sein maternel.

La règle de trois devient la règle de douze

Aujourd'hui, seuls trois ovules peuvent être développés jusqu'au stade d'embryon au cours d'un cycle de traitement (règle de trois, art.17, al.1, LPMA). Le Conseil fédéral souhaitait augmenter ce nombre à huit au cas où un DPI était mené. Le Conseil national ne souhaitait plus aucune restriction. Il s'est ensuite rallié à la proposition de compromis du Conseil des Etats, selon laquelle douze embryons au maximum peuvent être développés au cours d'un cycle de traitement (Art.17, al.1, LPMA mod.).

Autorisation de la conservation des embryons

Aujourd'hui, la conservation des embryons est interdite (art.17, al.3, LPMA). Ces dispositions doivent être révisées et la cryogénéisation – la congélation des embryons – autorisées.

5. Arguments contre la modification de la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA mod.)

5.1 Le DPI est un instrument de sélection entre une vie de valeur et une vie sans valeur

Le DPI est un instrument de sélection, conduisant à la différenciation entre une vie de valeur et une vie sans valeur. Cela crée les conditions préalables à la distinction entre des êtres humains « dignes de vivre » et « indignes de vivre ». Cela enverrait de toute évidence de faux signaux pour notre société et son avenir et il n'est pas question d'entrer dans cette dynamique !

Une base légale permettant une nouvelle discrimination ne peut pas être créée. En effet, la base du droit déclare : les droits fondamentaux (surtout le droit à la vie) doivent être définis par l'appartenance au genre humain (par le fait d'être un être humain) et non pas par l'appartenance à un certain groupe de personnes. Par conséquent, la sélection eugénique d'êtres humains (embryons), même au nom du droit au choix à la reproduction, représente une atteinte à la base du droit. Le DPI remplacerait le droit par l'arbitraire : ceux qui sont nés disposent de ceux qui ne sont pas nés en soumettant ces derniers à des „contrôles de qualité“.

5.2 Le DPI conduit à la discrimination des personnes gravement malades ou ayant des handicaps!

Le DPI conduit à la discrimination des êtres humains porteurs d'handicap en les considérant comme des risques indésirables et évitables. Ce jugement „indigne de vivre“ remet en question l'existence des personnes avec un handicap et a des effets graves sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes ainsi que sur notre cohabitation.

Quand des personnes avec des handicaps sont considérées par la société comme une „charge évitable“, des refus de prestations de la part des assurances sociales et de caisses maladies peuvent devenir une conséquence logique puisque le handicap aurait pu être évité. L'intégration sociale et économique des personnes avec handicap relève à part égale de la responsabilité de la politique, de la société et de la législation. Celles-ci ne devraient pas empêcher la vie avec handicap.

Notre société n'a pas le droit de devenir inhumaine : la légalisation du DPI conduit à une société dans laquelle le droit à la vie est dépendant de la santé, des aptitudes personnelles ou de la productivité. Une société humaine a le devoir d'assurer à tous le droit à la vie, la dignité et le respect. Chaque être humain est dépendant de la solidarité de la société, car chacun peut lui-même perdre son autonomie, tomber gravement malade ou devenir handicapé avec ou sans prédisposition génétique.

5.3 Le DPI discrimine les parents qui sont prêts à accueillir un enfant éventuellement ou gravement malade

Le DPI recèle en soi le danger que les parents soient amputés de leur liberté de pouvoir décider de ne pas avoir recours au DPI. L'autorisation du DPI crée une pression sociale contre les handicaps. Le bien de la communauté sert de justificatif afin que la société n'ait pas à s'infliger le fardeau de coûts importants pour les soins et la prise en charge d'un enfant handicapé ou gravement malade et que le système de santé ne s'en trouve pas encore plus chargé.

Aujourd'hui déjà, les parents sont soumis à une forte pression de justification lorsqu'ils refusent d'avoir recours à un examen prénatal ou refusent une interruption de grossesse malgré un embryon non conforme à la norme. Plus grave encore : la valeur de la vie et le droit à la vie de leur enfant est même souvent mis en question. La seule mise à disposition de la procédure du DPI engendre une pression sociale pour l'utiliser.

5.4 Le DPI n'apporte rien aux progrès de la médecine

Le DPI comprend l'élimination d'embryons malades: au lieu de rechercher de nouvelles thérapies, l'on élimine d'éventuels handicapés ou malades. La découverte couronnée d'un prix Nobel sur les cellules

souches pluripotentes induites (cellules IPS) prouve justement que de renoncer à la destruction d'embryons favorise la créativité en matière de science.

Au cours de l'émission ARENA concernant la votation sur la recherche sur les cellules souches en novembre 2004, les partisans actuels du screening du DPI vantaient la destruction d'embryons dans le but de produire des cellules souches embryonnaires, alors que les opposants actuels du screening du DPI s'engageaient pour l'utilisation de cellules souches adultes (sans utilisation d'embryons). Depuis des années, les cellules souches adultes sont utilisées dans de nombreuses applications thérapeutiques cliniques. Au contraire, les expériences précliniques avec des cellules souches d'embryons ont partiellement échoué et, de toute façon, ne sont éthiquement pas défendables.

De plus, différentes études prouvent que les perspectives de réussite, c'est-à-dire le taux de naissance lors de fécondation artificielle, sont significativement plus hautes sans screening de DPI qu'avec.^[6]

5.5 La révision de la loi sur la procréation médicalement assistée transgresse la Constitution

La Constitution déclare clairement que toutes les méthodes soutenant la procréation médicalement assistée ne peuvent être utilisées,

„que lorsque la stérilité ou le danger de transmission d'une grave maladie ne peuvent être écartés d'une autre manière, et non pour développer chez l'enfant certaines qualités ou pour faire de la recherche“.
(Cst. art.119, al.2, let.c).

La LPMA mod. acceptée par le Parlement, n'admet le DPI sans plus de limites

„(...) que pour détecter des caractéristiques chromosomiques susceptibles d'entraver la capacité de se développer du futur embryon “ (Art. 5a al. 1 et par analogie al. 3).

Cette extension du DPI contredit clairement la Constitution. Elle contredit la règle des indications et les limitations d'application. La détection d'anomalies chromosomiques, comme la Trisomie 21, ne vise pas à empêcher la „transmission d'une grave maladie“. La sélection d'embryons porteurs, par exemple, de la Trisomie 21, servirait clairement à développer chez l'enfant certaines qualités. Par conséquent, la LPMA mod. contient des modifications qui sont interdites par la Constitution.

5.6 La levée de l'interdiction de conservation augmente massivement le nombre d'embryons surnuméraires

La levée prévue de l'interdiction de congélation d'embryons est inacceptable. Dans ce cas, d'innombrables embryons sont abandonnés à un sort incertain. Les risques liés à la cryoconservation

pour l'enfant et son développement (dans le cas d'une implantation ultérieure dans l'utérus) sont encore complètement inconnus.

Tous les centres de Fécondation In Vitro (FIV) en Suisse comptaient au total, entre 1998 et 2000, avant l'entrée en vigueur de la LPMA, annuellement env. 800 à 1113 embryons congelés. Avec l'entrée en vigueur de la LPMA (2001) et l'interdiction de la cryoconservation, ce chiffre a chuté dès 2001 à 91 (2001) respectivement 57 (2003) embryons par année [7]. Seule la LPMA et ses dispositions pénales ont incité les médecins de la reproduction à limiter la cryoconservation aux seules urgences.

Dans la mesure où 12 embryons au lieu de 3 pourraient désormais être fécondés par cycle de traitement et qu'un nombre croissant de couples devraient désormais avoir recours au DPI, l'on doit s'attendre à une croissance significative du nombre d'embryons congelés au cas où la modification de la Constitution et la LPMA mod. étaient acceptées. Si, par exemple, la moitié des 6'000 couples faisant appel actuellement à la FIV recourent également au DPI et comptant 12 embryons par cycle de traitement, se sont 36'000 embryons qui pourraient être développés. Après que quelques-uns aient été écartés pour cause génétique dans le cadre de la procédure de DPI et que trois embryons aient été implantés dans le corps de la femme, des milliers d'embryons resteraient en surplus. Ceux-ci seraient à l'avenir cryogénisés. Or, ce chiffre ne correspond à la réalité que lorsqu'un cycle suffit pour aboutir à une grossesse. Pourtant, en règle générale, plusieurs cycles sont nécessaires jusqu'à ce qu'un enfant soit conçu. Selon les statistiques actuelles de l'ESHRE, une grossesse nécessite en moyenne le développement de 39 embryons [8]. De plus, le nombre croissant „d'embryons surnuméraires“, engendrés par la levée de l'interdiction de la cryoconservation et la suppression de la règle de 3 également lors des cas de FIV sans DPI, n'est pas compris dans ce calcul.

Au plus tard après 10 ans, les embryons congelés devraient être dégelés, c'est-à-dire détruits ou alors „utilisés“ par la science. L'on peut partir du principe que la recherche sur les cellules souches et l'industrie pharmaceutique se porteront volontaires pour acquérir ces embryons surnuméraires. Malheureusement, ce ne sont pas seulement des intérêts scientifiques qui sont en jeu, mais également des intérêts financiers.

5.7 La légalité du DPI à l'étranger ne justifie pas son intégration en Suisse

Les partisans font valoir que les couples concernés vont à l'étranger pour le DPI. Cet argument ne tient pas. La sélection du sexe peut également être promue de cette manière, puisqu'elle est partiellement permise à l'étranger. Nous devons prendre nos propres responsabilités et fixer nos propres valeurs.

5.8 Le DPI n'est pas une garantie pour un enfant en bonne santé

Un diagnostic génétique ne permet pas de détecter en même temps toutes les maladies connues ayant un facteur génétique. Beaucoup ne sont pas identifiables ou ne se manifestent qu'à un moment ultérieur. Dans beaucoup de cas, un examen prénatal est pratiqué en plus du DPI. Dans la mesure où le diagnostic prénatal (DPN) peut également susciter des complications, cette procédure augmente les risques. Une FIV standard engendre un avortement spontané dans 21.7% des grossesses [9]. Selon les statistiques les plus actuelles de l'ESHRE, 51 avortements et 101 homicides sélectifs lors de grossesses multiples ont eu lieu dans le cadre du DPI de 7529 grossesses. Une grande part des avortements et des réductions embryonnaires ont succédé à une échographie et/ou un DPN invasif. La mentalité eugénique inhérente au DPI se poursuit ainsi par le DPN. Chacun de ces cas engendre une énorme pression psychique et physique pour les femmes concernées. [10]

5.9 Le domaine d'utilisation du DPI va s'étendre

Il va également s'avérer difficile d'établir une frontière entre les maladies diagnostiquées et non diagnostiquées. Lesquelles seraient incluses dans le DPI et lesquelles non ? Les maladies mortelles, les maladies se manifestant tardivement, les maladies incurables ? Qui peut décider de ce qui est « très grave » ? La souffrance et la douleur sont subjectives et les diagnostics pourraient justifier un DPI, lorsque les parents les considèrent comme très grave et étant liés à trop de souffrances. Une variante génétique très rare engendrant un risque de cancer du sein dans 80% des cas pour les femmes entre 40 et 50 ans est-elle une raison suffisante pour la réalisation d'un DPI ? Lorsque le nouvel art.5a LPMA mentionne le concept „maladie grave“, sont comprises également selon le message du Conseil fédéral sur cette loi les „sévères limitations cognitives, à l'instar d'une intelligence considérablement diminuée (QI inférieur à 60)“ ainsi que „les sévères limitations au niveau de l'émotionnalité et de la régulation affective“ [11]. Où doit être posée la limite lorsqu'un DPI est effectué ? Le Conseil fédéral avait fixé une frontière en limitant le DPI aux couples ayant un risque génétique élevé. Le Parlement a levé cette limite et permis la réalisation de tests génétiques pour tous les embryons créés artificiellement.

5.10 Le DPI engendre la souffrance au lieu de l'atténuer

Beaucoup de maladies (lourdes), qui ne sont pas essentiellement héréditaires, ne peuvent pas être diagnostiquées de manière fiable à un stade si précoce. Beaucoup ne peuvent être détectées de manière relativement certaine qu'au cours de la grossesse grâce à un diagnostic prénatal (DPN).

La majorité des handicaps (97%) ne sont pas dus à des facteurs génétiques, mais se développent au cours de la grossesse ainsi que pendant et après la naissance. Le développement d'un handicap au cours de la grossesse est, par exemple, dû aux virus, aux rayons, aux médicaments, aux polluants, à

la nicotine, etc. En général, les handicaps physiques et mentaux importants n'apparaissent dans la majorité des cas qu'après la naissance ou à cause d'accidents au cours de la vie. L'introduction du DPI laisse cependant penser à tort que les handicaps et les maladies sont évitables.

L'introduction du DPI est argumentée de la manière suivante : „Les parents peuvent satisfaire leur désir de mettre au monde un enfant sans avoir à craindre d'être dépassés si l'enfant souffre d'une maladie génétique.“ [12] Selon cette logique, le DPI nourrit l'idée que la majorité des enfants porteurs d'handicaps lourds soit estampillée comme „poids“ pour les parents et le personnel de soins. Au final, la souffrance est ainsi accentuée au lieu d'être atténuée.

5.11 Le DPI n'exclut pas les interruptions de grossesse

Les partisans du DPI partent du principe que le DPN conduit souvent à des interruptions de grossesse et en concluent que la sélection des embryons malades doit être effectuée avant l'implantation dans le sein maternel. Ceci permettrait d'éviter les avortements consécutifs au DPN ainsi que les traumatismes pour la femme.

Habituellement, les résultats du DPI sont vérifiés après le transfert de l'embryon dans le sein maternel et après les trois premiers de grossesse grâce au DPN. Cette procédure représente en soi à nouveau un risque de fausse-couche ou de malformation de l'embryon. Lors d'un DPI, la femme ne peut être certaine que l'enfant en gestation n'est pas porteur d'une grave maladie que suite à la prise de connaissance des résultats du DPN. Ainsi, un avortement peut également avoir lieu après un DPI. C'est pourquoi le DPI n'exclut pas un avortement et ses éventuelles séquelles [13]. Finalement, et non des moindres, le „rejet“ des embryons après un DPI représente la mort d'une vie humaine au début de son développement.

5.12 Le DPI est une charge pour l'embryon

Lors d'un DPI, une à deux cellules sont prélevées sur l'embryon trois jours après la fécondation, soit lors que le développement a atteint le stade de 4 à 10 cellules. Elles servent à rechercher les maladies ou les malformations. L'on prétend que cette ponction de une à deux cellules ne menace pas la capacité de survie de l'embryon. L'expérience actuelle montre que pour 40% de ces embryons, qui en soit seraient viables, la nidation échoue car la procédure du DPI a blessé les embryons. [14] Même l'ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) déclare en 2011 dans ses directives sur le DPI: „Selon les connaissances actuelles, le screening de DPI chez un embryon multicellulaire n'est pas efficace. Il n'est pas encore défini si un screening de DPI au stade du blastocyste ou si l'analyse des globules polaires permet d'augmenter le taux de naissance.“ [15]

5.13 Le DPI n'est pas un devoir médical

Le devoir médical comprend la prévention et la guérison des maladies, l'atténuation des douleurs, ainsi que la prévention des dommages dans la santé pour les futures mères ainsi que pour les enfants en gestation. Le devoir médical n'est pas la prévention ou même l'éradication des vies porteuses de maladie ou d'handicaps. Le DPI n'est de ce point de vue – déterminé par le serment d'Hippocrate – pas un devoir médical.

5.14 Le DPI représente un fardeau pour les mères et les parents

Le DPI est un fardeau important pour les femmes, physiquement et psychiquement. Pour le développement de 12 embryons maximums, 20 ovules doivent être prélevés ce qui implique pour les femmes une stimulation artificielle des hormones que les femmes soient hormonellement stimulées de manière artificielle. Cela peut conduire à des complications et à d'autres dommages.

Lorsque les cellules ont été examinées et les embryons sains implantés, l'incertitude et la peur que leur nidation échoue demeurent. Au cas où la grossesse se poursuit au-delà des trois premiers mois, un DPN sera effectué afin de confirmer la bonne santé de l'enfant. A ce stade, la décision de poursuivre la grossesse ou de l'interrompre repose sur la femme et le couple. De la décision d'une FIV passant par un DPI et jusqu'au résultat escompte, soit la naissance d'un enfant „sain“ (= enfant sans prédisposition à des maladies ou à un handicap), un couple ayant un risque élevé de transmettre une maladie héréditaire doit relever de nombreux et affronter d'innombrables difficultés.

5.15 Le DPI reporte la décision de savoir quelle vie est digne d'être vécue sur un laboratoire

Le diagnostic prénatal cible actuellement premièrement la recherche du syndrome de Down (trisomie 21). Entre 50 à 85% de ces anomalies chromosomiques sont ainsi découvertes. Dans près de 96% des cas, les futurs parents choisissent d'opter pour une interruption de grossesse [16]. Le DPN conduit à un énorme dilemme pour les parents devant décider sur la base des connaissances ainsi acquises. Les conséquences d'un avortement sont immédiatement palpables.

Le DPI, au contraire, contourne largement ce dilemme, en laissant des médecins spécialistes de la procréation assistée, isolés dans un laboratoire, mener des examens en-dehors du corps de la femme et décider, de manière autonome sans consulter les parents, quels embryons implanter et lesquels éliminer. C'est pourquoi le Conseil fédéral avait déjà en 1996 refusé le DPI en argumentant de la manière suivante dans son message concernant la loi sur la procréation médicalement assistée : „Le DPI conduit à un automatisme entre un dommage probablement génétique et le rejet d'une vie pas encore née n'ayant aucune ressemblance avec un diagnostic prénatal.“ [17] Juger quelle vie est digne

d'être vécue et quelle vie ne l'est pas reste dans tous les cas un pas au-delà des limites, et cela indépendamment du fait que ce soit les parents ou le personnel de laboratoire qui prennent la décision.

5.16 La LPMA mod. crée de nouvelles inégalités et conduit à l'application du DPI à tous les couples

Selon l'art.5a LPMA mod., la procréation médicalement assistée ne peut être utilisée que pour surmonter l'infertilité d'un couple ou lorsque le danger de transmission d'une maladie grave à la descendance ne peut être écarté autrement. Les couples pouvant engendrer des enfants de manière naturelle n'ont par conséquent pas accès au DPI, même si un antécédent génétique familial est prouvé ou lorsque l'âge de la femme augmente la probabilité d'une Trisomie 21. Contrairement aux couples non fertiles, ils n'ont aucune chance de pouvoir sélectionner les anomalies chromosomiques. Cela crée une nouvelle inégalité de traitement qui conduira à ce que les parents revendiquent à plus ou moins long terme une égalité de traitement. La conséquence sera l'accès au DPI pour tous les couples. La FIV, initialement prévue comme mesure permettant de contourner l'infertilité, serait ainsi complètement dénaturée.

5.17 Le DPI représente un pas supplémentaire vers une médecine reproductive et un génie génétique sans plus aucune limite

En Suisse également, il existe des acteurs de la société qui souhaitent introduire une médecine reproductive sans limite. Cet objectif politique est poursuivi par saucissonnage. Le régime normatif de l'interruption de grossesse et de la fécondation artificielle ainsi que l'introduction du diagnostic prénatal (DPN) doivent désormais devenir le tremplin permettant l'autorisation d'un DPI sans limite. L'argument émotionnel prétend qu'il est inacceptable pour femme enceinte suite à une fécondation artificielle et les difficultés que celle-ci comporte, de devoir ensuite prendre position sur une interruption de grossesse, alors que grâce au DPI, une sélection précoce et plus simple aurait pu être effectuée.

Les partisans du DPI argumentent que la réalisation d'analyses génétiques et l'élimination d'un fœtus déjà développé sont autorisés dans notre pays. Par conséquent, l'interdiction d'en faire autant pour des embryons à un stade antérieur n'est pas justifiée. Il serait ainsi incohérent qu'une hiérarchisation protège un embryon dans une éprouvette de manière plus stricte qu'un fœtus au cours de la grossesse. Cette argumentation est fatale : la protection d'un embryon éprouvette ne doit pas être revue à la baisse pour être adaptée à la protection fragile dont bénéficie un fœtus dans le sein maternel. À chaque étape de sa vie, l'être humain mérite et doit bénéficier d'une protection adéquate – en tant qu'embryon, de fœtus ou en tant qu'adulte.

Il est faux de se baser sur l'existence du DPN afin de justifier le DPI. Si le DPI devait être accepté pour des dépistages génétiques de maladies héréditaires et d'anomalies chromosomiques, le pas restant

pour arriver à „ l'enfant à la carte“, soit la sélection du sexe, de la couleur des yeux et des cheveux ou de spécificités physiques ou mentale serait vite franchi. Certes, ceci n'est pas encore prévu, mais il est avéré que ces critères servent aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne pour la sélection de sperme et d'ovules. Cette politique du saucissonnage doit être stoppée.

Une autre étape de libéralisation est, en Suisse, déjà dans les pipelines : la production de « bébés sauveurs ». Il s'agit d'enfants dont les cellules souches, la moelle osseuse, etc. doivent être données à un frère ou une sœur aîné/e malade. Les embryons sont sélectionnés grâce au DPI afin de trouver celui dont la correspondance est la plus élevée avec l'enfant malade et ce nouvel enfant devient un donneur non-volontaire. Le bénéfice de pouvoir aider un enfant malade, ne suffit pas pour rendre acceptable le fait de créer un être humaine non pas pour lui-même, mais dans un but déterminé. Il s'agit d'une instrumentalisation difficile à justifier. Un être humain ne peut pas simplement être un moyen de parvenir à une fin spécifique.

Même si les bébés sauveurs n'obtiennent pas encore la majorité au Parlement, la probabilité est grande que cette requête se retrouve sur l'agenda politique à plus ou moins court terme en cas d'adoption éventuelle de la LPMA mod.

De plus, une intervention politique en cours requiert de pouvoir autoriser le don d'ovules [18]. L'argument est qu'aucune différence ne justifie un traitement distinct des deux sortes de gamètes (sperme et ovule). Cela ne prend cependant pas en compte que le don d'ovule, contrairement au don de sperme, nécessite une intervention invasive à laquelle sont liés différents risques.

Et ce n'est pas tout: d'autres efforts de libéralisation sont déjà en cours et sujets à des discussions publiques. La commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) s'exprime majoritairement de manière scandaleuse en faveur du don d'ovules, du don d'embryons, des mères porteuses et pour autoriser le développement d'embryons sans plus de maximum.

L'instrumentalisation peut également être utilisée de manière inverse: aux Etats-Unis, un couple a recouru au DPI afin de s'assurer que leur bébé serait porteur du même défaut génétique qu'eux. Ils ont ainsi pu se « garantir » un bébé sourd. Il est nécessaire de stopper cette évolution.

[6] Ginsburg E.D., Baker V.L., Racowsky C., Wantman E., Goldfarb J., Stern J.E., Use of preimplantation genetic diagnosis and preimplantation genetic screening in the United States: a Society for Assisted Reproductive Technology Writing Group paper. *Fertil Steril*

Sebastiaan Mastenbroek, M.Sc., Moniek Twisk, M.D., Jannie van Echten-Arends, Ph.D., Birgit Sikkema-Raddatz, Ph.D., Johanna C. Korevaar, Ph.D., Harold R. Verhoeve, M.D., Niels E.A. Vogel, M.D., Eus G.J.M. Arts, Ph.D., Jan W.A. de Vries, Ph.D., Patrick M. Bossuyt, Ph.D., Charles H.C.M. Buys, Ph.D., Maas Jan Heineman, M.D., Ph.D., Sjoerd Repping, Ph.D., and Fulco van der Veen, M.D., Ph.D. In Vitro Fertilization with Preimplantation Genetic Screening, *Engl J Med* 2007; 357:9-17 July 5, 2007 DOI: 10.1056/NEJMoa067744

[7] www.sgrm.org/wb/media/FIVNAT/FIVNAT_Statistik_2003.pdf

[8] Moutou C., Goossens V., Coonen E., De Rycke M., Kokkali G., Renwick P., Sengupta S.B., Vesela K., Traeger-Synodinos J., ESHRE PGD Consortium data collection XII: cycles from January to December 2009 with pregnancy follow-up to October 2010. *Hum Reprod* 29 (2014) 880-903.

[9] Statistique sur la fécondation médicalement assistée de l'OFS 2013: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/02.html>

[10] Moutou C., Goossens V., Coonen E., De Rycke M., Kokkali G., Renwick P., Sengupta S.B., Vesela K., Traeger-Synodinos J., ESHRE PGD Consortium data collection XII: cycles from January to December 2009 with pregnancy follow-up to October 2010. *Hum Reprod* 29 (2014) 880-903.

[11] Message du Conseil fédéral du 7 juin 2013 concernant la modification de l'article constitutionnel relative à la procréation médicalement assistée et au génie génétique dans le domaine humain (art.119 Cst.) et de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (diagnostic préimplantatoire), p. 5321

[12] Message du Conseil fédéral du 7 juin 2013 concernant la modification de l'article constitutionnel relative à la procréation médicalement assistée et au génie génétique dans le domaine humain (art.119 Cst.) et de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (diagnostic préimplantatoire), p. 5284

[13] Moutou C., Goossens V., Coonen E., De Rycke M., Kokkali G., Renwick P., Sengupta S.B., Vesela K., Traeger-Synodinos J., ESHRE PGD Consortium data collection XII: cycles from January to December 2009 with pregnancy follow-up to October 2010. *Hum Reprod* 29 (2014) 880-903. Sur 7529 grossesses cliniques (1997-2010) il y a eu 51 avortements et 101 réduction embryonnaire (Tableau VIIa, S. 895). Le taux d'avortement était de 10,7% au moins.

[14] Scott KL, Hong KH, Scott RT Jr., Selecting the optimal time to perform biopsy for preimplantation genetic testing. *Fertil Steril* 100 (2013) 608-614, hier S. 613. „two of every five that have day-3 blastomere biopsy will be harmed to a sufficient extent to yield them incapable of implanting and progressing to term.“

[15] Harton G., Braude P., Lashwood A., Schmutzler A., Traeger-Synodinos J., Wilton L., Harper J.C., ESHRE PGD consortium best practice guidelines for organization of a PGD centre for PGD/preimplantation genetic screening†. *Hum Reprod* 26 (2011) 14-24. „*Current evidence suggests that PGS at cleavage stages is ineffective, but whether PGS at the blastocyst stage or on polar bodies might show improved delivery rates is still unclear.*“

[16] Brambati B., Tului L., Cislighi C., Alberti E., First 10 000 Chorionic Villus Samplings Performed on Singleton Pregnancies by a Single Operator. Prenatal Diagn 18 (1998) 255-266.

[17] Message LPMA , FF 1996 III 205, ch. 322.135.

[18] Initiative parlementaire 12.487 du Conseiller national Jacques Neyrinck: Autoriser le don d'ovule

6 Voilà pourquoi il est nécessaire de dire NON à la modification de l'article 119 de la Constitution

Avec un NON à la modification prévue de l'art.119 de la Constitution fédérale, vous dites

- **NON à une médecine de la reproduction expérimentale et à des tests génétiques sans limites**
- **NON aux principes de base permettant une loi sur la procréation médicalement assistée ne respectant pas l'être humain**
- **NON au développement et à la conservation d'embryons surnuméraires**
- **NON au saucissonnage d'une médecine de la reproduction sans limites**

Et indirectement, par la non-entrée en vigueur de la LPMA mod., vous dites également

- **NON aux analyses génétiques d'embryons éprouvettes**
- **NON à la sélection eugénique et à la destruction d'embryons indésirables**
- **NON à la discrimination d'enfants handicapés et de leurs parents**
- **NON à l'illusion d'une vie sans maladie et sans souffrance**
- **NON à une médecine qui combat les malades au lieu de combattre les maladies**

NON AU DPI• **NON à l'exploitation financière des couples stériles**

NON à la commercialisation de la vie humaine