

## PRISE DE POSITION DE L'AMM SUR LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

Adoptée par la 57<sup>e</sup> Assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud,  
Octobre 2006

### PRÉAMBULE

1. La technologie de procréation assistée englobe une vaste gamme de techniques destinées au départ à aider les couples ne pouvant pas procréer sans une assistance médicale. Depuis la naissance du premier bébé appelé "bébé éprouvette" en 1978, plus de 1,5 million d'enfants dans le monde ont vu le jour grâce à la technique de la FIV.
2. Le terme de technologie de procréation assistée inclut des techniques telles que la fécondation in vitro (FIV) et injection de spermatozoïde dans le cytoplasme (ICSI). Cette technologie englobe donc tous les traitements comportant une manipulation médicale et scientifique de gamètes et d'embryons humains afin de provoquer une grossesse. Même si certaines législations ont considéré l'insémination artificielle - utilisation de la semence d'un donneur ou de la semence du partenaire de la patiente - comme différente, beaucoup des questions sur la réglementation pour obtenir, stocker, utiliser et disposer des gamètes et des embryons sont étroitement imbriquées. Dans cette prise de position, les traitements telle que l'insémination artificielle sont exclus.
3. Les technologies de procréation assistée soulèvent de graves questions morales. Les opinions et les croyances sur le statut moral de l'embryon - éléments clés des débats dans ce domaine - varient dans chaque pays et entre chaque pays. La réglementation sur la procréation assistée varie d'un pays à l'autre. Alors que sur certaines questions, un consensus est possible, des divergences fondamentales persistent sur d'autres. Cette prise de position identifie les terrains d'entente et souligne les points sur lesquels il n'existe pas de consensus. Les médecins confrontés à de telles situations doivent se conformer aux lois et réglementations en vigueur ainsi qu'aux consignes éthiques et aux standards professionnels établis par l'Association Médicale Nationale et par les autres organisations communautaires concernées.
4. Les médecins ayant recours aux technologies de procréation assistée doivent toujours tenir compte de leurs devoirs éthiques vis-à-vis de l'enfant qui pourrait voir le jour suite au traitement. Si la preuve est faite que le futur enfant subira un grave préjudice, le traitement ne doit pas être mis en œuvre.
5. Comme pour toutes les autres procédures médicales, les médecins ont une obligation éthique de limiter leur pratique à des domaines où ils sont compétents et expérimentés, de respecter les droits des patients. Ces droits incluent celui de l'intégrité corporelle de la personne et l'absence de contrainte. En pratique, cela signifie l'existence d'un consentement valable ou concret comme pour toutes les procédures médicales; la

validité d'un tel consentement dépend de la justesse des informations fournies à la patiente et de sa liberté de décision, ce qui signifie l'absence de contrainte ou d'autres pressions pour influencer la décision.

6. La procréation assistée diffère du traitement de la maladie par le fait que l'impossibilité d'enfanter sans intervention médicale n'est pas toujours considérée comme une pathologie. Tout en pouvant avoir un profond impact psychosocial et donc médical, il n'y a pas d'atteinte à la vie. C'est cependant une cause fréquente de graves troubles psychologiques qu'il faut traiter médicalement.
7. L'obtention du consentement éclairé de ceux qui envisagent un traitement doit s'accompagner d'une étude des autres solutions, y compris celle de ne pas avoir d'enfant ou de recourir à l'adoption, des risques associés aux diverses techniques et de la possibilité d'un échec. Dans de nombreuses législations, la procédure d'obtention du consentement s'accompagne obligatoirement d'une procédure d'information et d'une proposition d'assistance-conseil. Elle peut aussi inclure une évaluation de la patiente dans l'optique du bien-être de l'enfant potentiel.
8. Les patients faisant appel à des technologies de procréation assistée ont droit au même niveau de confidentialité et de respect de la vie privée que pour tout autre traitement médical.
9. La technologie de procréation assistée implique toujours la manipulation des gamètes et embryons humains. On se pose plus au moins de questions à ce sujet mais généralement on s'accorde à dire que des mesures de sécurité spécifiques doivent permettre de prévenir les abus. Dans certaines législations, tous les centres manipulant de tels matériaux doivent posséder un agrément et prouver qu'ils sont en conformité avec des normes très strictes.

## LA RÉUSSITE DES TECHNIQUES

1. Les différentes techniques ont un taux de réussite très variable d'un centre à l'autre. Les médecins ont obligation de communiquer les taux de réussite réels aux patientes potentielles. Si leur taux de réussite est très différent du taux courant, ils doivent le faire savoir aux patientes. Ils doivent également en étudier les causes car il est possible que ce soit lié à une mauvaise pratique et si tel est le cas, ils doivent palier leurs manques.

## GROSSESSES MULTIPLES

1. Le transfert de plus d'un embryon accroît les chances de fixation d'au moins un embryon. En contrepartie, on sait que dans les grossesses multiples, les risques sont plus grands, notamment celui d'une fausse couche. Le risque des grossesses gémellaires, tout en étant plus élevé que celui des grossesses uniques, est considéré comme acceptable par la plupart des gens. Les praticiens doivent se conformer aux directives professionnelles quant au nombre maximum d'embryons à implanter par traitement. En cas de grossesses multifoetales, il peut être envisagé sur des bases médicales de pratiquer une réduction embryonnaire pour augmenter les chances de porter la grossesse à terme, lorsque la législation nationale et le code éthique l'autorisent.

## DONS

1. Certaines patientes ne produisent pas de gamètes exploitables. Elles ont besoin de donneurs d'ovules ou de sperme. Le don doit faire suite à une assistance-conseil et être soigneusement contrôlé afin d'éviter les abus, y compris les contraintes exercées par les donneurs potentiels. Ces derniers ne doivent pas être rémunérés ou bénéficier d'avantages en nature (par ex. traitements gratuits ou à faible coût) afin de les inciter à faire des dons mais peuvent éventuellement être remboursés des dépenses jugées raisonnables.
2. Lorsqu'un enfant est né à la suite d'un don, la famille doit être encouragée à lui en parler ouvertement, indépendamment du fait de savoir si la loi du pays autorise ou non que l'enfant soit informé sur le donneur. Il est difficile de garder des secrets dans les familles et l'enfant peut pâtir d'informations sur l'origine de sa conception données maladroitement et sans soutien approprié.

## DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE PRÉIMPLANTATOIRE (DPI)

1. Le Diagnostic Génétique Préimplantatoire (DPI) peut être réalisé sur des embryons au premier stade pour détecter la présence d'anomalies génétiques ou chromosomiques, notamment celles associées à une grave maladie et à une mort très prématurée ainsi que pour d'autres raisons telles que l'identification des embryons offrant toutes les chances d'une implantation réussie sur les femmes ayant eu de multiples fausses couches. Les embryons présentant des anomalies sont éliminés; seuls ceux apparemment normaux sur le plan génétique et chromosomique sont implantés.
2. Cette technique efficace ou des techniques plus simples ne doivent pas être utilisées pour des motifs superficiels tels que des préférences de sexe. L'AMM pense que les médecins doivent choisir le sexe uniquement lorsqu'il s'agit d'éviter une pathologie grave liée aux chromosomes sexuels telle que la dystrophie musculaire de Duchenne.
3. Le DPI peut aussi être associé à une combinaison HLA pour sélectionner les embryons en partant de l'hypothèse que les cellules souches du sang du cordon ombilical de l'enfant à naître pourraient être utilisées pour traiter une sœur ou un frère gravement malade. Les avis sur la recevabilité de cette pratique sont variables et les médecins doivent suivre la législation nationale et les standards éthiques et professionnels lorsqu'ils sont confrontés à de telles demandes.

## UTILISATION DE GAMÈTES ET EMBRYONS ET ÉLIMINATION DES GAMÈTES ET EMBRYONS NON UTILISÉS

1. La plupart du temps, la procréation assistée entraîne la production de gamètes et d'embryons qui ne seront pas utilisés pour traiter ceux qui les ont fournis. Ce que l'on appelle les gamètes et embryons surnuméraires peuvent être stockés et cryoconservés pour une utilisation ultérieure, donnés à d'autres patientes ou éliminés. En lieu et place d'une élimination, dans les pays où la recherche embryonnaire est autorisée, ces embryons peuvent être donnés à des centres de recherche. Ces options doivent être clairement expliquées aux personnes avant le don ou le prélèvement.

## MÈRE PORTEUSE

1. Lorsqu'une femme est incapable, pour des raisons médicales, de porter un enfant à terme, on peut recourir à une mère porteuse pour solutionner l'absence d'enfant à la condition que la législation nationale ou les règles éthiques de l'Association Médicale Nationale ou d'autres organisations concernées l'autorisent. Là où l'on fait appel à des mères porteuses, il faut scrupuleusement veiller à protéger les intérêts de toutes les parties impliquées.

## RECHERCHE

1. Les médecins doivent encourager la recherche utilisant les tissus collectés pendant les procédures de procréation assistée. En raison du statut spécial des matériaux utilisés, la recherche sur les gamètes humains et en particulier sur les embryons humains est très réglementée dans de nombreuses législations. Les médecins ont le devoir éthique de respecter cette réglementation et de contribuer aux débats publics et à la compréhension de ce sujet.
2. En raison de la nature spéciale des embryons humains, la recherche doit être soigneusement contrôlée et se limiter aux domaines dans lesquels aucun autre matériau ne peut constituer une solution de remplacement.
3. Les opinions et la législation diffèrent sur la question de savoir si les embryons peuvent être créés spécifiquement pour la recherche ou pendant la recherche. Les médecins doivent agir conformément à la législation nationale et aux recommandations éthiques locales.

## REMPACEMENT DE NOYAU CELLULAIRE

1. L'AMM s'oppose à la technique de remplacement du noyau cellulaire qui vise à cloner des êtres humains.
2. Le remplacement du noyau cellulaire peut également être appliqué pour développer des cellules souches embryonnaires dans l'optique de la recherche et en fin de compte, il faut l'espérer, pour le traitement de nombreuses maladies graves. Ce type de recherche et sa recevabilité donne lieu à des divergences d'opinion et les médecins souhaitant participer à de telles recherches doivent veiller à agir en conformité avec la législation nationale et les directives éthiques locales.

## RECOMMANDATIONS

1. La procréation assistée est un secteur médical dynamique, évoluant rapidement. Conjointement au suivi scientifique, les évolutions doivent faire l'objet d'un suivi éthique soigneux.
2. Les gamètes et embryons humains font l'objet d'un statut spécial. Leur utilisation, y compris pour la recherche, les dons, ainsi que leur élimination, doit être bien expliquée aux donneurs potentiels et soumise à la réglementation locale.

3. La recherche sur les embryons doit être entreprise que si la législation locale et les standards éthiques le permettent et doit se limiter aux domaines dans lesquels d'autres matériaux de substitution ou la modélisation informatique ne peuvent pas être utilisés.
4. Les médecins doivent respecter les directives professionnelles quant au nombre maximum d'embryons à transplanter au cours d'un traitement.
5. Il ne doit y avoir aucune rémunération ou avantage en nature (par ex. traitements gratuits ou à faible coût) afin d'encourager les dons mais les donneurs peuvent être remboursés des dépenses jugées raisonnables.
6. Les familles ayant recours à des dons d'embryons ou de gamètes doivent être encouragées et assistées pour en parler ouvertement avec l'enfant.
7. Le choix du sexe doit avoir lieu uniquement dans le but d'éviter de graves pathologies, y compris celles à nature létale.
8. Les médecins ont un rôle important à jouer au niveau de l'information du public sur les possibilités de la procréation assistée et sur les limites de cette pratique.
9. Les médecins doivent agir conformément à la législation nationale et se conformer aux hauts standards.