

Actualités bimensuelles du respect de la vie

A PROPOS DE... trois projets de loi sur la bioéthique

Au terme d'une semaine de débats, le Sénat a adopté les trois projets de loi sur la bioéthique, après les avoir parfois profondément remaniés. Que faut-il en penser ?

Un bon nombre de médias et d'associations pro-vie se sont focalisés sur le rejet d'un amendement qui aurait défini un statut de l'embryon, les uns se félicitant du rejet, les autres le déplorant. Peut-on raisonnablement juger d'une loi sur un seul amendement ? Après tout, existe-t-il un statut de l'enfant, un statut de l'adulte, ou un statut du vieillard, qui justifierait l'élaboration d'un statut *particulier* pour l'embryon ? L'élaboration d'un statut *particulier* pour l'embryon n'est-il pas le meilleur moyen de l'enfermer dans un ghetto ? N'est-il pas préférable que la loi reconnaisse implicitement à l'embryon le statut d'être humain, celui dont nous-mêmes bénéficions, ni plus, ni moins ?

A y regarder de plus près, c'est bien là, partiellement, la logique adoptée par le Sénat, et notamment par la commission des affaires sociales. Sa procédure d'accueil des embryons ressemble étrangement à une procédure d'adoption. Son interdiction d'expérimentation invasive sur l'embryon est appréciable, tout comme l'interdiction du diagnostic pré-implantatoire. La suppression de l'allusion à l'avortement thérapeutique ramène le diagnostic prénatal à ce qu'il aurait toujours dû rester : un outil visant non à supprimer le malade, mais à mieux connaître et guérir sa maladie. L'ensemble du texte 67 procède d'une hiérarchisation correcte du problème : d'abord, limiter la procréation médicalement assistée aux couples infertiles et stables, ensuite, essayer d'abord une fécondation homologue. En cas d'échec, ne faire appel à un tiers-donneur que si le couple receveur s'engage à reconnaître sa paternité vis-à-vis de l'enfant. Enfin, ne procéder à la création, que d'autant d'embryons que le couple s'engage à recevoir en son sein, et, en tout dernier recours, si le couple a des raisons légitimes ou de force majeure de récuser son engagement, les confier à d'autres couples.

La législature socialiste avait érigé la chosification de l'embryon en règle, et son respect en exception. D'un fourre-tout sans queue ni tête, le Sénat a sû faire un texte ordonné érigeant le respect de l'embryon en norme. On peut regretter qu'il ait laissé quelques exceptions. Tout s'est passé comme si les sénateurs avaient voulu faire la part du feu : ne pas remettre en cause la loi Veil,

mais s'assurer que le non-respect de l'enfant-à-naître, conséquence de la loi Veil, ne s'immisce pas dans les lois sur la bioéthique. Le compte-rendu des débats transpire à grosses gouttes l'attitude défensive des partisans de l'avortement, notamment celle des sénateurs communistes n'ayant pour seul souci que la défense de ce crime.

En quelque sorte, si les associations pro-vie peuvent légitimement regretter que les sénateurs n'aient pas remis en cause la loi

sur l'avortement, elles devraient reconnaître à sa juste valeur l'effort entrepris par les sénateurs pour encercler cette loi dans sa logique juridique propre et de tailler à vif les tentacules que ses partisans tentaient de pousser en direction des projets de loi sur la bioéthique.

Tout n'est pas rose pour autant.

L'autorisation de la congélation, blessant mortellement la plus grosse proportion des embryons qui la subissent,

constitue probablement, la plus grave atteinte à la vie qui soit contenue dans ces textes. Sur un autre registre, l'autorisation de l'insémination et de la fécondation avec donneur extérieur au couple et anonyme, est regrettable. Et, que penser du projet de loi pris dans son ensemble, qui entérine, même en l'encadrant, la recherche narcissique de l'enfant-à-soi (qui ne sera d'ailleurs bien souvent que l'enfant-d'un-autre implanté dans mon ventre-à-moi), quand ce n'est pas la recherche eugénique de l'enfant parfait ?

Surtout, la construction juridique du Sénat, aussi judicieuse soit-elle, est-elle vraiment applicable ? Peut-elle, comme elle le prétend, à la fois ouvrir la boîte de Pandore de la bioéthique et juguler l'ouragan qui s'y trouvait tapi ?

Beaucoup pensent que non. Le scepticisme et la vigilance des associations pro-vie ne sont pas seulement compréhensibles, elles sont des nécessités. Les sénateurs ont supprimé les abus les plus flagrants. Il reste à transformer l'essai au Parlement, en obtenant des députés ce que les sénateurs n'ont pas voulu, pas su ou pas pu voter.

F. PASCAL

EDITION
SPECIALE
BIOETHIQUE

Bioéthique : le Sénat a voté

France : Les 19, 20 et 21 janvier, le Sénat a modifié et adopté en première lecture les trois projets de loi sur la bioéthique votés par l'Assemblée Nationale sous la précédente législature. Bilan mitigé.

Projet de loi No 67 (produits du corps humain et procréation médicalement assistée)

En règle générale, la ventilation des articles dans les différents livres du Code de la santé publique a été remaniée, et les sanctions prévues en cas de non respect de la loi ont été renforcées. L'intitulé du projet de loi a été transformé en «*projet de loi relatif au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*».

Comité national d'éthique : le Sénat a supprimé l'article qui inscrivait dans la loi l'existence du Comité consultatif national d'éthique (créé en 1983 par décret du Président de la République)

Prélèvements et dons d'organes et de tissus : le Sénat a renforcé la capacité des mineurs à refuser un prélèvement de moëlle osseuse, mais a maintenu le principe du «consentement présumé» en matière de prélèvement d'organes sur une personne décédée, qu'il a étendu aux prélèvements à finalité scientifique (à l'exception des autopsies). Les médecins qui établissent le constat de décès et ceux qui effectuent le prélèvement d'organe devront être de services distincts; il en est de même des médecins pratiquant le prélèvement et de ceux qui effectuent la greffe. Les déchets opératoires (placenta, etc...) ne seront pas soumis à la règle du consentement préalable du donneur. Le prélèvement à des fins scientifiques de tissus, sur des personnes décédées, a été autorisé. A la demande du gouvernement, les sénateurs ont élargi le champ d'application de l'autorisation accordée au secteur privé mercantile en matière de transformation, conservation, distribution et cession des tissus et cellules humains.

Assistance médicale à la procréation : le terme «Procréation médicalement assistée (PMA) a été remplacé par le terme «Assistance médicale à la procréation (AMP)».

Les sénateurs ont réservé l'AMP aux couples mariés depuis au moins deux ans et aux concubins notoires depuis au moins deux ans. La charge de preuve du concubinage a été reléguée aux concubins.

Les sénateurs ont conservé deux indications de l'AMP : stérilité médicalement constatée et eugénisme («volonté d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie particulièrement grave»). L'AMP avec donneur extérieur a été réservée aux couples pour lesquels l'AMP à l'intérieur du couple ne peut aboutir. Le

processus d'information des candidats à l'AMP a été renforcé (notamment en ce qui concerne les taux d'échecs des différentes méthodes et l'alternative de l'adoption) et le droit du médecin à refuser ou retarder l'AMP a été reconnu.

Comme les députés, les sénateurs ont autorisé l'AMP avec tiers-donneur (donneur de sperme). Ils ont prévu un encadrement plus strict du don de sperme : le donneur devra être membre d'un couple ayant déjà procréé, son consentement écrit ainsi que celui de la conjointe seront requis. Le sperme d'un même donneur ne pourra être utilisé pour plus de 5 procréations assistées aboutissant à une naissance vivante. Les sénateurs ont retenu le principe de l'anonymat du don, mais l'accès aux données médicales non-identifiantes sera possible.

Congélation et devenir des embryons : tout embryon devra être créé en vue de l'implantation sous huit jours et dans le cadre d'une AMP. Toutefois, si le couple s'engage par écrit à les recevoir dans un délai de 5 ans, d'autres embryons pourront être créés et congelés. Seule la constatation judiciaire d'un cas de force majeure pourra remettre en cause l'engagement souscrit. Dans ce cas, les embryons pourront être implantés chez des couples pour lesquels la fertilisation par le conjoint est impossible, et après autorisation judiciaire concernant l'aptitude des parents «adoptifs». Les sénateurs ont prévu qu'au terme de trois années le Parlement tirera les conséquences de l'application de l'ensemble des nouvelles dispositions législatives sur le devenir des embryons conservés, faute d'avoir été implantés. Dans cette attente, l'article Mattéi instituant la destruction obligatoire des embryons au terme de 5 années a été supprimé.

Expérimentation sur l'embryon : les sénateurs ont interdit toute expérimentation sur l'embryon ; toutefois, des études pourront être menées après autorisation lorsqu'elles n'entraîneront pas sa destruction ou des lésions irréversibles.

Diagnostic prénatal : les sénateurs ont interdit le diagnostic pré-implantatoire (diagnostic *in-vitro*). Les sénateurs ont supprimé l'article concernant le diagnostic pré-natal classique (*in-utero*) et toute allusion à l'avortement dit «thérapeutique».

Projet de loi No 66 (corps humain et filiation)

Les sénateurs ont modifié l'intitulé qui devient : «projet de loi relatif au respect du corps humain».

Ils ont inséré un article précisant notamment que la thérapeutique médicale et les actions de préservation de la santé publique ne peuvent être conduites que dans le respect de tout être humain dès

le commencement de la vie.

Ils ont retenu les principes du droit au respect du corps, de l'inviolabilité et de l'indisponibilité du corps humain et n'ont pas modifié fondamentalement le texte voté par l'Assemblée, qui prévoit l'interdiction d'identifier une personne par ses empreintes génétiques à d'autres fins que médicales, judiciaires, ou de recherche scientifique.

Concernant la filiation, le Sénat a consolidé la règle de l'anonymat en soumettant le couple recourant à une AMP à une procédure préalable de consentement devant le juge des affaires familiales ou devant notaire. Après consentement, la paternité ne pourra plus être récusée. Toutefois le consentement sera privé d'effet en cas de décès, de séparation de corps, de divorce ou de cessation de concubinage survenant avant la réalisation de la PMA.

Projet de loi No 68 (traitement informatisé des données nominatives)

Les sénateurs ont modifié l'intitulé qui devient : «projet de loi, relatif au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés».

Ils n'ont pas fondamentalement modifié le projet de loi initial qui autorise la création de fichiers informatisés nominatifs nécessaires à des recherches médicales soumises à autorisation par une commission créée à cet effet, ils ont toutefois ouvert à toute personne la possibilité de s'opposer à l'utilisation de données nominatives le concernant sans avoir à justifier de «raison légitime» comme le prévoyait le précédent texte. Par ailleurs les données recueillies ne pourront être cédées à l'INSEE ni aux services statistiques des ministères.

Quelques références...

(L'express, 27/01/94; Le Figaro, 04, 05, 06, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27/01/94; L'Humanité, 11, 14, 19, 20/01/94; Le Quot. de Paris, 04, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 25/01/94; La Croix, 01, 05, 07, 11, 14, 15/01/94; Présent, 12, 13, 15, 18, 19, 25/01/94; Libération, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22/01/94; Le Monde, 07, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21/01/94; L'Action française, 20/01/94; Famille Chrétienne, 20/01/94; L'Homme Nouveau, 19/12/93; Impact Médecin, 21/01/94; Jeune Notariat, 93-5; La Vie, 13/01/94; Pèlerin Magazine, 12/11/93; Le Monde des débats, 01/94; Elle, 10/01/94; Valeurs actuelles, 17/01/94; BIR Sénat, 24/01/94)



TransVIE-mag®

7, rue du G^{al} Roland,
25000 BESANCON, FRANCE
☎ 81 88 75 31 - Fax 81 885 885
Commission paritaire n° 74 425

Directeur de publication: François PASCAL

Imprimeur: BURS REPRO, rue Lecourbe, BESANCON
TransVIE-mag est une marque déposée

Toute copie, même partielle, interdite sans autorisation.

Abonnement annuel CEE + Suisse : 165 FF

Autres pays : 250 FF

Où en est-on ?

1988 : Rapport de M. Guy BRAIBANT

1991 : Rapport de Mme Noëlle LENOIR

1992 : le Gouvernement socialiste de Mme Edith CRESSON dépose sur le bureau de l'Assemblée Nationale trois projets de loi :

- projet de loi n° 2600, relatif au don et à l'utilisation des parties et produits du corps humain, à la procréation médicalement assistée et au diagnostic prénatal ainsi qu'au comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé;
- projet de loi n° 2599, relatif au corps humain;
- projet de loi n° 2601, relatif au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche en vue de la protection ou l'amélioration de la santé et modifiant la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

25 novembre 1992 : mis à l'ordre du jour par le gouvernement de M. Pierre BEREGOVY, les trois textes sont adoptés par l'Assemblée dominée par une majorité socialiste, puis déposés, de manière automatique, sur le bureau du Sénat.

28 mars 1993 : élections législatives. Les partis socialiste et communiste (unanimentement pro-avortement) perdent la majorité.

15 novembre 1993 : le Pr. Jean-François MATTEÏ remet au Premier ministre Edouard BALLADUR le rapport que celui-ci lui avait demandé.

06 janvier 1994 : le gouvernement inscrit à l'ordre du jour du Sénat l'examen des trois projets de loi. Sous l'effet du changement de législature, le projet de loi n° 2600 devient le n° 67; le n° 2599 devient le n° 66 et le n° 2601 devient le n° 68.

19 janvier 1994 : le Sénat adopte, après modification, le projet de loi n° 67 (don et utilisation des parties et produits du corps humain)

20 janvier 1994 : le Sénat adopte, après modification, le projet de loi n° 66 (corps humain)

21 janvier 1994 : le Sénat adopte, après modification, le projet de loi n° 68 (traitement des données nominatives)

Et maintenant ? le gouvernement a décidé de soumettre les trois projets de loi à une seconde lecture à l'Assemblée Nationale. Pour la majorité des députés, élus en mars dernier, il s'agira en fait d'un premier vote sur le sujet.

Sommaire

Editorial :	p.1	Actualités :	p:5
Dossier:	p.7	Bibliographie	p.6
Projets de loi sur la bioéthique			p:2

Une mine de déclarations

L'examen des projets de loi par le Sénat a été précédé et suivi par une multiplication sans précédent d'articles de presse. La plupart d'entre eux révèle soit directement sous forme d'interview, soit indirectement par citation, l'opinion de personnalités diverses. Voici les plus significatives :

- **Pierre Méhaignerie**, ministre de la justice : «*On ne peut pas totalement interdire tous les travaux de recherche [sur l'embryon]*»; «*En ce qui concerne les embryons surnuméraires, je reprendrai les termes exacts du cardinal Lustiger : «Il n'y a pas de faute morale à arrêter la congélation»»*

(*La Croix*, 14/01/94)

- **Jacques Montagut**, président du GEF (Groupement des équipes françaises de fécondation in-vitro) : «*je retiens que Mgr Lustiger, en dépit des réserves qu'il exprime sur la PMA, a déclaré qu'il n'y a pas de faute morale à arrêter la congélation*»; Diagnostic pré-implantatoire : «*il faut prévoir des dérogations exceptionnelles*»

(*Le Figaro*, 17/01/94)

- **Béatrice Majnoni d'Intignano** (professeur à Paris-Créteil) : l'avortement entraîne l'augmentation des stérilités

(*Le Figaro*, 17/01/94)

- **Simone Veil** : «*des voix autorisées s'élèvent, au sein de l'Eglise catholique, pour estimer que l'arrêt de la conservation ne serait pas lui-même fautif dès lors que les embryons conservés sont placés en état de survie artificielle. La sagesse ne serait-elle pas d'admettre la possibilité de l'arrêt de la conservation des embryons ne faisant plus l'objet d'une demande d'implantation*»

(*La Croix*, 15/01/94)

«*Les dispositions adoptées par l'Assemblée Nationale prévoyant l'arrêt de la conservation au terme d'un certain délai sont sages*»; «*Il n'y aura pas de destruction, mais non-conservation par débranchement des machines*»

(*Sénat*, rapport 236).

- **Claude Huriet**, sénateur : «*Si l'embryon était considéré comme un véritable sujet, comme un individu dès la conception, les conséquences seraient considérables. Ce serait notamment la fin de la loi autorisant l'avortement. [Journaliste : Souhaitez-vous cette issue ?] -Non. Je ferai tout pour qu'on en arrive pas là, la loi sur l'avortement est probablement perfectible, mais la supprimer serait dramatique.*»

(*Le Quot. de Paris*, 13/01/94)

- **Michèle Plachot**, chercheur à l'INSERM : «*interdire toute recherche sur l'embryon serait une catastrophe. (...) Il faut continuer les recherches fondamentales sur l'embryon pour développer la connaissance*»

(*Le Quot. de Paris*, 12/01/94)

- **François Terré**, professeur à Panthéon-Assas : «*Ces embryons surnuméraires, abandonnés, existent : il faut les accueillir. «Qu'on les supprime» affirment ceux-là mêmes qui soutiennent que la personne humaine existe dès la conception.*»

(*Libération*, 01/94)

- **Pierre Laroque**, membre honoraire du Conseil d'Etat : «*De toute façon, il ne s'agit pas de remettre en cause la loi sur l'I.V.G., qui a sauvé des milliers de vies humaines*»

(*Impact Médecin Hebdo*, 21/01/94)

- **Axel Kahn**, INSERM, président de la section scientifique du Comité national consultatif d'éthique : «*Je me sens incapable de refuser le diagnostic pré-implantatoire à un couple qui me le demande*»

(*Impact Médecin*, 21/01/94)

- **René Frydman** : «*Je suis pour l'IVG, la fécondation in-vitro, le diagnostic pré-implantatoire, mais pas pour les grossesses à 60 ans, les mères porteuses ou le fait qu'on puisse utiliser des paillettes de sperme après la mort, contre tout ce qui, en définitive, risque d'aliéner une autre personne.*»

(*L'Humanité*, 19/01/94)

ne manifeste pas d'opposition de principe à la recherche sur l'embryon lorsqu'il n'existe plus de projet parental.

(*Sénat*, rapport 236)

- **Léon Schwartzberg** : «*Comment peut-on empêcher des recherches utiles au progrès scientifique sur un embryon, alors que le système nerveux n'a pas commencé à être construit, qu'il n'y a pas d'ébauche de cerveau, donc de conscience ?*»

(*L'humanité*, 21/01/94)

- **Daniel Cohen**, directeur de la Fondation Jean Dausset-CEPH (Généthon) : «*[Journaliste : La loi vient d'interdire le diagnostic pré-implantatoire. Qu'en pensez-vous ?] C'est inapproprié. (...) parce que l'on craint les dérives, on va interdire une technique qui permet de soulager la douleur morale ou physique ; c'est la pire des attitudes.*»; «*[Journaliste : On parle aussi d'interdire les recherches sur l'embryon. Qu'en pensez-vous ?] - Si le chercheur justifie le but de son étude, s'il démontre qu'elle est absolument indispensable et bénéfique pour des gens qui souffrent, il faut poursuivre.*»

(*L'Express*, 27/01/94)

- **Mgr Lustiger**, archevêque de Paris : «*Je raisonnerai par analogie avec la situation rencontrée en fin de vie. Nous ne sommes pas tenus d'employer des moyens extraordinaires et disproportionnés pour assurer la survie d'un être humain. De même, les embryons ne sont pas viables, si ce n'est par des moyens extraordinaires d'implantation, exorbitants et suspects; on peut donc estimer qu'il n'y a pas de faute morale à arrêter la congélation, mais la faute est de créer des embryons surnuméraires*»

(*Le Monde*, 12/01/94)

- **P. Olivier de Dinechin**, représentant de la conférence épiscopale de France : «*Il n'est pas irrespectueux de laisser mourir un embryon, comme de suspendre des traitements disproportionnés pour un grand malade.*»

(*Le Quot. de Paris*, 19/01/94)

Estime par ailleurs que la rédaction initiale des projets de loi, qui laisse penser que les interruptions de grossesses puissent être effectuées dans l'intérêt de l'enfant-à-naître est maladroite ; il ne faut pas que la loi laisse entendre qu'il existe des êtres humains dont la vie ne mérite pas d'être vécue.

(Sénat, rapport 236)

- **Jean-Pierre Changeux**, président du Comité national d'éthique : Il est possible de procéder à la mise à disposition des chercheurs des embryons surnuméraires, sous réserve de l'approbation d'un comité scientifique.

(Sénat, rapport 230)

- **Jean Dausset**, directeur du Centre d'étude du polymorphisme humain (Généthon), prix nobel de médecine: la loi doit instituer une liste des maladies pouvant justifier un tri des embryons.

(Sénat, rapport 230)

- **François Blaizot**, sénateur : s'est déclaré opposé à la destruction des embryons porteurs de gènes pathologiques

(Sénat, rapport 230)

- **Mme Michelle Gobert**, membre du Comité national d'éthique : la réouverture du débat sur l'avortement est une tendance regrettable du législateur moderne.

(Sénat, Rapport 230)

- **Guy Poirieux**, sénateur : *«Un grand nombre de questions soulevées ne se poseraient pas si le législateur se bornait à définir le statut de l'embryon et à poser le principe du respect absolu dû à la personne humaine du début jusqu'à la fin, quel que soit le stade de son développement»*; *«Le recours aux techniques de diagnostic prénatal et préimplantatoire pourrait être intéressant si, au lieu de justifier des interruptions thérapeutiques de grossesses ou du tri des embryons, il était utilisé à des fins thérapeutiques»*

(Sénat, rapport 234)

- **Maurice Schumann**, sénateur : *«la solution pour les femmes stériles réside davantage dans l'adoption que dans le recours à la procréation médicalement assistée»*

(Sénat, rapport 234)

- **Gilbert Schulsinger**, Grand chancelier de l'ordre de la grande loge de France : favorable à la destruction des embryons surnuméraires dès que le résultat recherché par la technique de fécondation in-vitro aura été atteinte. Opposé à la conservation

ou au transfert d'embryons surnuméraires. Au plan des principes, estime que la suppression d'un être dès lors qu'il est porteur d'une tare ne doit pas être illicite dans la mesure où certaines fatalités doivent être évitées lorsque cela est possible. Estime que notre société doit aujourd'hui fonder une éthique nouvelle face à un concept de vie qui refuse désormais l'inéluctable et ajoute à la vie la qualité de la vie.

(Sénat, rapport 236)

- **Dalil Boubakeur**, recteur de la Mosquée de Paris : estime que la recherche sur les embryons est possible jusqu'à 15 jours, moment où l'embryon devient personne humaine.

(Sénat, rapport 236)

- **Emmanuel Chouchena**, Grand rabbin de Paris : se prononce en faveur de la destruction des embryons surnuméraires. Les avortements dits thérapeutiques sont contestables ; lorsque la cellule familiale n'est pas en mesure de prendre en charge les enfants gravement handicapés, la société a le devoir de prendre le relais.

(Sénat, rapport 236)

- **France Quéré**, membre du Comité national d'éthique : accepte l'expérimentation in vitro sur l'embryon pour la recherche, à titre exceptionnel.

(Sénat, rapport 236)

- **Mme Noëlle Marotte**, vice-présidente de l'Union nationale des associations familiales : *«L'UNAF n'est pas opposée à l'interruption thérapeutique de grossesse»*

(Sénat, rapport 236)

- **Philippe Lazar**, directeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : la procédure d'autorisation des projets de recherche sur l'embryon décrite par le projet de loi voté par l'Assemblée est raisonnable.

(Sénat, rapport 236)

- **Guy Braibant**, président de section au Conseil d'Etat : les parents sont maîtres du sort de leurs embryons congelés. Il faut détruire ces embryons en cas de disparition du couple. L'embryon devient sujet de droit à partir du moment où il est implanté.

(Sénat, rapport 236)

- **Jean-François Mattéi**, député : *«Bien que l'embryon soit porteur de projet humain, l'interdiction de la recherche n'est pas souhaitable»*

(Sénat, rapport 236)

ACTUALITÉS

Les notes en petits caractères italiques à la fin de chaque article indiquent la source ainsi que des références utiles pour les lecteurs cherchant un complément d'information.

Avortement

Etats-Unis : le Dr. Joel Brind affirme avoir trouvé dans la documentation médicale des preuves suffisantes pour affirmer que l'avortement spontané ou provoqué au cours des trois premiers mois de grossesse chez une primipare augmente de 50 % les risques de contracter un **cancer du sein**.

(NRL News, 07/12/93)

Espagne : le gouvernement **préparerait une nouvelle loi visant à autoriser l'avortement-sur-demande** pendant le premier trimestre de la grossesse. La nouvelle loi serait calquée sur la loi française (loi Veil).

(IRLF WR, 17/12/93)

Australie : deux ministres du gouvernement de l'Etat de Queensland ont lancé une **proposition de loi visant à supprimer toute protection légale de l'enfant-à-naître**, afin d'assurer à la femme «le libre-choix» de mettre un terme à la vie de son enfant pour n'importe quelle raison jusqu'à la naissance.

(IRLF WR, 10/12/93)

Mouvements pro-avortement

Philippines : le 21/06/93, la **Fondation Ford** (américaine) a ouvert à Manille, dans l'enceinte de l'Université de Droit Philippine, à Manille, un «Centre d'étude et de formation à l'éthique, au droit et à la santé reproductive». Le centre a déjà publié la première édition d'un bulletin intitulé «Choix», dans la liste des points d'intérêt on trouve, l'avortement et la sexualité humaine. On y trouve le discours pro-avortement d'un orateur à l'inauguration du centre, et un rapport d'un forum ayant abouti à la recommandation de la légalisation de l'avortement et du ciblage de la population adolescente, dans les programmes de planning familial. Dès le 22 septembre, le centre accueillait sa première «conférence étude de cas» intitulée «les questions éthiques de l'avortement».

(IRLF WR, 17/12/93)

Utilisation de foetus pour la recherche

Etats-Unis : le 04/01/94, le gouvernement de Bill Clinton a alloué 4,5 millions de dollars à trois équipes de recherche afin qu'elles mènent une **expérimentation utilisant des tissus foetaux**. 40 patients atteints de la maladie de Parkinson recevront pour moitié d'entre eux un placebo et pour moitié des tissus cérébraux frais prélevés sur des foetus avortés. Selon *Le Figaro* du 06/01/94, qui relate l'affaire, les foetus utilisés seraient âgés de 7 à 8 semaines.

Au même moment, la même administration feint de s'offusquer d'expérimentations d'effets radio-actifs sur des cobayes humains dans les années 1950 à 70.

(*Le Monde*, 13/01/94; *Herald Trib. Int.* 21, 28/12/93, 06, 11 et 12/01/94; *The Economist* 08/01/94; *Le Figaro*, 22/12/93; *La Croix*, 30/12/93; *Newsweek* 03/01/94)

Politique de santé

Etats-Unis : le mouvement pro-vie National Right to Life combat sur le plan législatif le projet de réforme de la santé concocté par le gouvernement Clinton, et qui devrait être soumis au Congrès durant l'année 94. Ce projet de loi, visant à rationner les dépenses de santé des américains, procède d'une idéologie basée sur la notion de **qualité de la vie**, selon les mots mêmes de Hillary Clinton, la femme du président, qui défend le projet. Le 30/09/93, elle a en effet déclaré, pour répondre aux attaques des opposants, que sous le nouveau plan de santé «*les gens seront sûrs qu'aucun traitement ne leur sera refusé sous aucune prétexte, à moins que le traitement en question soit inapproprié - c'est-à-dire qu'il n'augmente ou ne maintienne pas la qualité de la vie*». Etant donné l'utilisation pernicieuse du terme, cela signifie par exemple qu'un nouveau-né handicapé ou un vieillard, jugé d'une qualité de vie trop faible, se verra refuser les soins nécessaires à sa survie. Par ailleurs le plan de santé prévoit le financement obligatoire de l'avortement et des diagnostics prénataux par les assurances santé et par l'Etat fédéral. En résumé, un couple qui découvre chez son enfant-à-naître une anomalie congénitale aura le choix entre un avortement remboursé ou élever sans aucune aide médicale son enfant handicapé.

(*NRL News*, 07/12/93)

Suicide

France : trois associations de lutte contre le suicide, SOS Suicide Phénix, SOS Amitié, et l'Union des centres Recherche et Rencontre, ont monté avec le financement de la caisse d'assurance-maladie une campagne d'affichage dans les organismes sociaux et les associations, ainsi que dans les grandes villes. 12 000 suicides sont recensés chaque année dans le pays.

(*Le Monde*, 14 et 21/12/93)

Mouvement pro-vie

France : le bulletin de l'AOCPA (Association pour l'Objection de Conscience à toute participation à l'Avortement) se modernise, change de visage (avec l'aide de TransVIE !), et change de nom : la première édition de **Choisir la vie** est parue avec la nouvelle année. L'éthique biomédicale, avec un état des lieux des lois occidentales existantes sur ce sujet, est au centre de ce premier numéro. Le bulletin paraîtra aussi plus fréquemment (tous les deux mois) afin d'accroître l'efficacité du mouvement en permettant une réaction plus rapide des adhérents aux problèmes d'actualité.

AOCPA, BP 53, 92502 Rueil Malmaison cedex

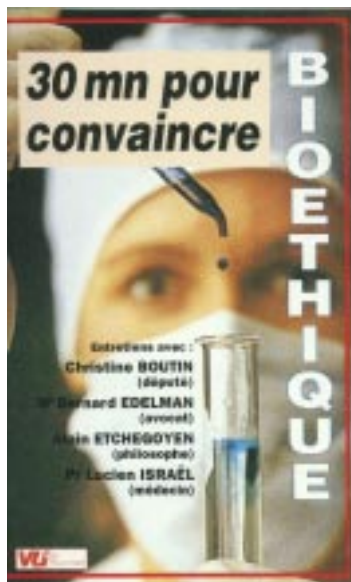
A noter : 9 mars, 13h30, 20° chambre du tribunal de Grande Instance de Nanterre : jugement en première instance du Dr Xavier Dor, de SOS Tout-Petits, pour une manifestaion pro-vie dans un avortoir de Bourg-la-Reine.

BIBLIOGRAPHIE

VU POUR VOUS

Bioéthique : 30 mn pour convaincre. *Vu de France*, 6 rue d'Uzès, 75002 PARIS. 140 FF port compris. VHS SECAM.

Précédée par un court reportage sur une équipe anglaise qui pratique le tri embryonnaire et l'utilisation pour la recherche ou la destruction des embryons rejetés lors du tri, la cassette *Vu de France* fait s'exprimer Christine Boutin, député, Bernard Edelman, avocat, Alain Etchegoyen, philosophe, et Lucien Israël, médecin, sur les projets de loi sur la bioéthique actuellement en discussion au Parlement. *Vu de France* a voulu faire court, trop court peut-être ? En tout cas on en apprendra autant en lisant le livret de 20 questions-réponses sur la bioéthique qu'en regardant la cassette. Mais la cassette reste un produit plus attrayant répondant parfaitement au souhait de *Vu de France* d'amener le débat sur la bioéthique dans l'arène populaire.



DOSSIER

Les séquelles physiques et psychologiques de l'avortement Une analyse de la documentation médicale

Conférence nationale donnée en 1992 en Angleterre par SPUC
(Société pour la Protection de l'Enfant-à-Naître)

Suite du dossier paru dans l'édition No 59 de TransVIE-mag

Je vais diviser le reste de cette étude en trois sections et considérer :

1. Les séquelles physiques de l'avortement.
2. Les séquelles psychologiques de l'avortement.
3. D'autres faits significatifs.

1. Les séquelles physiques de l'avortement.

En novembre 1984 eut lieu en Angleterre une conférence médicale de trois jours sur l'avortement, dont les débats ont été publiés (*Ciba Foundation Symposium 1985 vol 115. publ Pitman, London*). Il est important de noter que dans les commentaires d'introduction d'une des études publiée à cette occasion, intitulée «Séquelles d'un avortement provoqué», il y est écrit «*Bien qu'une quantité substantielle de travail ait été publiée sur les séquelles d'un avortement provoqué, il est généralement admis que la plupart des recherches menées jusqu'ici ont été incorrectes dans la méthode et inadéquates dans leurs conclusions*». Pour tenter de surmonter ce problème, 1 509 praticiens généralistes et 795 gynécologues d'Angleterre, Ecosse et Pays de Galles ont pris part à une étude prospective contrôlée, sur une longue période, à une longue échelle, sur les effets de l'avortement.

a - Complications précoces.

Le taux de complications immédiates total.

Les résultats intermédiaires de cette étude (englobant 6 105 patientes ayant subi un avortement) ont montré que, dans les vingt-et-un jours suivant l'avortement, 10 % des femmes sont retournées chez leur docteur car elles souffraient de complications qui ont été attribuées à l'avortement. 2,1 % des complications étaient décrites comme des «complications majeures» et 2,4 % étaient de type psychiatrique. Deux patientes ont nécessité une admission en hôpital psychiatrique. (*Ciba Foundation Symposium. 1985 vol 115 pages 67-82*).

Un hôpital du Danemark a effectué une étude détaillée

sur les 5 851 avortements qu'il a réalisés entre 1980 et 1985. 6,1 % des femmes ont développé des complications ayant nécessité une admission en hôpital. La moyenne du nombre de jours passés en hôpital pour traiter la complication était de 5,3. Le taux de complications était plus élevé (et statistiquement très significatif) chez les femmes ayant moins de vingt-cinq ans et chez les primipares [femmes enceintes de leur premier enfant], ces deux groupes totalisant 2/3 des complications recensées (*Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 1987 vol 66 pages 201-204*).

Une étude menée en Chine (où les médecins réalisent un grand nombre d'avortements) a montré que les femmes ayant avorté lors de leur première grossesse avaient un taux de complications de 2,1 % pendant l'opération, un taux de complications de 6,4 % pendant une courte période consécutive et un taux de complications de 10,1 % sur le long terme. (*Chinese Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1989 vol 24 pages 159-161. NB seul le résumé de cette étude est en anglais*).

Certes, une étude combinant les résultats de trois avortoirs new-yorkais du Planning Familial et portant sur 170 000 avortements, a rapporté un taux de complications d'un peu moins de 1 % (9,05 pour 1 000 avortements) (*Obstetrics and Gynaecology. 1990 vol 76 pages 129-135*). Mais en fait cette étude sous-estime le taux de complication car à chaque fois qu'une patiente «à risque de complications» se présentait pour un avortement, elles étaient renvoyées pour cela vers un véritable hôpital. De plus, leur suivi n'avait lieu que si elles retournaient pour une visite médicale à l'avortoir qui les avait envoyées, ou si un médecin informé de l'étude retournait à l'avortoir un formulaire de suivi, et, pour 8 % des femmes, aucun détail concernant les conséquences n'était disponible. Il est extrêmement probable que beaucoup de ces femmes, ayant développé des complications, ne soient pas retournées à l'avortoir qui les avait envoyées à l'hôpital et soient allées chercher des soins ailleurs.

DOSSIER

Perforation/rupture de l'utérus.

Il arrive que les instruments utilisés pour l'avortement perforent l'utérus et abîment les boucles de l'intestin qui reposent contre l'utérus. Si le chirurgien suspecte qu'il a perforé l'utérus, il lui faut pratiquer une laparotomie (opération exploratoire de l'abdomen) pour vérifier l'intestin et réparer les dommages éventuels. Les risques de cette complication varient avec le stade de grossesse. Le taux habituellement cité pour les avortements du premier trimestre (jusqu'à 12 semaines de grossesse) se situe entre une et trois perforations pour mille avortements (c'est-à-dire 0,1 à 0,3 %).

Dans une étude portant sur 6 408 avortements du premier trimestre, l'unité de recherche rapporte un taux de perforation de 1,3 pour 1000 avortements (0,1 %). Mais dans un sous-groupe de 706 patientes qui ont été stérilisées juste après avoir été avortées, elle a découvert que lorsque la stérilisation était menée à l'aide d'un laparoscope (un instrument d'opération avec un télescope, passé dans l'abdomen), douze nouvelles patientes s'étaient avérées présenter des perforations de l'intestin non suspectées (en plus des deux que le chirurgien avait déjà pronostiquées), ce qui donne un taux total de perforation de 19,8 perforations pour mille avortements, c'est-à-dire 2 % (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1989. vol 161 pages 406-408). Fort heureusement dans ces cas précis, les chirurgiens ont pu s'assurer, grâce à la laparoscopie disponible, que l'intestin n'était pas abîmé au point de nécessiter une chirurgie majeure.

Il est bien reconnu que les avortements du second trimestre (de 13 à 26 semaines de grossesse) pratiqués par D & E (dilatation et évacuation) ont un taux de perforations plus élevé que les avortements précoces. Une étude trouve un taux de perforation de 1,4 % (soit 10 fois celui de la méthode de succion utilisée pour les avortements précoces), tombant à 0,2 % quand l'avortement est réalisé sous guidage par ultrasons (*Journal of Ultrasounds in Medicine*. 1989 vol 8 pages 71-75). Il faut remarquer ici que la pratique de l'avortement sous guidage ultrasonique est assez redoutable pour le praticien, car elle signifie que ce dernier distingue clairement ce qui se passe lorsqu'il démembrer le corps du bébé.

L'hôpital général de San-Francisco a rapporté un taux de perforations de 0,53 % pour les avortements du second trimestre. Sur les quinze cas examinés, tous ont nécessité

une laparotomie. Dans dix cas, l'intestin a été endommagé. Dans sept cas, l'intestin a été réparé ; dans deux cas il a fallu supprimer une partie de l'intestin puis le ressouder, et dans le dernier cas, l'intestin a pu être coupé et ressoude en une seule opération.. Deux patientes ont dû subir une hystérectomie d'urgence pour stopper une hémorragie incontrôlable. (*Obstetrics & Gynecology*. 1990 vol 75 pages 441-444)

Il existe de nombreux autres rapports médicaux sur une large variété de complications, mais leur incidence est relativement faible, et je pense que les inclure n'augmenterait pas significativement la somme d'évidences médicales s'opposant à l'avortement.

b. Complications à long terme.

Les effets sur la grossesse ultérieure.

Les données suivantes sont tirées d'une étude sur 9 823 accouchements :

Complications de la grossesse	Avortements antérieurs		
	Ø	1	>2
Saignements dans le premier trimestre	8%	10,7%	12%
Rupture prématurée des membranes	4,1%	4,2%	7,5%
Siège ou autre présentation anormale du bébé	4,6%	5,3%	6,7%
Faible poids du bébé à la naissance (<2,5 kg)	7,0%	7,2%	10,3%
Naissance prématurée	6,6%	7,6%	9,5%

(*American Journal of Obstetrics and gynecology*. 1983 vol 146 pages 136-40)

La documentation médicale est pleine d'études confirmant les résultats précédents.

Les chiffres de l'étude anglaise rapportés à la conférence du Ciba indiquaient également que l'avortement accroît le risque de faire une fausse couche spontanée à la grossesse suivante. Les auteurs estimaient, bien qu'avec prudence étant donné le petit échantillon statistique, qu'il y a un risque supplémentaire de 4% (c'est-à-dire que pour cent femmes tombant de nouveau enceintes après un avortement provoqué, quatre perdront leur bébé par fausse-couche en conséquence de cet avortement provoqué).

Le commentaire des auteurs est néanmoins surprenant. On peut lire en effet : «Même si ces résultats étaient confirmés, il semble peu probable que leur ampleur soit suffisante pour modifier l'attitude des médecins et des

DOSSIER

patientes face à l'avortement ou sa réalisation, pas plus qu'elle ne serait suffisante pour modifier leur attitude dans le suivi médical de la grossesse ultérieure». Peut-être avons-nous tort d'être surpris par cette déclaration si un médecin ne trouve pas d'objection à mettre fin par avortement à la vie d'un grand nombre de bébés, pourquoi devrait-il s'inquiéter de quelques morts en plus par fausses couches ?

L'effet d'un avortement pendant la prime adolescence semble avoir un effet encore plus dramatique sur la grossesse suivante. Une étude yougoslave a trouvé que les 14-16 ans ayant eu un avortement et étant à nouveau enceintes ont un taux de fausses couches spontanées de 10,7 %, comparé à 5,5 % des adolescentes plus âgées dans la même situation. 24,0 % des 14-16 ans ayant eu antérieurement un avortement donnent naissance à un enfant prématuré, contre seulement 10,3 % des filles de même âge n'ayant subi auparavant aucun avortement. (*Jugoslaverska Gynekologija i Perinatologija*, 1986 vol 26 pages 49-52).

Risque d'infection pelvienne post-abortive.

À la suite de la révolution sexuelle des années 1960, (favorisée par les études maintenant discréditées de «Kinsey»), il n'est plus inhabituel d'avoir un bon nombre de partenaires sexuels différents. Par conséquent, le risque d'être infecté par l'une des nombreuses maladies sexuellement transmissibles est en augmentation. Un important organisme pathogène sexuellement transmissible est le Chlamydia, qui infecte le cervix (col de l'utérus). Une des raisons de son importance est qu'il ne provoque souvent aucun symptôme chez les femmes, qui ainsi ne sont pas alertées du danger potentiel. La majorité des études montrent qu'entre 10 et 25 % des femmes demandant un avortement présentent cette infection. Des études isolées rapportent même des taux encore plus élevés allant jusqu'à 43 %.

Les taux d'infection par Chlamydia sont plus élevés chez les plus jeunes femmes. Une étude Scandinave rapporte les données suivantes :

Taux d'infections par Chlamydia sur 873 femmes se présentant pour un avortement du premier trimestre.

<19 ans	16,8 %
20-24 ans	11,5 %
25-29 ans	7,4 %
> 30 ans	3,2 %

Le problème réside dans le fait que, quand un avortement est réalisé, les instruments, en arrivant dans l'utérus,

transportent les organismes du col de l'utérus à l'utérus lui-même. Le tissu écorché et les caillots de sang restant à l'intérieur après l'avortement sont un milieu idéal pour le développement des organismes et entraînent ainsi une infection qui peut alors s'étendre dans les trompes de Fallope (le terme médical utilisé pour cette infection est «inflammation pelvienne»).

Une étude portant sur un avortoir-clinique de jour de Liverpool a montré que 11 % des patientes se présentant pour un avortement avaient une infection par Chlamydia, 19 % avaient une infection par mycoplasme et 18 % avaient d'autres infections vaginales (NB : ces chiffres ne peuvent être additionnés car les femmes avaient souvent plusieurs infections et pouvaient par conséquent figurer dans plusieurs groupes). À la première visite de surveillance post-abortive, 4 % de toutes les femmes présentaient des symptômes d'inflammation pelvienne et 8 % des symptômes d'infection moins sérieuse. Pour utiliser les mots mêmes des auteurs «un résultat fâcheux de l'interruption de grossesse a été observé chez 12 % des patientes lors de leur première visite post-opératoire à la clinique ou chez le docteur de famille... Ces femmes étaient cliniquement malades, avec des symptômes et des signes d'infection de la sphère supérieure du tractus génital nécessitant un traitement urgent.» Ils rapportent également que 8 autres pour 100 des femmes ont développé une infection après cette visite de suivi post-abortive et ont été soignées par leurs propres docteurs, c'est-à-dire qu'au total 20 % des patientes ont développé une infection post-abortive (*Geritourinary Medicine*, 1987 vol 63 pages 192-187). Un autre fait à souligner dans cette étude était que 35 % de ces femmes ayant développé une infection post-abortive avaient eu quatre partenaires sexuels ou plus contre seulement 12 % de celles n'ayant pas eu d'infection post-abortive.

Pour résumer, plusieurs études ont montré que 10 à 40 % des femmes se présentant pour un avortement ont une infection à Chlamydia et parmi elles, 10 à 25 % développeront une infection pelvienne post-abortive. C'est-à-dire que 1 à 10 % de toutes les femmes se présentant pour un avortement développeront par leur faute une grave infection pelvienne. (NB : En Amérique, beaucoup d'avortoirs réalisent des tests de routine des maladies sexuellement transmissibles et les traitent avant l'avortement. Cette pratique n'est pas habituelle en Angleterre.)

DOSSIER

Quels sont les problèmes résultant de l'infection pelvienne associée à l'avortement?

Une étude s'est intéressée au nombre de femmes développant différents symptômes suite à un avortement suivi d'une infection pelvienne et l'a comparée avec celui de femmes ayant également subi un avortement mais qui n'ont pas développé d'infection post-abortive.

Les résultats sont les suivants :

Problème	Femmes ayant subi un avortement et une inflammation pelvienne associée	Femmes ayant subi un avortement non suivi d'inflammation
Fausse-couche ultérieure	22%	5%
Infertilité ultérieure	10%	2%
Dyspareunia (acte sexuel douloureux)	20%	5%
Douleur pelvienne chronique	14%	5%
Récidive d'inflammation pelvienne	41%	5%

(*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1986 vol 155:76-80)

L'étude ci-dessus ne comprend aucune femme ayant une grossesse ectopique (c'est-à-dire extra-utérine), qui est également une conséquence possible d'une maladie pelvienne inflammatoire. Toutefois, une étude réalisée par l'Organisation mondiale de la santé en Hongrie et en Corée, dans le but d'observer le risque ultérieur de stérilité, trouve, sur 229 cas de grossesses faisant suite à une autre grossesse interrompue par avortement, 4 cas de grossesses ectopiques, tandis que sur 292 grossesses consécutives à une autre grossesse poursuivie jusqu'à la naissance, il n'y avait aucun cas de grossesse ectopique. (*Studies in Family Planning* - 1984 vol 15 pages 291-295).

Un éditorial sur l'inflammation pelvienne, paru dans le *British Medical Journal*, 1990 vol 300 pages 1 020-1 021, signale qu'après un seul épisode d'inflammation pelvienne, il y a 1 risque sur 6 (soit 17 %) de stérilité tubaire (due à une détérioration des trompes de Fallope), et que le risque double à chaque crise ; une multiplication par 7 du risque de grossesse ectopique, 1 risque sur 5 (soit 20 %) de souffrir de douleur pelvienne chronique, 2 risques sur 5 (soit 40 %) de souffrir de dyspareunie profonde (rapports sexuels douloureux) et 4 risques sur 5 (soit 80 %) de présenter des troubles de la menstruation.. Globalement, les maladies sexuellement transmissibles sont maintenant à l'origine des 3/4 de tous les cas d'inflammation pelvienne.

Dans les vingt dernières années, tous les pays occidentaux ont connu une dramatique augmentation du nombre de grossesses ectopiques [extra-utérines]. Aux USA, l'incidence des grossesses ectopiques est passée de 4,5 pour mille (0,4 %) en 1970 à 16,5 pour mille (1,6 %) en 1987 ! (*Journal of the American Medical Association*, 1992 vol 297 pages 534-537). La tendance en Angleterre suit celle des USA, mais dans le détail les statistiques ne sont pas si bien enregistrées. (NB : Il est important de reconnaître que l'infection post-abortive n'est seulement qu'une cause parmi d'autres de l'inflammation pelvienne, avec les 3/4 dues aux maladies sexuellement transmissibles). A la suite d'une grossesse ectopique, 30 % des femmes se retrouvent stériles.

www.transvie.com

La suite de ce dossier (séquelles psychologiques de l'avortement) paraîtra dans une prochaine édition de TransVIE-mag)