

sous la direction de

Héctor Jean Gérard
GROS ESPIELL MICHAUD TEBOUL

Coordinatrice éditoriale

Laurence AZOUX BACRIE

Convention sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine

Analyses et commentaires

 ECONOMICA

ARTICLE 14 (convention d'Oviédo)

Non-sélection du sexe

« L'utilisation des techniques d'assistance médicale à la procréation n'est pas admise pour choisir le sexe de l'enfant à naître, sauf en vue d'éviter une maladie héréditaire grave liée au sexe ».

*Yves Lachaud
Avocat au barreau de Paris
Ancien membre du Conseil de l'Ordre*

Introduction

Le développement rapide des biotechnologies nous confronte à de nouvelles problématiques. La question est particulièrement sensible en matière de médecine "prédictive" qui permet non seulement de diagnostiquer des anomalies génétiques mais aussi les prédispositions de chacun à certaines maladies sans pour autant assurer que l'individu les développera un jour.

Ces tests peuvent être pratiqués à tous les stades de la vie, mais l'article 14 de la Convention d'Oviédo, inséré dans le chapitre IV de la convention relatif au génome humain, s'attache particulièrement au sort de l'embryon en disposant que : *"L'utilisation des techniques d'assistance médicale à la procréation n'est pas admise pour choisir le sexe de l'enfant à naître, sauf en vue d'éviter une maladie héréditaire grave liée au sexe."*

Certaines maladies génétiques héréditaires ne touchent qu'un sexe déterminé. Lors de la fécondation, chaque parent apporte un chromosome. Aussi, lorsque l'anomalie porte sur un chromosome sexuel transmis par la mère (X), l'enfant à naître "garçon" ne disposera pas d'un deuxième chromosome X pour espérer compenser cette anomalie. Ainsi, certaines maladies génétiques sont transmises par la mère, mais touchent essentiellement des enfants de sexe masculin. Tel est le cas du daltonisme, de l'hémophilie mais aussi de la myopathie de Duchenne qui se caractérise par une atteinte de la fibre musculaire entraînant une insuffisance cardiaque progressive.

On perçoit dès lors l'intérêt d'utiliser les techniques d'assistance médicale à la procréation dans le but de sélectionner les embryons en fonction du sexe lorsque des maladies héréditaires touchent un sexe déterminé. Dans ce cas la détermination du sexe "in vitro" permet également d'éviter le recours éventuel à une interruption médicale de grossesse, toujours traumatisante pour les parents. Un quasi-consensus des états membres du Conseil de l'Europe a pu ainsi se dégager sur la légitimité de la sélection des embryons par le sexe en cas de risque connu de transmission d'une maladie génétique grave.

L'article 14 autorise alors, de manière exceptionnelle, le recours aux techniques d'assistance médicale à la procréation en dehors de sa vocation originelle consistant à permettre à des couples hypofertiles d'avoir des enfants.

Néanmoins, la sélection des embryons en fonction de leur sexe, même en vue d'éviter la transmission d'une maladie héréditaire grave, appelle quelques réflexions. Cette sélection ne constitue-t-elle pas une pratique eugénique dont les formes pourraient prendre un nouveau visage ?

Les progrès continus de la science biomédicale et les risques d'en faire un instrument de maîtrise sur les caractéristiques de l'être humain, contrairement à son évolution naturelle, conduisent à s'interroger sur les dangers que la connaissance de l'embryon et la sélection par le sexe pourrait représenter au regard de tentations eugénistes (I) et au-delà, sur l'avenir des dispositions de l'article 14 de la convention d'Oviédo (II).

I Connaissance de l'embryon et tentations eugénistes

On peut distinguer deux formes d'eugénisme : un eugénisme collectif imposé ou suggéré par un appareil d'Etat et dont l'histoire a donné des exemples effrayants (1/1) et un eugénisme plus individuel obéissant à la volonté de parents tentés de maîtriser les caractéristiques génétiques de l'enfant à naître (1/2).

1/1 Le spectre ancien de l'eugénisme collectif

L'eugénisme conserve une connotation discriminatoire fortement péjorative. L'histoire nous rappelle que la recherche de l'amélioration des caractéristiques génétiques de l'être humain peut, sur fond de racisme et d'élitisme, conduire aux pires atrocités.

Sans commune mesure avec les horreurs nazies ou les mesures hygiénistes préconisées dans l'histoire ancienne, les politiques malthusiennes de certains pays asiatiques mettant en œuvre la sélection en fonction du sexe ont eu des conséquences tout à fait désastreuses. Ainsi en Chine la politique de l'enfant unique, appliquée de manière coercitive jusque dans les années 1980, a conduit à de nombreux infanticides sur des nouveau-nés de sexe féminin, notamment dans les milieux ruraux. Le fils unique dans les familles paysannes assurait en effet, par la poursuite de l'exploitation agricole, une garantie de retraite aux parents alors que la naissance d'une fille était perçue comme la fin de tout espoir de prospérité pour les années de vieillesse.

Dans de nombreuses régions du monde les conditions économiques et le poids culturel ont encore une forte influence sur les couples conduisant à préférer une descendance masculine. Si la science, le droit et l'économie mettaient les techniques d'assistance médicale à la procréation et le diagnostic préimplantatoire à la disposition de ces populations, on pourrait craindre qu'il en soit fait une utilisation à grande échelle de nature à influencer sur la répartition naturelle des naissances en fonction du sexe.

De même, les politiques de santé publique sont de nature à favoriser des comportements eugénistes en dépit des intentions respectables des pouvoirs publics. Le champ du *fatum* est en effet de moins en moins admis dans nos sociétés où la science devient prédictive. Si le terme "eugénique" signifie "bien né", on peut donc considérer que *"des actes volontaires ayant pour fin supposée, sous des rapports différents, la santé et l'épanouissement physique des individus peuvent être assimilés à des formes d'eugénisme"*.¹

Ainsi, dans le cadre d'une grossesse classique (sans assistance médicale à la procréation), il est possible de détecter le sexe de l'enfant à naître par l'échographie, technique qui s'est largement

¹ D. Smadja : « Les tests génétiques peuvent-ils conduire à l'eugénisme », Espace éthique, la Lettre, hors série n°2, 2000, p.45-48

développée depuis ses débuts dans les années 1970. A tel point qu'elle constitue aujourd'hui un examen obligatoire en France, imposé dans le cadre des politiques de santé publique.

Au-delà de la détermination du sexe de l'enfant qui, le plus souvent, présente un caractère médicalement secondaire, l'échographie permet de détecter des anomalies morphologiques, révélatrices d'une aberration chromosomique.

La France autorisant par ailleurs l'interruption de la grossesse à tout moment pour un motif médical, la généralisation de ces examens permet donc aux parents de choisir en principe librement de poursuivre ou non la grossesse. Il s'agit certes d'une décision individuelle mais paradoxalement, la médecine prédictive qui répond à un besoin de sécurité place souvent les futurs parents dans une situation inconfortable. En effet, elle ne permet pas toujours de certifier que l'enfant à naître développera la maladie. De plus, lorsqu'un diagnostic peut être posé, il n'existe que trop rarement d'alternatives curatives. Le recours fréquent à l'avortement en cas de malformation génétique, opère *in fine* une sélection entre les individus à naître.

La somme des comportements singuliers imprime dans l'inconscient collectif des tendances, qui influencent en retour les comportements individuels. Dans ce contexte d'autonomie de la volonté parentale, on pouvait craindre que les futurs parents souhaitent reconnaître en leur enfant des traits particuliers ou tout simplement choisir leur sexe et ne demandent aux médecins qu'ils utilisent les méthodes d'assistance à la procréation et le diagnostic préimplantatoire à cette seule fin.

Il convenait donc d'éviter ces détournements potentiels de la PMA dans le seul but de satisfaire des convenances personnelles qui ne seraient pas légitimes. Accorder une protection juridique à l'embryon permet d'éviter de tels écueils, mais la Convention, à l'instar de beaucoup d'états européens, se refuse à lui accorder une protection absolue en introduisant la dérogation prévue par l'article 14.

1.2/ La crainte de l'eugénisme moderne et la protection de l'embryon.

L'assistance médicale à la procréation et le diagnostic préimplantatoire ne sont que des moyens, seule la finalité poursuivie permettant de déterminer ce qui est socialement acceptable.

On sait que certains couples seraient tentés, s'ils en avaient la possibilité, de choisir leur enfant en fonction du sexe de l'embryon en dehors de toute difficulté de procréation ou d'aléa sanitaire pour l'enfant à naître. La sélection des embryons pourrait en outre s'exercer sur d'autres critères que le sexe, condamnant les embryons rejetés à la destruction pure et simple. Dans le Nord des Etats-Unis, des centres de fécondation "in vitro" proposent déjà à des couples non stériles "*la détection préventive et simultanée d'une vingtaine d'anomalies monogéniques et chromosomiques à partir d'un diagnostic préimplantatoire de convenance*".²

Face à ces risques de dérives, le législateur se devait d'intervenir afin de préserver diversité et équilibre dans la population en laissant le hasard opérer lorsqu'aucun problème médical n'est suspecté. La protection juridique forte accordée à l'embryon apparaît ainsi légitime et nécessaire.

L'article 14 de la convention limite l'utilisation de l'assistance médicale à la procréation pour la détermination du sexe aux seuls couples dont les enfants pourraient être atteints d'une grave maladie héréditaire. Il appartient à chaque état signataire d'organiser sur cette base la protection de l'embryon et de faire respecter l'esprit de la Convention.

La réglementation des Etats en la matière se met ainsi en place de façon peu à peu harmonisée. Si l'Allemagne conserve une position plus restrictive, de manière générale la plupart des états se sont

² J. Milliez : « L'annonce prénatale du handicap », Espace éthique, la Lettre hors série n°3, hiver-printemps 2001, p.48-54

prononcés en faveur du diagnostic préimplantatoire permettant la détermination du sexe, tout en posant le principe de non-sélection par le sexe. Il convient de souligner que si le Royaume-Uni n'a pas à ce jour signé la Convention, il autorise toutefois la recherche de maladies génétiques sur l'embryon.

Le Portugal applique les dispositions de l'article 14 depuis le 1^{er} décembre 2001 ainsi que le Danemark dont la loi du 10 juin 1997 pose le principe et sa dérogation en ces termes : *"La fécondation artificielle impliquant une sélection (...) des ovocytes fécondés préalablement à leur implantation dans l'utérus d'une femme dans le but de sélectionner le sexe de l'enfant à naître est interdite, à moins que cette pratique n'ait pour objet de prévenir une maladie héréditaire grave liée au sexe de l'enfant à naître"*.³

La Norvège a adopté une position de principe similaire bien avant de ratifier la Convention le 13 octobre 2006⁴. Dès 1994, la législation norvégienne disposait que *"Il est interdit de procéder à un examen de l'ovocyte fécondé aux fins de sélection du sexe de l'enfant, sauf dans les cas particuliers impliquant une maladie héréditaire grave liée au sexe."*⁵

D'autres Etats en revanche refusent toute possibilité de diagnostic préimplantatoire sur l'embryon et ont spécialement légiféré en ce sens. Au premier rang de ces pays figure l'Allemagne dont la loi sur la protection des embryons de 1990 sanctionne *"Toute personne qui utilise un embryon humain dans un autre but que d'assurer sa survie"*⁶. Cependant, un assouplissement des textes n'est pas à exclure, si l'association médicale allemande arrive à vaincre les réticences du Parlement et présente un projet encadrant strictement le recours au diagnostic préimplantatoire, qui devra rester exceptionnel.

La Suisse adopte une position similaire, puisque la loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée précise en son article 5-3 *"Le prélèvement d'une ou plusieurs cellules sur un embryon "in vitro" et leur analyse sont interdits"*. Toutefois, la Suisse a récemment entrepris de réformer sa législation en matière de diagnostic préimplantatoire. Le Conseil fédéral suisse a lancé le 18 février 2009 une procédure générale de consultation sur ce sujet et a présenté un projet de réforme encadrant strictement l'application du diagnostic préimplantatoire, lequel rejette notamment toutes les applications du diagnostic préimplantatoire non liées à une maladie génétique.

Le fort degré de protection de l'embryon en Allemagne et en Suisse a conduit ces pays à ne pas ratifier à ce jour la Convention d'Oviédo puisque l'article 14 autorise des prélèvements cellulaires et l'analyse du caryotype de l'embryon. Les législations de ces pays imposent le respect de l'intégrité physique de l'embryon même si l'atteinte envisagée était motivée par le dépistage d'une maladie grave. Entre cette conception extrême et la manipulation incontrôlée de l'embryon humain, la plupart des pays européens, dont la France, ont opté pour la solution médiane de l'article 14 qui tente de concilier les impératifs parfois contradictoires de progrès scientifique et de vigilance éthique.

Le désir des parents que l'enfant à naître soit en parfaite santé constitue un souhait légitime lorsque le risque sanitaire est certain (maladie génétique d'un des parents) et que la biomédecine, par la sélection de l'embryon en fonction de son sexe, permet d'écarter ce risque. Encore faut-il pour cela qu'il existe chez les parents des caractéristiques génétiques connues et susceptibles d'entraîner de graves conséquences sur la santé de l'enfant.

Ainsi la France, l'Espagne, ou encore la Suède autorisent le diagnostic préimplantatoire sur des embryons fécondés "in vitro" dans le but de détecter des maladies graves. Cette recherche implique parfois la détermination du sexe et autorise la sélection de l'embryon sur ce critère.

³ Article 8 de la loi n°460 du 10 juin 1997 relative à la fécondation artificielle en rapport avec le traitement, le diagnostic et la recherche d'ordre médical.

⁴ L Convention d'Oviédo est entrée en vigueur en Norvège le 1^{er} février 2007.

⁵ Article 4.2 de la loi n°56 du 5 août 1994 relative à l'utilisation médicale de la biotechnologie

⁶ Article 2-1 de la loi sur la protection des embryons du 13 décembre 1990

La France (article L.2131-4 du code de la santé publique) et la Norvège (loi du 5 août 1994 relative à l'utilisation médicale de la biotechnologie, chapitre 4.2), précisent en outre que ces maladies doivent être incurables au moment du diagnostic.

Si la législation française "*garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie*", les lois du 29 juillet 1994 et du 6 août 2004 permettent de prendre en compte la volonté parentale de ne pas accueillir un embryon qui serait porteur d'une maladie ainsi diagnostiquée. Celui-ci est alors voué à la destruction ou peut faire l'objet de recherches si les deux membres du couple y consentent. La protection accordée à l'embryon ne saurait donc être absolue et les pouvoirs publics veillent à ne pas entrer dans le délicat débat philosophique d'un éventuel statut de l'embryon.

Mais il existe bien une contradiction dans les législations françaises et norvégiennes avec les principes qui sous-tendent le recours au diagnostic préimplantatoire. Celui-ci est rarement effectué en vue d'une guérison possible de l'enfant à naître ou d'un meilleur traitement par une prise en charge précoce de la maladie, la science étant souvent impuissante sur ce point. Ainsi les futurs parents se trouvent placés devant le choix redoutable de la non-réimplantation de l'embryon ou du risque d'un enfant gravement handicapé.

Au-delà de ce constat, l'article 14 peut-il influencer les politiques de santé publiques et la recherche biomédicale et surtout a-t-il vocation à survivre aux mutations de la société ?

II Quel avenir pour l'article 14 de la Convention d'Oviédo?

Dans une logique préventive, il apparaît souhaitable de pouvoir utiliser les techniques d'assistance médicale à la procréation afin de déterminer le sexe de l'embryon en vue de diagnostiquer des maladies qui ne seraient pas incurables mais dont la découverte pourrait donner lieu à une prise en charge médicale efficace. L'Académie nationale de médecine revendique aujourd'hui l'extension du diagnostic préimplantatoire à des maladies curables, plus répandues (2/1).

D'autre part, les progrès de la médecine permettent d'envisager de nouveaux horizons qui n'étaient pas prévus par la convention et dont la généralisation rendrait inutiles les dispositions de l'article 14 de la convention (2/2).

2/1 Elargissement de la recherche du sexe "in vitro" pour le traitement de pathologies plus répandues.

L'article 14 de la convention ne limite pas l'utilisation des méthodes de procréation assistée et la détermination du sexe aux dépistages de maladies incurables. Elle les encadre cependant très strictement. En effet, la sélection de l'embryon en fonction de son sexe n'est admise qu'en vue de diagnostiquer une maladie héréditaire, grave et liée au sexe.

En France, l'article L.2131-4 du code de la santé publique limite plus restrictivement que la convention le recours au diagnostic préimplantatoire puisque cinq conditions cumulatives doivent être remplies :

- Un médecin exerçant dans un centre pluridisciplinaire doit tout d'abord attester que le couple, du fait de sa situation familiale, a une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic
- Le diagnostic ne peut être effectué que lorsque a été préalablement et précisément identifiée, chez l'un des parents ou l'un de ses ascendants immédiats dans le cas d'une maladie gravement invalidante, à révélation tardive et mettant prématurément en jeu le pronostic vital, l'anomalie ou les anomalies responsables d'une telle maladie
- Les deux membres du couple doivent exprimer leur consentement par écrit à la réalisation de

l'examen

- Le diagnostic ne peut avoir d'autre objet que de rechercher cette affection ainsi que les moyens de la prévenir et de la traiter
- Il ne peut être réalisé que dans le cadre d'un établissement agréé.

Par dérogation à ces dispositions et à titre expérimental, l'article L 2131-4-1 issu de la nouvelle loi bioéthique du 6 août 2004 permet le diagnostic effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro, lorsque le couple a déjà donné naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique entraînant la mort dès les premières années de la vie et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Toutefois, cette possibilité n'est ouverte que si le pronostic vital de l'enfant malade peut être amélioré de façon décisive par l'application d'une thérapeutique ne portant pas atteinte à l'intégrité du corps de l'enfant né du transfert de l'embryon in utero, et si l'Agence de la Biomédecine autorise la réalisation de ce diagnostic.

Dans ce cas, le diagnostic a pour seuls objets de rechercher la maladie génétique ainsi que les moyens de la prévenir et de la traiter, et de permettre l'application de la thérapeutique envisagée. Cette nouvelle disposition permet ainsi une sélection d'embryons de façon à ce que l'enfant à naître soit sain et génétiquement compatible avec un de ses frères ou sœurs, pour mettre en œuvre par exemple une thérapie cellulaire réalisée grâce aux cellules du cordon ombilical.

En 2002, en France, la recherche de la mucoviscidose et l'amyotrophie spinale constituait 70% des demandes de dépistage⁷.

S'agissant des maladies liées au chromosome X, la détection concerne principalement la myopathie de Duchenne et le syndrome de l'X fragile qui génèrent souvent de graves désordres mentaux. En dehors des maladies directement liées à un sexe donné, certains proposent aujourd'hui l'élargissement du diagnostic préimplantatoire à la détermination du groupe Rhésus, à la détection d'éventuelles dispositions à un cancer familial ou à des maladies de moindre gravité. Or cette condition de gravité, requise par l'article 14 de la convention d'Oviedo, garantit que l'équilibre naturel des naissances ne sera pas fondamentalement remis en cause par la sélection des embryons en fonction de leur sexe. Il semble souhaitable de conserver cette exigence quelles que soient les aspirations de la science, des couples ou des pouvoirs publics, à maîtriser la naissance d'enfants sains.

En outre, l'utilisation des techniques d'assistance médicale à la procréation en vue d'un diagnostic préimplantatoire pour la détection d'une éventuelle maladie héréditaire peut révéler l'existence d'une maladie qui n'était pas jusqu'alors suspectée au regard des antécédents familiaux. Dans ce cas, les futurs parents auront bénéficié d'un conseil en dehors des prescriptions de la convention.

Pour autant, le médecin doit-il révéler aux futurs parents une telle découverte ? Si la réponse est affirmative, l'égalité voudrait alors que tous les parents qui le désirent puissent recourir à la fécondation "in vitro" en vue d'un diagnostic préimplantatoire ! La pratique médicale au quotidien soulève ainsi de nombreuses questions qu'il n'est pas toujours possible d'anticiper lors de l'élaboration des normes juridiques nouvelles. La portée volontairement restrictive de la Convention contient le risque d'être mise en défaut lors de son application. On peut aussi s'interroger sur la pertinence des dispositions de l'article 14 au regard des évolutions médicales attendues.

2/2 La recherche en mouvement et le droit en suspend

Les techniques médicales permettent aujourd'hui d'envisager la sélection "indirecte" de l'embryon en vue d'éviter la transmission d'une maladie héréditaire grâce au tri sélectif en amont des spermatozoïdes en fonction de leurs caractéristiques génétiques.

⁷ Statistiques émises dans l'avis n°72 du Comité consultatif national d'éthique, du 4 juillet 2002 « Réflexion sur l'extension du diagnostic préimplantatoire »

La discrimination à l'égard de l'embryon, prévue par l'article 14 de la convention, ne serait pas justifiée si cette pratique se généralisait. D'ailleurs, le Danemark anticipait déjà cette évolution scientifique puisque depuis 1997 sa législation interne prévoit que "*La fécondation artificielle impliquant une sélection des spermatozoïdes ou des ovocytes fécondés préalablement à leur implantation dans l'utérus d'une femme dans le but de sélectionner le sexe de l'enfant à naître est interdite, à moins que cette pratique n'ait pour objet de prévenir une maladie héréditaire grave liée au sexe de l'enfant à naître*"⁸. Il s'agit du seul pays signataire de la convention d'Oviédo à avoir isolé cette hypothèse.

Ces évolutions de la biomédecine remettront en cause la pratique de la sélection des embryons pour favoriser la sélection des gamètes en amont. Ce nouveau mode de sélection apparaîtra plus acceptable et devra être développé, à condition toutefois de respecter l'esprit de la Convention et de le limiter aux seuls cas où il existe un risque de transmission d'une maladie héréditaire grave.

Le Conseil de l'Europe et ses membres devront en outre tenir compte, comme l'a fait la France en révisant en 2004 ses lois bioéthique de 1994, des progrès médicaux qui permettent d'envisager des greffes cellulaires entre un enfant malade et un embryon sain compatible avec lui (HLA compatible), en récupérant notamment les cellules sanguines contenues dans le cordon ombilical. La problématique de la sélection de l'embryon, notamment par son sexe, reprend alors tout son sens.

Ces grands espoirs suscitent cependant des craintes au regard d'une instrumentalisation possible de l'enfant à naître. Le souhait pour des parents déjà confrontés à la maladie héréditaire qui frappe un de leur enfant de lui donner un frère ou une sœur indemne ne saurait être contesté et le recours aux techniques de la PMA et à la sélection de l'embryon par le sexe à cette fin peut sembler légitime.

Mais lorsque l'embryon sain représente un espoir de guérison pour un autre enfant, on doit s'interroger sur la pertinence de ces pratiques au regard de l'esprit de l'article 14 tant elles peuvent apparaître comme un détournement des techniques médicales d'assistance à la procréation de leur vocation première. Une telle optique dépasse assurément le cadre défini par l'article 14 de la convention d'Oviédo.

Si la loi du 6 août 2004 a créé la possibilité en France, à titre expérimental, de recourir au diagnostic préimplantatoire sur un embryon sain pour évaluer sa compatibilité avec un frère ou une sœur malade, elle a également prévu que le rapport annuel d'activité de l'Agence de la biomédecine, adressé au Parlement, au gouvernement et au Comité consultatif pour les sciences de la vie et de la santé doit comporter une "*évaluation des conditions de mise en oeuvre ainsi que l'examen de l'opportunité de maintenir les dispositions prévues par l'article L. 2131-4-1*" (dernier alinéa de l'article L. 1418-1 du code de la santé publique).

Ce n'est que dans un rapport intitulé « *Bilan d'application de la loi de bioéthique du 6 août 2004* » paru en octobre 2008, que l'agence de la biomédecine aborde réellement la question de l'application de l'article L. 2131-4-1 du code de la santé publique. L'agence estime que les dispositions de la loi en matière de diagnostic prénatal, de diagnostic préimplantatoire et de DPI-HLA ne posent pas de difficultés d'application particulières, tout en soulignant le manque de recul suffisant pour établir un bilan plus approfondi⁹.

Les questions soulevées par le développement rapide de la recherche montrent la faiblesse des dispositifs juridiques qui tentent de réglementer la pratique médicale dans ses moindres détails. La

⁸ Article 8 du chapitre 2 de la loi n°460 du 10 juin 1997 relative à la fécondation artificielle en rapport avec le traitement, le diagnostic et la recherche d'ordre médical.

⁹ Bilan d'application de la loi de bioéthique du 6 août 2004, octobre 2008, p. 49 et s. Voir également les questions pratiques soulevées dans le rapport publié par l'agence de la biomédecine en juin 2008, intitulé « Contribution du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine aux débats préparatoires à la révision de la loi de bioéthique ».

protection de la biodiversité humaine est essentielle, mais elle ne saurait occulter les apports positifs de la science. Si la lettre de l'article 14 de la Convention d'Oviedo montre d'ores et déjà ses limites, il conviendra d'en respecter l'esprit dans la recherche délicate d'un équilibre toujours précaire quant il s'agit d'ouvrir la médecine prédictive à la médecine curative.

BIBLIOGRAPHIE

Convention du Conseil de l'Europe pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine signée à Oviédo, le 4 avril 1997.

Loi n°2004-800 du 6 août 2004

Dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologies

Etude sur le diagnostic préimplantatoire, p.661 et suivantes

Etude sur l'Eugénisme, p.853 et suivantes

Avis n°72 du Comité Consultatif national d'Ethique, relatif à la réflexion sur l'extension du diagnostic préimplantatoire en date du 4 juillet 2002

Compte rendu intégral des débats du Sénat en date du 28 janvier 2003, partie relative à la bioéthique.

Articles parus dans le cadre de l'Espace Ethique de l'AP-HP :

A. Kahn : "la médecine de prévision", Ethique et soins hospitaliers, Espace Ethique, travaux 1997-1999, Paris AP-HP/Douin, 2001, p.37-67

D. Smadja : "Les tests génétiques peuvent-ils conduire à l'eugénisme ?", Espace Ethique, La lettre, hors série n°2, 2000, p.45-48

J. Milliez : "L'annonce prénatale du handicap", Espace Ethique, la Lettre, hors série n°3, 2001, p.48

P. Jouannet : "Les limites de dépistage des affections génétiques", Espace Ethique, la Lettre n°12-13-14, 2000,p.81