

Position de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (gynécologie suisse SSGO) concernant la votation populaire fédérale du 14 juin 2015

Oui à une procréation médicalement assistée moderne

Bruno Imthurn

Prof. Dr, membre du comité de gynécologie suisse SSGO

En juin 2015, le peuple se prononcera sur la procréation médicalement assistée. La Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (gynécologie suisse SSGO) s'engage pour le nouvel article constitutionnel qui autorisera en Suisse le diagnostic pré-implantatoire comme la mesure de diagnostic prénatal la moins invasive, réduisant ainsi les grossesses multiples à risque.

Historique

En mai 1992, le peuple et les cantons ont approuvé à une grande majorité l'actuel article 119 de la Constitution fédérale (Cst.) comme contre-projet à l'initiative dite du «Beobachter». L'art. 119, al. 2, lettre c Cst. comprend entre autres le paragraphe décisif suivant:

c. «[...] 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.»

Malgré la version très restrictive de l'art. 119 Cst. dans le contexte international, il a fallu attendre deux ans pour qu'une nouvelle demande soit déposée sur ce sujet, l'«Initiative pour une procréation respectant la dignité humaine». Cette dernière exigeait l'interdiction complète de la reproduction médicalement assistée en Suisse. Soumise au vote en 2000, cette initiative d'interdiction a été rejetée par le peuple suisse et l'ensemble des cantons avec une écrasante majorité de plus de 70% de Non. A sa place, le contre-projet indirect du Conseil fédéral et du Parlement est entré en vigueur en 2001: la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) [1]*.

La LPMA, particulièrement stricte en comparaison européenne, comporte de nombreuses interdictions en vigueur encore aujourd'hui, dont notamment celles du diagnostic préimplantatoire (DPI) et de la conservation d'embryons, par crainte d'abus (art. 5, al. 3 et art. 17, al. 3 LPMA). Le DPI est la méthode de diagnostic prénatal la plus précoce. Le DPI consiste à extraire des cellules du trophoblaste – cellules précurseurs du chorion et du placenta – d'un embryon de 5 jours, soit avant son implantation dans l'utérus, et à les analyser génétiquement. Contraire-

ment au diagnostic prénatal pratiqué en Suisse depuis des décennies, le couple n'est pas confronté, en cas de résultat défavorable, à la lourde décision d'une interruption de grossesse.

La LPMA a rapidement été dépassée par les progrès de la médecine. Par conséquent, les couples en Suisse ne bénéficiaient plus d'une prise en charge optimale. C'est pourquoi Felix Gutzwiller, conseiller national à l'époque, a déposé la motion «Admission du diagnostic préimplantatoire» qui a été votée la même année par les deux chambres fédérales [2, 3]. Cette motion demandait au Conseil fédéral d'autoriser le DPI en Suisse selon les conditions-cadres définies et de modifier en conséquence la LPMA. Il a fallu attendre dix ans avant que le Parlement ne décide et ne vote, fin 2014, une modification de l'art. 119 Cst. ainsi que la révision de la LPMA.

Diagnostic préimplantatoire: un standard depuis de nombreuses années dans la plupart des pays de l'Union européenne

L'European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) a analysé la situation en Europe en 2009 [4]. Cette enquête a révélé que le PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis) qui consiste à rechercher des mutations généralement connues, était déjà admis à l'époque dans 23 des 27 Etats de l'UE. Ont ensuite suivi la Lettonie et l'Allemagne en 2012, la Croatie en 2013 avec son adhésion à l'UE et, plus récemment, l'Autriche. Le PGD est également autorisé en Norvège (fig. 1). Dans de nombreux Etats membres, de nombreux parlements se sont donc penchés de manière approfondie sur la question du PGD. Ils sont tous arrivés

* Les références se trouvent sous www.bullmed.ch → Numéro actuel ou → Archives → 2015 → 14/15.

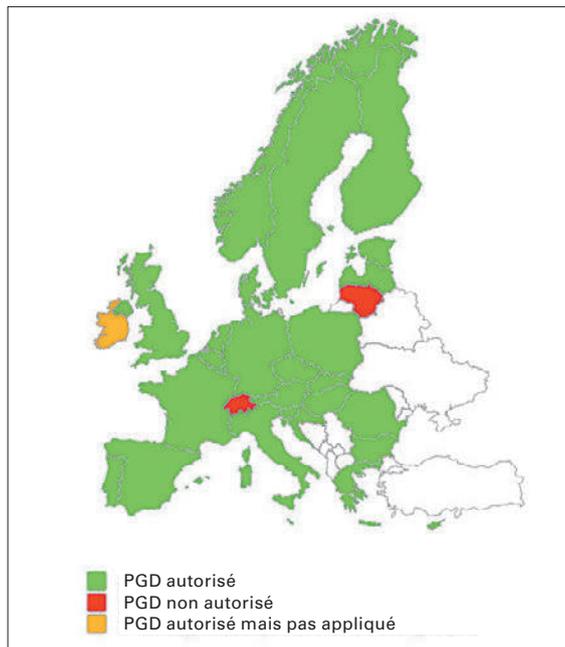


Figure 1: Situation légale du diagnostic préimplantatoire (PGD; Preimplantation Genetic Diagnosis) dans l'Union européenne, en Norvège et en Suisse, état en 2015; adapté et actualisé selon [4].

à la conclusion que cette méthode précoce du diagnostic prénatal devait être également admise dans leurs pays. Le DPI inclut également le PGS (Preimplantation Genetic Screening) qui consiste à analyser les cellules pour déterminer la présence de chromosomes surnuméraires ou l'absence de chromosomes. Cette forme du DPI était également autorisée dans 20 Etats de l'UE dès 2009 [4] et devrait l'être aussi en Suisse. Il est à noter que certains Etats européens pratiquent le DPI depuis plus de 20 ans déjà.

Adaptation de l'article constitutionnel 119 aux besoins médicaux

En Suisse, le DPI n'est pas interdit au niveau constitutionnel, mais au niveau légal (art. 5, al. 3 LPMA). L'art. 119, al. 2, lettre c Cst. rend cependant impossible le recours efficace au DPI. La Constitution et la LPMA qui en découle prévoient en effet que le nombre d'ovules imprégnés pouvant être développés jusqu'au stade d'embryon ne peut être supérieur à trois («règle des trois»). Or en moyenne, il faut six (!) ovules pour développer un unique fœtus viable, comme c'est le cas lors d'une grossesse naturelle. Par ailleurs, 25 à 50% des embryons sont porteurs de la maladie dans le cas de nombreuses maladies génétiques. De la sorte, la «règle des trois» n'aboutirait à aucun embryon non porteur de la maladie génétique au terme d'un processus pénible pour le couple, laborieux et hautement complexe.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral et le Parlement ont décidé d'adapter l'article constitutionnel aux besoins de la médecine en le modifiant comme suit [5]:

c. «[...] ne peuvent être développés hors du corps de la femme jusqu'au stade d'embryon que le nombre d'ovules humains nécessaire à la procréation médicalement assistée.»

Comme toute modification constitutionnelle, cette adaptation est soumise au référendum obligatoire, et le peuple et les cantons en décideront le 14 juin prochain.

La révision de la loi sur la procréation médicalement assistée ouvre la voie à une procréation médicalement assistée moderne

La modification de l'art. 119 Cst. permet une révision de la LPMA, contre laquelle le référendum pourrait ensuite être saisi si cette modification est acceptée [6].

La modification de la Constitution et la révision de la LPMA prévoient d'adapter le nombre d'embryons pouvant être développés dans un cycle de traitement aux besoins de la médecine afin a) d'accroître les chances de succès des couples concernés et b) de minimiser les risques pour la mère et l'enfant. Le DPI deviendrait alors une méthode pertinente permettant de réduire de manière substantielle le risque de grossesse multiple.

Bien qu'il n'existe au monde, à l'exception de l'Allemagne, aucun autre pays en dehors de la Suisse à limiter le nombre des embryons nécessaires, la «règle des trois» n'a pas été complètement abandonnée, mais remplacée par une nouvelle «règle des douze». L'Allemagne discute actuellement de la pertinence de la «règle des trois».

Ce nouveau plafond associé à l'autorisation de conserver les embryons surnuméraires permettra d'effectuer un DPI au jour 5 du développement embryonnaire avec une chance réaliste de trouver un embryon non porteur de la maladie génétique. Si plus d'un embryon n'est pas porteur, la nouvelle loi permettra alors de le cryoconserver en vue d'une seconde chance. La durée maximale de conservation est fixée à dix ans. Comme mentionné précédemment, un seul ovule sur les six imprégnés au jour 1 se développe en moyenne en un fœtus viable. Une grande partie des embryons inaptes à se développer dégénère *naturellement* dès un stade très précoce: entre le jour 1 et le jour 5. Il sera donc beaucoup plus facile de déterminer au jour 5 l'embryon qui a le plus grand potentiel de développement sur les 12 embryons maximum autorisés, grâce

à des critères morphologiques clairement définis (à venir), au lieu de devoir choisir au jour 1 sur la base d'indications imprécises (auparavant) entre seulement 3 embryons imprégnés. Cette amélioration permet l'implantation au jour 5 d'un seul embryon – comparé aux 2 à 3 embryons jusqu'ici – pour une même chance de grossesse. Cette technique est appelée «transfert électif d'un seul embryon (eSET)». Le transfert d'un seul embryon au jour 5 permet de réduire considérablement les risques de grossesse multiple lors d'une procréation médicalement assistée, et donc les risques pour la mère et l'enfant. Le principal risque d'une grossesse multiple est la prématurité, et par conséquent, le risque de décès et de handicap de l'enfant.

La forte réduction de l'incidence des grossesses multiples liée à l'eSET se retrouve dans les chiffres publiés par la Suède qui a introduit cette pratique depuis plus de dix ans. Tandis qu'en Suisse, le risque de grossesse multiple après une procréation médicalement assistée stagne encore à 18% en 2012 selon la statistique

annuelle de FIVNAT-CH, registre national des centres de reproduction suisses [7], le taux de grossesse multiple après une fécondation in vitro (FIV) est tombé en Suède en-dessous de 5% entre 2002 et 2007 avec le recours accru à l'eSET (fig. 2) [8].

Il sera alors possible d'effectuer un examen prénatal sans le dilemme de l'interruption de grossesse.

Les avantages de l'eSET sont incontestés. Les avis divergent en revanche concernant le DPI. Or, l'actuelle proposition de loi présente les mêmes indications en faveur du DPI que celles en faveur du diagnostic prénatal au terme de la 11^e semaine de grossesse – un diagnostic généralisé et accepté depuis longtemps déjà en Suisse par une grande partie de la population. Comme l'analyse génétique est effectuée avant l'implantation de l'embryon dans l'utérus, le couple n'est plus confronté, dans le cas d'un résultat défavorable, à la décision d'une interruption de grossesse avec toutes les conséquences tragiques qu'elle implique, comme c'est actuellement le cas avec le diagnostic prénatal habituel. C'est pourquoi la majorité de la Commission nationale d'éthique (CNE) approuve le DPI [9].

Les raisons du Oui le 14 juin 2015

La Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (gynécologie suisse SSGO) s'engage en faveur de la modification de l'art. 119 Cst. afin que les couples avec un désir d'enfant inassouvi puissent à l'avenir être traités en Suisse avec les mêmes standards que dans le reste de l'Europe. Cette modification permettra notamment a) de réduire fortement le nombre des grossesses multiples à risque après une procréation médicalement assistée et b) d'introduire en Suisse le DPI comme la méthode de diagnostic prénatal la plus précoce et la moins invasive. Il sera alors possible d'effectuer un examen prénatal sans le dilemme de l'interruption de grossesse.

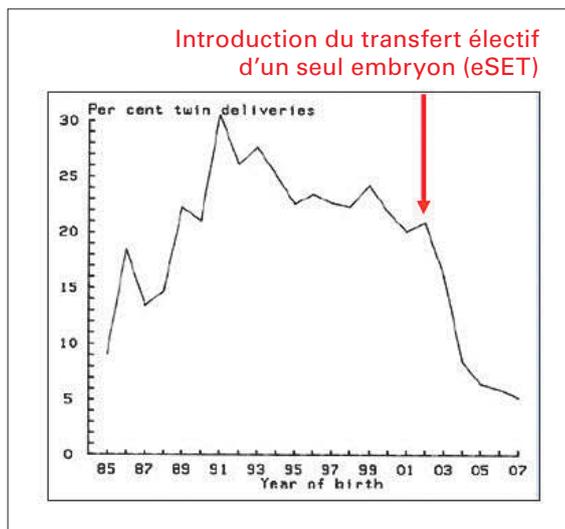


Figure 2: Evolution du taux des naissances gémellaires par rapport au nombre total de naissances au terme d'une procréation médicalement assistée en Suède, après l'introduction du transfert électif d'un seul embryon (eSET) en 2002 [8].

Correspondance:
Secrétariat général de
gynécologie suisse (SSGO)
Altenbergstrasse 29
Case postale 686
CH-3000 Berne 8
Tél. 031 313 88 55
sekretariat[at]sogg.ch

Références

- 1 Assemblée fédérale de la Confédération suisse. Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA). Confédération suisse 1998/2006; RS 810.11:1–14.
- 2 Gutzwiller F. Initiative parlementaire «Diagnostic préimplantatoire. Autorisation». 2004;04.423.
- 3 Commission de la science, de l'éducation et la culture du Conseil national. Motion «Admission du diagnostic préimplantatoire». 2004;04.3439.
- 4 Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU. MAR Study. ESHRE. 2009;1–157.
- 5 Assemblée fédérale de la Confédération suisse. Message concernant la modification de l'article constitutionnel relatif à la procréation médicalement assistée et au génie génétique dans le domaine humain. Confédération suisse 2014;9675–6.
- 6 Assemblée fédérale de la Confédération suisse. Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA). Confédération suisse 2014;1–9.
- 7 Société suisse de médecine de la reproduction. FIVNAT-Report Cycles 2012. 2014;6.
- 8 Källen B, Finnström O, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Otterblad Olavsson P. Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. *Hum Reprod* 2010;25:1026–34.
- 9 Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine. Diagnostic préimplantatoire. 2005;51.