

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

13^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du lundi 7 octobre 2019

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE MME ANNIE GENEVARD

1. Bioéthique (p. 8647)

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 8647)

Après l'article 19 (*suite*) (p. 8647)

Amendement n° 191

M. Jean-François Eliaou, rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendement n° 1596

Amendements n°s 323, 553, 1890

Amendements n°s 781, 1597, 1729, 2437, 1812

Suspension et reprise de la séance (p. 8657)

Amendement n°, 2631 et 2632 (sous-amendement)

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 8665)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME ANNIE GENEVARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt-deux heures quinze.)

1

BIOÉTHIQUE

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif à la bioéthique (n^{os} 2187, 2243).

DISCUSSION DES ARTICLES

Mme la présidente. Vendredi 4 octobre, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 191 portant article additionnel après l'article 19.

Après l'article 19 (suite)

Mme la présidente. L'amendement n^o 191 est défendu.

M. Patrick Hetzel. En raison du temps programmé!

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-François Eliaou, rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique, pour donner l'avis de la commission.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique. Cet amendement évoque le diagnostic préimplantatoire avec typage HLA – le DPI-HLA. Il propose d'abroger l'article L.2131-4-1 du code de la santé publique, qui lui est consacré, et de dresser un état des lieux des banques d'unités de sang placentaire.

Le DPI-HLA a été mis en place à titre expérimental en 2004, puis confirmé en 2011. Depuis neuf ans, vingt-cinq couples ont été concernés et neuf enfants sont nés, parmi lesquels cinq étaient HLA-compatibles; trois greffes ont été pratiquées. Cela ne concerne donc pas un grand nombre de couples. Depuis 2014, cette pratique a pris fin en France. Le dernier centre à l'avoir pratiquée est l'hôpital Antoine-Bécclère de Clamart.

J'avais considéré dans un premier temps qu'il fallait effectivement abroger cet article, mais après avoir approfondi la réflexion et entendu les arguments développés par Mme la ministre des solidarités et de la santé en commission spéciale, je suis aujourd'hui convaincu qu'il faut le maintenir. En effet, il concerne un certain nombre de pathologies: non seulement l'anémie de Fanconi, mais aussi les drépanocytoses, relativement fréquentes, ou encore la thalassémie. Dans certains cas, il n'existe pas de frère ou de sœur HLA-compatible, donc de groupe tissulaire compatible, qui constitue pourtant la seule possibilité de traiter ces patients.

De plus, la suppression de cet article entraînerait automatiquement une difficulté de prise en charge des familles par la sécurité sociale – certaines partent à l'étranger, notamment en Belgique, pour suivre ce type de traitements. Cela montre qu'il demeure des cas à prendre en charge.

Enfin, la dernière raison pour laquelle je ne suis pas favorable à la suppression de cet article – et j'y reviendrai ultérieurement dans un amendement que je propose – tient au fait qu'il permettrait aux couples de femmes et homme-femme d'obtenir, par des FIV non pas trop nombreuses, mais répétées, des embryons réunissant les deux critères: être dépourvus de la mutation génétique d'une part, et être HLA-compatibles d'autre part. Or j'ai la conviction que ce type de traitements pourrait à nouveau être conduit en France, et j'ai la certitude que les équipes médicales, à tout le moins celles qui sont spécialisées dans ce domaine, pourront reprendre cette activité. Toutes ces raisons me conduisent à émettre un avis défavorable sur cet amendement et à vous proposer, par la suite, un amendement qui permettra de lever certaines mesures ou précautions qui empêchent d'appliquer correctement cette procédure.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'avais pris la parole lors des débats en commission spéciale au sujet de cette technique. Je souhaiterais émettre un avis de sagesse, un peu différent de la position que j'avais adoptée en commission. Cette technique concerne des maladies très rares pour lesquelles seule la greffe de moelle offre une chance de guérison. Or ces greffes de moelle, lorsqu'elles sont réalisées avec des donneurs volontaires compatibles, donnent de moins bons résultats que des greffes réalisées à partir de frères ou de sœurs compatibles. La technique du DPI-HLA s'adresse donc à quelques enfants par an, pour lesquels l'on sait que la greffe de moelle est une indication absolue, mais aussi qu'aucune technique de greffe ne sera aussi bonne qu'une greffe à partir d'un donneur apparenté de la fratrie.

La raison pour laquelle j'é mets un avis de sagesse tient au fait qu'elle a été au cœur de mon activité professionnelle pendant des années. J'estime donc ne pas disposer du recul nécessaire pour pouvoir donner un avis clairement libre et indépendant sur cette question. Je préfère m'en remettre à la sagesse du Parlement.

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. Ce recul que vous n'avez pas, madame la ministre, nous l'aurons encore moins que vous, car nous n'avons pas votre pratique professionnelle. C'est donc avec beaucoup de prudence que nous abordons cette question du DPI-HLA, aussi appelé double DPI ou « bébé-médicament ». L'argument qui consiste à souligner le faible nombre de cas n'est pas recevable. En matière de bioéthique et d'éthique, nous sommes parfois conduits à légiférer sur des situations particulières, comme ce fut le cas sur le sujet des transferts d'embryons post mortem. Nous passons parfois beaucoup de temps sur ces situations, alors que d'autres fois, au contraire, nous passons beaucoup plus rapidement sur des sujets plus importants, qui concernent des dizaines ou des centaines de milliers de personnes. Mais c'est aussi l'objet de l'éthique que de consacrer du temps à ce type de sujets.

J'ajouterai ensuite que l'argument consistant à dire que si cela ne se fait pas en France, cela se fera à l'étranger, n'est pas un argument. Nous condamnons le moins-disant, le dumping éthique. L'exception française en matière éthique doit être maintenue.

La vraie question est liée à l'efficacité potentielle de cette méthode, qui est constatée, mais qu'il faut mettre en regard de l'utilisation d'un embryon – donc, à terme, d'une personne – comme un moyen et non plus comme une fin. Cette technique fera peser sur cet individu le poids de la possibilité de guérison d'un autre enfant. C'est la raison pour laquelle elle rencontre des réticences. Le sujet, comme vous le soulignez, madame la ministre, renvoie à la sagesse de chacun. Il n'existe pas de bonne réponse sur cette solution qui paraît souhaitable, mais qui recourt à un moyen qui l'est moins.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. J'aimerais revenir sur l'un des points que vous avez évoqués, monsieur Breton. Je n'ai pas dit que parce que cela se fait à l'étranger, il faudrait le faire en France. J'ai indiqué que cette technique se pratiquait dans certains centres, notamment en Belgique, mais cela ne signifie pas qu'il faille automatiquement le faire dans notre pays. Je dis simplement que cela pourrait être fait en France, à condition de lever une incohérence en complétant l'article L.2141-3 du code de la santé publique – ce que je propose dans l'amendement que j'ai déposé.

M. Daniel Fasquelle. Vous faites marche arrière!

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. J'ajoute que cet amendement, dont Mme Genevard est la première signataire, soulève un autre point important, dont il faut débattre. Il préconise de développer de façon très importante les banques d'unités de sang placentaire, afin de maximiser les chances d'avoir des unités compatibles avec ces enfants qui naissent porteurs de maladies et n'ont pas de frère ou de sœur compatible dans leur famille.

Cette idée est logique. Malheureusement, compte tenu de la variété très importante de ces groupes tissulaires, la chance de trouver, dans la population, deux personnes non apparentées mais compatibles, varie, selon les spécificités, de un sur un million à un sur dix millions. L'augmentation du nombre d'unités de sang placentaire ne permettrait donc pas forcément d'en trouver qui soient compatibles avec les enfants concernés.

Mme la présidente. La parole est à Mme Blandine Brocard.

Mme Blandine Brocard. Je suis arrivée trop tard pour soutenir mon amendement : veuillez m'excuser. Je profite de l'avis de sagesse exprimé par Mme la ministre pour intervenir dans le débat, même si je ne dispose pas des mêmes connaissances scientifiques que M. le rapporteur. Il est question de concevoir un frère ou une sœur donneur, indemne de la maladie et le plus compatible possible avec l'enfant. On parle donc de bébé-médicament. Le terme est déjà étrange en lui-même. Il s'agit de programmer la venue d'un enfant dans l'unique but de soigner son aîné malade.

M. Breton a souligné que ce principe pouvait être contestable sur le plan juridique, car il pose la question du statut accordé à l'enfant ainsi conçu : il n'est plus envisagé comme un sujet de droit à part entière, mais comme un objet de droit, puisqu'il est conçu dans le but de soigner un autre enfant. Au-delà de cette contestation juridique, une contestation scientifique se fait jour. Selon un rapport publié par le Sénat en 2008-2009, le réseau des banques de sang de cordon et la diversité des unités stockées sont aujourd'hui tels que « tous les patients devant subir une greffe de sang de cordon trouvent un greffon compatible ». Je pense donc que nous avons l'occasion de mettre fin à cette pratique scientifiquement et juridiquement contestable.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Le bébé-médicament interpelle. Il est vrai que, devant un enfant malade, on est toujours profondément démuni et que l'on mesure la souffrance des parents qui voudraient à tout prix trouver une solution. Néanmoins, on est aussi face à un véritable dilemme éthique entre plusieurs intérêts : celui de l'enfant à soigner et celui de l'enfant qui va naître. Il faut, dans ce cas, faire prévaloir le principe de la dignité de chaque personne, qui doit exister pour elle-même, sans être un moyen pour une autre. L'enfant doit être accueilli pour lui-même, et non pour l'autre. Il relève de notre rôle de législateur de fixer cette barrière éthique.

M. Frédéric Reiss. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je voudrais apporter un éclairage complet sur ce débat. On parle de bébé-médicament. Or il me semble nécessaire de rétablir la réalité au sujet de ces familles. Ce sont des couples dont l'enfant est malade ; parfois le premier, parfois le deuxième. Certaines de ces maladies évoluent très lentement, comme la maladie de Fanconi, qui évolue sur dix ou quinze ans et que l'enfant déclare tardivement. Ces couples peuvent être amenés à avoir d'autres enfants. Ils entrent alors dans une procédure de diagnostic préimplantatoire – DPI – pour avoir un deuxième ou un troisième enfant. Ils ne conçoivent pas un bébé-médicament : ce sont des familles qui ont un enfant malade et qui, dans le cadre de leur projet parental, ont d'autres enfants, avec sélection de l'anomalie génétique par DPI.

Parce que les greffes fonctionnent beaucoup mieux – j'insiste – à l'intérieur d'une même famille qu'avec n'importe quelle autre greffe réalisée avec un donneur volontaire ou un sang placentaire, on leur propose dans le même temps, avec la sélection d'un embryon non malade, de vérifier la compatibilité HLA. Sur quatre embryons, il y en aura un de malade et trois autres sains ; sur ces trois autres sains, il y a une chance sur quatre que l'un d'eux soit compatible. Cela représente donc en réalité trois chances sur seize,

même si statistiquement, on considère que la probabilité d'avoir un embryon non atteint et compatible est plutôt de 10 % à 15 %.

On parle de bébés-médicaments, mais ces familles s'inscrivent avant tout dans un projet parental pour concevoir un autre enfant. Dans le cadre de ce projet parental, au cours duquel le DPI est réalisé, on leur propose de chercher en plus la compatibilité pour que cet enfant puisse éventuellement sauver son frère ou sa sœur. Il me semble important d'avoir à l'esprit que ce ne sont pas des enfants conçus spécialement pour sauver l'autre bébé.

D'autre part, madame Brocard, une greffe de sang placentaire n'est que partiellement compatible dans la majorité des cas. Cela ne donne absolument pas les mêmes résultats qu'une greffe intrafamiliale, qui est totalement compatible quel que soit le groupe tissulaire, qu'il s'agisse d'une greffe de sang placentaire ou de celui d'un donneur. Je voulais préciser ce point avant votre vote.

M. Thibault Bazin. Voilà une sagesse très orientée !

(L'amendement n° 191 est adopté et les amendements n° 322 et 552 tombent.)

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 1596, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir cet amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Il me semble qu'il est tombé, madame la présidente : il s'agit d'une modalité du DPI-HLA, que nous venons de supprimer.

Mme la présidente. La commission pourrait-elle nous le confirmer, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Ces deux amendements – celui de M. Touraine et mon amendement n° 2177, qui était identique – tombent en effet, puisqu'ils faisaient référence à l'article L.2131-4-1 du code de la santé publique, que nous venons d'abroger.

Mme la présidente. Comme ce sont des sujets assez techniques, il est bon d'avoir l'avis des spécialistes.

(Les amendements n° 1596 et 2177 tombent.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n° 323, 553 et 1890.

La parole est à M. Xavier Breton, pour soutenir l'amendement n° 323.

M. Xavier Breton. Cet amendement tend à ce que les politiques de dépistage prénatal et de diagnostic préimplantatoire fassent l'objet d'une évaluation car ces dépistages, s'ils traduisent la volonté de tout programmer, d'éviter toutes les fragilités inhérentes à l'espèce humaine, risquent d'aboutir à une logique de fabrication de bébés zéro défaut. Il est essentiel que nous prohibions toute pratique eugénique, d'autant que des tentations très fortes existent dans la majorité et chez ses soutiens. Il est important d'y opposer un refus catégorique.

M. Marc Le Fur. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 553.

M. Patrick Hetzel. Ces amendements tendent à ce que le Comité consultatif national d'éthique – CCNE – soit consulté tous les trois ans sur ces questions, de sorte qu'elles puissent faire l'objet d'un vrai débat parlementaire. Si, comme on nous le dit, la science avance très vite, il est d'autant plus important que le Parlement puisse s'en saisir. Le législateur ne peut pas se contenter de laisser filer les choses sans se prononcer : là aussi, c'est une question d'éthique. Nous avons à plusieurs reprises pointé le moins-disant éthique de ce projet de loi. C'est parce que nous refusons cette dérive que nous défendons ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1890.

M. Thibault Bazin. Défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. J'ai bien compris le sens de vos amendements, mais ce sujet relève plutôt de la compétence de l'Agence de la biomédecine, qui consacre un rapport annuel sur ces questions et qui a déjà réalisé une étude approfondie sur le diagnostic prénatal en 2007. Nous examinerons un amendement tendant à ce qu'il consacre une autre étude au diagnostic préimplantatoire et au diagnostic prénatal quand la loi sera promulguée. Si je reconnais l'importance d'un tel suivi, le CCNE ne me semble pas l'organisme le plus apte à nous permettre à nous, parlementaires, un suivi régulier de ce type de pratiques. C'est pourquoi je vous demande de retirer vos amendements, sinon j'y donnerai un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est défavorable. L'expertise du CCNE concerne les questions d'éthique et de société : cette instance n'est pas du tout faite pour évaluer les politiques publiques, qui ne relèvent pas de ses missions, et elle n'a pas les moyens de les expertiser. Les membres du CCNE n'ont d'ailleurs pas été choisis dans cette perspective. Rendre compte de la façon dont les politiques publiques sont conduites et de leurs résultats relève de la compétence des agences sanitaires en charge de ces sujets, notamment de l'Agence de la biomédecine. C'est pourquoi je suis défavorable à votre proposition de confier cette nouvelle mission au CCNE.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Vous avez raison, madame la ministre, nous souhaitons confier cette nouvelle mission au CCNE, et ce pour une raison très simple : nous souhaitons qu'elle soit assurée de la manière la plus indépendante possible. Que le Gouvernement souhaite que sa politique soit évaluée par une instance qui n'est pas indépendante est compréhensible, mais c'est justement parce que nous ne sommes pas d'accord avec cela que nous défendons cet amendement. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LR.)*

(Les amendements identiques n° 323, 553 et 1890 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques n^{os} 781, 1597, 1729 et 2437, je suis saisie par les groupes Les Républicains, du Mouvement démocrate et apparentés et de l'UDI-Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Sur l'amendement n^o 1812, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Ces cinq amendements, n^{os} 781, 1597, 1729, 2437 et 1812, peuvent être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 781, 1597, 1729 et 2437 sont identiques.

La parole est à M. Philippe Berta, pour soutenir l'amendement n^o 781.

M. Philippe Berta. Je voudrais d'abord dire que je partage l'avis de mon collègue Hetzel : nous sommes en train de prendre des décisions lourdes sur le plan scientifique pour une période de sept ans. En tant que scientifique, je le répète, je ne suis pas sûr que cela soit très raisonnable. À titre d'exemple, je suis assez estomaqué par ce que nous venons de voter sur le DPI-HLA.

Je voudrais revenir assez longuement sur le DPI aneuploïdies, ou DPI-A, dont l'importance me semble remarquable, même si, là encore, cela concerne un peu moins de 300 couples par an. Permettez-moi de rappeler au préalable quelques données dont la connaissance me semble essentielle.

L'espèce humaine est caractérisée par un très faible pouvoir reproductif, puisque seules 30 % des conceptions arrivent à terme. Ceci est dû principalement à la présence d'anomalies chromosomiques embryonnaires précoces, qui augmenteront avec l'âge : 23 % à l'âge de 30 ans, 35 % à 35 ans, 58 % à 40 ans et 84 % à l'âge de 45 ans.

Chaque année en France, environ 300 couples vont devoir vivre un parcours procréatif des plus complexes, soit parce qu'ils ont déjà un enfant affecté d'une lourde pathologie génétique, soit parce que le conseil génétique a permis de détecter dans l'histoire familiale de chaque membre du couple une maladie monogénique lourde et diagnosticable. Ce couple en situation complexe se voit alors proposer un DPI, c'est-à-dire un diagnostic génétique préimplantatoire accompagnant une fécondation in vitro, réalisé dans cinq centres habilités, les CHU de Clamart, Strasbourg, Montpellier, Nantes et Grenoble. Il s'agit de prélever, dans les tous premiers stades, une cellule sur l'embryon conçu in vitro en vue de cette analyse génétique avant son transfert dans l'utérus. On l'appellera le DPI simple ; il concerne environ 4 % des fécondations in vitro.

Il existe – ou il existait, je ne sais plus – une deuxième forme, très rare : le DPI-HLA, qui permet depuis 2011 d'éviter une pathologie, mais aussi de sélectionner un embryon qui puisse soigner son aîné par une greffe de cellules souches sanguines compatibles. Le DPI ne permet à l'opérateur que de contrôler l'embryon sur la seule indication génétique en cause. Pourtant, ce sont environ 50 % des embryons qui associeront des trisomies, en particulier les trisomies 13, 15, 16, 18 et 21, des monosomies, des tétra-

somies ou encore des translocations chromosomiques qui conduiront dans la quasi-totalité des cas à des fausses couches.

Nous proposons donc, par cet amendement, de soumettre la réalisation d'un DPI-A au consentement des deux parents, tout comme les autres DPI ; de laisser la liberté aux parents d'implanter ou non un embryon aneuploïde ; de limiter le DPI-A aux seuls chromosomes non sexuels, encore dénommés autosomes. Les anomalies des chromosomes sexuels, le Turner chez la petite fille et le Klinefelter chez le garçon, sont des anomalies « light » qui sont aujourd'hui relativement bien prises en charge. Ces petites filles seront capables plus tard de mener des grossesses à terme avec un don ovocytaire.

Je souhaite souligner, car tout le monde ne le sait pas, notamment parce que cela a été voté en 2011, mais n'est appliqué que depuis janvier 2019, que notre pays met à disposition de toutes les femmes en début de grossesse, si elles le désirent, un diagnostic non invasif, ou DPNI, réalisé à partir de quelques millilitres du sang de la mère, pour rechercher ces anomalies de nombre. C'est donc déjà une liberté, j'insiste sur ce point. En cas de suspicion, seront réalisés ensuite une échographie de contrôle, puis une amniocentèse, et enfin une interruption médicale de grossesse, chaque étape étant bien entendu soumise au consentement de la mère, qui peut à tout moment interrompre le processus si elle le souhaite.

De tous les pays européens, seuls l'Albanie, l'Irlande et le Luxembourg ne pratiquent pas le DPI. Il ne reste que quatre pays, dont la France, qui ne l'associent pas à la recherche d'aneuploïdies. C'est désormais fait pour la Suisse, mais aussi pour l'Italie, qui s'est vu condamner par la Cour européenne des droits de l'homme pour sa pratique de DPI conduisant à un avortement, ce qui est aujourd'hui la situation de la France.

Nous avons ici l'occasion de diminuer le nombre d'embryons surnuméraires – il nous faut en moyenne, ce sont les spécialistes qui le disent, 28 ovocytes pour assurer un accouchement ; de diminuer le risque de gémellité par le transfert d'un seul embryon, alors que nous sommes obligés d'en transférer plusieurs pour espérer qu'un d'eux s'implante, avec le risque de devoir supprimer ensuite les surnuméraires.

M. Marc Le Fur. Précisez le risque de gémellité !

M. Philippe Berta. À partir du moment où vous réinjectez plusieurs embryons, vous avez le risque d'en voir plusieurs arriver à terme, ce qui est quand même difficile à gérer pour la femme ! Nous avons donc l'occasion de diminuer le nombre d'IVG, les dépenses de santé, et tout simplement de donner une vraie chance de simplification pour un parcours de vie si complexe, pour des grossesses déjà considérées à risque, pour ces quelque 300 couples par an.

Sans cela, ces familles seraient soumises à un enchaînement infernal : fécondation in vitro avec DPI, DPNI, dépistage de la trisomie, échographie en cas de risque avéré, amniocentèse et, pour finir, interruption médicale de grossesse. À quel couple peut-on souhaiter un tel parcours ? N'oublions pas que le handicap est l'une des premières causes de divorce – la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, Sophie Cluzel, l'a d'ailleurs fort justement rappelé ce week-end.

M. Daniel Fasquelle. La vision que vous avez du handicap est scandaleuse !

M. Philippe Berta. Il a été fait mention d'un projet de recherche clinique coordonné par une collègue parisienne, dont le contenu est d'ailleurs sans lien avec la problématique qui nous occupe en matière de DPI. Dans un article très récent de la revue *médecin/sciences*, cette même collègue affirme que « au regard de l'objectif d'amélioration de la qualité des soins, l'interdiction du DPI-A est devenue une contradiction incompréhensible, d'autant que sa pratique n'ajoute rigoureusement aucun geste médical supplémentaire ». Lors du vote ouvrant la PMA à toutes les femmes, nous avons été très sensibles au danger que représentait la réalisation de telles pratiques à l'étranger, en dehors de notre cadre éthique et de notre contrôle sanitaire. Ne pas autoriser le DPI-A équivaldrait à favoriser une nouvelle forme de tourisme médical, accessible uniquement à ceux qui en ont les moyens.

Je ne tomberai pas dans l'écueil consistant à relater une situation personnelle, puisque nous parlons ici d'intérêt général. Sachez toutefois que la trisomie – pour ne prendre que cet exemple – ne se résume pas à la vision qu'en donne le film *Le Huitième jour*, qui nous a tous attendris. Il en existe un autre versant, que nous sommes peut-être moins prêts à regarder en face et à partager – ces situations cachées que l'on découvre dans les maisons d'accueil spécialisées, où je vous propose de m'accompagner tous les week-ends.

Je suis prêt, à tout moment, à vous transmettre les références issues des plus grandes revues mondiales dont j'ai nourri mon propos, mais aussi les coordonnées des spécialistes – qui sont pour moi également des collègues – avec lesquels nous travaillons sur ce thème depuis plusieurs mois. (*Applaudissements sur les bancs des groupes MODEM et LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1597.

M. Jean-Louis Touraine. L'excellente explication que vient de donner M. Berta me permettra d'être assez bref. En écho à M. Breton, je précise que nous sommes ici nombreux à refuser toute forme d'eugénisme, quelle qu'elle soit. Le sujet dont il est ici question est totalement étranger à tout eugénisme : il ne s'agit que de la reproduction in vitro de ce que la nature réalise in vivo.

L'amendement vise à proposer qu'à titre expérimental, avec une évaluation au terme de trois ans, le champ du DPI soit étendu à la numération des autosomes, c'est-à-dire des chromosomes non sexuels, ceci afin d'éviter tout risque discriminatoire.

Cette numération des autosomes permettrait d'améliorer le taux de réussite des fécondations in vitro, qui est malheureusement très bas en France et induit des situations hautement pénibles pour les femmes. Nous pourrions ainsi éviter les fausses couches à répétition consécutives à certaines fécondations in vitro.

La numération des autosomes permettrait également de réduire la production d'embryons surnuméraires, regrettée par chacun d'entre nous. En effet, si le taux de succès des fécondations in vitro s'accroît, il ne sera plus nécessaire de produire autant d'embryons surnuméraires que nous le faisons aujourd'hui pour répéter les fécondations in vitro.

Lorsque la grossesse est menée à son terme, le diagnostic d'une pathologie extrêmement grave, susceptible de causer la mort de l'enfant dans ses premières semaines, conduit à proposer aux parents un avortement thérapeutique – lequel est réalisé dans la majorité des cas.

Notre proposition se limite donc à des situations très spécifiques et à des indications limitées. Lorsqu'un DPI est réalisé pour éviter de mettre au monde un enfant atteint d'une maladie gravissime dont la famille est porteuse, on s'assurera, par la même occasion, que l'enfant possède un nombre de chromosomes satisfaisant. La procédure concernerait également les couples ayant essuyé plusieurs échecs de fécondation in vitro, ainsi que les femmes qui approchent de la perte de fécondité et ne pourront pas faire l'objet de fécondations in vitro répétées.

Je le répète, cette expérimentation porterait sur des situations très particulières, pendant une période définie suivie d'une évaluation, et serait assortie de la plus grande prudence. La totalité des professionnels demandent instamment que la numération des autosomes soit autorisée dans ces conditions spécifiques, non généralisées. Une fois encore, il ne s'agit de rien d'autre que de dupliquer in vitro ce que la nature réalise in vivo. Dans les conditions naturelles, les femmes, sans même s'en rendre compte, expulsent une part notable d'embryons dont les anomalies chromosomiques ne permettent pas le développement. Sachant qu'in vitro, la sélection des embryons trop malformés ne se fait pas, c'est au DPI-A qu'il revient de dupliquer un processus naturel.

Mme la présidente. La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n° 1729.

M. Didier Martin. Au-delà des arguments qu'ont développés MM. Berta et Touraine, je soulignerai que le recours au DPI-A réduirait considérablement le coût pour la société de toutes les procédures inutiles et vouées à l'échec pour la simple raison que les équipes médicales n'ont pas été autorisées à compter les chromosomes au moment où elles cherchaient une anomalie chromosomique très spécifique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Brugnera, pour soutenir l'amendement n° 2437.

Mme Anne Brugnera. Après les interventions très complètes de mes collègues, l'amendement est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain David, pour soutenir l'amendement n° 1812.

M. Alain David. Par cet amendement, nous souhaitons que l'État autorise deux établissements à étendre le diagnostic préimplantatoire à titre expérimental pour une durée de trois ans, ses modalités de mise en œuvre étant fixées par décret.

Aujourd'hui, grâce à une analyse chromosomique, la science permet de savoir si les embryons sont viables ou s'il existe un risque de fausse couche. Or en l'état, la loi ne permet pas de procéder à de telles analyses. Ainsi, même si seul un embryon est viable sur dix embryons prélevés, tous ont vocation à être implantés.

Le cadre actuel de la loi de bioéthique du 29 juillet 1994, relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, n'autorise la pratique du diagnostic génétique préimplantatoire que pour éviter la transmission d'une maladie génétique ou chromosomique reconnue d'une

particulière gravité pour l'enfant à naître et incurable au moment du diagnostic. Cette pratique est bien encadrée et n'a pas montré de dérive.

À terme, l'extension du diagnostic préimplantaire serait de nature à éviter certaines interruptions médicales de grossesse, à diminuer le taux de fausses couches, à promouvoir le transfert mono-embryonnaire cinq ou six jours après la ponction, à réduire le taux de grossesses gémeillaires, à améliorer le taux de réussite des fécondations in vitro, et enfin à diminuer l'inégalité d'accès aux soins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Sur la forme, ces amendements visent à proposer une expérimentation de trois ans, sur le modèle des programmes hospitaliers de recherche clinique, à deux établissements choisis par l'État parmi ceux auxquels l'Agence de la biomédecine aura donné une autorisation, sans que ce choix ait été soumis au processus habituel de sélection scientifique des centres investigateurs par des pairs. Ces modalités me choquent quelque peu, car elles ne correspondent aucunement à ce qui est pratiqué actuellement.

Par ailleurs, l'appel à projets national, tel qu'il est préconisé dans ces amendements, est peu cohérent avec le choix préliminaire des établissements. S'il s'agit bien de projets hospitaliers de recherche clinique, ils ne doivent pas être limités à deux établissements, mais être ouverts aux établissements qui en ont la pratique, afin d'atteindre un haut niveau de sélection et d'excellence scientifique. Le choix ne doit donc pas revenir à l'État.

Enfin, l'article 14 du projet de loi, que nous avons voté, offre déjà la possibilité de mener des projets de recherche clinique.

Si l'on s'en tient à la forme, ces amendements sont donc inutiles, car ils sont déjà satisfaits. Rien dans le texte que nous avons adopté n'empêche de faire de la recherche sur l'embryon en préimplantaire.

Dans les exposés sommaires de ces amendements, il est proposé d'élargir le DPI, pour la recherche de mutations autorisées par l'article L. 2131-4 du code de la santé publique, à la numération des autosomes, c'est-à-dire des chromosomes non sexuels. Les professionnels de tous bords, qu'ils soient ou non favorables à l'ouverture et à la facilitation du DPI-A, s'accordent à dire que les anomalies chromosomiques augmentent avec l'âge des patientes. Or dans leur pratique quotidienne, les professionnels voient des femmes jeunes qui sollicitent un diagnostic préimplantaire pour une raison génétique, par exemple la mucoviscidose. En raison de leur jeune âge, ces femmes ont une faible probabilité de présenter des anomalies chromosomiques – M. Berta l'a d'ailleurs bien démontré.

L'objectif poursuivi par ces amendements n'est donc guère pertinent médicalement – et j'insiste sur ce point : le législateur doit veiller à ce que les dispositions qu'il inscrit dans la loi soient pertinentes sur le plan médical et fonctionnelles, afin qu'elles apportent une aide aux professionnels de santé.

Il est important de bien distinguer les différentes situations cliniques, malgré la grande confusion qui prévaut aujourd'hui. Les seuls cas où la recherche préimplantaire d'anomalies chromosomiques – c'est-à-dire d'aneuploïdies – est licite sont les fausses couches à répétition après fécondation in vitro et les pertes fœtales. Telles seraient donc les

seules indications. Gardons-nous d'amalgames avec le DPI visant la recherche de mutations génétiques et le risque de fausses couches. L'argument selon lequel l'extension du DPI diminuerait le nombre d'interruptions médicales de grossesse peut valoir dans des cas extrêmement spécifiques. En l'espèce toutefois, les situations qui nous occupent n'occasionnent pas d'interruptions médicales de grossesse mais des pertes fœtales, c'est-à-dire des fausses couches. Votre proposition n'entraînera donc pas de diminution des interruptions médicales de grossesse.

Enfin, aucune indication de par le monde n'est validée cliniquement, et aucune conférence de consensus ne s'est prononcée sur les procédures à respecter, l'âge des patientes à examiner, la population de patients pouvant être soumis à la recherche d'aneuploïdies, etc. En conséquence, même si nous décidions d'adopter les présents amendements, la Haute Autorité de santé ne validerait pas cette pratique. Celle-ci ne serait donc pas couverte par l'assurance maladie.

Il risque d'y avoir des cliniques ou des laboratoires qui feront cela contre paiement. Je pense qu'il faut faire très attention à ce type de dérive, car cela irait à l'encontre de l'objectif visé.

En outre, si vous consultez le site américain ClinicalTrials.gov, vous verrez qu'il y a actuellement 150 études cliniques en cours de par le monde, et cela parce que les indications du DPI ne sont pas validées.

Enfin, et sans vouloir me lancer dans un discours scientifique, il convient de souligner qu'il existe, premièrement, un risque de mosaïque, c'est-à-dire que toutes les cellules ne sont pas forcément atteintes – certaines sont saines, d'autres non –, deuxièmement, un risque de faux positifs et de faux négatifs. C'est pourquoi de nouvelles techniques sont expérimentées, dont certaines à visée globale, afin de déterminer si l'ensemble de l'embryon est atteint par des anomalies chromosomiques, et non cinq à dix cellules sur cent – puisqu'à J5, il y a à peu près cent cellules.

M. Marc Le Fur. Très bien !

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable sur l'ensemble des amendements en discussion commune. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mesdames et messieurs les députés, c'est certainement la question éthique du projet de loi la plus difficile à trancher – même s'il y en eut d'autres qui furent compliquées.

À l'échelon individuel, je pense que l'argumentaire de M. Berta et des auteurs des autres amendements en discussion commune est tout à fait valable. Des couples qui ont un enfant avec une maladie génétique grave et qui ont de ce fait accès à un diagnostic préimplantaire pour éviter d'implanter un embryon malade courent un risque non nul que, lors de la technique de fécondation in vitro, des anomalies chromosomiques touchent cet embryon, aboutissant soit à des fausses couches précoces, soit à des trisomies 13, 18 ou 21 – qui sont, quant à elles, viables.

La question qui nous est posée est la suivante : en raison de la souffrance liée à ces parcours individuels, souhaitons-nous autoriser la technique de la numération des autosomes ? J'avais refusé tout à l'heure de prendre part à la discussion sur la question du DPI-HLA et émis un avis de sagesse parce

que j'estimais avoir un rapport trop émotif à cette technique et ne pas disposer d'assez de recul pour pouvoir donner un avis indépendant. Là, de toute évidence, tous les médecins sont favorables à l'emploi de la technique – et j'entends leurs arguments : ils suivent ces patientes, ils veulent faire au mieux pour elles, ils sont face à des couples qui sont engagés dans une démarche longue et difficile de fécondation in vitro et qui ont déjà un enfant malade ; ils veulent leur éviter soit une fausse couche, soit un autre enfant avec une maladie de type trisomie.

La question n'est pas de savoir si les médecins ou ces familles sont légitimes à poser cette question : ils le sont, c'est évident. La question est de savoir quelle garantie nous avons, si nous passons ce cap, que l'on n'ira pas au-delà. C'est la seule question que doit se poser le législateur, s'agissant d'une loi de bioéthique.

On propose à travers ces amendements que les embryons soumis à une recherche de maladies génétiques fassent en sus l'objet d'une numération des autosomes et d'une recherche d'anomalies chromosomiques.

D'abord, comme l'a souligné le rapporteur, il peut y avoir des faux positifs et des faux négatifs, c'est-à-dire que les cellules étudiées peuvent paraître saines alors que les cellules restantes sont malades. Il s'agit donc d'une fausse sécurité.

Surtout, cela reviendrait, pour toutes les trisomies et surtout pour la trisomie 21, à un diagnostic prénatal préimplantatoire. Aujourd'hui, monsieur Berta, le DPNI ne concerne que la trisomie 21 ; il n'est pas validé pour les autres trisomies. Il se fait en fonction du niveau de risque de la mère, lequel est évalué par une prise de sang : il n'est donc pas proposé à toutes les femmes. C'est en fonction d'une probabilité. Si la prise de sang est proposée à toutes les femmes, le DPNI, lui, dépend du niveau de risque et ne concerne que la trisomie 21. Par rapport au dépistage prénatal actuel, on chercherait donc de nouvelles choses ; surtout, le diagnostic serait préimplantatoire.

Comment faire en sorte que cette technique ne soit pas proposée à tous les couples en démarche de fécondation in vitro ? On passerait dans ce cas d'une moyenne de 250 couples par an qui font un DPI à 150 000 PMA. Or si l'on autorisait cette technique dans le cadre d'une recherche de maladies génétiques au motif que cela permettrait d'éviter des fausses couches, l'étape suivante – et c'est déjà la demande des professionnels du secteur – serait de faire une recherche d'aneuploïdie pour toutes les fécondations in vitro, indépendamment de l'existence d'une maladie génétique antérieure dans le couple concerné, et cela pour éviter les fausses couches à répétition. Or la recherche d'aneuploïdie donne forcément des informations sur les trisomies. Cela reviendrait donc à disposer d'une information relative aux trisomies pour tous les couples engagés dans une telle démarche ; on serait obligé de leur donner l'information et de leur dire d'éviter l'implantation d'un embryon porteur d'une trisomie. C'est ce glissement qui me pose problème.

Comment imaginer que nous n'allons pas automatiquement aboutir à ce que, dans le cadre d'une PMA, toutes les fécondations in vitro feront l'objet d'une recherche d'aneuploïdie et seront « indemnes » de trisomie ? On aboutit ainsi au mythe de l'enfant « sain ». Reprenons en effet le cas du couple qui a un enfant avec une maladie génétique. On va d'abord lui dire : on va vous éviter les fausses couches à répétition et un enfant atteint de trisomie parce qu'on ne veut pas pour vous de double peine – pardonnez-moi si

j'emploie cette expression qui risque de choquer tous ceux qui, sur ces bancs, accompagnent ou ont dans leur famille un enfant atteint de trisomie ; mais, en réalité, si l'on veut leur éviter la double peine pour ce qui est de la trisomie, on ne leur promet pas pour autant qu'ils auront un enfant indemne de maladies génétiques. On trierait l'embryon sur le seul critère de la maladie génétique dont est atteint le premier enfant malade et sur celui de la trisomie. L'étape suivante, le glissement naturel, c'est d'aller rechercher d'autres maladies génétiques fréquentes. Pourquoi s'arrêter en si bon chemin ? Si l'objectif est d'éviter que ces couples n'aient un deuxième enfant malade, pourquoi se contenter de diagnostiquer la trisomie 13, 18 ou 21, et pas toute maladie génétique ?

M. Marc Le Fur. Tout à fait !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Si je comprends donc la demande des médecins, je me demande si nous serions capables de résister longtemps à un glissement vers la recherche d'aneuploïdie pour toutes les fécondations in vitro et à l'extension de l'usage de la technique à la recherche d'anomalies ou de mutations relatives à d'autres maladies, parce qu'il est très facile de rechercher des maladies génétiques sur l'ADN. Voilà la question qui nous est posée, voilà la tension éthique qui, à mon avis, est mise en jeu par les amendements proposés.

Enfin, je voudrais dire que le fait de passer par une expérimentation, comme cela est proposé, n'a pas de sens. Expérimenter, cela veut dire que l'on pose une question et que l'on attend un premier résultat pour décider du déploiement d'un dispositif. Or il n'y a là aucune question à poser. Nous maîtrisons la technique. Nous savons exactement ce qu'elle donne. Dire que l'on va passer par une expérimentation n'est qu'une façon de contourner les choses, d'obtenir une dérogation pour utiliser une technique aujourd'hui interdite.

M. Patrick Hetzel. Exactement !

Mme Agnès Buzyn, ministre. En vérité, on n'attend rien de l'expérimentation que l'on ne sait déjà. On sait le faire, on connaît le résultat. La seule question qui se pose est : souhaitons-nous étendre l'usage de cette technique ou non ? N'ayant pas la certitude que nous ne glisserons pas vers autre chose, mon avis est défavorable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM, UDI-Agir et LR.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Bénédicte Pételle.

Mme Bénédicte Pételle. Ces amendements soulèvent une question sensible et délicate. D'abord, ils concernent des familles touchées par une maladie grave ; il est toujours difficile de se positionner quand on ne vit pas la même situation.

Il reste que leur adoption ne serait pas sans conséquences. Plusieurs questions se posent. La trisomie 21 est-elle une maladie ? Quel parent pourrait choisir entre un embryon sans anomalie et un embryon porteur de trisomie ? S'agit-il d'un véritable choix, comme pour une interruption de grossesse ? Quelles conséquences sur la société aurait l'adoption d'une proposition impliquant un tri entre les embryons ? Quel rôle, en tant que parlementaire, puis-je jouer en vue de promouvoir la société inclusive où chacun, dans sa diversité, aurait sa place ? Enfin, quel message enverrait-on aux trisomiques, à leurs familles et à leurs amis ?

Je voudrais vous lire le courriel inquiet que j'ai reçu des parents d'une petite fille trisomique, qui s'appelle Thaïs : « Nous n'allons pas vous raconter d'histoires, en vous

disant que c'est facile. Non, c'est parfois difficile et la vie avec un enfant porteur de handicap comporte des difficultés certaines. » (*Exclamations sur les bancs du groupe MODEM.*)

M. Philippe Berta. Nous l'avons tous reçu, ce courriel !

Mme Bénédicte Pételle. Chers collègues, je vous ai écoutés, merci de me rendre la pareille.

« Nous avons compris que notre humanité s'incarne dans notre relation aux plus faibles. C'est dans cette relation que nous exprimons pleinement le meilleur de ce qui fait de nous des hommes. En voulant supprimer toute forme de fragilité et de faiblesse, on sacrifie ce que nous avons de plus beau : cette humanité. » (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM et sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Fasquelle.

M. Daniel Fasquelle. Je devrai malheureusement être très rapide, en raison du temps législatif programmé qui escamote ce très beau débat.

Je voudrais tout d'abord demander à certains de nos collègues de faire attention aux mots qu'ils utilisent, car ceux-ci peuvent blesser – même si c'est certainement involontaire. Que l'on parle de la génélicité comme d'un risque et du handicap comme une cause de divorce, je ne peux pas l'accepter. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – Mmes Agnès Thill, Bénédicte Pételle et Martine Wonner applaudissent aussi.*) Je demande donc à notre collègue de prendre garde à ce qu'il peut dire – le même collègue proposait d'ailleurs un diagnostic prénatal de l'autisme : cela me fait froid dans le dos, à moi qui préside le groupe d'études sur l'autisme à l'Assemblée.

J'entends aussi notre collègue Touraine parler d'aneuploïdie pour ne pas dire les choses telles qu'elles sont, à savoir que c'est la trisomie 21 qui est visée ici. Ayez au moins le courage de défendre vos opinions et utilisez des mots que tout le monde peut comprendre !

Quant au fond du débat, une fois n'est pas coutume, je soutiendrai la position de Mme la ministre et de M. le rapporteur. Vous avez évoqué des risques d'erreurs : on peut retenir cet argument, mais franchement, il ne me semble pas être le plus important. Je crois quant à moi qu'il existe surtout un risque d'engrenage vers un tri. Utilisons là encore les bons mots – que l'on ait au moins le courage de les employer ce soir : ce que vous dénoncez, madame la ministre, c'est tout simplement un risque d'eugénisme ! (*Exclamations sur les bancs du groupe MODEM.*) Nous voterons pour notre part contre ces amendements, parce que nous ne voulons pas de cet engrenage que craint, à juste titre, Mme la ministre.

Par ailleurs, je voudrais quand même que vous pensiez au message que nous envoyons aux familles : à entendre certains, on a l'impression que la trisomie 21 est une tare qu'il faut éliminer à tout prix et le plus tôt possible ; demain, on nous parlera de l'autisme ou d'autres maladies dans les mêmes termes.

Cela, je ne peux l'accepter. Qu'est-ce que je vais dire demain à la maman du petit Rémi, qui préside une école parentale pour enfants autistes que j'ai créée dans ma commune, et qui est très heureuse avec cet enfant ? Rémi fait d'ailleurs des progrès formidables. Qu'est-ce que je vais dire à la maman d'Hélène, qui s'est battue pour que cette enfant trisomique, après le primaire, soit acceptée au collège – où tout se passe très bien ?

Nous avons tous autour de nous des cas, des aventures formidables ; il faut simplement apprendre la tolérance, apprendre la diversité. Il ne sert à rien de faire des grands discours et de lutter pour l'inclusion scolaire des enfants handicapés, si nous débattons ce soir d'un tri épouvantable visant à ce qu'il n'y ait plus d'enfants handicapés.

M. Hervé Saulignac. Attention aux mots que vous employez ! Le tri, ce n'est pas joli !

M. Daniel Fasquelle. Soyons raisonnables : acceptons la différence, mettons un peu d'humanité dans nos débats et rejetons ces amendements inacceptables. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et sur plusieurs bancs du groupe LaREM. – Mme Agnès Thill applaudit aussi.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Je voudrais remercier Mme la ministre de son raisonnement extrêmement précis, plein de sagesse, et qui reflète certainement l'opinion de beaucoup d'entre nous. Il est évident que si l'on suit une logique purement scientifique, les arguments présentés par les promoteurs de ces amendements sont imparables, puisqu'il s'agit d'éviter des risques supplémentaires à des personnes engagées dans un processus de fécondation in vitro long, compliqué et non sans péril ; ce diagnostic permettrait d'éviter certaines fausses couches dans certaines conditions, et de détecter des maladies génétiques très graves. Jusque-là, tout le monde pourrait considérer ce geste comme quasiment thérapeutique.

Seulement, les autres arguments font immédiatement pressentir la dérive. Il n'y a pas que le film *Le Huitième Jour* pour émouvoir, il y a aussi ces milliers d'enfants vivant dans leur famille, et le combat de leurs parents – car élever un enfant atteint de trisomie, c'est un combat. Notre société se veut inclusive ; nous ne pouvons pas à la fois examiner des projets ou propositions de loi visant à favoriser l'inclusion de ces enfants, et dire à certaines familles qu'elles pourraient avoir la possibilité, en recourant au DPI-A, de limiter le risque d'avoir un enfant atteint de trisomie. C'est incohérent sur le plan philosophique, sur le plan de l'humanisme que nous promouvons tous.

Viennent ensuite les arguments qui font peur, bien que je ne juge personne pour les avoir utilisés : les arguments économiques. Il me semble extrêmement dangereux de penser à ce procédé médical en termes d'économies sur les fausses couches à répétition et autres risques. Sans doute sommes-nous à l'une des étapes de ce projet de loi où la notion d'éthique prend le plus d'importance. L'éthique commande de dire, à un moment donné, que nous ne pouvons utiliser toutes les techniques médicales ou thérapeutiques à notre disposition pour essayer de traiter des problèmes que rencontre la société. Je ne vais pas me faire que des amis dans cet hémicycle, mais cette question est trop grave pour la laisser aux seuls scientifiques parmi nous. (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs des groupes UDI-Agir et LR, ainsi que sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je voudrais remercier Mme la ministre des solidarités et de la santé de s'être exprimée sur la question de manière objective. Elle a rappelé que pour les personnes concernées, beaucoup de souffrances seraient supprimées...

M. Daniel Fasquelle. La souffrance ne serait pas supprimée !

M. Jean-Louis Touraine. ... mais aussi que tous les professionnels soutiennent cette avancée et l'ont exprimé dans des tribunes, de façon d'ailleurs raisonnable, puisqu'ils limitent leurs recommandations à des cas particulièrement pertinents : femmes de plus de 36 ans, femmes ayant connu deux échecs successifs de fécondation in vitro, etc. Enfin, Mme la ministre a dit que cette proposition était très légitime.

Je salue donc sa présentation ; cependant, elle y émet des réserves, faute de garantie que les limites fixées à l'origine seront respectées. Mais ces limites sont suffisamment précises pour cela : l'âge, le nombre d'échecs antérieurs ne donnent pas lieu à interprétation, et l'on peut donc très bien les fixer dans la loi à l'intention des services pratiquant le DPI-A, sans qu'il y ait d'extensions à prévoir par la suite. Ce n'est pas le mythe de l'enfant sain qui est en cause, c'est la notion de l'enfant vivant.

M. Daniel Fasquelle. Ce n'est pas vrai !

M. Jean-Louis Touraine. Un point mérite que l'on s'y attarde : celui de la recherche dans ce domaine, qu'il faudra continuer à développer. En effet, la recherche clinique devra fixer pour l'avenir, sur des bases plus rigoureuses encore, les limites d'âge et de nombre d'échecs, afin de nous assurer un maximum de pertinence. Elle est indispensable, car l'alternative serait de rester en dehors de tout cela, d'attendre que le progrès vienne des autres pays, qui apporteront des résultats, et de l'appliquer avec dix ans de retard : malheureusement, dans ces conditions, nous l'appliquerons mal.

Jean Hamburger disait qu'il n'existe pas de pays au monde où l'on trouve une médecine clinique de qualité sans une recherche associée. De fait, si nous refusons de contribuer au progrès dans ce domaine, nous continuerons à pénaliser pendant des décennies les femmes ou les couples qui ont recours à la procréation assistée. Enfin, la question n'est pas celle de l'eugénisme...

M. Daniel Fasquelle. Si !

M. Jean-Louis Touraine. ...puisque'il n'y aura ni une personne de plus, ni une personne de moins.

M. Xavier Breton. Si, de moins !

M. Jean-Louis Touraine. Il ne s'agit donc pas de modifier le patrimoine génétique de l'espèce. (*Mme Claire Pitollat et MM. Hervé Saulignac, Bruno Fuchs et Brahim Hammouche applaudissent. – Exclamations sur les bancs du groupe LR.*) Vous l'aurez compris, soit on fait le diagnostic d'un embryon qui ne sera pas viable...

M. Daniel Fasquelle. Parce qu'on l'élimine !

M. Jean-Louis Touraine. ...soit on implante cet embryon, ce qui donnera une fausse couche, ou à la rigueur un malade atteint de trisomie 18, dont la survie ne dépassera pas quelques semaines. Cela ne changera strictement rien à l'évolution de l'espèce humaine. Nous sommes, je le répète, totalement hors du champ de l'eugénisme ; on peut avoir des arguments pour ou contre ces amendements, mais celui-ci ne s'applique pas. On parle d'eugénisme lorsque des personnes vivantes, en âge de se reproduire, transmettent des gènes qui ont été sélectionnés. (*Protestations sur les bancs du groupe LR.*)

M. Xavier Breton. La sélection de l'embryon, c'est de l'eugénisme ! C'est un choix !

M. Jean-Louis Touraine. Le choix des embryons viables, monsieur Breton !

Mme la présidente. S'il vous plaît, ne vous interpellez pas. Monsieur Touraine, poursuivez.

M. Jean-Louis Touraine. En éliminant les embryons non viables, nous sommes hors de l'eugénisme et nous excluons le handicap ; c'est pourquoi nous défendons simultanément une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap, et le fait de préférer ne pas implanter un embryon non viable, plutôt que d'aboutir à une fausse couche ou à un enfant destiné à mourir dans ses premières années.

M. Xavier Breton. Quelle hypocrisie !

Mme la présidente. La parole est à M. Didier Martin.

M. Didier Martin. Je comprends les réticences qui se manifestent, surtout quand on aborde le sujet par l'exemple de la trisomie 21. Nous avons tous été touchés par des cas de cette maladie et, disons-le, par le bonheur que peut apporter dans une famille un enfant trisomique, une vie humaine qui mérite d'être respectée.

M. Xavier Breton. Ah, quand même !

M. Didier Martin. Nous faisons fausse route en agitant une prétendue volonté d'éradiquer la trisomie 21 par l'élimination des embryons. Madame la ministre, je me permets de m'opposer à votre argument : vous avez dit que si nous étendions le DPI-A, nous risquerions de voir la recherche d'anomalies passer de 250 à 150 000 cas. Certes, mais il y a en France 800 000 naissances par an ; la trisomie 21 a été recherchée lors du diagnostic anténatal de la plupart de ces enfants et, en cas de résultat positif, l'on a laissé au couple le choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse.

Comme cela a été fort bien exprimé lors d'une séance précédente, le débat éthique sur le fait d'autoriser une femme, un couple, à interrompre la grossesse parce que le fœtus est porteur de trisomie 21 se situe derrière nous : il a été tranché. Nous ferions un pas immense en arrière si nous laissons prospérer l'idée qu'il ne faut plus dépister la trisomie 21, que ce soit au stade embryonnaire ou au stade anténatal. On ne peut donc pas retenir cet argument.

Monsieur le rapporteur, vous opposez à notre proposition le risque de faux positifs ou de faux négatifs. Reconnaître leur existence est inhérent à la méthode scientifique ; doit-on pour autant interdire celle-ci ? Il faut entendre les scientifiques. De par le monde, comme vous dites, ce ne sont pas quatre ou cinq députés de cette assemblée qui proposent un amendement, ce sont la Société de médecine de la reproduction, l'Association des cytogénéticiens de langue française, la Société française de gynécologie, le Groupe d'étude de la fécondation in vitro en France, la Fédération des biologistes des laboratoires d'étude de la fécondation et de la conservation de l'œuf, et le collectif des associations de patients de l'AMP et des personnes infertiles.

Que demandent ces associations ? Qu'on les autorise dans certains cas, limités, à compter les chromosomes au moment du diagnostic génétique. Ce n'est pas de l'économie ; ce sont des économies de souffrance. (*Exclamations sur les bancs du groupe LR.*) Ne soyons pas sourds à l'appel de ces couples : il s'agit de leur éviter des fausses couches à répétition. (*M. Daniel Fasquelle proteste.*) Il s'agit de leur donner l'information qu'ils sont en droit d'obtenir des médecins – pardon, des scientifiques aussi. C'est cela, et rien d'autre, que nous

demandons dans cet amendement : un droit à la connaissance. Qu'est-ce que l'obscurantisme ? Le refus de regarder une réalité, de peur de la connaître. En sommes-nous là, mes chers collègues ?

Madame la ministre, cet après-midi, à l'occasion du débat relatif à l'immigration, vous avez cité deux mots, « violence » et « acharnement ». Je vous les retourne, madame la ministre. (« Oh ! » sur quelques bancs du groupe LaREM.) Le refus du DPI-A est une violence à l'encontre du couple, un acharnement contre la pensée et contre le progrès scientifiques.

Mme la présidente. La parole est à M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Nous devrions mieux écouter mon ami et collègue Philippe Berta. Il a évoqué la notion de consentement. C'est l'information des patients, lors de la réalisation de ce DPI des aneuploïdies, qui est au cœur de ce débat éthique. L'information se situe à deux niveaux : en amont de la réalisation des tests et en aval, lors de la restitution des résultats.

Le dépistage et ses conséquences, tout comme le résultat et ses conséquences, doivent être clairement expliqués aux parents dont on doit s'assurer qu'ils ont bien compris les enjeux. Dès lors que l'on se place sous l'angle de l'explication et du consentement, on raisonne en termes de bénéfices rapportés aux risques.

Selon ce critère, est-il légitime de réaliser ces tests ? Personne n'apportera une réponse négative. Est-il pertinent de retenir comme critère le bénéfice de ce test, pour les parents, lors de la grossesse, tout comme pour l'enfant à venir ? Oui, bien sûr.

M. Marc Le Fur. Il fait les questions et les réponses !

M. Brahim Hammouche. Du fait de ces deux réponses, nous avons déjà deux raisons de valider cet amendement.

Il a été question de la société dite inclusive. Rappelons simplement que le Danemark, que l'on cite souvent en exemple pour son modèle d'inclusion des personnes en situation de handicap, réalise ce DPI : on y observe un résultat de 98 % de suppression, ou plutôt d'arrêt du processus. Et pourtant, le Danemark est la société la plus inclusive d'Europe, si ce n'est du monde !

M. Thibault Bazin. Ils ont même une banque du sperme payante, au Danemark ! Quel bel exemple !

M. Brahim Hammouche. Je répondrai donc oui pour la qualité de l'information donnée, oui pour la compréhension des enjeux, oui pour le consentement qui doit être éclairé et se trouve au cœur de la relation entre le patient et le médecin – et plus généralement, de l'ensemble des professionnels dans l'exercice de leur métier.

Finalement, l'accès aux DPI, dès lors que l'information et le consentement sont acquis, pose la question de l'autonomie des citoyens. Ces amendements, et les suivants, ne tendent qu'à accompagner les professionnels et les patients dans leur liberté croissante de choix pour aller du hasard des probables au choix des possibles. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe MODEM et quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Noël Barrot.

M. Jean-Noël Barrot. L'amendement de M. Berta nous invite à interroger notre conscience. Je ne suis pas signataire, mais j'ai beaucoup réfléchi au sujet.

Je me suis penché sur le diagnostic préimplantatoire tel qu'il est pratiqué en France depuis vingt-cinq ans, au profit des parents susceptibles de transmettre une maladie grave. Il s'agit de détecter la présence de cette maladie au moment de l'implantation de l'embryon, conçu après fécondation in vitro. Cette démarche représente 4 % des fécondations in vitro.

Philippe Berta propose que, sur ces 4 % de cas de fécondation in vitro où est présumé un risque de transmettre une maladie grave à l'enfant, il soit possible, dans le cadre d'une expérimentation – pour ne pas tomber sous le coup de l'article 40 –, sans geste médical supplémentaire et avec le consentement des parents, de numérotter les chromosomes non sexuels, ou autosomes, pour vérifier si une maladie génétique serait de nature à compromettre la viabilité de l'enfant.

M. Pascal Brindeau. Pas seulement.

M. Jean-Noël Barrot. Ces aneuploïdies – le fait qu'une cellule n'ait pas le bon nombre de chromosomes – conduisent, dans 99 % des cas, à une fausse couche. Mais dans 1 % des cas, l'embryon sera viable. L'enfant sera peut-être atteint d'une trisomie 21, ou autre, mais l'embryon sera viable. Ce 1 % me fait réfléchir. Car la préoccupation est légitime : éviter des fausses couches et des interruptions médicales de grossesse, éviter de conserver ou de donner des embryons qui s'implanteront mal. Il est bien évident que les raisons sont bonnes.

Dans 99 % des cas, on peut accepter que, de la même manière que l'on considère qu'une maladie grave ne peut pas être transmise à l'enfant, une maladie génétique qui rend l'embryon non viable doit pouvoir être détectée.

Que peut-on faire pour les 1 % de cas où l'embryon est viable et où, même s'il a un handicap dès la naissance, l'enfant peut vivre, entouré d'une famille aimante ?

Vous avez exprimé la crainte, madame la ministre, que l'adoption de cet amendement empêche de trouver la limite. À force de relire l'amendement de M. Berta, j'ai fini par me fixer ma propre limite, dans le respect de mes principes les plus intimes : si l'embryon n'est pas viable, il me semble acceptable qu'on ne l'implante pas, qu'on ne le conserve pas, qu'on ne le donne pas. Mais s'il est viable, nous devons nous interdire toute forme de tri.

C'est pourquoi nous aurions voulu vous proposer, mais nous nous y sommes pris trop tard, un sous-amendement afin que l'expérimentation soit restreinte à la détection d'embryons qui ne seraient pas viables, les embryons viables restant soumis à la législation actuelle.

Si la ministre le souhaite et que mon président de groupe accepte de demander une suspension de séance, nous pourrions réfléchir ensemble à la rédaction de ce sous-amendement.

M. Marc Le Fur. Ce n'est pas ainsi que l'on travaille.

M. Jean-Noël Barrot. Il ne s'agit pas, en l'espèce, de mettre fin...

M. Marc Le Fur. Mais si ! Votre collègue a employé le terme « supprimer » !

M. Jean-Noël Barrot. ...ou de causer du tort aux personnes atteintes de trisomie 21, mais d'épargner des souffrances aux femmes à qui l'on implanterait des embryons non viables par un processus technique compliqué dont la fausse couche serait la seule issue. Ce serait un progrès. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe MODEM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. À ce stade du débat, extrêmement riche au demeurant, règne la plus grande confusion, à un point tel qu'il ne correspond en fait pas, ou alors de très loin, à la rédaction des amendements.

On parle de fausses couches, d'avortements à répétition. On évoque un taux de 90 % de fausses couches en cas d'aneuploïdie, ce qui n'est pas avéré. Certains expliquent que le DPI servira à détecter des mutations génétiques. D'autres avancent le risque d'une dérive, qui est réel, d'autant plus que nous ne parvenons pas à fixer le cadre de ce que nous souhaitons.

M. Daniel Fasquelle. Merci.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Parce que nous en sommes là: nous ne savons pas comment écrire la loi! Je suis désolé, mes chers collègues, mais nous n'avons pas déterminé de cadre précis dans lequel nous pourrions clairement nous positionner, d'accord ou pas d'accord. Il n'y a rien – et on mélange tout!

C'est normal car le sujet, complexe, sensible, nous prend aux tripes. Nous ne voulons pas dire oui mais nous ne voulons pas davantage dire non. Les risques de dérive existent mais il ne faut pas négliger la raison du législateur. Bref, je le répète, nous en sommes là: nous n'avons pas de cadre.

Par ailleurs, je ne peux pas laisser dire que tous les médecins seraient d'accord. Quarante-vingts médecins ont signé une tribune dans *Le Monde*, et on a cité toutes les sociétés savantes auxquelles ils appartiennent, mais ils ne sauraient représenter l'ensemble des médecins. Nombre de médecins qui pratiquent des DPI chaque jour ne souhaitent pas qu'il devienne un soin courant et préfèrent poursuivre leurs recherches cliniques dans le cadre de l'article 14 que nous avons adopté.

Eh oui, monsieur Martin, ce n'est pas de l'obscurantisme! Monsieur Touraine, nous pouvons faire de la recherche clinique! Nous l'avons voté! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*) Dès lors, je ne vois pas où est le problème.

Quant à la recherche des aneuploïdies sur les autosomes, on pourrait inscrire dans la loi qu'il est interdit de rechercher une trisomie 21, mais encore faudrait-il savoir dans quel cadre on est! La recherche des aneuploïdies se fera a priori dans les cas très précis de femmes relativement âgées, qui subissent des fausses couches à répétition ou des pertes fœtales. Il est faux de prétendre qu'une recherche d'aneuploïdie pourrait se faire à l'occasion d'une recherche de mutation génétique. Ce n'est pas le cas dont on discute.

Voilà pourquoi le texte des amendements ne correspond pas à notre débat et ne permet pas de préciser le cadre qui serait nécessaire. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Mignola.

M. Patrick Mignola. Je vous demande une suspension de séance, madame la présidente, suite à l'intervention de M. Jean-Noël Barrot et après avoir écouté le rapporteur.

Rappelons tout d'abord que nul, ici, n'est pour le tri et que tous, nous sommes pour la vie. (*M. Bruno Fuchs applaudit.*) Il ne s'agit pas de morale,...

M. Dominique Potier. Ce n'est pas un gros mot.

M. Patrick Mignola. ...car la morale est issue d'une expérience personnelle. Il s'agit bien d'éthique. Nous votons une loi de bioéthique.

Vous prétendez que nous ignorons tout des conséquences de la décision que nous prendrions aujourd'hui. Puisque nous avons voté, il y a quelques jours, l'ouverture de la PMA à toutes les femmes...

Mme la présidente. Monsieur le président Patrick Mignola, ce n'est pas une demande de suspension de séance mais une intervention.

M. Patrick Mignola. Je m'efforce de justifier cette demande d'une suspension de séance que vous ne m'avez pas encore accordée, madame la présidente. (*Exclamations.*)

Mme la présidente. Veuillez conclure rapidement.

M. Patrick Mignola. J'entends que nous ne savons pas où nous mènera la décision que nous pourrions prendre ce soir, mais c'est le même argument que lorsque certains de nos collègues nous expliquaient, il y a quelques jours, que la PMA conduirait forcément à la GPA! (*M. Bruno Millienne applaudit. – Exclamations sur les bancs du groupe LaREM. – Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. Thibault Bazin. Même lui le reconnaît!

M. Patrick Mignola. Il paraît donc nécessaire de suspendre la séance, pour...

Mme la présidente. Nous avons compris. Mes chers collègues, ne vous enflammez pas!

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-deux heures quarante-cinq, est reprise à vingt-deux heures cinquante-cinq.*)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Mes chers collègues, je suis saisie de deux sous-amendements pouvant faire l'objet d'une présentation groupée: le sous-amendement n° 2631 à l'amendement n° 781 et identiques, et le sous-amendement n° 2632 à l'amendement n° 1812.

La parole est à M. Jean-Noël Barrot, pour les soutenir.

Nous reprendrons ensuite la discussion des amendements.

M. Jean-Noël Barrot. Ce qui est proposé, c'est d'étendre le diagnostic préimplantatoire, dont font l'objet actuellement 4 % des fécondations in vitro, à la numération des autosomes, c'est-à-dire des chromosomes non sexuels. Dans 99 % des cas, l'on détecterait alors des embryons non viables.

Toutefois, dans 1 % des cas, essentiellement du fait de la trisomie 21, l'on risquerait de sélectionner des personnes potentiellement viables.

Le sous-amendement que nous proposons à l'amendement de M. Berta et aux amendements identiques tend donc à ce que, durant cette période d'expérimentation de trois ans, les DPI programmés incluent une numération des autosomes « à l'exclusion du chromosome 21 ».

M. Jacques Marilossian. Est-ce techniquement possible ?

M. Jean-Noël Barrot. Le sous-amendement à l'amendement de M. Saulignac est rédigé de manière plus large : il autorise la numération des autosomes « dans le seul but de détecter les cas d'aneuploïdies non viables ». Ainsi, le premier sous-amendement exclut explicitement la trisomie 21 tandis que le second exclut les embryons considérés comme viables.

Mme la ministre a évoqué des difficultés techniques. En effet, il peut être compliqué de dissocier l'analyse du chromosome 21 de celle des autres chromosomes, et les praticiens pourraient être tentés de ne pas implanter un embryon viable parce qu'il a été détecté. Mais il semblerait que l'on puisse tout de même isoler le chromosome 21 lors de la numération des autosomes, de la même manière que l'on parvient à isoler les chromosomes X et Y.

Mme la présidente. Quel est votre avis, monsieur le rapporteur, sur ces deux sous-amendements que la commission n'a pas examinés ?

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Comme vous venez de le souligner, madame la présidente, la commission n'a évidemment pas eu la possibilité d'examiner ces deux sous-amendements qui viennent d'être rédigés.

Il est important, à mes yeux, de préciser ce que l'on cherche : le chromosome 21 d'un côté, ou alors les aneuploïdies entraînant une non-viabilité de l'embryon. Ce que vous dites de ce dernier cas, dans lequel l'implantation de l'embryon a peu de chances de réussir ou risque d'aboutir à une fausse couche, est un élément de raison, il n'est pas possible de le nier.

J'insiste simplement, j'en suis désolé, sur un fait : selon la rédaction du texte, il sera permis, ou non, au médecin d'éliminer certains embryons.

M. Daniel Fasquelle. Bien sûr.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Lorsque vous prétendez que les faux négatifs ou les faux positifs ne sont pas importants, je ne suis pas d'accord avec vous : si, ils sont très importants. S'il y a 20 % ou 30 % de faux positifs ou de faux négatifs, cela signifie qu'on se trompe dans 20 % ou 30 % des cas : on élimine ou on conserve des embryons en faisant une erreur. Il est donc très important de bien préciser les choses.

M. Marc Le Fur. Tout à fait.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. C'est également la raison pour laquelle – je sais que le débat a pris une tournure très scientifique – il faut faire attention aux embryons en mosaïque : prendre un échantillon de cinq cellules sur cent, cela fait... 5 %. On ignore complètement ce qu'il se passe dans les 95 % restants.

M. Jean-Noël Barrot. C'est déjà le cas.

M. Jean-François Eliaou, rapporteur. Oui, sauf qu'à la suite de nombreuses études récentes, notamment réalisées au sein de centres qui pratiquent cette technique, on ne s'y contente plus de prélever cinq à dix cellules sur cent mais on s'efforce d'acquiescer une vision plus globale de l'embryon, pour déterminer si les anomalies chromosomiques concernent, ou non, l'ensemble de l'embryon. Ce n'est pas difficile à comprendre.

De plus, même avec ces sous-amendements, le cadre demeure aussi flou. Ce que vous préconisez, monsieur Barrot, vise-t-il les DPI de recherche d'anomalies génétiques ou proposés aux femmes ayant de fausses couches à répétition ou des pertes fœtales ? Nous l'ignorons. Or il faut encadrer cela, c'est essentiel. Si vous précisiez que ce sont les pertes fœtales ou les fausses couches à répétition qui sont concernées, alors, votre proposition serait acceptable. Mais si le cadre n'est pas précisé, nous prenons le risque des dérives que Mme la ministre a évoquées, car les deux situations sont très différentes.

Enfin, ce que vous préconisez est certes raisonnable, mais encore une fois, nous avons adopté l'article 14, après de longs débats ! Des études cliniques pourront être enfin réalisées en France, sur trois ans – durée que vous aviez prévue dans les amendements. C'est la raison pour laquelle je suis favorable à ce que, désormais, la révision des lois de bioéthique se fasse non plus tous les sept ans mais tous les cinq ans.

Avis défavorable aux deux sous-amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces deux sous-amendements clarifient le débat. J'ai entendu M. Touraine évoquer les fausses couches. En réalité, si nous disposions d'une technique, recherche d'aneuploïdies ou autre, nous permettant simplement d'améliorer la fécondation in vitro afin d'éviter à des femmes des fausses couches, et si cette technique ne nous donnait que cette information, il n'y aurait pas de problème éthique et donc pas de débat : il s'agirait simplement d'améliorer la technique de la fécondation in vitro. Nous y serions tous favorables, de même que nous sommes tous favorables à regarder la forme des embryons pour voir s'il n'y a pas d'effraction. Il s'agirait simplement d'une technique supplémentaire permettant d'éviter aux femmes des réimplantations inutiles.

Le problème est que la technique qui nous donne cette information-là nous donne en même temps une autre information.

M. Marc Le Fur. Exactement !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit des trisomies. C'est là que se pose le problème éthique. La solution que proposent vos sous-amendements, c'est qu'on ne regarde pas ce qu'on voit ! Le problème, c'est qu'il n'y a pas un médecin, aujourd'hui, qui sache ne pas regarder ce qu'il voit. C'est tellement vrai que l'article 10 du texte autorise un médecin, lorsqu'il découvre une anomalie génétique incidente, à le dire à son patient. Car les médecins ne supportent pas de voir quelque chose et de ne pas pouvoir en parler !

Vos sous-amendements demandent au médecin de ne pas voir la trisomie, ce qu'il ne sait pas faire. C'est pourquoi, je le répète, ils nous aident à parfaitement clarifier le débat. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM et quelques bancs du groupe LR. – Mme Agnès Thill applaudit également.*)

La fécondation in vitro est une technique en constante amélioration, et je rêve que le programme hospitalier de recherche clinique sur les anomalies chromosomiques puisse nous aider à avancer. Peut-être, dans trois ou quatre ans, pourrions-nous disposer de meilleures techniques pour favoriser l'implantation et éviter le risque de fausse couche. Toutefois, aujourd'hui, nous ne pouvons pas recourir à une technique qui nous permettrait simplement d'améliorer la fécondation in vitro sans nous donner d'autres informations sur des embryons viables atteints de pathologies que nous connaissons. Pour cette raison, je suis profondément défavorable à tous les amendements en discussion ainsi qu'aux sous-amendements, parce que, je le répète, nous ne pouvons pas demander à un médecin de faire comme s'il ne voyait pas. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM ainsi que quelques bancs du groupe LR. – M. Dominique Potier applaudit également.*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, il devrait être l'heure de lever la séance, mais je pense souhaitable que nous allions ce soir au bout de ce débat. Vous êtes encore seize à vouloir intervenir. Chacun prendra la parole, mais je vous invite tous à faire preuve de concision.

La parole est à M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Je suis très content qu'il m'ait été confirmé que la totalité des spécialistes du domaine soutiennent ces amendements. Ils sont d'autant plus concernés que ce sont eux qui ont été, jusqu'à présent, tout à fait capables de se limiter au seul DPI, réalisé sur la seule pathologie génétique suspectée et sur aucune autre. Cela prouve que ce sont des gens de raison, qui savent respecter les règles qu'on leur donne. Ce sont également les mêmes qui se retrouvent face aux patients. Je pense au témoignage de cette mère de Strasbourg, qui a fait tout ce parcours pour une suspicion de mucoviscidose et s'est trouvée à la sortie avec une trisomie. Les praticiens qui doivent annoncer une telle nouvelle prennent beaucoup sur eux, je vous l'assure.

Je rappelle également que le DPI-A est une pratique désormais courante dans la quasi-totalité des pays européens. Or il n'a été à l'origine d'aucun débordement sur d'autres recherches d'aneuploïdies dans d'autres situations de fécondation in vitro. Tous les arguments opposés à ces amendements ne sont donc pas recevables à mes yeux. Les praticiens sont responsables et sauront le demeurer, quoi qu'il arrive. (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM et quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Puisqu'on vient d'évoquer Strasbourg, c'est là que se trouve le premier laboratoire qui a recouru à la technique du DPI-A en France, en 1996, et qui a vu la première grossesse aboutir à la suite d'un DPI-A en 1999. Or le professeur Viville revient d'un congrès à Athènes, et il témoigne que tous les centres qui pratiquent actuellement le DPI-A commencent à arrêter cette technique, pour la simple et bonne raison que, quelles que soient les motivations, les résultats ne sont pas probants.

N'allons pas ouvrir cette technique, dont la France n'a pas la pratique effective et éprouvée, alors qu'aujourd'hui d'autres laboratoires font marche arrière ! Il a été dit que le DPI-A pouvait faire baisser le nombre des fausses couches, mais on sait très bien que de nombreux facteurs responsables de fausses couches n'ont rien à voir avec une anomalie chromosomique !

J'entends votre préoccupation, et le sujet est sensible. Comme vous l'avez souligné, madame la ministre, la raison voudrait qu'on attende que la technique soit devenue satisfaisante. Malheureusement, aujourd'hui, elle ne l'est pas. L'adoption de tels amendements serait trop lourde de conséquences. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-France Brunet.

Mme Anne-France Brunet. Je m'interroge sur les trisomies 13 et 18, qui conduisent la plupart du temps à des embryons non viables. En particulier dans le cadre des AMP, je trouve qu'il serait intéressant d'expérimenter la pratique des DPI-A. Il ne faut pas oublier en effet le parcours de ces couples, et surtout des femmes, qui recourent à l'AMP : cela peut durer entre deux et dix ans, voire ne jamais aboutir... Il faut absolument nous interroger sur une telle expérimentation.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Ce débat, il faut bien le dire, nous l'avons entamé vendredi soir, autour du témoignage très touchant de notre collègue Vincent Thiébaud, que je tiens à saluer. Il a terminé son intervention en nous conjurant de ne pas ouvrir la boîte de Pandore.

Sans entrer dans les détails, ce qui ressort de notre débat de ce soir, c'est que chaque fois que nous parlons de bioéthique, il faut se garder de perdre de vue la dimension humaine. Nous devons prendre en considération la vie. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR. – M. Vincent Thiébaud applaudit également.*) Or avec ces amendements, même sous-amendés, on risque d'éliminer des embryons viables.

J'ignore comment vous qualifiez le processus d'élimination d'embryons viables. C'est une vraie question que je vous pose, et notamment par rapport à la philosophie du MODEM.

M. Patrick Mignola. Le MODEM, ce n'est pas Bellamy !

M. Patrick Hetzel. Monsieur Mignola, je vous ai écouté sans vous interrompre. Je souhaiterais que vous en fassiez de même.

M. Marc Le Fur. Les électeurs du MODEM doivent également être éclairés. (*Exclamations sur quelques bancs du groupe MODEM.*)

M. Bruno Millienne. Oh, arrêtez !

Mme la présidente. Seul M. Hetzel a la parole...

M. Patrick Hetzel. Monsieur Mignola, voilà deux semaines et demie que nous sommes là, et on ne vous a point vu dans l'hémicycle. Je vous demande un peu de respect pour ceux qui sont là depuis le début de l'examen du texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et quelques bancs du groupe LaREM. – Mme Agnès Thill applaudit également.*)

M. Patrick Mignola. Vos propos sont inacceptables !

M. Patrick Hetzel. Je tiens surtout à insister sur le fait que le principe de précaution devrait s'imposer en la matière.

Et puisque nous en sommes aux témoignages, nous avons été nombreux à être frappés par celui de Yann Bucaille, créateur du Café Joyeux. Cette enseigne regroupe des cafés

qui emploient des trisomiques et des autistes. Ils montrent, très clairement, combien ces personnes peuvent s'exprimer de façon joyeuse et avoir une vie heureuse.

Votre vision, monsieur Mignola, c'est « allons-y gaiement ».

M. Patrick Mignola. N'importe quoi ! C'est honteux !

M. Marc Le Fur. Écoutez-le...

M. Patrick Hetzel. Non, je ne pense pas que nous puissions y aller gaiement ! Le principe de précaution devrait s'imposer, raison pour laquelle je suis, évidemment, sur la même ligne que le rapporteur et la ministre : je suis contre ces amendements qui en réalité sont eugénistes. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Monique Limon.

Mme Monique Limon. Je serai rapide, mais je tiens à dire à mes collègues que je suis très mal à l'aise devant le débat qui s'instaure. Pour moi, il n'était pas à l'ordre du jour de savoir si on devait, ou non, accepter le handicap. Les enfants porteurs de handicap ont, bien évidemment, le droit de vivre, d'être heureux, de sourire, d'être aimés : ce n'est pas le sujet ! Pour moi, qui ne suis ni médecin, ni chercheur, il s'agissait de savoir s'il était possible de permettre aux femmes...

M. Maxime Minot... de choisir !

Mme Monique Limon... d'éviter des FIV et des fausses couches à répétition, surtout pas de se prononcer pour ou contre le handicap. À mon avis, ce n'est pas le sujet. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Blandine Brocard.

Mme Blandine Brocard. Voilà un certain temps que nous discutons de ce sujet. Au début de nos débats, j'ai été très surprise qu'il ne soit question que de science, de médecine – j'ai essayé de suivre, j'ai eu du mal... – de technique, de chiffres et de pourcentages. Pourtant, ce n'est pas vraiment de cela qu'il s'agit : c'est de l'humain. Cette approche me pose un véritable problème.

D'autres propos me heurtent. Ainsi, M. Touraine nous dit que refuser le DPI-A revient à pénaliser les femmes qui ont recours à la PMA. C'est une chose que je ne peux pas entendre, et je pense que de nombreux couples ne le peuvent pas non plus. Pourquoi souhaitez-vous nous faire culpabiliser ? Il existe des techniques, nous sommes en train de discuter de la possibilité de les utiliser. On ne peut pas nous dire d'emblée que nous n'avons pas le droit de ne pas les proposer à une femme !

Troisième réflexion : monsieur Berta, même si j'étais un peu perdue, je le confesse, je vous ai écouté très attentivement. Vous avez parlé d'anomalie « light » : qu'est-ce qu'une anomalie light par rapport à une autre anomalie ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et quelques bancs du groupe LaREM.*) Par exemple, un sixième doigt est-il une anomalie light ? À partir de quand considère-t-on qu'on a le bébé parfait attendu ?

Chacun a un bébé différent ! Acceptons de ne pas être dans la science, dans la rentabilité. Tout à l'heure, madame la ministre, vous avez resitué le débat en le sortant des termes scientifiques et je vous en remercie beaucoup. Vous avez rebondi sur le mot expérimentation, qui figure en effet

dans les amendements proposés. Le simple fait d'utiliser ce terme me heurte : il ne doit pas être question d'expérimentation, de bidouillage !

D'ailleurs, les sous-amendements que vous proposez, monsieur Barrot, prouvent bien que vous n'êtes pas à l'aise et que vous essayez de rectifier le tir. Pardon, mais nous sommes tout de même en train de parler de l'humain ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et plusieurs bancs du groupe LaREM. – M. Dominique Potier applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois.

M. Nicolas Turquois. Je voudrais vous faire part de ma perplexité, au mieux, ou plutôt de mon inquiétude. Il y a quelques jours, cette même assemblée a voté des avancées très progressistes sur la PMA. Or lorsque j'écoute les débats ce soir, ils me semblent exprimer une vision très conservatrice (*Exclamations*) et cela m'inquiète.

J'ai entendu remettre en cause une analyse scientifique. L'analyse objective, l'expertise, y compris lorsqu'elles font apparaître des doutes et des limites, comme c'est le cas avec les faux positifs et les faux négatifs, me semblent pourtant le fondement même de notre société et de notre démocratie. C'est le principe du discours de la raison, sur lequel notre démocratie s'appuie.

Je vous rappelle que c'est avec des discours tels que ceux qui me semblent être tenus ici que la théorie de l'évolution est remise en cause aux États-Unis. Je suis donc quelque peu perplexe.

M. Jean Lassalle. Moi, j'ai voté contre ! Et je ne suis pas un conservateur, monsieur ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. Nicolas Turquois. J'ai entendu M. Fasquelle dire que l'aneuploïdie, c'était la trisomie 21 : non ! L'aneuploïdie recouvre des cas beaucoup plus larges, comme la trisomie 18 qui, dans sa forme la plus grave, donne une espérance de vie n'excédant pas un an.

J'ai également entendu parler de suppression d'embryons viables. Mais, lors d'une PMA, on supprime de fait des embryons viables, puisque on en conçoit plusieurs avant d'en supprimer !

M. Xavier Breton. C'est pour cela qu'on est contre !

M. Nicolas Turquois. Je prendrai l'exemple d'un couple vivant dans ma commune, dont le premier enfant est atteint de mucoviscidose. Par crainte d'en concevoir un deuxième touché par la même maladie, ils ont refusé d'avoir un autre enfant. D'autres familles, ayant découvert la mucoviscidose à l'occasion de la première naissance, se tournent vers la FIV pour pouvoir dépister la mucoviscidose chez le deuxième enfant – sauf que le risque d'une trisomie reste présent ! Se rend-on vraiment bien compte de ces situations ? Bien sûr, dans certains cas, il peut y avoir débat. Mais certaines familles sans antécédents génétiques connus, qui découvrent la maladie avec le premier enfant, risquent de voir un deuxième enfant naître avec une trisomie. À un moment donné, il faut éclairer le débat avec une expertise scientifique, objective, sans rentrer dans des considérations datant d'un autre âge ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. Jean Lassalle. De l'obscurantisme !

Mme la présidente. Mes chers collègues, le débat est complexe, je vous remercie de bien vouloir vous écouter.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *présidente de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique.* Je ne crois pas que parler d'humain, ce soit des propos d'un autre âge, monsieur Turquois. Pour ma part, je suis fière d'être à la fois progressiste, puisque j'ai voté l'extension de la PMA, et conservatrice.

Avec le sujet qui nous occupe ce soir, nous sommes sur une ligne de crête. C'est d'ailleurs ce que la bioéthique m'inspire : il y a à la fois ce qui figure dans la loi, et ce qui n'y figure pas. Et je voterai justement ce texte pour ce qui n'y figure pas, et n'y figurera toujours pas, j'espère, après le vote de ce soir.

Une loi de bioéthique, c'est avant tout une vision collective, même si cela nous place face à des choix individuels. En tant que législateur, notre rôle est de s'assurer que le texte que nous voterons résulte bien d'une vision collective.

C'est un sujet sensible, monsieur Berta. Certes, il y a de la souffrance. Mais allez dans les maisons d'accueil spécialisées le week-end, vous y verrez des sourires, du bonheur...

M. Philippe Berta. Non.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *présidente de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique.* Mais si, monsieur Berta, c'est aussi cela !

M. Philippe Berta. Ce sont des hurlements, et c'est difficile à entendre, croyez-moi !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *présidente de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique.* Pas seulement. C'est vingt-cinq ans de ma vie, je n'ai aucun problème à l'assumer.

Bref, on voit bien qu'il s'agit d'une ligne de crête. Je voterai contre ces amendements, car une loi de bioéthique, c'est à la fois ce qu'il y a et ce qu'il n'y a pas – en l'occurrence, ce que nous avons voté, et qui est progressiste, et d'autres mesures dont je serai fière qu'elles ne figurent pas dans la loi. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. C'est un sujet complexe et lorsque je suis entré dans l'hémicycle, ma religion n'était pas encore faite, si je puis m'exprimer ainsi. Et c'est encore plus difficile de ne pas être d'accord avec des personnes que l'on respecte profondément pour leurs compétences humaines et scientifiques – je parle bien entendu du rapporteur et de la ministre.

Je rejoins les propos de Monique Limon : je ne crois pas que nous soyons en train de débattre du fait qu'il soit bien ou pas d'être porteur d'une trisomie 21. Nous connaissons tous, dans nos circonscriptions, des associations, des parents d'enfants porteurs de ce handicap, nous avons tous à cœur de laisser une place à ces enfants nés avec un handicap ou une anomalie génétique, comme à tout un chacun. Le débat n'est pas là.

Si, il y a quarante-quatre ans, nous n'avions pas eu le débat sur l'interruption médicale de grossesse ; si, en 1975, le parlement n'avait pas pris la lourde décision d'étendre le

délai d'avortement pour cause médicale jusqu'à la presque fin de la grossesse ; si il n'avait pas inclus les anomalies génétiques – incluant donc les trisomies, mais pas uniquement – dans les causes d'IMG ; je comprendrais alors que l'on débattre pour savoir si dépister la présence d'une anomalie génétique grave avant l'implantation d'un embryon est licite.

Mais cela a eu lieu ! Nous sommes en train de refuser la possibilité de dépister, avant l'implantation d'un embryon, une malformation génétique qui conduit lorsqu'elle est détectée à proposer une interruption de grossesse – laquelle est acceptée dans 85 % des cas en France. On refuse donc le dépistage au plus tôt d'une anomalie qui, une fois décelée, plus tard, au cours de la grossesse – grâce à une échographie, une amniocentèse, des tests traumatisants pour les femmes enceintes – conduira à proposer l'interruption de la grossesse, y compris tardivement si l'anomalie est détectée tard. À ce stade, les familles auront donc bien la possibilité de choisir !

Ce soir, nous ne décidons pas si notre société doit être plus ou moins inclusive, ni si la trisomie est bien ou mal : nous cherchons à savoir s'il est possible d'anticiper des situations traumatisantes pour des femmes et des hommes qui, après avoir déjà vécu un parcours du combattant presque insurmontable, étaient enfin parvenus au stade où la vie de leur futur enfant allait pouvoir commencer. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. Bruno Millienne. Absolument ! Bravo !

M. Olivier Véran. Je comprends parfaitement les réserves qui ont été émises, je comprends parfaitement les limites et les risques. Mais nous sommes, nous, parlementaires, en mesure de nous assurer que les réserves soient garanties et les risques pas franchis. (*Mêmes mouvements.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Coralie Dubost.

Mme Coralie Dubost. Même si j'entends parfaitement tous les arguments exposés, mon propos rejoint celui d'Olivier Véran.

Je tiens à souligner que Mme la ministre a bien posé le débat : il y a d'un côté des situations individuelles, de l'autre une décision collective à prendre. Je ne crois pas qu'il y ait des partisans pro ou anti-handicap, je rejoins les propos de Monique Limon sur ce point : ne nous trompons pas de débat.

Même si ce n'était pas dans mes intentions au départ, je dois convoquer un argument, car peu l'ont fait : il me semble qu'à partir du moment où, comme l'a dit M. Véran, nous avons déjà discuté du DPN et de l'IMG, ne pas vouloir débattre sereinement du DPI-A – c'est-à-dire sans être accusé de vouloir laisser le handicap de côté dans nos sociétés – revient à reporter le poids de cette décision sur les femmes, sur leur corps, sur leurs droits, sur ce qu'elles éprouvent. Il faut donc être prudent. Des décisions ont été prises il y a plusieurs décennies : est-ce à dire que le DPI-A n'est pas souhaitable parce qu'il serait moins douloureux de prendre cette décision alors, plutôt que lorsque la femme est en train de porter l'enfant ? Cet aspect de la question me gêne énormément.

Cela nous mène d'ailleurs à l'argumentation de la Cour européenne des droits de l'homme, qui, en 2012, a sanctionné l'Italie et souligné la nécessité d'un système cohérent : selon elle, si le DPN a été autorisé pour certaines maladies d'une particulière gravité, qui peuvent conduire à

une IMG, il n'est pas possible d'interdire le DPI. La Cour précise dans cet arrêt qu'il ne s'agit pas d'un droit à l'enfant sain, puisque le DPI se limite à certaines pathologies génétiques dont les parents sont porteurs. On ne mène pas un examen génétique généralisé de tous les types de pathologies sur n'importe quel enfant : le diagnostic ne concerne que les parents porteurs d'une maladie génétique. La Cour a donc estimé que, lorsqu'il existe un système législatif ayant déjà autorisé le DPN et l'IMG, ce serait une atteinte excessive au droit des requérants au respect de leur vie privée et familiale que de ne pas leur autoriser l'accès au DPI. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. La commune de Rosières-aux-Salines, dont j'ai été maire durant près de dix ans, a compté jusqu'à 500 personnes handicapées pour 3 000 habitants. J'en suis fier. Cela humanisait profondément les espaces publics. Ces personnes disaient bonjour, elles participent à la vie sociale, elles sont profondément intégrées. Leur joie de vivre est communicative.

M. Bruno Millienne. Ce n'est pas le débat !

M. Thibault Bazin. Si ! Ces personnes ne sont pas que souffrance, comme le dit M. le rapporteur Touraine. Et, même si M. Barrot parle de double peine, ces personnes ne sont pas que peine. (*Exclamations sur les bancs du groupe MODEM.*) Il y a aussi de la vie, des sourires, de la joie. Il y a même, pour leur entourage, un retour à l'essentiel.

M. Patrick Mignola. C'est insultant !

M. Thibault Bazin. Je ne vous ai pas insultés, monsieur. (*Vives exclamations sur les bancs du groupe MODEM.*)

Mme la présidente. S'il vous plaît, mes chers collègues.

M. Bruno Millienne. Arrêtez ça !

M. Marc Le Fur. C'est des menaces ?

Mme la présidente. Poursuivez, monsieur Bazin.

M. Thibault Bazin. Il est vrai que l'AMP offre des possibilités, qu'il faut encadrer. Par les voies naturelles, on ne choisit pas les gamètes qui se rencontrent ni les embryons qui se développent, tandis qu'avec l'AMP, la technique permet, si on ne l'encadre pas, de choisir, de sélectionner et d'éviter des enfants qui pourraient être un peu différents des autres. Après avoir supprimé le critère pathologique d'accès à l'AMP, il nous faut être particulièrement vigilants, car si l'on conjugue cette disposition avec les dépistages possibles avant l'implantation des embryons, on ouvre la boîte de Pandore.

En outre, certaines anomalies chromosomiques sont constatées puis se corrigent spontanément. Ces amendements et sous-amendements expriment une sorte d'hypocrisie de l'« en même temps » : d'un côté, on tient le discours du tout-inclusif ; de l'autre, on se prépare à empêcher ces embryons de naître. Je pense que la vraie inclusion consiste à reconnaître, pour ces futurs enfants plus ou moins déficients – et on ne sait pas à quel point au moment du DPI –, la valeur de leur vie avant leur naissance, à les accueillir, à les accompagner et en tout cas à accompagner les familles qui les accueillent. Je vous invite donc moi aussi à vous opposer à ces amendements qui

formeront une pente glissante vers l'eugénisme. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et quelques bancs du groupe LaREM. – Mme Agnès Thill applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Aurore Bergé.

Mme Aurore Bergé. Je souhaite répondre à trois arguments que j'ai entendus. Tout d'abord, nous ne remettons nullement en cause la science, et c'est parce que nous savons ce qu'elle permet que nous souhaitons poser un interdit. Nous savons que l'expérimentation n'est pas nécessaire, parce qu'elle portera ses fruits : de fait, on saura trier et éliminer, mais c'est précisément là-dessus que porte notre réserve, car nous ne souhaitons pas nous engager dans cette voie. Sans remettre en cause, donc, le travail scientifique, nous voulons poser une limite. L'enjeu d'une loi de bioéthique est aussi, en effet, comme le disait la présidente de la commission spéciale, de savoir quels sont les interdits qu'on ne souhaite pas lever.

Le deuxième argument est le parallèle avec l'interruption médicale de grossesse. Je ne doute pas que chacun, dans cet hémicycle, accepterait de voter un amendement qui permettrait de garantir qu'une femme ne puisse pas subir de fausse couche. Personne ici, en effet, ne souhaite qu'une femme souffre. Or, cet amendement ne permet pas de le garantir. De fait, les facteurs environnementaux qui peuvent entraîner une fausse couche sont si nombreux que, même si nous pouvions éliminer uniquement certains facteurs chromosomiques, cela ne suffirait pas. Et par ailleurs, comme l'a rappelé la ministre, ce qui serait visible sur les cinq centimètres de cette petite lame ne se limiterait pas à cette possibilité. Les situations ne me semblent donc pas comparables. Du reste, il est ici question de l'implantation d'un embryon, et le choix serait donc fait avant la grossesse. Or, on n'est pas la même personne selon qu'on décide en cours de grossesse de poursuivre ou non cette grossesse, avec la douleur et les difficultés que cela suppose, ou qu'on doit choisir a priori entre un embryon « sain » – mais qu'est-ce que cela veut dire ? – et un embryon qui ne le serait pas. En votant cela, on accepte de fait cette sélection systématique.

Le troisième argument, enfin, qui s'applique à l'ensemble des lois de bioéthique, est la question de savoir si l'on souhaite ou non placer un curseur. C'est là, selon moi, l'essentiel et c'est pourquoi je pense que ce sujet est le plus sensible de ce projet de loi – la PMA est en effet une question beaucoup plus simple sur le plan éthique. Pour ma part, je ne sais pas où placer le curseur et je ne souhaite pas que nous prenions, en notre qualité de législateur, le risque de mettre un pied dans la porte, et qu'on nous demande ensuite de détecter d'autres types d'anomalies et de maladies. Nous ne souhaitons pas nous engager dans cette voie ce soir.

Mme la présidente. Monsieur Lassalle, vous êtes inscrit sur l'article suivant. Si vous êtes certain de souhaiter vous exprimer également sur ces amendements, vous avez la parole.

M. Jean Lassalle. Merci de me donner la parole, madame la présidente. Comme l'a rappelé Marc Le Fur, citant mon ami Alfred de Vigny, « Seul le silence est grand ; tout le reste est faiblesse. » Avouez que je dois être très grand, car nous attaquons la troisième semaine de débat sur ce texte et je n'ai parlé que trois minutes quarante ! Et je n'aurais pas le droit de parler davantage... Heureusement que vous avez quand même voulu m'écouter. Cela dit, ne vous en faites pas : aucun média ne reprendra ce que je dis, car plus personne ne cite ceux qui se mettent en travers de ce qu'il pense.

Je vais laisser ce débat se poursuivre. Je ne sais pas où nous allons ni où va notre pays. J'en ai pourtant vu beaucoup. J'ai voté contre la PMA car, dans très peu de temps, il faudra voter contre la GPA. C'est inévitable: on ne pourra pas laisser les femmes d'un côté et les hommes de l'autre! Cela ne s'est jamais fait. (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM.*) Je me souviens des dénégations du Gouvernement qui nous assurait, lors du débat sur le mariage pour tous, que jamais on ne passerait à la PMA – vous n'avez qu'à consulter les comptes rendus pour le vérifier.

J'en suis à mon troisième mandat de député, et je n'ai pas besoin d'attendre l'article suivant pour m'exprimer: après cela, je ne parlerai plus sur ce texte. Je tiens toutefois à dire qu'en trois semaines, j'ai disposé de trois minutes quarante pour m'exprimer! Étant l'un des plus anciens députés de cette assemblée, je n'ai jamais été aussi mal traité par un président de l'Assemblée nationale – pas vous, madame la présidente, l'autre! Mais j'espère que le sort qui l'attend n'est pas celui qui, si les renseignements dont je dispose sont exacts, semble attendre Mme Ernotte, qui va devoir s'expliquer, même si elle représente une sorte de réunion de l'Agence Tass et de la radio bien connue de l'époque.

J'espère que ce pays ne deviendra pas celui du silence, où l'on est obligé de calibrer ses mots. Non! Ce lieu est le lieu du peuple, là où chacun exprime librement, sans être ni conservateur ni progressiste, ce que le peuple demande qu'il dise. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR. – Rires sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

Cher collègue, vous avez déjà pris la parole, je vous invite donc à la concision.

M. Pascal Brindeau. Madame la présidente, j'essaierai de faire droit à votre demande. Toutefois, il est assez difficile de s'exprimer après Jean Lassalle.

Ce débat est un peu surréaliste. Nous parlons de questions graves, où le point de vue scientifique peut se justifier jusqu'à un certain point – jusqu'à ce que l'éthique entre en ligne de compte. Il ne me semble pas très sérieux de bricoler un sous-amendement sur un coin de table pendant une suspension de séance pour essayer de répondre aux arguments imparables développés à la fois par M. le rapporteur et par Mme la ministre.

Certains collègues n'acceptent pas que l'on dise du handicap qu'il n'est pas seulement une charge, un problème et des souffrances, mais qu'il est aussi la vie telle qu'elle s'exprime. Nous nous faisons alpaguer en séance, on nous reproche d'être agressifs ou insultants, on nous dit obscurantistes, parce que nous refusons de croire que des médecins qui cherchent une ou deux causes de trisomie, les trisomies 13 ou 18, vont pouvoir ne pas voir aussi la trisomie 21. Mais si! Et ils proposeront forcément au couple ou à la femme concernés de ne pas accueillir cet enfant, ce n'est même pas possible de faire autrement, d'un point de vue éthique!

M. Didier Martin. Eh oui!

M. Pascal Brindeau. Le débat sur ces sous-amendements est donc tout simplement inutile. Il nous faut nous prononcer sur les amendements tels qu'ils ont été rédigés. Certains

voteront pour, d'autres contre, mais les sous-amendements n'ont aucun sens. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Fuchs.

M. Bruno Fuchs. Voilà trente-sept ans, l'hôpital de Clamart, le professeur Frydman et Amandine étaient la fierté de la France. Aujourd'hui, les taux de réussite dans notre pays sont deux fois et demie plus faibles que ceux qu'une femme peut obtenir en Espagne par exemple. En effet, nous avons aujourd'hui une vision très conservatrice des choses. On peut faire beaucoup plus sans aller jusqu'à l'eugénisme que vous dénoncez, comme l'ont assez bien démontré mes collègues.

Vous parlez de souffrance humaine, mais nous connaissons tous les parcours, les traumatismes, les souffrances infligées aux corps des femmes avec les stimulations, les anesthésies générales, les fausses couches et les grossesses extra-utérines. Pourquoi permettre encore, en 2019, qu'une femme sur deux subisse ces traumatismes alors que la technique, la médecine, la science ont aujourd'hui les moyens, dans le cadre d'une éthique garantie, de le leur éviter? Et je ne parle pas du nombre de couples qui se sont déchirés ou séparés à l'issue de ce processus traumatisant!

Parlons d'humanité, d'accord, je l'entends. Mais je connais certains parcours, et je ne veux plus qu'ils existent. Nous avons aujourd'hui les moyens d'éviter de telles souffrances et c'est votre responsabilité que de prendre aujourd'hui cette décision. (*MM. Didier Martin et Nicolas Turquois applaudissent.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Madame la présidente, j'ai en commun avec Jean Lassalle une certaine sobriété à propos de ce texte: je n'ai encore pris la parole qu'une fois, de manière assez générique. Je la prends à nouveau à propos de cette frontière. C'est un point assez sensible. Il ne s'agit pas seulement ici seulement d'une question intime et d'intime conviction, mais d'une question qui relève autant de la morale que de l'éthique – puisqu'il n'y a aucune différence entre les deux: c'est exactement le même mot, selon que l'on utilise la racine latine ou grecque. Le sens est le même et il n'y a pas de honte à dire que la morale et l'éthique sont fondées sur des convictions spirituelles. La République est, du reste, le creuset où nous pouvons confronter ces spiritualités. (*MM. Vincent Thiébaud et Jean Lassalle applaudissent.*)

Mais ces convictions ne sont pas qu'intimes: elles sont aussi sociales – je l'ai déjà dit la semaine dernière, et j'y insiste. Je pense profondément, et je m'oppose en cela fondamentalement à Jean-Louis Touraine, que cela ne relève pas que de la liberté individuelle: ce qui est en jeu dans cette relation, c'est le regard sur les autres, c'est nous-mêmes. On ne regarde pas de la même manière une personne en train de mourir si on a voté une loi sur le suicide assisté ou si on ne l'a pas votée. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR et quelques bancs du groupe LaREM.*)

Le long compagnonnage que j'ai eu avec Jean Vanier et avec l'Arche me fait dire que vendredi, lorsque j'inaugurerai la deuxième maison de l'Arche, je me sentirai mieux dans ma peau si j'ai participé à une assemblée qui n'a pas joué à l'apprenti sorcier sur ce sujet. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et LR. – Mme Agnès Thill applaudit également.*)

Je le dis avec force, car j'éprouve à propos de cette loi une crainte et une défiance qui me différencient de beaucoup d'entre vous, y compris dans ma famille politique de gauche: je pense en effet que le risque non seulement de la marchandisation, mais aussi d'une fabrique sur mesure, ouvrant à toutes les démesures, existe à la fois en amont, du fait des dérives possibles en termes de fourniture, d'achat et de sélection des gamètes, mais également en aval, au moment précis dont nous débattons aujourd'hui. (*Mme Agnès Thill et M. Thierry Benoit applaudissent.*) Ce risque est celui d'aboutir à une réification de la personne, à des personnes conçues sur mesure. Cela nie leur identité, cela nie ces personnes elles-mêmes, ce qui a pour la société des conséquences absolument vertigineuses.

Camus, que j'ai apprécié tout à l'heure d'entendre citer par un collègue, disait: « un homme, ça s'oblige. » Ça s'oblige à la prudence en cas de doute. Or, toutes les interventions, ici, expriment un doute, celui qu'a éprouvé le CCNE à propos de cette question précise et qu'il n'a pas tranché. Notre devoir premier est celui de la prudence et de la sagesse antiques, sagesse profondément humaine qui doit nous habiter. Nous sommes terriblement humains lorsque nous nous affranchissons de certaines servitudes, et terriblement humains lorsque nous sommes capables de renoncer à franchir certaines limites. Ce sont deux formes d'humanisation. Aujourd'hui, nous sommes appelés à vivre la deuxième.

Oui, un homme, ça s'oblige. Nous disons « ni dieu ni maître », mais nous avons une histoire dont il faut tirer les enseignements. Faisons-en mémoire. C'est l'histoire de la Seconde guerre mondiale, de la nuit de l'Europe, qui a été aussi la nuit l'humanité. Et en 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme a rappelé que les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LaREM et LR.*)

Mme la présidente. Si vous me le permettez, je précise que la citation exacte d'Albert Camus est: « Un homme, ça s'empêche. » Mais ce n'est pas très éloigné de votre propos!

La parole est à M. Hervé Saulignac.

M. Hervé Saulignac. Je ne ferai pas de citation pour éviter que me corrigiez, madame la présidente! Je voulais juste prendre la parole car mon amendement a fait l'objet d'un sous-amendement. Celui-ci a été contesté mais moi je ne le conteste pas, même s'il n'est pas issu de mes bancs. Je le fais volontiers mien car il a du sens, dès lors qu'il contribue à poser des garde-fous que chacun ici aimerait voir être encore plus sûrs.

Écarter ce qui n'est pas viable, par définition, ce n'est pas attenter à la vie. Là est précisément l'objet de ce sous-amendement. Je respecte pleinement les arguments de ceux qui ne sont pas favorables à l'amendement ni au sous-amendement.

M. Thibault Bazin. Ni aux socialistes!

M. Hervé Saulignac. Mais permettez-moi de dire que je les trouve parfois quelque peu légers. Certains ont invoqué le principe de précaution, comme on peut le faire à tout moment et en toute circonstance pour s'opposer à tout amendement. D'autres ont invoqué le risque que les médecins voient ce qu'ils n'ont pas à voir et soient alors peut-être tentés de dire ce qu'ils n'ont pas à dire. Cela me paraît, à moi qui en ai beaucoup, montrer bien peu de respect à l'égard du corps médical.

Enfin, entre autres arguments, j'ai entendu dire que le DPI-A devrait être abandonné par manque de fiabilité. Nous entrons là dans une série d'affirmations vraiment contestables. J'aurais aimé qu'on parle des femmes concernées, et qu'on invoque pour elles la liberté de savoir, parce que la science et la technique le permettent, et la liberté de choisir. Lorsqu'une trisomie 21 est diagnostiquée pendant la grossesse, 92 % des femmes enceintes optent pour une interruption médicale de grossesse. J'aurais aimé qu'on leur permette de faire ce choix plus tôt. (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM et quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour clore ce passionnant débat.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne vais pas revenir sur les arguments invoqués, qui ne sont ni légers, ni lourds. Je ne pense pas qu'il y ait un clan des conservateurs et un clan des progressistes. Je pense qu'il s'agit d'une décision intime que nous avons tous à prendre ce soir. Je savais depuis le début de l'élaboration de ce projet de loi que ce serait la question éthique la plus fondamentale et la plus complexe. Je vois que vous le ressentez comme moi, et je laisse les votes s'exprimer.

Mme la présidente. Nous allons passer aux votes. Je mets d'abord aux voix le sous-amendement n° 2631.

(*Le sous-amendement n° 2631 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 781, 1597, 1729 et 2437.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	89
Nombre de suffrages exprimés	84
Majorité absolue	43
Pour l'adoption	32
contre	52

(*Les amendements identiques n°s 781, 1597, 1729 et 2437 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Nous en venons au sous-amendement n° 2632.

(*Le sous-amendement n° 2632 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1812.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	88
Nombre de suffrages exprimés	82
Majorité absolue	42
Pour l'adoption	29
contre	53

(*L'amendement n° 1812 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Questions au Gouvernement ;

Vote par scrutin public sur le projet de loi autorisant la ratification du traité entre la République française et la République fédérale d'Allemagne sur la coopération et l'intégration franco-allemande ;

Vote par scrutin public, en application de l'article 34-1 de la Constitution, sur la proposition de résolution pour une amitié franco-allemande dynamique et tournée vers l'avenir, au service de l'Europe et pour une mise en œuvre rapide et ambitieuse du traité d'Aix-la-Chapelle ;

Discussion, sur le rapport de la commission mixte paritaire, du projet de loi relatif à la modernisation de la distribution de la presse ;

Suite de la discussion du projet de loi relatif à la bioéthique.

La séance est levée.

(La séance est levée, le mardi 8 octobre, à zéro heure cinquante.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA