



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2015-2016

LB/pk

P.V. J 02
P.V. SECS 02

Commission juridique

et

Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 28 octobre 2015

Ordre du jour :

1. 6568 Projet de loi portant réforme du droit de la filiation, modifiant
 - le Code civil,
 - le Nouveau Code de procédure civile,
 - le Code pénal,
 - la loi du 11-21 germinal an XI relative aux prénoms et changement de noms,
 - et la loi communale du 13 décembre 1988
 - Rapporteur: Madame Viviane Loschetter

- 5553 Proposition de loi portant réforme du droit de la filiation et instituant l'exercice conjoint de l'autorité parentale
(assistance médicale à la procréation)
 - Echange de vues avec les responsables du Service clinique de procréation médicalement assistée et du Laboratoire nationale de procréation

2. Divers

*

Présents : M. Marc Angel, Mme Simone Beissel, M. Alex Bodry, M. Franz Fayot, M. Léon Gloden, Mme Josée Lorsché, Mme Viviane Loschetter, M. Paul-Henri Meyers, Mme Octavie Modert, M. Laurent Mosar, Mme Lydie Polfer, M. Roy Reding, M. Gilles Roth, membres de la Commission juridique

M. Marc Angel, M. Georges Engel, Mme Diane Adehm remplaçant M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

Mme Jeannine Dennewald, Mme Joëlle Schaack, du Ministère de la Justice

Mme Caroline Schilling, Centre Hospitalier de Luxembourg (*Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction*)

M. Thierry Forges, Centre Hospitalier de Luxembourg (*Laboratoire national de PMA au CHL*)

M. Laurent Besch, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Guy Arendt, membre de la Commission juridique

Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt, M. Gilles Baum, M. Eugène Berger, Mme Tess Burton, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Martine Hansen, M. Alexander Kriepps, M. Serge Urbany, membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

*

Présidence : Mme Viviane Loschetter, Présidente de la Commission juridique
Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

*

1. **6568** **Projet de loi portant réforme du droit de la filiation, modifiant**
- le Code civil,
- le Nouveau Code de procédure civile,
- le Code pénal,
- la loi du 11-21 germinal an XI relative aux prénoms et changement de noms,
- et la loi communale du 13 décembre 1988

- 5553** **Proposition de loi portant réforme du droit de la filiation et instituant l'exercice conjoint de l'autorité parentale**

Madame la Présidente rappelle que la Commission juridique avait décidé, lors de sa réunion du 10 juin 2015 (cf. P.V. J 25), d'organiser une réunion avec les responsables du service PMA du Centre Hospitalier de Luxembourg portant sur «la mise à niveau de notions médicales», le cas échéant en y adjoignant les membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale.

Présentation «Procréation Médicalement assistée; Quelles techniques en 2015 ?»

(Observation: la présentation a été communiquée par courrier électronique en date de ce jour (28 octobre 2015) aux membres de la Commission juridique et aux membres de la Commission la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports)

a. La terminologie

L'infertilité: une présomption diagnostique

La stérilité: une certitude

L'infécondité: un état de fait

b. Les différents niveaux techniques

Les différents niveaux techniques peuvent être regroupés selon six niveaux détaillés comme suit:

- les **techniques de base**, à savoir

(i) *l'induction d'ovulation simple*

Il s'agit de la technique la plus simple et de la moins coûteuse. Elle vise la correction médicamenteuse d'un trouble de l'ovulation et implique des rapports dit «programmés». Elle est fréquemment mise en œuvre par les gynécologues.

Elle comporte néanmoins le risque d'une grossesse multiple en l'absence d'un monitoring d'ovulation qui peut être réalisée par le biais d'une échographie.

(ii) *l'insémination artificielle*

Il s'agit d'une technique simple et peu coûteuse qui affiche des résultats modestes de l'ordre de 10 à 15% par cycle. Au niveau de l'intervention, on ne prévoit qu'un maximum de quatre à six cycles répartis sur une année.

Cette technique comporte également le risque d'une grossesse multiple (à raison de la croissance de plusieurs follicules) en absence de monitoring d'ovulation.

(iii) *la fécondation in vitro*

La fécondation in vitro est une intervention chirurgicale réalisée sous sédation. On y distingue entre la fécondation in vitro dite «classique» et la fécondation in vitro «altéré», encore désigné par le sigle médicale «intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

Cette deuxième technique permet de résoudre, selon le cas de figure, des problèmes d'infertilités masculines.

La différence réside au niveau de la fécondation; pour la 1^{ère} technique, la fécondation de l'ovocyte par le gamète se fait de manière naturelle, tandis que pour la deuxième technique, la fécondation est forcée, c'est-à-dire un spermatozoïde est directement injecté directement dans le cytoplasme de l'ovule.

En ce qui concerne la fécondation in vitro ICSI, le transfert de l'embryon (évolution depuis l'ovocyte fécondé) est possible dès le deuxième jour suivant la mise en place de la culture ovocytaire dans un incubateur.

En l'état actuel, on procède généralement au transfert de l'ovocyte le cinquième jour lorsqu'elle a évolué en un blastocyste. Selon l'âge de la patiente, le transfert porte sur un embryon (pour les plus jeunes) ou sur deux embryons (pour les plus âgés).

Les embryons sont choisis selon des critères morphologiques.

Les embryons surnuméraires sont stockés, après avoir été congelés par le procédé de la vitrification en paillettes, dans un récipient rempli d'azote liquide. En l'état actuel, lesdits embryons sont conservés et détruits au plus tard après que la patiente ait atteint quarante-cinq ans.

Ce volet mériterait une réponse claire de la part du législateur.

Au niveau même de la fécondation in vitro, il existe trois variantes, à savoir:

1. la fécondation in vitro avec spermatozoïdes prélevés chirurgicalement,
2. la fécondation in vitro avec ovocytes congelés, et
3. la fécondation in vitro avec ovocytes maturés in vitro

La fécondation in vitro est la technique qui donne les meilleurs résultats (de l'ordre de 35% pour la patiente âgée de moins de 30 ans pour descendre à moins de 10% pour une femme âgée de plus de 43 ans) et est largement utilisée de par le monde entier.

Ainsi, depuis la naissance du premier bébé (Louise Brown) conçu par le biais de la technique de la fécondation in vitro le 25 juillet 1978, quelque cinq millions d'enfants nés ont été conçus en recourant à la fécondation in vitro.

Il s'agit d'une technique plus contraignante pour la femme et qui peut donner, de par sa mise en œuvre, lieu à des complications.

Il apparaît, selon des études et analyses médicales réalisées, qu'il existerait, dans le chef de la descendance d'une personne née suite à une fécondation in vitro, un léger risque supplémentaire quant à l'apparition de déformations.

- **la procréation médicalement assisté avec tiers donneur**, à savoir

- (i) *le don de sperme*

Le sperme est utilisé soit dans le cadre d'une insémination artificielle, soit dans le cadre d'une fécondation in vitro, en principe de type dite «classique».

Le Luxembourg ne dispose pas d'une banque de spermes qui est susceptible d'être constituée soit dans le cadre d'un service hospitalier public soit dans le cadre d'une entité à but lucratif.

Le type de donneurs peut être de quatre natures, à savoir:

1. donneur anonyme absolu,
2. le donneur anonyme avec informations non identifiantes,
3. le donneur non anonyme (identité révélée à l'enfant à sa majorité), et
4. le donneur dont l'identité est connu des parents d'intention.

Au Luxembourg, les options actuellement disponibles sont le donneur anonyme avec informations non identifiantes acquis auprès d'une société privée implantée au Danemark et les donneurs non anonymes.

Il convient de préciser qu'un suivi postnatal est assuré en vue de pouvoir déceler d'éventuels problèmes. Si tel devait être le cas, la banque de sperme en est informée, de même que cette dernière en informe le centre de fertilité du Centre Hospitalier de Luxembourg si un problème aurait été découvert à propos des gamètes utilisés.

Le recours à un don de sperme est une option en cas de transmission d'une pathologie grave. Elle permet également à des couples lesbiens et à des femmes célibataires de fomenter un projet parental.

Le recours au pareil don suscite la question, inévitable, s'il convient de garder l'anonymat du donneur à l'égard de l'enfant ou s'il convient de lui permettre, conformément au principe du droit aux origines, de pouvoir connaître le donneur de sperme et ainsi son père biologique.

Ce volet comporte également l'aspect relatif à la protection de l'enfant et l'aspect de sa filiation.

Il convient de noter que le service de la procréation médicalement assistée du Centre Hospitalier de Luxembourg a fixé des critères d'acceptation qui définissent les limites à l'utilisation du don de sperme.

Finalement, il ne convient pas de perdre de vue les aspects commerciaux inhérents au don de sperme, notamment la question d'un dédommagement financier dans le chef du donneur.

(ii) *le don d'ovocytes*

La donneuse doit subir une procédure complète. Cela nécessite notamment une synchronisation des cycles tant de la donneuse que de la receveuse, sauf à recourir à une banque d'ovocytes.

Le type de donneurs peut être de deux natures, à savoir:

1. la donneuse altruiste (anonyme), et
2. la donneuse relationnelle, anonyme dans le cas de figure d'un don d'ovocytes dit croisé (entre deux couples) ou non anonyme dans le cas de figure d'un don d'ovocyte dit dirigé.

La plupart des femmes font appel à une donneuse anonyme de sorte que le droit aux origines ne peut être mis en œuvre.

Le don d'ovocytes est le seul traitement possible en cas d'insuffisance ovarienne prématurée et d'infertilité liée à l'âge. Il s'agit d'une option possible en cas de risque de transmission d'une pathologie grave.

Pour le don d'ovocyte, les mêmes questions et interrogations se posent que pour le don de sperme comme celle relative à la préservation ou non de l'anonymat de la donneuse, de la filiation ou encore celle relative aux aspects commerciaux.

De même, il convient de ne pas négliger le volet relatif aux embryons abandonnés si les géniteurs décident d'arrêter leur projet parental.

(iii) *le don d'embryons*

Le don d'ovocyte peut constituer une alternative à la destruction d'embryons surnuméraires congelés dans le cas de figure d'arrêt du projet parental.

De même, il peut constituer une alternative à l'adoption en cas de stérilité bilatérale.

Aux interrogations relatives à la préservation ou non de l'anonymat de la donneuse, de celles relatives à la filiation et relatives aux aspects commerciaux, s'ajoute tout le volet des questions liées au sentiment de l'«abandon» des embryons par ses géniteurs dans le cas de figure de l'utilisation dudit embryon dans le cadre d'un autre projet parental. Ce volet fait l'objet d'un large débat. La réponse pourrait consister à recourir à un double don, à savoir le don d'ovocyte et le don de sperme.

• **le tri génétique**, à savoir

(i) *le diagnostic pré-implantatoire*

Ledit diagnostic permet d'écarter du transfert un embryon atteint d'une maladie génétique grave transmise par un ou les deux parents.

Ladite maladie génétique doit être caractérisée sur le plan moléculaire; cela implique une collaboration étroite avec un laboratoire de génétique moléculaire.

Trois types de prélèvements existent, à savoir:

1. le prélèvement des deux globules polaires sur un ovocyte fécondé au 1^{er} jour (J1), encore appelé le diagnostic préconceptionnel et qui porte sur un ovocyte fécondé mais non encore au stade d'embryon, et qui permet l'étude du versant ovocytaire,
2. le prélèvement d'un ou de deux blastomères sur un embryon au 3^e jour (J3), et
3. le prélèvement de trophoctoderme sur un embryon au stade blastocyste au 5^e jour (J5); il s'agit d'une approche moins invasive et qui est favorisée à l'heure actuelle.

Il s'agit, à l'heure actuelle, du seul traitement pour éviter une transmission d'une maladie génétique grave et ce avec un taux de certitude supérieur à 95%. Cela permet de circonscrire le risque de devoir recourir à des interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) répétées.

Il importe de noter que le tri génétique connaît une évolution technologique rapide à raison des évolutions liées à la miniaturisation toujours plus poussée de la biologie moléculaire.

Or, une des difficultés majeures, tant sur le plan scientifique qu'éthique réside dans la définition des indications liées à la notion de maladie grave ou hypothétique.

(ii) *le screening pré-implantatoire*

Le screening pré-implantatoire a pour but d'écartier du transfert les embryons porteurs d'une anomalie chromosomique, tout en utilisant les mêmes outils que pour le diagnostic pré-implantatoire.

Il est possible de pousser davantage le screening pour inclure un grand nombre de mutations ou de polymorphismes (causes de maladies ou simples facteurs de risque) et même le sexe des embryons.

Le défi consiste à éviter les dérives eugéniques rendues possibles de par la technologie disponible.

En effet, le screening pré-implantatoire permet, à la différence du diagnostic pré-implantatoire, d'avoir une vue d'ensemble sur les éventuels déséquilibres chromosomiques.

• **la grossesse pour autrui**, à savoir

(i) *la gestation pour autrui*

La technique consiste, après une fécondation in vitro réalisée avec les ovocytes de la patiente et le sperme du mari, compagnon ou autre selon le cas de figure, en le transfert de l'embryon dans l'utérus de la mère porteuse.

La gestation pour autrui permet la procréation en absence d'utérus ou en cas de contre-indication formelle de la grossesse.

Il ouvre la voie à la procréation pour un couple gay.

La gestation pour autrui comporte, dans le chef de la mère porteuse, les risques liés à une grossesse et à l'accouchement.

Le volet de la filiation ne doit pas être sous-estimé et les risques d'exploitations des mères porteuses ne doit pas être sous-estimés.

(ii) *la procréation pour autrui*

Dans le cadre de la procréation pour autrui, la mère porteuse fournit également les ovocytes.

Cette technique permet la procréation en absence d'utérus et d'ovaires.

Elle ouvre la possibilité de la procréation à un couple gay.

Il en résulte pour la mère porteuse des risques majorés.

Comme pour la gestation pour autrui, le volet de la filiation ne doit pas être sous-estimé et les risques d'exploitations des mères porteuses ne doit pas être sous-estimés.

- **la transplantation d'utérus**

La faisabilité est démontrée depuis 2014 au cours de laquelle une équipe suédoise sous le professeur Mats Brannström a procédé à une transplantation d'utérus.

Il s'agit d'une chirurgie lourde, nécessitant une intervention opératoire de plus de quatorze heures.

Elle implique, en vue d'une grossesse, un traitement immunosuppresseur (pour éviter le rejet du greffe et assurer sa conformité avec la grossesse). L'hystérectomie s'impose une fois le projet parental réussi.

A l'heure actuelle, cinq enfants sont nés d'une femme ayant subi une transplantation d'utérus.

Cette technique, qui constitue une alternative réelle à la gestation pour autrui, expose la femme porteuse à des risques bien supérieurs.

Elle comporte le risque de la commercialisation du corps.

D'un point de vue technique, une transplantation d'utérus auprès de l'homme est possible.

- **le clonage, à savoir**

- (i) le clonage thérapeutique*

Le but du clonage thérapeutique est d'obtenir des cellules souches embryonnaires qui peuvent être utilisées pour remplacer, après orientation vers un type cellulaire donnée, des cellules dégénératives.

A ce sujet, la question qui se pose est de savoir si une cellule souche peut être considérée ou non comme un embryon comme elle ne résulte pas de l'union d'un gamète féminin et masculin, alors qu'il s'agit d'un ovocyte activé par un courant électrique.

- (ii) le clonage reproductif*

Le clonage reproductif opéré au niveau animalier connaît un taux de réussite de 5%.

Le clonage reproductif humain fait l'objet d'une condamnation unanime par le monde scientifique et est interdit dans la plupart des pays.

Echange de vues

- ❖ Il convient de noter que l'offre de soins actuelle du Centre de fertilité du Centre Hospitalier de Luxembourg, conforme à l'autorisation ministérielle afférente, inclut les techniques de base (l'induction d'ovulation simple, l'insémination artificielle et la fécondation in vitro) et le don de sperme qui relève de la technique de la PMA avec tiers donneur.

Les autres techniques en sont exclues.

Parmi certaines des techniques de procréation médicalement assistée expressément exclues, certaines nécessiteraient, en vue de leur mise en œuvre, des dispositifs d'ordre matériel (comme le tri génétique qui nécessite un laboratoire de biologie moléculaire) ou d'ordre juridique en ce que la base légale habilitante devrait exister.

Le défaut de la base juridique habilitante explique qu'on ne recourt pas à la grossesse pour autrui. La même situation prévaut pour le don d'embryon.

Le recours au don d'ovocyte présuppose des donneuses et la clarification du volet du dédommagement, voire de la rémunération qui fait défaut au Luxembourg. En Espagne, une loi fixe des critères entrant en ligne de mire en vue de déterminer le montant du dédommagement d'ordre financier revenant à une donneuse d'ovocyte. Ainsi, une donneuse peut obtenir un dédommagement de l'ordre de 900 euros pour un don d'ovocyte. Le fait que ce sont surtout des jeunes femmes qui s'adonnent à un don d'ovocyte, certainement attirée par cet incentive d'ordre financier, explique le taux de réussite de 65% des grossesses ainsi réalisées.

- ❖ Au sujet du don de sperme, il convient de noter qu'il présuppose un donneur. Ce dernier agit soit sur une base altruiste soit sur une base payante. L'existence d'un cadre légal constituerait un net avantage en ce qu'il permettrait de régler la commercialisation. Au sujet de la commercialisation des dons de gamètes, dont notamment les banques de spermes constituées et commercialisées par des sociétés privées, il convient de renvoyer à la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, ouverte à signature le 4 avril 1997 à Oviedo (Espagne) négociée dans le cadre du Conseil de l'Europe.

Ledit texte constitue actuellement le seul instrument juridique contraignant international pour la protection des droits de l'Homme dans le domaine biomédical.

Cette Convention, signée et non encore ratifiée par le Luxembourg, est entrée en vigueur au Danemark en date du 1^{er} décembre 1999.

La banque de sperme danoise à laquelle le Centre de fertilité fait appel une fois qu'un projet de procréation médicalement assistée via un don de sperme a été fixé est conforme au cadre légal danoise qu'internationale.

Ladite banque a édité un catalogue reprenant les critères morphologiques (comme l'origine éthique, l'âge) propres aux différentes paillettes disponibles. Les prix facturés oscillent entre 70 à 200 euros pour le don anonyme et entre 250 à 500 euros pour le don non anonyme.

Pour certaines paillettes, des informations supplémentaires, n'ayant aucune incidence d'ordre médical, comme le coefficient émotionnel ou encore une interview sous une forme anonyme figurent dans le catalogue.

Le choix du Centre de fertilité du Centre Hospitalier de Luxembourg est guidé par des considérations de qualité.

Il convient de préciser que toute personne privée peut acquérir de telles paillettes auprès de la société danoise. De même, des kits d'insémination artificielle peuvent être librement acquis.

- ❖ Le Centre de fertilité du Centre Hospitalier de Luxembourg dispose d'un règlement d'ordre interne qui a été approuvé par le Ministère de la Santé.

Il dispose d'un comité éthique dans l'enceinte duquel sont discutés et arrêtés les principes généraux. Le Conseil scientifique (dont la présidence est assurée par un centre afférent étranger) est le lieu où des projets concrets suscitant des interrogations (comme le projet parental d'une femme célibataire) font l'objet d'un échange de vues et d'une décision quant à la poursuite ou non.

A ce sujet, il convient de noter que le projet parental d'un couple lesbien n'est en principe plus discuté au sein du Conseil scientifique, mais subit, comme l'ensemble des projets parentaux, la procédure en vue du projet dit thérapeutique.

- ❖ La gestation pour autrui dite éthique est autorisée au Canada et au Royaume-Uni et communément acceptée comme telle par la société.
- ❖ Il importe de noter que lors de la mise en œuvre d'une des techniques de la procréation médicalement assistée admises, les deux personnes concernées par le projet parental doivent signer au préalable une convention afférente valant consentement. La valeur et la force juridique d'une telle convention ne sont pas définies davantage.

Ces conventions sont calquées sur celles utilisées en France.

- ❖ Le Centre de fertilité du Centre Hospitalier de Luxembourg ne dispose pas de données statistiques, voire d'estimations fiables susceptibles de déceler la situation réelle quant à des pratiques réalisées à l'étranger relevant de la procréation médicalement assistée non conformes et qui ne sont pas conformes au cadre légal admis.
- ❖ Les embryons surnuméraires stockés sont détruits au plus tard au 45^e anniversaire de la femme concernée. Cette destruction peut intervenir plus tôt à la demande expresse de la femme ou du couple concerné. L'utilisation d'un embryon surnuméraire à des fins de recherche n'est pas admise au Luxembourg. Le don d'embryon non plus n'est pas admis.
- ❖ La limite d'âge fixée par le Centre de fertilité du Centre Hospitalier de Luxembourg pour la mise en œuvre des techniques de procréation médicalement assistée est de 45 ans dans le chef de la femme.

2. Divers

Demande de convocation d'une réunion du groupe politique CSV du 21 août 2015 portant sur les solutions proposées en vue de rencontrer les problèmes liés à la mendicité

Madame la Présidente informe les membres de la commission qu'il est proposé, pour des raisons d'agenda, de reporter la réunion, initialement prévu pour le mercredi 18 novembre

2015 de 12h30 à 13h50 et reportée au jeudi 19 novembre 2015 (*cf. procès-verbal de la réunion jointe du 21 octobre 2015, point 4.; P.V. J01, ERMCE 01*), au vendredi 20 novembre 2015 de 12h30 à 13h50.

Les membres de la commission décident d'y réserver une suite favorable.

Le secrétaire-administrateur,
Laurent Besch

La Présidente de la Commission juridique,
Viviane Loschetter

La Présidente de la Commission de la Santé,
de l'Egalité des chances et des Sports,
Cécile Hemmen