

Contenido

CHAPITRE 4 : ENJEUX DU DEBUT DE LA VIE ET ASPECTS BIOETHIQUES DE LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE.....	2
4.1. Défis socio-sanitaires en Afrique et problème de l'infertilité humaine	2
4.2. Les techniques de reproduction médicalement assistée	6
4.3. Problèmes éthiques relatifs à la procréation artificielle	9
4.4. Statut de l'embryon humain	11
4.5. Experts du Vatican : problèmes éthiques des méthodes de reproduction assistée	16
Referencias	19

CHAPITRE 4 : ENJEUX DU DEBUT DE LA VIE ET ASPECTS BIOETHIQUES DE LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

Le 25 juillet 1978, naquit à Oldham en Angleterre une fille singulière à qui on donna le nom de Louise Brown ; c'est le premier bébé « éprouvette » de l'histoire. En 1984, naquit en Californie aux USA un enfant conçu au moyen d'une donation d'ovule et une femme met au monde en Australie un bébé provenant d'un embryon congelé. En 1994, une Italienne de 62 ans eut un enfant grâce au don d'un ovule qui fut fécondé avec le sperme de son époux. En 2016, naquit le premier bébé du monde engendré avec la technique de reproduction assistée qui utilisa l'ADN de trois personnes. On estime que depuis la naissance Louise Brown, il y a plus de 40 ans, plus de 5 millions de personnes sont nées grâce à la fécondation *in vitro*.

Dans ce chapitre, nous aborderons successivement les problèmes relatifs à l'infertilité humaine (4.1.), les techniques de reproduction assistée (4.2.), le statut de l'embryon humain (4.3.) et le point de vue des experts du Vatican par rapport aux problèmes éthiques des méthodes de reproduction assistée (4.5.).

4.1. Défis socio-sanitaires en Afrique et problème de l'infertilité humaine

La situation socio-sanitaire en Afrique subsaharienne présente plusieurs défis qui intéressent la bioéthique : automédication, conflits entre médecine moderne et médecine traditionnelle, mauvaises pratiques médicales, insuffisance d'infrastructures sanitaires de

qualité, difficultés d'accès aux soins médicaux de base, etc. Beaucoup de patients préfèrent attendre la mort à la maison par peur de la facture des soins médicaux.

Cependant, malgré ces difficultés structurelles, il existe dans certains pays africains divers centres biomédicaux avec des technologies de pointe avec tous les problèmes que ces technologies posent à l'humanité. Ainsi, la spécificité du débat bioéthique en Afrique englobe des questions existentielles qui exigent des réponses satisfaisantes et humaines pour l'ensemble des populations, en prenant en considération ses aspirations profondes par rapport à la santé et à la vie. Ce débat comporte deux pôles à savoir : 1) on considère d'une part la vie comme sacrée, exigeant son respect absolu et sa protection exclusive ; 2) d'autre part, on parle de qualité de vie, impliquant divers soins (alimentation, eau potable, hygiène, assainissement, habitat digne, etc.). Dans cette dynamique, toute considération bioéthique sur les technologies biomédicales doit prendre en compte les deux perspectives si on veut concilier les valeurs socioculturelles africaines et la protection intégrale de la dignité humaine.

On se rend compte que de nos jours nous faisons face à plusieurs technologies dont l'unique but est la destruction de l'ethos africain, affectant dangereusement la dignité personnelle et la nature humaine, surtout celles qui interviennent dans la procréation humaine. En effet, en contexte africain, le mariage continue d'être uni essentiellement à la procréation et à la reproduction avec la finalité d'avoir une descendance nombreuse, considérée comme une bénédiction divine. Le principe d'organisation de base de la vie familiale traditionnelle est donné par les liens parentaux et les

mariages constituent une alliance entre deux ou plusieurs groupes, avec un caractère communautaire pour garantir sa stabilité.

De plus, la fertilité de la femme détermine en grande partie sa position au sein de la société et sa condition de mère constitue une garantie pour le temps de vieillesse. C'est dans ce contexte que se pose la délicate question de l'infertilité en Afrique. Que faire par rapport aux couples qui ont problème d'infertilité et quel type de remède peut-on utiliser ? Ces remèdes sont-ils en adéquation avec les valeurs socioculturelles africaines de la vie ?

De fait, si la fécondité est symbole de prestige, la stérilité peut être vue comme un châtiment ou une malédiction des dieux ou des ancêtres. Selon les statistiques actuelles, on registre un taux global entre 16 et 21% de stérilité en Afrique subsaharienne, dont les principales causes sont les infections dues aux maladies sexuellement transmissibles, les manipulations durant l'accouchement, les avortements compliqués, les mutilations génitales féminines, etc. (Vázquez Auxiliadora, 2018).

Quand on parle de fertilité, il s'agit de la capacité de prendre une grossesse après 1 an d'exposition régulier au coït. L'infertilité (ou stérilité) est la difficulté, voire l'impossibilité, à donner la vie. Pour ce qui concerne la stérilité, c'est l'incapacité d'un couple d'avoir une grossesse après 1 an d'exposition au coït. On parle aussi de l'incapacité de concevoir naturellement, de porter ou d'accoucher un enfant sain. Il y a plusieurs raisons pour un couple de ne pas être capable de concevoir ou de devoir requérir pour ce faire un soutien médical.

Le terme d'infertilité est appliqué à un couple qui ne parvient pas à avoir un enfant après un an de rapports sexuels réguliers, ce qui n'implique pas forcément l'impossibilité de fécondation dans un temps plus long. C'est l'incapacité pour un couple d'avoir un fœtus vivant et viable. Cela s'applique aussi bien à un terrain sur lequel toute tentative de culture agricole est infructueuse qu'à un couple qui éprouve des difficultés à avoir un enfant.

Pour guérir de l'infertilité, il faut améliorer la qualité des ovules et du sperme, ce qui se fait par traitement pharmacologique ou autres procédés techniques et médicaux. Certaines femmes et couples, pour des convictions éthiques et religieuses, refusent toute technique de reproduction assistée qui ne soit pas naturelle. Dans le système de fécondation naturelle, la femme ne reçoit pas de médicament ni de traitement, sauf des suivis médicaux périodique pour le bon déroulement de la grossesse.

Concernant les traitements disponibles, il existe trois grands secteurs : 1) l'usage de médicaments qui agissent sur le fonctionnement des appareils reproducteurs féminins et masculins (thérapies hormonales), 2) les interventions chirurgicales pour corriger les problèmes de lésions ou de malformation et 3) les techniques de reproduction médicalement assistée. Ces traitements comportent sans doute des risques comme le syndrome d'hyperstimulation ovarique ou des néoplasies qui sont des hormono-dépendantes, et sont généralement accompagnées de techniques de reproduction assistée pour augmenter les taux de grossesses.

S'il y a une dizaine d'années, l'accès à ces techniques étaient pratiquement nul sur le continent africain à cause de leurs coûts

économiques, actuellement un changement énorme s'est produit dû fondamentalement à leur introduction dans plusieurs pays. Ces techniques permettent résoudre en partie les problèmes de stérilité dans certains couples, mais ouvrent aussi la porte aux menaces à la dignité humaine.

4.2. Les techniques de reproduction médicalement assistée

On distingue plusieurs types de techniques de procréation artificielle qui sont, entre autres, l'Insémination artificielle (IA), la Fécondation *in vitro* (FIV) qui est l'union de l'ovule avec le spermatozoïde dans un laboratoire avec la finalité d'obtenir des embryons fécondés avant de les transférer dans l'utérus de la femme, l'Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) qui est aussi l'union artificielle intracellulaire d'un ovule avec un spermatozoïde avec la finalité d'obtenir des embryons fécondés avant de les transférer dans l'utérus maternel.

On parle aussi d'ovo-donation ou de donation de sperme à travers des banques disponibles à cette effet. Pour ce qui concerne les transferts d'embryons et le transfert intra-tubérique de gamètes (GIFT), on place les ovules et les spermatozoïdes dans la trompe de la femme pour que la fertilisation ait lieu dans son site naturel.

Les techniques de Procréation médicalement assistée (PMA) incluent les traitements de stérilité qui favorisent la fécondation *in vivo* et *in vitro*. Bien que la confusion soit courante, la PMA ne se réduit pas à la Fécondation *in vitro* (FIV, ou FIVETE pour « fécondation *in vitro* et transfert d'embryon »), qui n'en est qu'une des méthodes. Le clonage humain n'est pas considéré juridiquement comme faisant

partie des technologies de PMA.

On inclut dans les techniques de reproduction assisté (TRA) la fécondation *in vitro* et le transfert d'embryons, le transfert intra-tubérique de gamètes, le transfert intratubérique de zygotes, le transfert intratubérique d'embryons, la cryopréservation d'ovocytes et d'embryons, la donation d'ovocytes et d'embryons et l'utérus de subrogation. TRA n'inclut pas l'insémination assistée (Insémination artificielle) utilisant des spermatozoïdes ni du couple ni d'un donant.

Un critère de classification de ces techniques est le SITU de la fécondation : dehors (FIV, ICSI) ou dans le corps de la femme (IA, GIFT). Autre chose à prendre compte est l'origine du matériel génétique : homologue avec du matériel génétique propre des membres du couple et hétérologue lorsqu'il existe un donant externe (ovule ou spermatozoïde) et enfin s'il existe la maternité de subrogation ou non (Vázquez Auxiliadora, 2018).

Quelques techniques de Reproduction médicalement assistée

Procréation médicale assistée (PMA)	Également appelée assistance médicale à la procréation (AMP) et procréation assistée médicalement (PAM), il s'agit d'un ensemble de pratiques cliniques et biologiques où la médecine intervient plus ou moins directement dans la procréation.
Techniques de Reproduction Assistée (TRA)	Tous les traitements ou procédés qui incluent la manipulation tant des ovocytes comme des spermatozoïdes ou des embryons humains pour

	former une grossesse.
Insémination Artificielle (IA)	C'est une technique de procréation assistée consistant à placer du sperme dans l'utérus sans qu'il y ait de rapport sexuel.
Transfert intratubérique de gamètes (TIG) o Gametes intra Fallopian Transfert (GIFT)	On dépose dans la trompe de Fallope non seulement le sperme mais aussi l'ovocyte de la femme. Il existe une variété qui consiste à déposer seulement l'ovocyte dans la trompe de la femme pour qu'il y soit fécondé par le sperme avant d'entrer par voies naturelles dans l'utérus.
Fécondation in vitro (FIV)	C'est une technique de procréation médicalement assistée et de transfert d'embryon (fivete).
Transfert d'embryons (TE)	Procédé par lequel un ou plusieurs embryons sont placés dans l'utérus ou la trompe de Fallope.
L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)	C'est une technique de fécondation artificielle consistant en la micro-injection de spermatozoïdes ou de spermatides (spermatozoïdes immatures) dans le cytoplasme de l'ovule grâce à une micro-pipette. Elle peut aussi être réalisée avec des spermatozoïdes épидидymaires recueillis par ponction.

La maternité de subrogation ou mère porteuse est une pratique connexe aux pratiques de procréation assistée. On parle aussi de gestation pour autrui (GPA). Il s'agit de la femme qui porte en son sein une grossesse sous un contrat pour remettre le bébé aux parents prévus. Les gamètes dans ce cas précis peuvent être des parents ou d'un tiers (WHO, 2010). C'est une modalité de la FIV dans laquelle les embryons sont transférés à une femme différente de la mère qui apporte le matériel génétique et qui assume la maternité par substitution au moyen d'un contrat.

On peut y associer parfois une insémination artificielle (IA) de telle manière que la mère porteuse soit aussi la mère génétique, ou inséminée par celui du père qui sera le père légal. On utilise cette technique surtout chez les femmes qui n'ont pas d'utérus ou qui des anomalies congénitales qui rendent impossible la gestation ou chez les femmes qui, par convenance personnelle, ne veulent pas porter une grossesse.

4.3. Problèmes éthiques relatifs à la procréation artificielle

Dans le contexte africain, en plus des coûts économiques pour accéder à ces technologies, la question en jeu est la conception de ce que signifie la procréation humaine, considérée comme une relation harmonieuse entre le naturel (relations sexuelles) et le surnaturel (influences des forces invisibles : divinités, ancêtres, esprits...). C'est cette compréhension qui oriente parfois la majorité des couples infertiles pour rechercher des solutions dans les croyances traditionnelles, et les mêmes croyances induisent à refuser certaines ressources médicales, comme celles développées dans la

PMA, considérées comme non conformes à la nature humaine.

En considérant les fortes croyances religieuses et le fait que ces procédés excluent les dimensions tant naturelles comme surnaturelles qui régissent la transmission de la vie, il apparaît difficile leur acceptation chez les couples infertiles. Car, dans les techniques de PMA, ce ne sont pas les facteurs surnaturels qui décident le cours de la vie, mais la compétence des médecins et de la technologie.

Dans certains procédés, comme la donation de gamètes ou la maternité de subrogation, il est même difficile de définir les concepts de père, mère, descendance, lignée, etc. Quel rôle jouent le sang et la filiation ? De plus, ces technologies, dans leurs diverses formes, ont des conséquences morales et éthiques importantes en mettant en contraposition des « familles naturelles » et les « familles culturelles » ainsi qu'en employant des techniques de laboratoire qui implique une manipulation de matériel génétique avec des reproductives (Imaz, 2016).

Finalement les techniques de reproduction assistée qui promeuvent l'intromission dans la gestation et rendent difficile l'origine de la relation paterno-filiale rabaissent l'humain et conduisent vers « l'être-produit » et non « êtres-procréés », ce qui porte atteinte à la « lois de procréation naturelle » où un homme et une femme engendrent la vie humaine.

Si les relations de maternité et paternité s'abolissent, si la relation entre les parents se réduit à une simple fonction biologique sans perdurance au-delà de l'acte de génération, sans aucune signification personnelle entre les trois personnes impliquées, que reste-il d'humain dans tout cela ? (Aznar-Sala, 2019). Ainsi, l'accès à

la maternité avec l'usage des technologies complexes- physiquement lourdes et économiquement coûteuses dans un contexte de rareté de ressources sanitaires comme le cas du continent africain- interpelle sérieusement le bon sens.

4.4. Statut de l'embryon humain

En 1978, naquit Louise Brown, premier bébé conçu par la technique de fécondation in vitro. La mise au point de cette technique créait une nouvelle circonstance qui est celle de l'existence d'un embryon humain en dehors du sein maternel. Des interrogations surgissent : l'embryon humain est-il une personne ou une chose ? Que peut-on faire ou non avec l'embryon au laboratoire en ses premiers jours de vie ?

La première réponse à ces questionnements fut donnée par le Comité Assesseur de Bioéthique des Etats Unis (Ethics Advisory Board). Dans un rapport publié le 4 mai 1979, on affirma que l'embryon humain dans ses premiers 14 jours – moment où se forme la ligne primitive du trophoblaste, primordial de la médulle spinale du fœtus, coïncidant avec le moment de l'implantation et de consolidation du blastocyste dans l'endomètre de la mère- était seulement une forme de vie humaine en développement, avec un grand risque de mortalité et manquant d'individualité. Dans cette période, on ne peut pas lui assigner un statut défini, et ainsi le rapport laissait la porte ouverte à la pratique de recherche scientifique avec le matériel embryonnaire, dont la destruction ne présenterait pas de grand conflit éthique.

Dans un travail postérieur (Ferrer & Pastor, 2012), Clifford

Grobstein fut le premier auteur qui utilisa les termes de « préembryon » et « pré-embryonnaire ». Dans le même article, on emploie le terme « embryon pré-implantatoire » (Grobstein, 1979) et fut publié quelques mois après que le Comité Assesseur de bioéthique (EAB) présente un rapport acceptant la fécondation in vitro (FIV).

Dans la même lancée, en 1984 au Royaume Uni, le *Rapport* (Warnock, 1984) pose les bases de l'acceptabilité de la recherche avec les embryons, en établissant un arbitraire de 14 jours depuis la conception - en adoptant les conclusions préalables du EAB américain - dans lequel l'embryon manquerait de nature individuelle. Une embryologue, membre du Comité Warnock, la Dre. Anne McLaren affirma qu'il n'existe pas de vie humaine avant l'apparition de la ligne primitive dans le trophoblaste, vers le 14^{ème} jour depuis la conception.

A partir de là, le « préembryon » serait un embryon constitué *in vitro* et formé par un groupe de cellules résultant de la division progressive de l'ovocyte de sa fécondation jusqu'à 14 jours plus tard. Cependant, même si le terme « préembryon » est tombé en désuétude, il n'en est pas de même pour la considération qu'on en fait, en lui refusant le caractère de dignité humaine et, par conséquent de droits, fondamentalement le droit à la vie (Ferrer & Pastor, 2012).

Selon un Arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (18 octobre 2011), il est explicitement reconnu que « constituent un "embryon humain" tout ovule humain dès le stade de la fécondation, tout ovule humain non fécondé dans lequel le noyau d'une cellule humaine mature a été implanté et tout ovule humain non fécondé qui,

par voie de parthénogenèse, a été induit à se diviser et à se développer (Direction des Affaires juridiques, 2011).

Quand bien même s'imposerait de nos jours le critère de nature humaine de l'embryon dans tous ses stades au niveau scientifique, moral et légal, il n'en est pas toujours ainsi quant à la reconnaissance de sa dignité personnelle ; et sans cela, il n'est pas à l'abri face aux risques d'agression, car dépourvu de droits.

Dans l'actualité, on enregistre plusieurs arguments en faveur de la reconnaissance de l'embryon humain préimplanté comme un être biologique vivant organisé. Parmi ces arguments, il y a, entre autres, le fait que l'embryon est un être possesseur d'identité génétique propre, l'existence en lui de mécanismes complexes qui régulent l'émission de son programme, le rôle particulier que joue la fusion des membranes cellulaires des deux gamètes (masculin et féminin) dans la mise en marche du processus du développement embryonnaire, la constatation de la fonction que divers facteurs biochimiques, spécialement les niveaux intra et extra cellulaires de calcium, jouent dans son développement, fondamentalement dans la distribution spéciale de cellules, tissus et organes.

On peut aussi considérer tout ce qui est relatif à ce qu'on dénomme « l'information de position, » c'est-à-dire l'information qui dépend des interrelations entre les cellules de l'embryon et celles de la niche cellulaire qui les héberge. Il y a également le contrôle génétique de la différenciation cellulaire de l'embryon et la constitution protéique du phénotype-embryon, ce qui pourrait s'appeler protéomique embryonnaire.

On a aujourd'hui une meilleure connaissance des processus

d'implantation embryonnaire, spécialement le surprenant dialogue biologique qui s'établit entre l'embryon et sa mère, ce qui permet d'affirmer une identité génétique de l'embryon humain. En effet, chez les mammifères, après la fusion de l'ovule et du spermatozoïde, se constitue le patrimoine biologique du nouvel individu. En ce moment, se génère un nouveau génome qui détermine l'individualité génétique du nouvel être. Le génome du zygote contient toute l'information génétique nécessaire pour que le nouvel être se développe complètement jusqu'à sa condition d'être adulte vivant.

En ce qui concerne l'identité génétique de l'embryon humain, on retient que son évolution est un processus biologique continue qui donne lieu aux différentes réalités phénotypiques de son développement, au sein de l'unité vitale qui l'identifie comme un être humain vivant, dès l'imprégnation de l'ovule par le spermatozoïde jusqu'à sa mort naturelle. Le génome de l'embryon contient toute l'information nécessaire pour réguler ce processus évolutif. Mais quelle relation y a-t-il entre identité génétique et identité humaine ?

En effet, ce qui pose question c'est le fait de vouloir identifier l'identité de l'individualité de l'être humain avec son génome qui est un concept limité et inclus erroné. Chaque jour, il existe plus d'arguments biologiques pour admettre qu'un individu humain est plus que son code génétique ; on a chaque fois plus d'information sur les mécanismes non génétiques qui influent sur le développement de l'embryon humain.

Ainsi l'identification entre génome et individu est un concept biologique erroné car les chromosomes et les gènes qui déterminent les caractéristiques d'un individu au sein d'une espèce ne le font pas

être un individu ; il s'agit simplement de ce qui détermine les caractéristiques de cet être et dirige son développement.

Mais ce qui définit un vivant comme un individu de son espèce est le démarrage de l'émission de son programme de développement, programme qui n'est exprimé dans le génome, mais qui s'exprime graduellement et qu'on appelle « expression épigénétique ». Quand cela arrive, il y a commencement de la vie d'un nouvel être.

Pour ceux qui soutiennent des arguments déniaient la nature humaine à l'embryon humain de peu de jours, il y a le fait que le zygote humain n'est pas unique et indivisible. Cette théorie se base sur le fait de la possibilité d'avoir des jumeaux jusqu'à 14 jours du développement de l'embryon. Si l'embryon peut se subdiviser, il n'est donc pas un individu unique. On a aussi l'argument qui consiste à dire que la vie humaine commence avec la grossesse. Dès lors, l'embryon ne serait pas viable si son implantation ne se consolide pas dans l'utérus.

Cependant, on doit tenir compte avant tout des caractéristiques qui définissent un être vivant parmi lesquelles le fait que l'embryon du protogène possède toutes les caractéristiques qui définissent biologiquement un être vivant, à savoir : capacité d'auto-contrôle, excitabilité, c'est-à-dire capacité de réponse devant des stimulus déterminés, capacité de reproduction, héritage des caractères génétiques des parents, etc.

Du point de vue biologique, la formation et le développement humain constituent un processus unique continue, coordonné et graduel dès le moment de la fécondation, avec laquelle se constitue

un nouvel organisme humain doté de capacité intrinsèque pour se développer de façon autonome et devenir un individu adulte. De même, les contributions plus récentes des sciences biomédicales apportent des évidences expérimentales en faveur de la thèse de l'individualité et de la continuité du développement embryonnaire.

4.5. Experts du Vatican : problèmes éthiques des méthodes de reproduction assistée

Dans la pratique, pour que naisse un enfant, beaucoup de ses frères devront mourir en raison de 20 sur 80. Il y a aussi l'idée que la méthode de cryopréservation des embryons ne les protège pas contre les risques de l'instrumentalisation ni contre la mort. Chaque cinq (05) ans il faudra vider les dépôts de congélateurs pour les remplir de nouveau.

La fécondation *in vitro* "est tout un négoce". Des entreprises programment des voyages pour réaliser des reproductions assistées dans des pays étrangers sans oublier la polémique autour du « boom » des mères grand-mères. C'est le cas de cette allemande Annegret Raunigk, mère-grand mère de 65 ans, qui a eu trois enfants et sept petits-enfants. En 2015, elle a mis au monde par césarienne un quadruplets prématurés. Pour elle, les gens peuvent penser ce qu'ils veulent, mais ce qui est correcte selon elle, c'est ce qu'elle pense.

On peut alors s'interroger sur la limite des techniques de fertilisation médicalement assistée. Dans les cliniques privées et publiques, un grand nombre d'embryons qui n'ont pas été transférés suivent trois chemins dramatiques : soit ils doivent être

cryopréservés, soit destinés à la recherche ou bien on les détruit. D'où les questions : que peut-on faire avec les embryons congelés ? Peut-on les transférer dans une femme ou un couple volontaire en connaissant les donateurs ?

Le constat est que le « scientificisme » et la logique du succès dominant le champ de l'infertilité humaine. On peut alors se demander : « où se trouve l'amour ? ». Benoit XVI écrit dans cette perspective : "La dignité humaine et chrétienne de la procréation, de fait, ne consiste pas dans un "produit" sinon dans sa relation avec l'acte conjugal, expression de l'amour des conjoints, de son union non seulement biologique sinon aussi spirituel. A chaque être, depuis la conception jusqu'à la mort naturelle, on doit reconnaître sa dignité de personne".

Pour conclure nous retenons les déclarations suivantes de *l'Instruction Donum vitae* (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1987) :

"Dès le moment que l'ovule est fécondé, s'inaugure une nouvelle vie qui n'est pas celle du papa ni celle de la maman, mais celle d'un nouvel être humain qui se développe par soi-même. Jamais il n'arrivera à être un être humain s'il ne l'avait pas été dès lors. A cette évidence de toujours... la génétique moderne octroie une précieuse confirmation. Elle montre que dès le premier instant se trouve fixé le programme de ce que sera ce vivant : un homme, cet homme individuel avec ses caractéristiques déjà bien déterminées. Avec la fécondation s'initie l'aventure d'une vie humaine, dont les principales capacités requièrent un temps pour se développer et pour pouvoir agir"

Pour débattre :

Marthe et Jean sont mariés depuis 13 ans. Marthe a 35 ans. Le

couple souffre d'une stérilité qu'il n'arrive pas à surmonter. Ils ont adopté un garçon de 7 ans qu'ils ont reçu il y a un an et qui a été diagnostiqué de Microcéphalie (une maladie de déficit d'attention avec hyperactivité). Pour cela, on leur a fermé la porte de la possibilité de nouvelles adoptions. Les psychologues et médecins conseillent qu'une famille avec plus de frères stimulerait le développement de l'enfant. Dans une clinique de reproduction assistée, on leur recommande une insémination artificielle avec sperme de donneur.

Qu'en pensez-vous ?

- Devrait-on avoir une législation internationale pour la reproduction assistée ?*
- Est-il éthique tout ce qui se fait si je suis dans la légalité de mon pays ?*
- Ai-je le droit de demander d'où je viens ? Qui sont mes vrais parents biologiques ?*
- Pourrais-je ou devrais-je connaître mes antécédents familiaux si j'ai une maladie génétique ?*
- Sera-t-il éthique de créer un ovule ou un spermatozoïde dans un laboratoire ?*
- Que peut-on dire de l'utilisation du sperme ou d'ovocyte post mortem ?*
- Maman-papa-maman : nait le premier bébé avec ADN de trois personnes : Existe-t-il des limites à la reproduction assistée ?*

Referencias

- Aznar-Sala, F. J. (2019). Análisis del aborto desde un punto de vista conceptual. *Persona y Bioética* 2019; 23(1): 34-48., 23(1), 34-48.
- Congregación para la Doctrina de la Fe. (1987). *Instrucción Donum vitae sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. Roma: Vaticano.
- Direction des Affaires juridiques. (2011). *Cour de justice de l'Union européenne (embryon humain - définition - brevet)*.
- Ferrer, M., & Pastor, L. (2012). The preembryo's short lifetime. The history of a word. *Cuadernos de Bioética*, 23, 677-18.
- Grobstein, C. (1979). External Human Fertilization. *Sci Am*, 240, 33-11.
- Imaz, E. (2016). ¿Rebiologización en las familias de elección? Lesbomaternidad y uso de tecnologías reproductivas. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 11(3), 405 - 418.
- Vázquez Auxiliadora, N. (2018). La infertilidad en la mujer subsahariana. Las nuevas tecnologías en la cultura tradicional africana. *Revista Iberoamericana de Bioética*(06), 01-15.
- Warnock, M. (1984). *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- WHO. (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf?ua=1