التشخيص الوراثي السابق لزرع الأجنة البشرية في الرحم

من منظورين :شرعي و تشريعي

أحمد داود رقية*

الملخص:

تلجأ بعض الأسر التي يحتمل لديها –في الغالب–انجاب طفل مصاب بمرض وراثي على قدر من الخطورة ، إلى الإستعانة بتقنية التشخيص الجيني السابق لزرع الاجنة في الرحم. و بالتالي إجراء تلقيح صناعي خارجي– FIVETTE – بهدف الاستفادة من التشخيص الوراثي ، و هي الممارسة التي ستمكن من الإستعداد للتدخل الطبي أو الجراحي متى كانت الإصابة قابلة للعلاج ، كما أنها ستسمح للأزواج بتوقع نوعية الحياة المحتملة لدى الطفل المنتظر أو تفاديها ، و بالتالي التحكم في الانجاب .

الأمر الدي دفع ببعض الدول الى الاسراع بسن نصوص تشريعية بغية التأطير القانوني لهذه الممارسة ، مما سهل على الممارسين أداء مهامهم بجلاء و وضوح . فيما لا يزال نضراءهم في الكثير من الدول الاسلامية يتأرجحون بين طموح العلماء وورع العباد في ظل غياب شبه كامل لأي تنظيم يشمل هذه الممارسة الطبية.

Résumé :

Etre normal ou ne pas ètre , étre conforme au désir des parents ou ne pas étre, voiçi ce que sont devenues les termes du problèmes posé par le developpement du domaine généthique concernant l'embryon issu d'une fécondation in vitro, avant qu'il soit réimplanté dans l'utérus de la femme.

Cette fécondation engendrant des embryons surnuméraire dont certains sont nécéssairement sains, serait- il concevable de réimplanter des embryons que l'on sait porteurs de tares généthique ?

Plus encors , ayant le choix sur l'embryon in vitro ,pourquoi ne pas offrir la possibilité de choisir celui qui correspond au désir des parents ?

A moin que ne soit pas la société , au nom d'une politique de prévention, qui choisisse elle même ses futurs citoyens selon des normes établies par une politique de santé publique , que d'autres appelleront politique de séléction ,le spectre de l'eugénisme, la mitrise de la vie humaine par l'homme lui méme.

* – أستاذة مساعدة صنف «أ"، كلية الحقوق، جامعة تلمسان.

مقدمة

لقد تطورت تقنيات التلقيح الاصطناعي الخارجي بشكل جعلها تتجاوز إمكانية معالجة نقص الخصوبة وفتح الطريق أمام إجراء فحوص على الأجنة قبل شتلها في الرحم ، وهي الفحوص الّتي تحتاج إلى تقنية الدراسة الوراثية البيولوجية الجزئية وإلى معرفة التركيبة الجينية الإنسانية وتحديد مكان الجينات مكوناتها ووظائفها.

و إن أوّل من دعا إلى هذه الطريقة في التشخيص، عالم الأحياء البريطاني Andrew Handysideو الذي كان ينصح الأمهات اللائي رزقن بطفل مصاب بمرض وراثي أو صبغي باللجوء إلى التلقيح الخارجي حتّى يتسنّى فحص الأجنة قبل زرعها في الرحم[1] ، إنّه ما يطلق عليه الطب التنبؤي أو الاحتمالي بخصوص مرض قد يصيب الإنسان في سنّ متقدمة أو متأخرة من حياته[2].

إنّ الذي يستدعي هذه الدراسة هو البحث في طبيعة هذا التشخيص وكذا في حدوده ، فهل يتعلّق الأمر فقط بالأمراض الّتي تتجاوز كل وسائل العلاج والتي يمكن أن يبرر بشأنها اللجوء إلى الفحص ما قبل الزرع ، أم أنّه يمتدّ إلى الأمراض القابلة للمعالجة؟

I- **الحكم الشرعي لتقنية التشخيص الجيني ما قبل الزرع** :Le diagnostic pré-implantation

لقد تضاربت آراء الفقه الإسلامي حول مدى مشروعية هذه التقنية وجاءت المواقف كما سيأتي بيانه:

1- دار الإفتاء المصرية : في الفتوى رقم 1453 لسنة 2005 والتي جاء فيها أنّ "الله قد خلق الإنسان خلقا متوازنا ، فجعله زوجين ذكرا وأنثى ، وميّز كلا منهما بخصائص تتناسب مع الوظائف الّتي أقامها فيهما وبيّن أنّ هذه طبيعة الخلق الّتي تقتضي استمراره، وأنّ هذا التنوع في الخلق والتوازن في الطبيعة ، هو ما اقتضته حكمة الله تعالى ، لقوله عزّ وجل : { وَمِن كُلِّ شَيْءٍ خَلَقْنَا زَوْجَيْنِ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ }[3].

وتعالج هذه المسألة على مستويين مختلفين :

[1] - Réné Fridman, Dieu, la médecine et l'embryon, édition O.Jacob, -paris-1997, pp 263 – 264.

[2] – بشير حمزة ، المسؤولية تجاه عملية التناسل البشرية ، تأملات بيولوجية أخلاقية ، الملتقى الدولي الرابع لقرطاج "بيت الحكمة" ، تونس، من 01-06 ماي 2000 ، ص 02.

[3] – سورة الذاريات ، الآية 49.

1- على المستوى الفردي : فالأصل في الأشياء الإباحة ، فما دام يجوز للإنسان أن يعمل على زيادة نسبة اختيار جنس الجنين ، بما ينصح به المختصون في ذلك ، من اختيار نوع الغذاء أو توقيت الجماع أو غير ذلك من الأساليب ، فكذا يجوز التعامل المجهري مع الصبغيات والمادة الوراثية لنفس الغرض، إذ ليس في الشرع ما يمنع من ذلك على المستوى الفردي.

2- **أمّا على المستوى الجماعي** : فالأمر يختلف ، لأنّه سيتعلّق حينئذ باختلال التوازن الطبيعي الذي أوجده الله تعالى واضطراب التعادل العددي بين الذكر والأنثى ، والذي يمثل عاملا مهما من عوامل استمرار التناسل البشري وتصبح المسألة نوعا من الاعتراض على الله تعالى في خلقه بمحاولة تغيير نظامه وخلخلة بنيانه وتقويض أسبابه الّتي أقام عليها حياة البشر[4]. إنّه نفس ما خلصت إليه ندوة مجمع الفقه الإسلامي المعنونة بـ "الإنجاب في ضوء الإسلام المنعقدة بالكويت سنة 1983[5].

في حين يستبعد الدكتور محمد رأفت عثمان – مقرر لجنة البحوث الفقهية بمجمع البحوث الإسلامية بالأزهر – في فتوى جاءت ردّا على الطلب المقدم من الدكتور جمال أبو السرور – رئيس المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية بالقاهرة إلى مجمع البحوث الإسلامية أي تمييز في حكم تقنية التشخيص ما قبل الزرع بين المستوى الفردي والمستوى الجماعي.

وبناء عليه فلقد تباينت الآراء حول حكم تقنية التشخيص ما قبل الزرع في الرحم، وكان الإجماع على عدم جواز هذه الوسيلة إذا شاع استخدامها على المستوى الجماعي ، في حين تمت إباحتها في حالات فردية للوفاء باحتياجات خاصة ومحدّدة ، عملا بقاعدة "الضرورات تبيح المحظورات" ، وذلك إذا جزم الأطباء بأنّ الجنين قد يصاب بمرض وراثي خطير مرتبط بجنس معيّن[6].

II- **الإطار القانوني لتقنية التشخيص السابق لشتل الأجنة في الرحم** : يتضح من تحليل تشريعات كل من فرنسا وبريطانيا ، ألمانيا إسبانيا ، سويسرا ، إيطاليا ، والنمسا ، الانقسام في المواقف بشأن منع هذه التقنية أو إباحتها.

1- **التشريعات المانعة** :

يظهر المنع الصريح لها في القانون السويسري المنظم لتقنيات التلقيح الصناعي ، في حين لا تتضمن تشريعات كل من ألمانيا والنمسا مثل هذا المنع الصريح ، إلاّ أنّ مضمون العديد من نصوصها القانونية تتعارض مع هذه الممارسة ، حيث يمنع القانون الألماني

[4] – انظر الموقع الإلكتروني: www.dar-alifta.org

[5] – د. حسان حتحوت ، التحكم في جنس الجنين – الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة ، منشورات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ، الكويت ، 1983 ، ص 27.

[6] – د. علي مشعل ، علم الوراثة الإنجابي والإرشاد الوراثي من المنظورين العلمي والأخلاقي – رسالة التقريب ، العدد 53 لسنة 2006، الأردن ، ص 04.

الفدرالي رقم 90-745 الصادر في 13-12-1990 المتعلق بحماية البويضة الملقحة أية ممارسة أو تدخل من شأنه عدم ضمان بقاء ونمو الجنين ، وبالتالي المنع الضمني لتقنية التشخيص السابق للزرع ، طالما أنّها لا تحقق بقاء الجنين في كل الأحوال[7].

2- **التشريعات المجيزة** :

توسع كل من بريطانيا وإسبانيا شيئا فشيئا من مجال ممارسة التشخيص ما قبل الشتل في الرحم إنّه التوسع المستنتج من إباحتها لتقنية "الطفل الدواء" ، والتي أجيزت في بريطانيا سنة 2001 ، حيث أصدرت سلطة الإخصاب البشري وعلم الأجنة والمكلفة بتأطير ممارسة التشخيص السابق للزرع وبطريق التنظيم "قانون الممارسات الجينية" والذي نصّ على حالتين للجوء إلى هذه التقنية :

أ) وجود خطر أكيد بأنّ الجنين يحمل مرضا خطيرا قابلا لانتقال وراثيا.

ب) بغية الحصول على طفل من الناحية الجينية للطفل المولود أصلا والمصاب بمرض يستحيل علاجه بوسيلة أخرى أي "الطفل الدواء".

في حين أبيحت تقنية التشخيص السابق للزرع صراحة في إسبانيا بموجب القانون رقم 14 المؤرخ في 26-05-2006 المتعلق بتقنيات الإخصاب الطبي المساعد ، القانون الذي تضمن نصا يحدّد من مجال الممارسة إلى ما يلي :

1- كشف الأمراض الوراثية الخطيرة ، الّتي لا يمكن علاجها بعد الولادة ، بهدف اختيار الأجنة ذات 14 يوم والسليمة فقط بغية زرعها.

2- كشف عيوب أخرى قابلة لإعاقة قابلية الطفل للحياة.

أمّا عن تقنية "الطفل الدواء" فيجب الحصول بشأن إجراء التشخيص على الترخيص المسبق من السلطة الصحية المعنية[8].

أمّا في التشريع الفرنسي فيتمثل الأساس القانوني لإباحة تقنية التشخيص ما قبل الزرع في الرحم في القانون رقم 94-653 [9]، والقانون رقم 94-654[10]، بالإضافة إلى القانون 2004-800[11].

---

[7] - Humain Fecondation and Embryology Authority, HFEA.

[8] - Le diagnostic pré-implantation, des documents de travail de SENAT, série législations comparée, n° 188 Octobre 2008, France, p 03.

[9] – الصادر في 29-07-1994 المتعلق باحترام الجسد البشري ، المعدل والمتمم للقانون المدني.

حيث تنصّ المادة 4/16 الفقرة 02 من القانون 94-653 على ما يلي: "إن الأنشطة الانتقائية الّتي تهدف إلى الانتقاء بين الأشخاص ممنوعة". و من ثم منع ممارسة اختيار النسل وانتقاؤه، إلاّ أنّ الجنين البشري لا يعتبر شخصا في نظر القانون المدني الفرنسي، حيث أنّه لا يستمتع بالشخصية القانونية، فمن باب المخالفة فإنّ الأنشطة الانتقائية المتمثلة في تقنية التشخيص ما قبل الزرع على الأجنة البشرية جائزة. إنّه المبدأ والأساس الذي انطلق منه المشرع الفرنسي في إباحته لهذه التقنية وذلك بموجب القانون 94-654[12] والذي نصّ على أنّها تقنية موجهة خصيصا للأزواج الذين لديهم احتمال كبير لولادة طفل مصاب بمرض وراثي خطير ، معروف بأنّه لا شفاء منه لتفادي نقله إلى الجنين وذلك حسب المادة 2/152 منه ، وتضيف المادة 17/162 من ذات التشريع أنّ تقنية التشخيص السابق للزرع هي كشف بيولوجي يتمّ على خلايا جنين مخبري يسمح به على سبيل الاستثناء لا غير في ظل توفر الشروط التالية :

1- شهادة طبيب مختص بأنّ لدى أحد الزوجين أو كلاهما أو لدى أحد خلفهما المباشر احتمال كبير لإنجاب طفل مصاب بمرض خطير لا شفاء منه ولا علاج له ، وذلك بعد التأكد من وجود العيب أو العيوب المرتبطة بذلك المرض والمسئولة عن ظهورها لدى أحد الزوجين ، لدى أحدهما أو أحد خلفهما المباشر على أنّ الهدف منها هو بحث سبل الوقاية والعلاج.

هذا ولا يتمّ اللجوء إلى هذا التشخيص إلاّ بعد القبول الكتابي للزوجين[13].

فما هي الخطورة الّتي تبرر اللجوء إلى هذه الوسيلة ؟ هل المرض الذي لا يحول ولا يمنع من الحياة الطبيعية والعادية هو مرض خطير في مفهوم القانون 94-654؟ لماذا قد يلجأ الأزواج إلى هذه التقنية، ما دام المرض خطير ولا شفاء منه ؟[14]

لعل الملاحظ عل نص المادة 17/162 المشار إليها أعلاه هو الغموض من جهة حيث لم يحدّد المشرع معيارا للخطورة، ومن جهة ثانية التناقض بين عبارتي: "لا علاج له ولا شفاء منه..." و"...سبل ... العلاج..." وكأنها وسيلة علاجية !! في حين أنّها ممارسة بحثية تترجم حقيقتها ما يسمى "طب الرغبة".

---

[10] – الصادر في 29-07-1994 المتعلق بالتبرع واستعمال عناصر الجسد البشري، التلقيح الصناعي والتشخيص السابق للولادة.

[11] – الصادر في 06 أوت 2004 المتعلق بأخلاقيات الأحياء.

[12] - Isabelle Florenti, le D.P.I et le contrôle de la qualité des enfants à maitre, le droit saisi par la biologie : des juristes au laboratoire, bibliothèque du droit privé, Tome 259, librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 1998, p 145.

[13] - Le diagnostic pré-implantation, Op.cit, p 06.

[14] - Isabelle Florenti, Op.cit, p 116.

إذ وجود فائض من الأجنة في أنابيب الاختبار يمثل أحد الأسباب الّتي تمكن الأزواج من اللجوء إلى التشخيص ما قبل الزرع لاختيار الأجنة السليمة ليتمّ شتلها في الرحم ، دون البقية الّتي تنتظر مصريها ، وبالتالي زرع الأجنة المحققة لرغباتهم وترك الباقي ما دام لديهم فرصة الاختيار[15].

ولقد زاد القانون 800-2004 الطين بلة ، حيث نصّ على جاوز اللجوء إلى تقنية التشخيص ما قبل الزرع ، وعلى سبيل الاستثناء ، متى كان الهدف منه إنجاب طفل سليم لعلاج آخر مصاب بمرض وراثي خطير لا شفاء منه ، إنّه "الطفل الثنائي الأمل" أو ما يسمى "بالطفل الدواء" ، وذلك من خلال نص المادتين 4/2131 و4/2131 الفقرة 01 منه.

وبالتالي فلقد مكّن القانون 800-2004 من شكل ثاني وحالة أخرى لممارسة تقنية التشخيص ، وبصفة استثنائية من أجل "اختيار جنين سليم جينيا ، موافق لطفل (أخ أو أخت له) يعاني من مرض وراثي يمكن علاجه بفضل الخلايا الجذعية للأم الحبل السري المتحصل عليه عند الولادة أو النخاع الشوكي للجنين الدواء[16] ، وهو ما تمّ فعلا بتاريخ 29-08-2000 بالولايات المتحدة الأمريكية بولادة "طفل دواء"[17].

إنّ إجراء التشخيص في هذه الحالة يتطلب تحقيق مرحلتين، ذكر بهما مجلس الدولة الفرنسي في الدراسة المقدمة كم طرفه بشأن تعديل قانون أخلاقيات الأحياء، وتتمثل هاتان المرحلتان فيما يلي:

1- إجراء التشخيص الذي يهدف إلى التحقق من أنّ الجنين لا يحمل أي مرض ، أي الاختيار السلبي ، ثمّ إجراء انتقاء جيني يمكن من تعيين – ومن بين الأجنة السليمة – تلك الّتي ستكون متطابقة للأخ أو الأخت من الناحية الجينية ، أي الاختيار الإيجابي ، وبالتالي التشخيص المزدوج وهو ما جاء في المادة 1/2131 الفقرة 1 باشتراطها أن يكون الزوجان قد أنجبوا طفلا مصابا بمرض جيني وراثي يؤدي إلى الوفاة منذ السنوات الأولى لحياته ، المرض الذي لا شفاء منه[18].

15 - Isabelle Florenti, Op.cit, p 120.
16 - P.L. Fagnez, J.Loiau et C. Tayer, le bébé espoir, génécologie obstétrique et fertilité, volume 33-, le 10-10-2005, Paris, France, pp 828-832.
17 - J.E. Poisson, Bioéthique, l'homme contre l'homme ? Chapitre IV, "Mon médicament s'appelle ADAM", presse de la reconnaissance, Paris, 2007, p18.
18 - Le conseil d'état, la révision de la loi de bioéthique des études du C.E, la documentation française, Paris, 2009, p 37.

II- إجراء التشخيص الذي يهدف إلى اختيار – ومن بين الأجنة السليمة الموافقة جينيا للأخ أو الأخت – الجنين الذي يمثل أكبر فرص ونسب نجاح التطابق ، أمّا بقية الأجنة فيتمّ التخلي عنها[19].

* **المشرع الجزائري**: لقد أجيزت تقنيات التلقيح الصناعي بموجب المادة 45 مكرر من الأمر رقم 05-02 المعدل والمتمم لقانون رقم 84 المتضمن قانون الأسرة. ومن بين الضوابط الّتي وضعها المادة 45 مكرر للجوء إلى التلقيح الصناعي تلك المتعلقة بوجود ضرورة طبية تحتم الاستعانة بتقنيات الإنجاب الصناعي ، وعليه يشترط وجود حالة قلة أو انعدام الإخصاب وهو ما يعرف بالعقم ، وهو ما أشارت إليه التعليمة الوزارية رقم 300 المؤرخة في 12 ماي 2000 ، والتي من بين ما نصّت عليه : "...التأكد من حالة العقم لدى أحد الزوجين أو لديهما معا ، أو ضعف خصوبتها وهذا حسب مفهوم منظمة الصحة العالمية...".

وتضيف المادة 07 من مدونة أخلاقيات الطب[20] أنّه : "تشتمل رسالة الطبيب... في الدفاع عن صحة الإنسان البدنية والعقلية وفي التخفيف من المعاناة ضمن احترام حياة الفرد وكرامته الإنسانية...". وبالتالي أن يكون المقصود أو التدخل الطبي على الكائن البشري هو الغاية العلاجية وهي أساس إباحة العمل الطبي.

وبناء عليه فإنّ التشريع الجزائري لا يجيز تقنية التشخيص على الأجنة البشرية سواء أكانت مخبرية – أي قبل زرعها في الرحم – أو رحمية – أي بعد زرعها في الرحم- طالما أنّها ممارسة غير علاجية وما من أساس يبرر اللجوء إليها.

III- التشخيص السابق للزرع في الميزان الأخلاقي العلمي :

لقد أثارت هذه التقنية مخاوف أخلاقية لها مبرراتها لدى الجانب المعارض لها ، بعد أن تعدّت الحدود الّتي تأسس عليها الطب والمبادئ الأخلاقية الّتي اهتدى بهديها ، ممّا يبقي دائما على التجاوزات والانحرافات، إلاّ أنّ هناك جانب آخر مدافع عنها.

أوّلا: الاتجاه المؤيد.

يرى هذا الجانب أنّ التشخيص ولو اعتبر ممارسة انتقائية إلاّ أنّه :

[19] - Cecil Kingler, Noutre pour sawer, les dossiers de la recherche n° 26, février 2007, Paris, p 30.

[20] – المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في جويلية 1992 يتضمن مدونة أخلاقيات الطب ، الجريدة الرسمية رقم 52 لسنة 1992.

1- يمثل قيمة إيجابية بالنسبة للأسر ذات احتمال إنجاب طفل غير سليم بسبب التشوه أو الاختلال الصبغي ، حيث تمكن هذه التقنية من التأهب للمعالجة الطبية أو الجراحية في حالة الشذوذ البسيط ، كما أنّها تسمح بتقديم معلومات وتوضيحات للزوجين حول نوعية الحياة المحتملة لدى الجنين[21].

2- يجري بعض المدافعين عن هذه التقنية مقارنة بين التشخيص للزرع DPI وبين التشخيص ما قبل الولادة Le DPN diagnostic pré-natal ، محاولين إيضاح الاختلاف الجوهري بينهما من حيث الطبيعة والتبعات ، فإن كانت كل مهما تهدف إلى تفادي حياة الألم والعذاب ، حيث كلاهما وسيلة انتقائية ؛ إحداهما قبل الزرع والأخرى بعده ، إلاّ أنّ التشخيص السابق للزرع يذهب حسبهم إلى أبعد من ذلك ، ما دام أنّه يسمح بإنجاب طفل "حسب الطلب والرغبة" الرغبة الملحة للأزواج في :

أولا: الحصول على طفل متقن وتام: إنّها الانتقائية الإيجابية، بهدف تحقيق السعادة والرفاهية الاجتماعية وخاصة الأسرية من خلال تحسين النسل وبمعنى آخر انتقاء الملائم، وبالتالي رقابة النسل والتحكم فيه من خلال ما يلي:

1- **اختيار جنس الجنين** : والتي تمثل دواعيه عموما فيما يلي :

أ- الدواعي الطبية : يتعلّق الأمر بالمرض الجيني المرتبط بالجنس ، إنّه ما تبيحه المادة 14 من الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان وكرامة الكائن البشري في ظل الممارسات البيوطبية[22] ، حيث تجيز اللجوء إلى أسلوب التلقيح الصناعي الخارجي وكذا التشخيص السابق للزرع بهدف اختيار جنس المولود إذا كان بغية تجنب الإصابة بمرض وراثي خطير مرتبط بالجنس، مثل حالة اختيار جنس الأنثى على الذكر عند احتمال الإصابة بمرض ينقله صبغي الأنوثة (X) كالضمور العضلي ، فإذا كان الجنين أنثى تركه لأنّ للأنثى صبغي (X) آخر يعوّض النقص ، أمّا إذا كان ذكرا أعدمه[23].

ب- الأسباب الاجتماعية : إمّا لتفضيل بعض المجتمعات وبعض الأسر لجنس طفل على جنس آخر ، كما قد يفضل البعض أن يكون أوّل مولود من جنس معين ، ففي الهند مثلا يجري الفحص خصيصا لدى بعض الأسر المقتدرة ماديا بغية الإبقاء على الذكر طريقة حديثة للوأد[24].

---

[21] - بشير حمزة، المرجع السابق، ص 03.

[22] - اتفاقية OVIEDOالمؤرخة في 04-03-1997.

[23] - عفت عبد العزيز بدر ، الخريطة الوراثية البشرية ، الطبعة 1 ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، مصر ، 2001 ، ص 53.

[24] - Réné Fridman, Op.cit, p 262.

كما يمكن أن تتمثل الدواعي الاجتماعية في رغبة إحداث التوازن في الأسرة بطفل من جنس مغاير.

2- **اختيار صفات الجنين** : سواء الجسدية الذهنية وحتى النفسية ، بغية التوصل إلى أفراد يتمتعون بخصائص معينة ومبرمجة[25].

-2 -**الرغبة في استبعاد طفل معيب أو مريض** : وهو طبعا الطفل غير المرغوب فيه. إنّها الانتقائية السلبية[26] وذلك بدعوى السعادة التي لن تتحقق له.

ويواصل الجانب المؤيد لهذه التقنية أنّ لجوء المرأة الحامل إلى تقنية التشخيص السابق الولادة DPN قد يدفع بها أحيانا إلى تقرير الإجهاض متى رأت بأنّ الجنين الذي تحمله لا يستجيب لرغباتها وأنّه لن يحقق آمالها ، لأنّه طفل مريض ، معيب أو مشوه ، وأنّ الحياة التي سيعيشها لا تستحق أن تعاش ، ذلك رغم أنّ الإجهاض تجربة مؤلمة ومنهكة جسديا ونفسيا، بالإضافة إلى أنّها ممارسة تجرى على جنين كامل بإسقاطه حيث لا يبقى منه شيء.

في حين أنّ تقنية التشخيص السابق للزرع DPI تمارس على أجنة ل تزال في أنبوب الاختبار، حيث تستبعد فقط الأجنة غير المرغوب فيها، في حين الاحتفاظ بالبقية بغية زرعها، وبالتالي فإنّها ممارسة تجنب الإجهاض وتجنب قبله تقنية التشخيص ما قبل الولادة[27].

4- يضيف الاتجاه المدافع عن تقنية التشخيص السابق للزرع بأنّها ممارسة تسمح بالحصول على طفل معافى وسليم بأقلّ تكلفة فردية واجتماعية ، حيث أنّ الاعتناء والتكفل بطفل "غير عادي" حسبهم يكلف أكثر من استبعاده أضف إلى ذلك أنّ الرغبة والقدرة النفسية على التحمل تختلف من أسرة إلى أخرى وتتنوع بين إعاقة وأخرى.

ثانيا : **الاتجاه المعارض** :

يقدّم هذا الجانب مجموعة من المثالب تمثل اعتراضات أخلاقية على هذه التقنية.

1- إنّ اكتشاف وجود الخلل أو الإصابة لدى الجنين تدفع بالأطباء إلى اتخاذ تدبير من التدابير التالية :

أ) إعدام الجنين وذلك بوقف تجميده أو تحويله للأبحاث.

---

[25] – أ. علي بدوي ، استنساخ الأجنة ، مجلة العربي ، ، العدد 454 ، سبتمبر 96 ، ص 168.

[26] - Gerard Memeteau, le refus de soir à l'enfant conçu, Revue trimestriel de droit, Santé et social, Juillet-Septembre 79 ; p 317.

[27] - Isabelle Florenti, Op.cit, p 145.

ب) الإعلان عن حمل الجنين للمرض حتّى يُحتاط لأمره في المستقبل ، فلا يتزوج من حامل لذات المرض وهو التدبير الذي سيؤدي بعد مدّة من تطبيقه إلى وجود جيل كامل من حملة المرض لا يستطيعون الزواج من بعضهم[28].

ج) ينادي البعض بفكرة "منع الإنجاب" في هذه الحالة ، وهو التدبير الذي لم تثبت الدراسات عمقها حيث وحسب الديموغرافيين فإنّ بعض الأمراض الوراثية لا يؤثر فيها منع الحمل ، فالمرض الذي تكون نسبته 100000/1 لا ينقص بمنع الإنجاب إلاّ بنسبة 2% لكل جيل ، وهذا بغض النظر عن الأمراض الجديدة الّتي تظهر في كل جيل بسبب الطفرات الوراثية إلاّ أنّ الحد من زواج الأقارب يؤدي إلى نتائج أفضل بكثير ، حيث أنّ تفادي الزواج من الأقارب حتّى الدرجة الثانية ينقص من احتمال الإصابة بنسبة تتراوح بين 15 و20% لكل جيل.

وتجدر الإشارة إلى أنّ نتائج التشخيص ليست مؤكدة ، بل احتمالية لا غير ، حيث أنّ الفحص لا يشمل إلاّ خلية أو اثنين ، خاصة إذا علمنا أنّ التكوين الصبغي للخلايا قد لا يكون واحدا[29]، وبالتالي احتمالية نتائج التشخيص ، إنّه الطموح الوهمي إلى معرفة توقع وإصلاح كل شيء.

2- إنّ مصير الأجنة البشرية السليمة والتي لا تتوافق مع ما كان يأمله الأطباء والبيولوجيون في حالة "الطفل الدواء" سيكون التخلي عنها. إنّه إهمال مبرمج مسبقا ، بل ومنذ بداية الإخصاب ، إنّه إباحة ضمنية لإخصاب أجنة بشرية بهدف البحث ، الممارسة الّتي يمنعها في الأصل التشريع الفرنسي ، خاصة إلى علمنا أنّ عدد الأجنة المتبقية بعد الانتقاء لغرض إيجاد "الجنين الدواء" في المتوسط هو 15 بعد الحصول على المرغوب والملائم. أضف إلى ذلك أنّ التلقيح الخارجي في هذه الفرضية تمّ بغية إيجاد الطفل الذي يمثل علاجا لغيره ، في حين أنّ هدف التلقيح لا يجب أن يكون إلاّ الزرع في الرحم ، أي التكاثر والتناسل ما دام ذلك غير ممكن بطرق الإنجاب العادية ، وأنّ التخلي عن الأجنة في حالة التلقيح الخارجي التكاثري لن يتـمّ إلاّ بعد العدول عن الشروع الأسري الإنجابي لسبب أو لآخر ، وما التخلي إذن إلاّ عن الأجنة الزائدة عن الحاجة لا غير.

---

[28] – باحمد آرفيس ، مراحل الحمل والتصرفات الطبية في الجنين بين الشريعة الإسلامية والطب المعاصر ، الطبعة II ، A.D للطباعة والنشر، الجزائر ، 2005 ، ص 341 و342.

[29] - André Langarey, faut il avoir peur de gène génétique ? Eurêka, Décembre 1996, n° 14bis, p 10.

ولقد اقترحت الوكالة البيوطبية الفرنسية بتاريخ 09-06-2006 أنّه : "في حالة عدم وجود جنين ملائم جينيا ، يجب ألاّ يتمّ إعادة عملية التلقيح الخارجي ما دام هناك أجنة محفوظة سليمة"[30].

وعموما فإنّ مصير الأجنة البشرية الفائضة من مشروع أسري تمّ العدول عنه، وهي غالبا أجنة سليمة سيكون حسب المادة 4/2141 من القانون 800-2004 المتعلق بأخلاقيات الأحياء الفرنسي سيكون واحدا مما يلي:

أ) الهبة لزوجين آخرين بتوافر شروط معينة.

ب) الإتلاف: (وقف التجميد أو التحويل للأبحاث العلمية).

في حين سيكون مصير المريضة منها أو تلك غير القابلة للزرع الإتلاف سواء بوقف التجميد أو تحويلها للأبحاث العلمية.

3- إذن التشخيص السابق للزرع ما إلاّ وسيلة انتقائية هدفها تحسين النسل من خلال التمييز بين الأجنة البشرية في مرحلة ما قبل الزرع ، أخطر مظاهر العنصرية[31]، علما أنّ الأمراض والإصابات تنقسم إلى قسمين :

أ) الأمراض الّتي تمكن للجنين من أن يولد حيا أو قابلا للحياة.

ب) الأمراض الخطيرة والتي لا شفاء منها ، لكن يمكن العيش بها ولعدّة سنوات ، مثل مرض الهمتينجتون Humtington[32].

إنّ السعادة الّتي يؤسس عليها مؤيدو تقنية التشخيص السابق للزرع دعواهم ، هي سعادة الوالدين والأسرة ، لا سعادة الطفل لأنّهم سيفقدون رفاهيتهم وراحتهم في حالة الطفل المريض أو المعيب.

هذا الأخير سيكون بأحسن حال إذا قبله والداه وأحبته أسرته، إنّها العوامل الّتي من شأنها تحقيق السعادة له[33].

إنّ ما يؤكده د. Jean François MATTEI والذي كان من بين واضعي قانون الصحة الفرنسي لسنة 1994 بقوله : "وضعنا أربعة شروط لتطبيق الفحص ، لكنها لم تحترم.

---

[30] - Conseil d'orientation de l'agence de biomédecine, Avis sur la double DPI, délibération n°200, séance de vendredi 09-06-2006.

[31] - Réné Frydman, L'embryon a-il-une âme ? Nouvel observateur n° 1711, Aout 97, p 12.

[32] – وهو مرض انحلالي يصيب المخ ، يتطور تدريجيا ويبطئ مؤديا إلى الوفاة بعد عدة سنوات من الحياة العادية ، بشير حمزة ، المرجع السابق ، ص 02.

[33] - A.F. Largault, Reflexions sur la notion de qualité de vie, archives de philosophie de droit, tome 36, édition Sirey, paris-1991, p 135.

حيث كان من المفترض البحث عن الأمراض الخطيرة ، المزمنة والمؤكدة ، وكان الأصل اعتبار مصلحة الطفل لا الوالدين ، لكن ترك عنصر الخطورة ، وأصبح الجنين يستبعد بسبب الشفة الأرنبية ، وترك عنصر المرض المزمن ليتمّ البحث عن الأمراض الّتي يمكن علاجها ، وأهمل اعتبار مصلحة الجنين ، وأصبح تقرير الاحتفاظ به وزرعه مرتبط بالظروف الاجتماعية والاقتصادية للوالدين. وأخيرا ترك عنصر التأكيد ، بحيث يتمّ الاكتفاء اليوم باحتمال 10 أو 20% للإصابة ليتمّ الاستبعاد".

وبالتالي التحكم في الإخصاب لضمان حياة ممتازة إلى منتهى حدودها على أساس حق الأزواج في جودة الحياة ورفضهم لحياة مجحفة وغير عادلة.

4- في حين يتعلّق الاعتراض الأخير في تحويل "الإخصاب البشري" لصالح مشروع تخليق كائن بشري يصلح "كدواء" ، وبالتالي التلقيح بهدف وبسبب الاحتمالات العلاجية المرجوة والمنتظرة.

إنّه أبلغ تجسيد لمبدأ النفعية والغائية، حيث العبرة بالمصلحة والفائدة، حيث سيعتبر الكائن البشري مجرد "وسيلة".

الخاتمة :

يكمن التهديد الأخلاقي بصدد ممارسة التشخيص السابق للزرع في تحول سياسة الصحة العمومية إلى سياسة اقتصادية تعتمد على الموازنة بين التكلفة والفائدة، من خلال الموازنة بين مبدأ عدم المساس بسلامة الجسد البشري وبين المطالب الشرعية للحفاظ على الصحة العامة.

وبالتالي استبعاد الأجنة البشرية المخبرية غير المرغوب فيها أو غير الملائمة بهدف عدم انتقال العبء الأسري والاجتماعي.

وتجدر الإشارة في نهاية هذه الدراسة إلى ضرورة تفادي زواج الأقارب، طالما أنّ ذلك سيخفض من احتمالات الإصابة، زيادة على الخضوع للكشف الطبي قبل الزواج بغية التعرف على توقعات الإصابة بالأمراض لدى الأولاد باعتباره تدبيرا وقائيا.

كما ينبغي التنويه بالبديل عن الفحص السابق للزرع ، يتعلّق الأمر بتقنية فحص الخلايا التناسلية قبل التلقيح Le D.P.C diagnostic pré-conceptionel ، وذلك بفحص النطاف والبويضات واختيار السليم منها ليُجرى بها التلقيح.

قائمة الراجع:

1- القران الكريم.

2- القانون رقم94-653 المؤرخ في 29-07-1994 المتعلق باحترام الجسد البشري، المعدل والمتمم للقانون المدني.

3- القانون رقم654المؤرخ في 29-07-1994 المتعلق بالتبرع واستعمال عناصر الجسد البشري، التلقيح الصناعي والتشخيص السابق للولادة.

4-القانون رقم2004-800 المؤرخ في 06 أوت 2004 المتعلق بأخلاقيات الأحياء.

5-المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في جويلية 1992 يتضمن مدونة أخلاقيات الطب ، الجريدة الرسمية رقم 52 لسنة 1992

6- بشير حمزة – المسؤولية تجاه عملية التناسل البشرية ، تأملات بيولوجية أخلاقية – الملتقى الدولي الرابع لقرطاج "بيت الحكمة" – تونس من 01-06 ماي 2000.

7- د. حسان حتحوت ، التحكم في جنس الجنين – الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة ، منشورات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ، الكويت ، 1983.

8- د. علي مشعل ، علم الوراثة الإنجابي والإرشاد الوراثي من المنظورين العلمي والأخلاقي – رسالة التقريب العدد 53 لسنة 2006، الأردن.

9-عفت عبد العزيز بدر ، الخريطة الوراثية البشرية ، الطبعة 1 ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، مصر 2001 - أ. علي بدوي، استنساخ الأجنة، مجلة العربي، العدد 454، سبتمبر 96.

10-باحمد آرفيس ، مراحل الحمل والتصرفات الطبية في الجنين بين الشريعة الإسلامية والطب المعاصر الطبعة II ، A.D للطباعة والنشر، الجزائر ، 2005.

11- Isabelle Florenti- le D.P.I et le contrôle de la qualité des enfants à naitre- le droit saisi par la biologie : des juristes au laboratoire, bibliothèque du droit privé, Tome 259, librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 1998.

12- P.L. Fagnez, J.Loiau et C. Tayer-le bébé espoir-génécologie obstétrique et fertilité, volume 33-, le 10-10-2005, Paris, France.

13- J.E. Poisson, Bioéthique- l'homme contre l'homme ? Chapitre IV, "Mon médicament s'appelle ADAM"- presse de la reconnaissance, Paris, 2007.

14- Le conseil d'état, la révision de la loi de bioéthique des études du C.E, la documentation française, Paris, 2009.

15- Cecil Kingler, Naitre pour sauver- les dossiers de la recherche- n° 26, février 2007, Paris.

16-Gerard Memeteau- le refus de soir à l'enfant conçu- Revue trimestriel de droit, Santé et social- Juillet-Septembre 79.

17- André Langarey, faut il avoir peur de gène génétique ? Eurêka, Décembre 1996, n° 14bis.

18- Conseil d'orientation de l'agence de biomédecine, Avis sur la double DPI, délibération n°200, séance de vendredi 09-06-2006.

19-Réné Fridman- Dieu, la médecine et l'embryon- édition O.Jacob, -paris-1997.

20- Réné Frydman- L'embryon a-il-une âme ? Nouvel observateur n° 1711, Aout 97.

21- A.F. Largault- Réflexions sur la notion de qualité de vie- archives de philosophie de droit, tome 36, édition Sirey, paris-1991.

22- Le diagnostic pré-implantation, des documents de travail de SENAT, série législations comparée, n° 188 Octobre 2008, France.

- الموقع الإلكتروني:www.dar-alifta.org