

LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE (PMA) EN BELGIQUE

I. INTRODUCTION: LA PMA, UN SECTEUR EN PLEINE EXPANSION

Depuis 1978, année de la première conception artificielle d'un être humain, le nombre d'enfants conçus de cette manière est estimé entre 3 et 4 millions dans l'ensemble du monde. La grande majorité des traitements relevant de la PMA¹ est réalisée en Europe. En Belgique, quelque 10.000 couples bénéficient annuellement d'une PMA, parmi lesquels 3.700 viennent de l'étranger. Chaque année, pas moins de 3.000 enfants naissent en Belgique grâce à une procréation artificielle, suite à la mise en œuvre de 26.868 cycles chez la femme.²

Les techniques de PMA se sont fort développées en 30 ans en Belgique. Notre pays, pionnier dans la pratique de certaines de ces techniques, compte 18 centres de PMA³ auxquels s'ajoutent 15 centres où la ponction d'ovocytes est réalisable, tous rattachés à une université et en lien avec un centre d'analyse génétique.

Dans ce dossier, nous nous proposons de faire le point sur cette question. Quelles sont les techniques utilisées ? Quel est leur statut juridique en droit belge ? Quel regard critique peut-on porter sur ces techniques de procréation⁴ ?



Petit lexique

IIU : Insémination intra-utérine.

FIV : Fécondation *in vitro*.

FIVETE : Fécondation *in vitro* et transfert d'embryon.

ICSI : *Intra cytoplasmic sperm injection*.

Cryopréservation : Conservation de cellules au froid profond (-196°C), en état de vie suspendue.

DPI : Diagnostic pré-implantatoire.



¹ Ensemble de procédures biomédicales, de la plus simple à la plus complexe, pour tenter de restaurer une fertilité compromise. Définition proposée par le Dr J.-M. Debry, Institut de Pathologie et de Génétique (IPG) de Lovreval, Belgique.

² Rapport du Collège des Médecins « médecine de reproduction », paru le 29 janvier 2010 (Belrap 2007), Table 1.1, p.5, www.belrap.be.

³ Un seul centre par université et par province.

⁴ La question de la gestation pour autrui (mères porteuses) n'est pas abordée dans ce dossier, ayant fait l'objet du Dossier de l'IEB paru le 30 avril 2010. Voir <http://www.ieb-eib.org/fr/document/faut-il-legaliser-la-gestation-pour-autrui-177.html>.

A. LE PROBLEME DE L'INFERTILITE

A l'origine de la PMA, on trouve naturellement la question de l'infertilité ou de la stérilité.⁵ L'infertilité touche un couple sur six. Le Rapport 2007 du Collège des Médecins « médecine de reproduction », le *Belrap*, constate que, dans 39,16% des cas, la cause en est imputable uniquement à l'homme - cette part semble être en augmentation - dans 20,95%, elle l'est à la femme, et dans 23,38%, à l'un et l'autre. Pour les 16,50 % restants, la cause demeure inconnue.⁶ Il faut souligner qu'aujourd'hui, en Belgique, l'âge moyen d'une femme à sa première grossesse est de 28 ans. Les femmes planifient donc leur grossesse de plus en plus tard, trop tard peut-être puisque l'on sait que la période la plus féconde se situe entre 22 et 24 ans. L'âge moyen des femmes faisant appel à la PMA est de 33,6 ans : le fait de différer la maternité à un âge où la fécondité est moindre a naturellement comme conséquence un recours plus fréquent à la PMA.

Infertilité masculine en augmentation

L'augmentation des chiffres de l'infertilité masculine, spécialement dans certains pays occidentaux, interpelle. Un indice révélateur est le fait que les centres de PMA ne parviennent plus à s'approvisionner complètement dans les banques de sperme belges. Ils doivent s'adresser à l'étranger et acheter du sperme en Scandinavie (Société Cryos au Danemark⁷). Comment expliquer cette stérilité masculine en hausse ? Plusieurs perturbateurs endocriniens semblent être identifiables dans l'environnement : les pesticides, le DDT, la dioxine, le phtalate ou encore l'assimilation par les hommes des résidus de la contraception féminine identifiés dans les eaux de ruissellement... Certains phénomènes épigénétiques⁸ se produisent, passent de génération en génération sans que ces perturbateurs endocriniens ne montrent immédiatement leurs effets. Plusieurs scientifiques souhaitent que soient prises au sérieux les causes environnementales de cette infertilité croissante chez les hommes afin d'y remédier au plus vite.⁹

⁵ Les professionnels ne font pas d'autre différence que sémantique : le terme d' « infertilité » a une connotation en principe moins définitive. La stérilité n'est normalement évoquée que quand il n'y a plus aucun moyen de mener à bien une grossesse : azoospermie chez le mari (absence de spermatozoïdes dans le sperme), hystérectomie radicale totale chez l'épouse (ablation de l'utérus), etc.

⁶ Ce qui veut dire que les causes de stérilité masculine cumulées sont de 62,54%. *Belrap* 2007, Figure 2.3, p. 10.

⁷ Ceci étant, l'achat de sperme au Danemark est désormais interdit. Les centres belges de PMA vont donc être contraints de revoir leur copie en la matière.

⁸ L'épigénétique, est le domaine qui étudie comment l'environnement et l'histoire individuelle influe sur l'expression des gènes, et plus précisément l'ensemble des modifications transmissibles d'une génération à l'autre et réversibles de l'expression génique sans altération des séquences nucléotidiques

⁹ Voir à ce sujet les nombreuses publications de B. Jégou, P. Jouannet et A. Spira, Inserm.

B. LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE PMA

1. L'insémination artificielle

appelée aussi insémination intra-utérine (IIU), consiste à introduire du sperme dans le corps utérin de la femme. La fécondation, qui survient le plus souvent dans la trompe, et la suite de la grossesse, se passent naturellement.

2. La FIVETE

(fécondation in vitro et transfert d'embryon). La première étape d'une FIV consiste à administrer à la femme plusieurs doses d'hormones afin de provoquer une sur-ovulation. Une dizaine d'ovocytes (en moyenne) seront ainsi prélevés, ce qui permet de ne pas répéter chaque mois cette ponction douloureuse pour la femme. Ces ovocytes sont mis en contact avec les spermatozoïdes sélectionnés et sont alors fécondés. Les embryons conçus en éprouvette, hors du corps maternel, seront filtrés par screening¹⁰. Certains seront réimplantés (1 ou 2), d'autres éliminés et d'autres congelés afin d'être éventuellement réimplantés plus tard lorsque leurs parents souhaiteront faire une nouvelle tentative pour avoir un enfant. Ces embryons destinés à la congélation¹¹ sont appelés embryons surnuméraires.¹² En Belgique, le transfert d'un seul embryon à la fois est la règle (afin de réduire le risque de grossesse multiple). Les transferts doubles sont autorisés seulement si la morphologie embryonnaire n'est pas parfaite ou si l'âge avancé de la patiente le justifie. Précisons encore que les fécondations artificielles sont dites *homologues* lorsque les cellules germinales proviennent du couple demandeur (mari et femme ou partenaires), et *hétérologues* lorsqu'il est fait appel à un donneur de sperme (en cas d'infertilité masculine) ou à une donneuse d'ovules (en cas d'infertilité féminine) extérieurs au couple.

Etapas d'une FIV

1. *Stimulation hormonale chez la femme pour provoquer une hyperovulation.*
2. *Observation de la maturation des follicules.*
3. *Ponction d'ovules. La quasi-totalité de ces ponctions est aujourd'hui pratiquée sous échoguidage vaginal ; l'aiguille de ponction est introduite par la même voie naturelle. Il suffit de percer la paroi fine du fond vaginal pour accéder aux follicules ovariens. Le tout est pratiqué sous anesthésie.*
4. *Fécondation en éprouvette par le sperme du mari ou du donneur.*
5. *Réimplantation entre jour 0 et jour 7, mais le plus souvent entre les jours 2 et 5.*¹³

Le tableau ci-après¹⁴ montre la proportion d'ovules collectés en 2006 en Belgique et leur destination finale. Il faut souligner que le nombre de cycles avec

¹⁰ Le *screening* revient au simple comptage de quelques paires de chromosomes, celles qui font le plus souvent l'objet d'anomalies de nombre. Il est pratiqué avant la réimplantation et se différencie du DPI, qui, lui, a pour objet l'identification d'une maladie génétique. Le *screening* est loin d'être systématique ; il est même proportionnellement peu fréquent, notamment en raison de son prix.

¹¹ On parle aussi de cryopréservation. Procédé de congélation des gamètes dans l'azote liquide à -196°C .

¹² Certains couples recourant à la FIVETE relèvent les difficultés psychologiques de ce processus et le malaise qu'implique la chosification de leurs corps, non seulement pour la femme mais aussi pour l'homme, et surtout pour leur relation en couple.

¹³ 56.90% des embryons « frais » sont réimplantés au jour 3. Belrap 2007, Figure 2.21, p. 28.

¹⁴ Présentation de Jean-Michel Debry, Institut de Pathologie et de Génétique (IPG), Loverval, 2007.

ponction d'ovules est passé de 10.144 en 2002 à 17.504 en 2006 (soit une augmentation de 70%).

Don d'ovules :

506 cycles ont été initiés chez des femmes qui se sont manifestées pour donner leurs ovocytes. Le nombre de cycles initiés chez les demandeuses a été de 1003.

De l'ovule à l'embryon :

Nb d'ovules collectés en 2007:	158.051
Nb d'ovules inséminés :	137.566
2 PN (présence de deux pro-noyaux) :	93.147
Embryons transférés :	24.176
Embryons congelés :	30.043
Embryons détruits :	38.928

On peut déduire de ces chiffres que des 158.051 ovules collectés en 2007 par les centres de PMA, seulement 41% arrivent au stade embryonnaire. Des 93.147 embryons (2PN), 26% seront transférés, 32% seront congelés et 42% se verront détruits¹⁵, soit 38.928 embryons par an pour toute la Belgique.¹⁶

Combien d'embryons réimplante-t-on ?

Les médecins ont constaté que le fait d'implanter plusieurs embryons dans l'utérus maternel ne donnait pas forcément de meilleurs résultats. En revanche, le risque de grossesse multiple augmente avec le nombre d'embryons replacés. Selon l'âge de la femme et le nombre d'essais qu'elle a déjà subis, le médecin décidera d'en réimplanter un ou deux.

Les embryons non réimplantés (3 ou 4, selon les circonstances), s'ils sont estimés sains après diagnostic, seront congelés, en vue d'une prochaine tentative (embryons surnuméraires, voir *infra*).

La fiabilité des techniques de procréation médicalement assistée

Toutes ces techniques sont-elles fiables ? Le rapport Belrap mentionne que le taux d'échec de la FIV est aujourd'hui de 79% en moyenne. Autrement dit, à partir du moment où le transfert d'un embryon a eu lieu, la femme âgée de moins de 36 ans a 21% de chance de donner naissance à un bébé. Le pourcentage de réussite d'une FIV est bien moindre que ces 21%.¹⁷ Ajoutons que ce taux diminue considérablement lorsque la femme est plus âgée, pour n'atteindre que 5% entre 40 et 43 ans, selon le rapport Belrap.

¹⁵ Ces embryons, passés par le filtre du *screening*, sont mis « hors course ». Les médecins ne réimplantent que les embryons sans défaut, appelés les « Top embryos ».

¹⁶ Belrap 2007, Table 2.17, p. 24.

¹⁷ Belrap 2007, Figure 2.29, p. 48.

Les embryons surnuméraires et leur destination

S'ils ne sont pas immédiatement implantés, les embryons conçus par FIV, appelés surnuméraires, peuvent être congelés ou cryopréservés. Lors de la mise en route des techniques de PMA, le couple est invité à remplir un formulaire établissant une convention à ce sujet avec le centre de PMA. Au bout du délai de 5 ans prévu par la loi, les embryons ne peuvent rester dans la cuve d'azote liquide où ils sont conservés. Que la PMA ait pu leur procurer l'enfant désiré ou qu'ils abandonnent toute autre tentative, les parents auront à décider de la destination de leurs embryons surnuméraires.

Il faut savoir que la décongélation des embryons pour une nouvelle tentative de grossesse entraîne inévitablement la perte de plusieurs d'entre eux et une détérioration certaine de ces corps embryonnaires. Le rapport Belrap fait état d'un taux de 25% de perte d'embryons suite à la décongélation de ceux-ci, soit plus de 1.709 embryons par an¹⁸. La cryopréservation abîme et détruit certains embryons. Alors que la chance de donner naissance à un bébé pour une femme de moins de 36 ans s'élève à 21% lors d'une FIV avec des embryons « frais », il n'est plus que de 17% lorsque l'embryon réimplanté est issu de la cryopréservation.¹⁹

Si les embryons surnuméraires n'ont plus d'utilité pour le ou les auteurs du projet parental, la grande majorité des parents opte pour leur destruction complète. Pour l'année 2007, environ 241 embryons, soit 1%, sont donnés à un couple²⁰ demandeur et 788 embryons, soit 3%, sont utilisés à des fins de recherche²¹ scientifiques²², ce qui implique également leur destruction.

Après plusieurs années de pratique de la procréation médicalement assistée, il est important de souligner la chose suivante : la façon dont les médecins exercent la PMA aujourd'hui en Belgique amène dans les faits à une production généralisée et automatique d'embryons surnuméraires²³ : en effet, les chiffres transmis par les centres de PMA montrent que 44% des cycles initiés donnent lieu à la congélation d'embryons. C'est ainsi que le nombre d'embryons produits et congelés pour la seule année 2007 s'élève à 30.043. Autrement dit, 32% des embryons conçus par FIV sont destinés à la congélation.²⁴

La transparence de certaines données dans le domaine de la PMA est loin d'être acquise. L'on ne connaît par exemple pas avec précision le nombre cumulé d'embryons surnuméraires au cours de toutes ces années en Belgique. Le rapport

¹⁸ Belrap 2007, Tableau 3.1, p. 63.

¹⁹ Belrap 2007, Figure 3.9, p. 71.

²⁰ La loi belge encadrant les PMA permet qu'une personne seule émette un projet parental. Elle ne représente donc pas un « couple ».

²¹ Antérieure à la loi encadrant les PMA, la loi du 11 mai 1993, « Loi relative à la recherche sur les embryons in vitro », autorise la recherche sur les embryons. Elle permet également - il est important de le souligner - la création d'embryons à la seule fin de recherche.

²² Ces chiffres annuels absolus, calculés sur la base du nombre d'embryons surnuméraires en 2007, ne sont qu'indicatifs, puisque le nombre d'embryons surnuméraires « arrivant à échéance » varie selon les années. Ces données en tant que telles ne semblent pas être officiellement disponibles.

²³ La loi italienne en matière de PMA prévoit que tous les ovules fécondés doivent être réimplantés. Il n'y a donc pas de constitution de « stock » d'embryons surnuméraires en Italie lors d'une FIV.

²⁴ Belrap 2007, Table 2.22, p. 29.

Belrap a toutefois le mérite d'essayer de collecter et d'agrèger le mieux possible les chiffres des déclarations des centres de PMA.

Un cycle type avec stimulation hormonale :

8,8 ovocytes ponctionnés.

7,6 mis en contact avec le sperme.

5,2 fécondés.

1,3 embryons transférés.

1,7 embryons cryopréservés.²⁵

3. L'ICSI

Intra Cytoplasmic Sperm Injection ou fécondation par micro-injection est une technique récente mise au point en Belgique en 1990. Elle ressemble à la FIV, si ce n'est que l'on injecte directement, à l'aide d'une micro pipette, un spermatozoïde dans l'ovule. Cette technique est utilisée lorsqu'il y a un trop petit nombre de spermatozoïdes dans le sperme ou lorsque ceux-ci sont inaptes à percer d'eux-mêmes la membrane entourant l'ovule, pour que la fécondation se réalise.

La technique de l'ICSI est devenue majoritaire en Belgique²⁶

Méthodes de fertilisation pour 2007 : nombre de cycles initiés : 16.209

Soit FIV : 3.852 cycles

ICSI : 11.445 cycles (71.60%)

Mixte : 912 cycles

4. Le cas particulier du diagnostic pré-implantatoire (DPI)

Le DPI est une technique de sélection d'embryons utilisée pour les couples concernés par une maladie génétique. Le but est d'obtenir, après fécondation *in vitro*, la naissance d'un bébé non atteint par cette maladie ou ayant une caractéristique génétique recherchée²⁷. Après avoir créé plusieurs embryons, on sélectionne celui qui sera implanté dans l'utérus de la mère. Les embryons qui sont porteurs de la maladie, ou qui n'ont pas la caractéristique génétique recherchée sont détruits. Le DPI permet aussi de sélectionner l'embryon selon son sexe : certaines maladies héréditaires se transmettent en effet uniquement de la mère à un embryon mâle. Le médecin choisira donc les embryons féminins pour ne pas courir le risque de cette transmission.

Dans le cas du « bébé-médicament », le couple hétérosexuel fécond se verra proposer une PMA. L'on sélectionnera alors, grâce au DPI, sur les enfants embryonnaires conçus, un embryon sain et surtout compatible avec un frère aîné ou une sœur aînée à soigner (leucémie par exemple). A la naissance de cet enfant, choisi pour sa compatibilité avec l'aîné, on prélèvera le sang de son cordon ombilical pour en tirer les cellules souches qui seront réinjectées pour tenter de guérir l'aîné. (Voir Dossier de l'IEB, mai 2005).

²⁵ Belrap 2007, Table 2.17, p. 24.

²⁶ Belrap 2007, Tableau 2.10, p. 17.

²⁷ *Quid* si l'on identifie dans le corps-embryonnaire le gène d'une éventuelle prédisposition à telle ou telle maladie à l'âge adulte, par exemple le cancer du sein ? Jacques Cohen affirme même que « dans un futur proche, on devrait pouvoir identifier divers traits génétiques comme la stature, l'obésité, la couleur des cheveux et de la peau, et même le Q.I. Ainsi, petit à petit, le but ultime du DPI pourrait bien être de normaliser l'espèce. », *Human Reproduction*, 15 (suppl. 5) 111-116, 2000.

II. LA PMA EN DROIT BELGE

A. La situation avant 2007.

Jusqu'à un passé récent, la Belgique ne disposait pas d'une loi-cadre régissant la procréation médicalement assistée. Il existait néanmoins une loi du 11 mai 2003 « relative à la recherche sur les embryons *in vitro* », deux arrêtés royaux relatifs aux normes des centres de PMA et un arrêté royal relatif aux modalités de remboursement des fécondations *in vitro*.

La licéité du recours à l'insémination artificielle était cependant admise, notamment depuis l'introduction, en 1987, de l'article 318, § 4, du Code civil qui dispose que la demande en contestation de la paternité fondée sur l'article 215 « ... n'est pas recevable si le mari a consenti à l'insémination artificielle ou à un autre acte ayant la procréation pour but, sauf si la conception de l'enfant ne peut en être la conséquence ». La grande liberté ainsi laissée aux médecins a engendré le développement considérable des techniques de PMA en Belgique.

B. La loi du 6 juillet 2007²⁸

Dans les développements de la proposition de loi initiale « relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », on lit que le politique se réjouit d'« une évolution scientifique fascinante et inéluctable »; on y souligne que la Belgique jouit dans ces domaines « d'une réputation sans tache, rehaussée par une maîtrise reconnue mondialement ». La loi, en son *article 2*, définit l'embryon comme « cellule ou ensemble organique de cellules susceptibles, en se développant, de donner un être humain ».

A part quelques prescriptions relatives à l'âge de la donneuse de gamètes ou de la femme chez qui l'embryon sera implanté ou quant au sperme inséminé (*article 4*), à la prohibition de certaines pratiques eugénistes (*articles 23, 52, 67*) ou mercantiles (*article 19, alinéa 2, article 22, alinéa 3, article 48, § 2, 51, § 2*), aucune limite, aucune condition n'est mise à ce qui peut être fait. Le but est seulement de « baliser les pratiques », de « rendre les procédures de procréation médicalement assistées plus uniformes et donc plus transparentes », de protéger le patient, notamment:

1° en habilitant le Roi à fixer « des normes de qualité et de sécurité » (*article 3*);

2° en prévoyant une information loyale (*article 6, alinéa 2, 1°, article 12, alinéa 1er, 1°, article 29, article 31, article 41, alinéa 1er, 2°, article 58, article 60, article 66*) et un accompagnement psychologique (*article 6, alinéa 2, 2°, article 12, alinéa 1er, 1°, article 41, alinéa 1er, 1°*);

3° en prévoyant la conclusion et la modification de diverses conventions ainsi que les mentions qu'elles doivent contenir.

²⁸ Publiée au Moniteur Belge du 17 juillet 2007.

Quand peut-on recourir à la PMA?

L'article 6, alinéa 1er, pourrait laisser croire que le recours à la PMA ne peut avoir lieu qu'en cas de stérilité, d'infertilité ou d'hypofertilité de la demandeuse ou du couple demandeur. Il n'en est rien dès lors que, comme le soulignent les développements de la proposition de loi initiale, le législateur s'est refusé à poser des conditions d'accès à la PMA.

Le don de sperme :

Le nombre de dons de sperme par donneur n'est pas réglementé par la loi belge mais relève des règles de la « Good medical practice ». Il faut toutefois souligner que le nombre de donneurs de sperme pour toute la Belgique, de même que le nombre total de dons de sperme, toutes techniques de procréation médicalement assistée confondues, n'est pas connu²⁹. La loi du 6 juillet 2007 impose simplement que le sperme d'un même donneur anonyme ne puisse bénéficier à plus de 6 femmes. Cette disposition légale mène aujourd'hui les centres de PMA à tenir à jour un registre précis des grossesses obtenues par IAD (insémination artificielle avec sperme de donneur).

De plus, il n'existe pas, au niveau des 15 banques de sperme, d'échanges de données susceptibles d'éviter les dons multiples (à plusieurs endroits différents).

Qui peut recourir à la PMA?

Malgré les observations du Conseil d'Etat, le législateur s'est refusé à préciser qui peut et qui ne peut pas avoir accès à la PMA.

L'article 7 mentionne "**le ou les auteurs du projet parental**". L'article 2, f), définit l'«auteur du projet parental» comme « toute personne ayant pris la décision de devenir parent par le biais d'une procréation médicalement assistée, qu'elle soit effectuée ou non au départ de ses propres gamètes ou embryons ».

Il faut donc souligner ici que le législateur permet à une personne seule de recourir aux techniques de PMA. L'enfant est donc, dès l'origine, privé d'un référent masculin. Une femme seule, si elle le décide, pourra recourir aux PMA et donner naissance à son enfant.

Sous réserve des limites d'âge prévues à l'article 4, peuvent donc recourir à la PMA, des couples, mariés ou non, stables ou non, homo- ou hétérosexuels ainsi que des personnes seules -célibataires, veuves, divorcées-, homo- ou hétérosexuelles. Les PMA s'inscrivent ainsi au-delà du cadre du traitement de la stérilité.

Les articles 15, 16, 44 et 45 permettent, dans certaines conditions³⁰, l'**implantation post-mortem** d'embryons surnuméraires ou l'insémination *post-mortem* de gamètes. Autrement dit, est consacrée légalement la possibilité de concevoir un enfant dont on sait à l'avance qu'il sera orphelin. La seule limite

²⁹ Réponse du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à une question de Madame De Roeck du 7 juillet 2005.

³⁰ L'implantation doit avoir lieu entre 6 mois et 2 ans après le décès.

résultera de l'attitude que prendront les centres, outre la période de deuil de 6 mois imposée à la maman.

De qui peuvent provenir les gamètes et les embryons?

A part l'interdiction d'implanter simultanément des embryons provenant de différents donneurs d'embryons surnuméraires (*article 25*), aucune autre règle n'est prévue en la matière, et notamment lorsque les gamètes proviendraient de membres de la famille.

L'anonymat des donneurs

Les *articles 2, i), 22, 28 et 57* de la loi obligent les centres à garantir l'anonymat des donneurs.³¹ Toutefois, le législateur permet aux centres de PMA de sélectionner les embryons pour que l'enfant à naître ressemble aux parents demandeurs. En effet, dans le cas d'une implantation avec donneur, il est permis de choisir l'embryon dont les caractéristiques génétiques permettront, autant que possible, la ressemblance avec le couple demandeur. L'appariement est donc autorisé. L'embryon est choisi et sélectionné sur base de certains critères.

Que peut-on faire des embryons surnuméraires?

La loi prévoit que les embryons surnuméraires peuvent être cryopréservés en vue de la réalisation d'un projet parental ultérieur, ou donnés à un autre couple. Ces embryons surnuméraires peuvent aussi être utilisés dans le cadre d'un programme de recherche, ou tout simplement détruits. On constate ici aussi la réification de l'embryon.

L'on notera que *l'article 9* dispose qu'il ne pourra être procédé à de nouveaux prélèvements de gamètes pour constituer d'autres embryons tant que le ou les auteurs du projet parental disposent encore d'embryons surnuméraires cryopréservés, pour autant que ceux-ci satisfassent aux normes sanitaires requises. Le critère de la « norme sanitaire requise » est laissé à l'appréciation du centre et se révèle particulièrement floue.

Diagnostic préimplantatoire et « bébé-médicament »

L'article 67 interdit les DPI « non pathologiques ». La notion de pathologie est toutefois difficilement sujette à définition.

L'article 68, alinéa 1er, prévoit la possibilité exceptionnelle de procéder à un diagnostic génétique préimplantatoire « dans l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né du ou des auteurs du projet parental ».

La clause de conscience

Le législateur s'est voulu très permissif, mais il ne prétend pas obliger les centres de PMA à fournir toutes les prestations autorisées. Ceux-ci peuvent non

³¹ Belrap 2007, Tableau 1.1, p.5.

seulement déterminer des options d'accessibilité au traitement -ce qui implique, par exemple, qu'ils peuvent limiter la PMA aux seuls couples hétérosexuels mariés-, mais ils peuvent en outre, au cas par cas, invoquer la clause de conscience.

C. La FIV et l'assurance maladie

La FIV ne coûte rien aux patientes belges³². Celles-ci doivent uniquement payer le « ticket modérateur » du prix d'une consultation en amont. Une FIV (une seule tentative) coûte entre 5 à 10.000 euros à la sécurité sociale. Il y a entre 15.000 et 16.000 tentatives par an en Belgique. Dès lors, le budget de la sécurité sociale consacré à la PMA se situe entre 75.000.000 et 160.000.000 euros par an.

Il faut souligner que, depuis juillet 2003, dans le système belge, la FIV a été remboursée presque totalement, alors que la simple insémination artificielle ne l'a pas été. La conséquence en est que, depuis le remboursement de la FIV par la sécurité sociale, on a assisté à une véritable explosion des cycles initiés chez les demandeuses : plus de 70% d'augmentation de 2002 à 2006.³³

La tentation fut alors grande pour les centres de PMA de proposer aux couples d'entamer une FIV sans envisager au préalable la simple insémination artificielle, et ce, pour des raisons purement financières, liées au non-remboursement de cette dernière. Cette incohérence a aujourd'hui disparu : l'IIU est désormais, elle aussi, remboursée.

Tout acte relatif aux PMA doit être réalisé par un centre PMA. La loi autorise que certains actes – les plus simples (comme l'IIU) – soient pratiqués par des gynécologues pourvu qu'ils signent un contrat de partenariat avec les centres auxquels ils sont préférentiellement attachés (loi du 19 décembre 2008 relative au Matériel corporel humain). C'est notamment ce qui permet ensuite aux patients de bénéficier du remboursement.

L'arrêté royal du 25 avril 2002 « relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux », modifié notamment par l'arrêté royal du 4 juin 2003, établit les conditions du remboursement de frais : il est limité aux ressortissantes belges, pour un maximum de 6 cycles et pas au-delà de 47 ans. En 2006, 15% des cas traités s'inscrivaient en dehors du cadre du remboursement par la sécurité sociale. Il s'agit sans doute des cas de femmes venant de l'étranger ou qui ne s'inscrivent plus dans le cadre de la loi (plus de 47 ans ou plus de 6 essais).

³² On notera le nombre élevé de femmes qui ne s'inscrivent pas dans le système de remboursement de la sécurité sociale, soit parce qu'elles sont en dehors des normes prévues par la loi, soit parce qu'elles viennent de l'étranger, principalement de France, trouvant en Belgique un système plus libéral pour concrétiser leur projet d'avoir un enfant.

³³ Chiffres transmis par le Dr J.-M. Debry, Institut de Pathologie et de Génétique (IPG) de Lovreval, Belgique.

III. REGARD CRITIQUE SUR LA PMA

Au-delà des chiffres, de la loi et de la pratique des PMA en Belgique, il est de la responsabilité des médecins, du politique et de chacun de s'interroger sur l'impact sociétal des techniques et de l'éthique sous-jacente.

1. La PMA est-elle toujours nécessaire d'un point de vue strictement médical ?

Le vécu de la PMA ne révèle-t-il pas, bien souvent, une certaine précipitation à répondre à la demande des couples ? Dans quelle mesure l'objectif de rentabilité d'un centre de PMA et son obligation de produire des résultats, ne transforment-ils pas la relation « patient » en une relation « client roi » ? Grande est la tentation de ne pas laisser le temps faire son oeuvre : pour rappel, en deux ans (24 cycles) 90% des couples hétérosexuels auront leur enfant naturellement. C'est ici qu'il convient d'apprécier la déontologie des médecins et des centres de PMA, pour ne pas lancer inconsidérément, en hâte, des couples dans un schéma d'assistance médicale.

D'autre part, quelle discipline médicale parviendrait à s'imposer avec un taux d'échec de 80 à 90%, si elle n'était pas portée par de vigoureux ressorts inconscients ? Qui accepterait de subir tout autre traitement médical, lorsqu'il ne s'agit pas d'une question de vie ou de mort, avec un pourcentage de réussite aussi faible ? Les inconvénients de ce traitement, sont très mal vécus par certains couples³⁴, quel que soit le résultat obtenu. On mentionne également, parmi les effets collatéraux, les dangers de la stimulation hormonale pour la femme³⁵, les dépressions, les difficultés psychologiques auxquelles sont confrontés les partenaires (instrumentalisation de leur corps, environnement froid et impersonnel des hôpitaux, ...) et, après la naissance, beaucoup s'interrogent sur l'impact psychologique pour l'enfant d'avoir été conçu de telle ou telle façon. D'autres se questionnent aussi sur les conséquences génétiques de ces manipulations : il y aurait plus d'anomalies chez les enfants conçus par FIV.

2. Informer et communiquer quant aux causes de la stérilité.

Les médecins connaissent dans une certaine mesure les causes de la stérilité. On cite en général la grossesse tardive, la prise de contraceptifs, le mode de vie (stress), des causes psychologiques liées à l'impatience et à la façon dont le couple vit sa relation sexuelle. Les jeunes et couples en âge de procréer en sont-ils assez conscients ?

3. Le droit à l'enfant ou le droit de l'enfant ?

De plus en plus, le corps médical semble sommé de répondre au désir de descendance. L'avancée des techniques de PMA a-t-elle favorisé l'émergence d'un

³⁴ « Après la cinquième FIV, mon couple a sauté. Avoir un enfant était un exercice d'une telle rigueur, d'une telle sécheresse entraînant tellement d'angoisse que tout plaisir de vivre notre sexualité avait disparu. » Selon Diane Drory, psychologue, nombreux sont les couples qui se séparent après la naissance de l'enfant tant désiré. Interview, La Libre Essentielle, octobre 2005.

³⁵ « Ces traitements, en particulier la stimulation ovarienne, sont toxiques et l'intrusion médicale dans le domaine le plus intime du couple n'est pas sans conséquences », Yvon Englert, interview La Libre Essentielle, octobre 2005.

droit à l'enfant ? Ces questions n'ont-elles pas un aspect sociétal et anthropologique évident ? Le monde politique mesure-t-il l'impact économique et budgétaire qu'entraînent le remboursement et la promotion de ces techniques ? Le citoyen et contribuable n'a-t-il pas à s'interroger sur différentes notions tel le désir d'enfant, le droit à l'enfant, ou le droit de l'enfant³⁶ ?

Il y a toujours lieu de se poser la question de savoir si la PMA est motivée par le bien de l'enfant. La FIVETE n'est pas une opération banale. Elle est très éprouvante pour la mère, et par conséquent aussi pour l'enfant qui la subit dans son inconscient.

Cette question du bien de l'enfant se pose avec plus d'acuité encore dans le cas de femmes seules ou de couples homosexuels qui doivent alors faire appel à des donneurs externes.

La possibilité pour des personnes seules ou des couples homosexuels de recourir à la PMA, l'utilisation des gamètes qui ne sont pas ceux du couple hétérosexuel commanditaire ou l'insémination et la création d'un embryon *post-mortem* suscitent des interrogations au regard de l'article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant qui implique que celui-ci a le droit, dans la mesure du possible, « de connaître ses parents et d'être élevé par eux ».

De plus en plus s'élèvent les voix de ces enfants, adultes aujourd'hui, qui ont été conçus par FIV hétérologue et qui, de par l'anonymat garanti au donneur, ne connaissent pas leur(s) géniteur(s). L'accompagnement psychologique et le dialogue en famille peuvent bien sûr contribuer à atténuer la souffrance, mais celle-ci et les troubles psychologiques qui résultent de la non connaissance de leur origine biologique, méritent qu'on s'interroge sur le bien-fondé de telles pratiques. Le désir d'un couple, même en grande souffrance, ou d'une personne seule, souhaitant un enfant, justifie-t-il d'imposer une charge à vie, au jeune et à l'adulte ainsi conçu³⁷ ?

Plusieurs psychologues, dont Diane Drory, auteur du livre *Le complexe de Moïse*³⁸, attirent l'attention sur les dérives du « droit à l'enfant » qui fait de celui-ci un objet d'économie marchande. Il est bon de rappeler, dit-elle, que chaque enfant a droit à une famille, mais un couple ou une personne seule n'a pas le droit d'avoir un enfant mais le privilège d'accueillir un enfant. Dans les nouveaux modèles familiaux, on constate aussi qu'une femme ne cherche plus à donner un enfant à son mari, mais elle cherche un père pour son enfant : le pôle paternel s'en trouve affaibli, alors que la puissance maternelle s'en trouve renforcée à l'excès.

Ces projets d'enfants renvoient au désir de se perpétuer, de dépasser son propre destin. Mais sont-ils désir d'enfant ou besoin d'enfant ? Diane Drory aime à rappeler que la transmission de la vie échappe à ceux qui en décident. Le désir

³⁶ « Le désir d'enfant est devenu, de nos jours, une démarche consciente, raisonnable, délibérée voire programmée. Cette démarche occulte pourtant un fait indéniable : la transmission de la vie échappe en grande partie à ceux qui en décident...La programmation des naissances fait oublier l'inévitable ingérence de l'inconscient qui détermine le nombre d'enfants qu'une femme peut avoir ou non...Si bien sûr, les conditions physiologiques jouent un rôle, le désir d'enfant ne se matérialise pas qu'avec de la technique ou de l'argent ! » Diane Drory, psychologue, La Libre Essentielle, octobre 2005.

³⁷ Lire A. Kermalvezen, *Né de spermatozoïde inconnu ...*, Presses de la Renaissance, 2008.

³⁸ *Le complexe de Moïse : Regards croisés sur l'adoption*, éd. Albin Michel, 2006.

d'enfant est très souvent idéalisé ; il est devenu un droit. Un enfant à tout prix ? A quels prix psychiques pour la femme, l'homme et le couple, sans parler de l'enfant ? Avec la PMA naît un contrat indifférencié entre homme et femme : que la médecine nous fasse des enfants ! La technoscience reprend à son compte la promesse d'enfant.

4. De quelle information dispose le patient ?

Les centres de PMA se doivent naturellement de donner aux « patients » une information aussi complète et objective que possible, notamment quant au taux d'échec probable (80%). Est-il suffisamment fait mention des risques qu'encourt la femme par la stimulation hormonale ? Il convient en effet d'attirer l'attention non seulement sur la fragilisation de la santé de la femme suite aux techniques de PMA, mais aussi sur le délicat équilibre psychologique du couple demandeur³⁹.

Comment les centres de PMA dont le business est la PMA, peuvent-ils se montrer impartiaux et donner une information « loyale »⁴⁰ et « complète ». Une structure indépendante de ces centres serait sans doute plus apte à informer les personnes en demande d'une PMA.

5. Le recours à l'ICSI est-il sans danger ?

Une des grandes questions aujourd'hui est le recours exagéré à l'ICSI. En effet, 70% des cycles sont suivis par une ICSI alors que cela ne serait effectivement requis que dans 20 à 40% des cas : cette exagération de l'ICSI pour arriver plus vite à un résultat répond à l'exigence de la gestion du temps du laboratoire et à la publication de bons « scores » asseyant la réputation du centre PMA en question.

Mais, il y a surtout le fait que l'ICSI n'a pas encore montré tous ses effets. Or, un des principes à la base de l'éthique n'est-il pas celui de veiller à ne pas nuire ? Que dire à ce jeune qui, ayant été conçu par ICSI du fait du défaut de sperme de son père, se découvre lui aussi atteint dans sa fertilité ?

Aujourd'hui s'élèvent des voix qui en appellent à la prudence, car l'ICSI n'a jamais été testée sur un modèle animal avant d'être appliquée à la femme.

Quels sont les questionnements ? En « violant » l'ovocyte et en y introduisant de force un spermatozoïde, que se passe-t-il ? Dans le cas d'une ICSI, le spermatozoïde introduit dans l'ovocyte pour le féconder est en lui-même déjà vraisemblablement défectueux. Ce faisant, ne risque-t-on pas de transmettre cette faiblesse génétique à l'enfant ainsi conçu par *forcing* de l'ovule ? Le patrimoine génétique ainsi transmis n'est-il pas alors abîmé⁴¹ ? De plus, le diluant dans lequel le sperme est placé avant d'être introduit dans l'ovocyte est un produit visqueux, le PVP, qui ralentit le mouvement des spermatozoïdes. Ce PVP en petite quantité est lui aussi introduit dans l'ovocyte. Or, il s'est avéré hautement nocif pour les adultes.

³⁹ Une psychologue qui recevait des couples, pour les accompagner dans leur difficile démarche de PMA, s'est posé un jour la question : pourquoi pratique-t-on des FIV chez des personnes qui n'ont plus de sexualité, chez des personnes qui ne disent plus avec leur corps combien ils s'aiment ?

⁴⁰ Loi du 6 juillet 2007 relative à la PMA, CHAP II, Art. 6, 1°.

⁴¹ On observe notamment une augmentation de la prévalence de certaines anomalies telles que les syndromes d'Angelman et de Beckwith-Wiedemann qui constituent des défauts graves de programmation génétique.

J.-M. Debry a notamment abordé la question. Certains de ses articles sont disponibles sur le site de l'Institut Européen de Bioéthique www.ieb-eib.org.

Qu'en est-il pour l'embryon ? A ce jour, on ne dispose pas d'éléments objectivables qui permettent de faire le lien entre la présence de ce PVP dans les cellules originelles et une quelconque anomalie observée ensuite. Si un lien devait exister, on ne le saura de toute façon que trop tard pour les enfants conçus.

Il y a un autre aspect important dans ce « viol » de l'ovule. Lorsque le sperme est introduit dans l'ovocyte, il l'est avec sa membrane. Cette membrane protège le sperme contre certains virus mais, étant elle-même porteuse d'un virus éventuel, peut-elle le transmettre à l'embryon ? A-t-on procédé à une analyse virale du sperme avant de faire l'ICSI ? Des tests ont été réalisés à ce propos avec des embryons de souris, mais a posteriori, en 1994. Ils se sont apparemment révélés négatifs. Mais c'était chez la souris, et rien n'indique qu'un quelconque effet ne va pas se manifester de façon retardée, s'il y a inclusion de l'ADN viral dans celui de l'embryon.

6. Diagnostic préimplantatoire et bébé-médicament

Toute utilisation du DPI n'est pas neutre éthiquement. Il implique en effet obligatoirement une sélection parmi les embryons produits, et donc une forme d'eugénisme.

De plus, l'article 68 de la loi du 6 juillet 2007 stipule que l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né peut être l'objectif principal du projet parental, pourvu qu'il n'en soit pas l'objectif exclusif; il permet donc le recours à « l'enfant médicament ». Nombreux sont les auteurs qui ont écrit à ce sujet, se demandant si une telle pratique est effectivement conforme à l'intérêt de l'enfant à naître et à la dignité de la personne humaine.

L'enfant conçu pour cette raison a la charge de sauver son frère ou sa sœur. Qu'advient-il pour lui si le traitement arrive trop tard ou s'il ne s'avère pas opérant ? L'enfant conçu va-t-il porter la responsabilité de la mort de ce frère, de cette sœur qu'il n'a pas pu sauver ?

Ces techniques de FIV posent aussi le problème des grossesses multiples dans plus de 13% des cas et interpellent les médecins sur les risques de la prématurité induite par le recours aux PMA⁴². Il convient aussi de souligner le fait que, pour éviter les grossesses multiples, certains médecins n'hésitent pas à proposer la réduction embryonnaire, l'élimination sélective d'un embryon *in utero*.

Dossier réalisé par Carine Brochier avec la collaboration de J.-M. Debry.



Institut
Européen de
Bioéthique

Institut Européen de Bioéthique - 205 Chaussée de Wavre – B-1050 Bruxelles

www.ieb-eib.org

⁴² C'est de moins en moins le cas depuis 2003, puisqu'on ne replace en principe plus qu'un seul embryon ou au maximum deux. Les grossesses multiples de « haut rang » – triplés et plus – ne sont plus qu'exceptionnelles en Belgique et tiennent surtout à des stimulations hormonales peu ou pas contrôlées, pratiquées dans le cadre d'IU, voire de rapports sexuels normaux.