

LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA) EN BELGIQUE

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

Depuis 1978, année de naissance du premier bébé né par fécondation in vitro, le nombre d'enfants conçus de cette manière s'élève à **5,4 millions** dans le monde entier¹. La grande majorité des traitements de PMA est réalisée en Europe. En 2014, il y eut 707.171 cycles entrepris sur le continent, donnant lieu à 146.232 naissances².

Les techniques de procréation médicalement assistée se sont beaucoup développées depuis 40 ans en Belgique, pays pionnier dans la pratique. Il compte aujourd'hui **18 centres de PMA**, soit un par hôpital universitaire et un centre non-universitaire par province et **16 banques d'ovocytes et de sperme**.

En 2014³, **33.790 cycles de PMA** ont été entrepris, ce qui a conduit à 5.774 naissances⁴, soit **4,6%** du total des naissances⁵. En comparaison, aux Etats-Unis, les enfants conçus en 2015 par FIV représentent 1,7% du nombre total des naissances⁶, soit 67.818 nourrissons⁷. Au Japon, ce chiffre atteint 5% des naissances !

La Belgique étant, avec l'Espagne, le pays le plus visité en Europe pour recevoir un traitement de PMA, il nous semblait indispensable de faire le point sur la question. Quelles sont les techniques utilisées ? Comment le droit belge les encadre-t-il ? Quel regard critique peut-on y apporter ?⁸

Un autre dossier de l'IEB traitera de manière spécifique le don de gamètes, sperme et ovules, ainsi que la congélation de ces derniers à des fins sociales (*Social Freezing*). De même, l'IEB a consacré un dossier entier à la problématique des « [FIV⁹ à 3 parents](#) ».



Petit Lexique:

PMA : Ensemble des techniques médicales permettant la fécondation in vitro (FIV), le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel.

Gamète : cellule sexuelle mature mâle (spermatozoïde) ou femelle (ovocyte) qui s'unit à un gamète de sexe opposé lors de la fécondation et qui donne ensuite naissance à un embryon.

Cycle de PMA : démarche de PMA entreprise, de la stimulation hormonale de la femme jusqu'au transfert embryonnaire.

Embryon surnuméraire : Embryon conçu lors d'une FIV qui va être congelé pour être conservé.

⇒ LE PROBLÈME DE L'INFERTILITÉ

L'infertilité peut constituer une réelle souffrance chez les couples en attente d'enfant. En Europe, elle concerne un couple sur six¹⁰. La plus grande cause d'infertilité résulte bien souvent du choix de retarder le moment où ils fonderont une famille. Les études de plus en plus longues, l'importance accordée à la carrière et le délai de réflexion qu'ils s'octroient avant de s'engager en sont quelques unes des raisons. De fait, les femmes accouchent de plus en plus tardivement (âge moyen de 30 ans en 2015, selon Eurostat¹¹), trop tardivement peut-être, puisque l'on sait que la période la plus féconde se situe entre 18 et 30 ans. Et 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.

Cependant, d'autres facteurs entrent également en compte, comme les maladies ou dysfonctionnements d'ordre génital, l'augmentation de l'utilisation de la contraception, le mode de vie (malnutrition, stress, surcharge pondérale, tabac...), ainsi que les causes psychologiques liées à l'impatience de ne pas encore avoir d'enfant. Toutes ces causes sous-jacentes à l'infertilité, identifiées par de nombreux scientifiques¹², gagneraient à être mises en exergue afin de permettre aux jeunes et aux couples en âge de procréer d'en prendre conscience.

L'infertilité se retrouve aussi chez l'homme. Elle était en augmentation ces dernières années mais semble s'être stabilisée. Une méta-analyse faite sur des études entre 1973 et 2011 expliquerait cette

augmentation de l'infertilité par une baisse de la qualité du sperme dans les pays occidentaux. On constate aussi une baisse de la quantité totale de sperme de 59,3% depuis 1973. La concentration en spermatozoïdes dans une éjaculation a aussi connu une baisse de 52,4% sur la période étudiée, même si la concentration moyenne de spermatozoïdes reste toutefois supérieure au taux jugé nécessaire par l'OMS pour concevoir un enfant (15 millions par millilitre). Malgré tout, cette évolution rapide indique qu'il est important de connaître les raisons qui ont mené à cette chute afin de la stopper¹³. Il semblerait que cette infertilité puisse être due, entre autres, à plusieurs perturbateurs endocriniens présents dans l'environnement, tels que les pesticides, la dioxine ou le phtalate... à tel point que les scientifiques s'en sont inquiétés¹⁴. Une autre cause, moins connue cependant, résiderait dans l'assimilation par les hommes des résidus de la contraception féminine identifiés dans les eaux de ruissellement.

Jusqu'en 2008, l'infertilité se mesurait sur une période de vingt-quatre mois, et non pas de douze mois, comme le suggère la nouvelle définition de l'OMS. Or, un rapport de l'ESHRE montre que seulement 9% des couples demeurent infertiles après 12 mois ou plus¹⁷.

En outre, il semblerait qu'à ce jour, aucun moyen n'ait été mis en place pour vérifier que le délai d'un an d'essais infructueux a bien été écoulé avant d'entreprendre le premier cycle de PMA¹⁸. Le monde médical aurait-il, dès lors, été enclin à encourager le recours à la PMA, avant même tout épuisement des chances de conception naturelle ?

Infertilité ou stérilité ?

L'**infertilité**¹⁵ est définie comme absence de conception après au moins douze mois de rapports sexuels non-protégés.

Infertilité primaire : difficultés à concevoir le premier enfant.

Infertilité secondaire : difficultés à concevoir les autres enfants, après la naissance d'un premier.

Beaucoup de femmes touchées par l'infertilité secondaire n'ont pas souffert d'une infertilité primaire¹⁶. Dans le calcul du taux d'infertilité, il est préférable de ne s'attacher qu'à l'infertilité primaire, meilleur indicateur du niveau de fertilité.

La **stérilité** est l'incapacité totale et définitive de concevoir, diagnostic qui ne peut être posé que devant une cause évidente et non curable d'infertilité.

II. LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE PMA

1. L'insémination artificielle

Appelée aussi insémination intra-utérine (IIU), elle consiste à introduire le sperme dans l'utérus de la femme. En 2014, il y a eu 19.283 recours à cette méthode¹⁹. Ce chiffre est plutôt stable depuis 2010²⁰, alors qu'en 2009, il était beaucoup plus élevé²¹.

Si elle peut sembler anodine, cette technique implique toutefois l'intervention d'une tierce personne - le médecin - dans la conception de l'enfant qui ne sera donc pas conçu au sein d'une relation sexuelle.

2. La FIVETE

A) La technique

Ce n'est pas pour rien que la FIV ou FIVETE²² est appelée « Parcours du combattant », tant chaque étape peut être difficile et contribuer à fragiliser non seulement la femme, mais aussi la relation de couple qui doit se soumettre aux exigences de la technique et à la médicalisation de la grossesse.

La première étape consiste à administrer à la femme plusieurs doses d'hormones afin de provoquer une hyper-ovulation. Une dizaine d'ovocytes (en moyenne) seront alors prélevés, ce qui permet de ne pas répéter chaque mois cette ponction douloureuse pour la femme. Ces ovocytes ponctionnés sont alors mis en contact avec les spermatozoïdes et sont alors fécondés. Les embryons ainsi conçus en éprouvette, hors du corps de la femme, pourront éventuellement être filtrés par un screening²³. Certains embryons seront réimplantés (1 ou 2). En Belgique, le transfert d'un seul embryon à la fois est la règle légale²⁴, ce qui permet de réduire le nombre de grossesses multiples. Les transferts doubles sont autorisés seulement si la morphologie embryonnaire n'est pas parfaite ou si l'âge avancé de la patiente le justifie (à partir de 36 ans).

Précisons encore que les fécondations artificielles sont dites homologues lorsque les gamètes proviennent du couple demandeur 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.

Les embryons non réimplantés sont appelés embryons surnuméraires²⁵. Il reviendra au couple de décider de leur affectation. La loi sur la PMA (cf. ci-après) prévoit que les embryons pourront être congelés (ou cryopréservés²⁶) afin d'être éventuellement réimplantés plus tard, lorsque leurs parents souhaiteront faire une nouvelle tentative pour avoir un enfant. Mais les parents pourront également décider de les donner à un autre couple ou à la science pour mener des recherches. Ils pourront aussi demander à ce qu'ils soient détruits.

Certains couples recourant à la FIVETE relèvent les difficultés psychologiques et émotionnelles de ce processus de congélation de leurs embryons et le malaise qu'implique la chosification de leur propre corps, qui met à mal leur relation de couple.

La cryoconservation (ou cryopréservation) est un procédé de congélation des gamètes et ou des embryons dans l'azote liquide à -196°C.

Dans le cas où le couple fait appel à un don d'embryons, la loi²⁷ interdit d'implanter simultanément des embryons provenant de donneurs différents.

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 (à savoir -196°C), en état de vie suspendue.

DPI : Diagnostic préimplantaire.

Quelles sont les étapes d'une FIV ?

1. Stimulation hormonale chez la femme pour provoquer une hyper-ovulation.
2. Observation de la maturation des follicules par échographie des ovaires.
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. On perce 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 partenaire ou du donneur.

5. Réimplantation de l'embryon le plus souvent entre les jours 2 et 5. En pratique, en 2014, dans 60,6% des cas, le transfert s'est opéré au jour 3²⁸.

B) Les chiffres

Combien de femmes en Belgique ont eu recours à la FIV en 2014 ?

Les chiffres disponibles portent sur le nombre de cycles (il se peut qu'une femme entame plusieurs cycles sur un an). Les Rapports Belrap font plusieurs distinctions et notamment sur la base des ovocytes/embryons frais ou cryopréservés.

Dans toute l'Europe, en 2013, 500.000 cycles ont été entrepris²⁹. Concernant la Belgique, pour l'année 2014, 17.244 cycles ont été entrepris avec les ovocytes frais de la mère. Sur ce chiffre 3.248 étaient des FIVETE simples sans ICSI (voir plus loin), soit seulement 19% du total des cycles entrepris³⁰.

On peut déduire de ces chiffres, que des 151.899 ovules collectés en 2014 par les centres de PMA, seulement 56% deviendront des embryons. A ce stade-ci, se pose bien sûr la question de la définition de l'embryon. En effet, certains scientifiques ne considèrent pas la présence de 2 *pronucléi* (stade du zygote) comme étant un embryon. D'autres estiment que dès l'instant de la fécondation, il y a un embryon humain³³. Les chiffres repris dans ce rapport s'inscrivent dans cette deuxième optique.

De ces 85.097 embryons, 15% d'entre eux seront transférés, 16% seront congelés, et 69% détruits, soit 39.411 embryons détruits, pour ces 18.012 cycles étudiés³⁴.

Lorsque l'on étudie les séries de chiffres sur plusieurs années, on constatera toutefois que depuis 2007, l'on détruit moins d'embryons (27% de moins) et l'on arrive aussi à de meilleurs résultats en terme de fécondation (16% de réussite en plus).

De l'ovule à l'embryon, en 2014 :

Sur base de **18.012 cycles** :

Nombre **d'ovules prélevés** : 151.899
Nombre d'ovules inséminés : 128.130
Présence de 2 pro-noyaux (2 PN) : 85.097
Embryons transférés : 22.206
Embryons **cryopréservés** : 23.480³¹



Cycle type avec stimulation hormonale, pour la même année :

8,4 ovocytes ponctionnés
7,1 mis en contact avec le sperme
4,7 fécondés
1,2 embryons transférés
1,3 embryons cryopréservés³²

C) Le taux d'échec de la FIV

Le rapport Belrap mentionne que le taux d'échec moyen de la FIV est aujourd'hui de 73%. Lorsque les couples utilisent leurs propres gamètes, on constate que plus les femmes sont jeunes, plus les chances sont élevées d'avoir un enfant à la fin du cycle, même si celles-ci restent réduites : environ 20% des femmes de moins de 36 ans donnent la vie, contre 12% de chances entre 36 et 39 ans et 5% après 40 ans³⁵. On comprend ici l'appel des médecins à ne pas différer le moment de fonder une famille.

D) Les embryons surnuméraires et leur destination

S'ils ne sont pas immédiatement implantés, les embryons conçus par FIV, appelés surnuméraires, peuvent être congelés ou cryopréservés³⁶ (dans ce cas, leur conservation ne pourra dépasser le délai légal de 5 ans)³⁷, en vue de la réalisation d'un projet parental ultérieur. Les parents peuvent aussi décider de les donner à un couple demandeur, de les laisser à la science à des fins de recherche, ou demander qu'ils soient détruits.

Malgré l'amélioration des techniques ; il faut comprendre que la cryopréservation abîme et détruit nombre d'embryons. En effet, la décongélation des embryons pour une nouvelle tentative de grossesse entraîne inévitablement la perte de certains d'entre eux et une détérioration des corps embryonnaires. Le rapport Belrap fait état de 1.400 embryons perdus suite à la décongélation pour 1.020 cycles en 2014³⁸.

Cela explique qu'une femme de moins de 36 ans a 23% de chance de donner naissance à un bébé lors d'une FIV avec des embryons « frais », tandis que ce pourcentage chute à 17% lorsque l'embryon est issu de la cryopréservation³⁹.

Les techniques de PMA posent très vite la question de la destination des embryons surnuméraires. Une infime partie des couples donnent leurs propres embryons à un couple ou à une personne

seule⁴⁰. En 2014, 149 embryons issus d'un don ont été réimplantés⁴¹.

Une petite proportion des couples opte pour leur destruction directe tandis que 51% d'entre eux⁴² sont prêts à laisser leurs embryons à un projet de recherche scientifique⁴³, ce qui implique nécessairement leur destruction. Cette dernière option reste en pratique difficile étant donné que la loi impose que le couple connaisse et accepte le projet de recherche pour lequel les embryons seront utilisés.

Après plusieurs années de PMA et la façon dont elle est réalisée par les centres agréés en Belgique, on constate une production généralisée et automatique d'embryons surnuméraires. Aujourd'hui toutefois, il y a une certaine prise de conscience qui s'opère et l'on observe un retour aux prescriptions législatives imposant l'utilisation des embryons déjà conçus avant de déclencher de nouveaux processus de fécondations in vitro, pour autant que les embryons existants satisfassent aux normes sanitaires requises⁴⁴. De même, dans la pratique, la congélation d'ovules, est également privilégiée.

La transparence de certaines données dans le domaine de la PMA est loin d'être acquise. Par exemple, l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) avoue ne pas connaître le nombre cumulé d'embryons surnuméraires aujourd'hui en « stock » dans les congélateurs des 18 centres de PMA.



Le remboursement de la FIV

La FIV ne coûte quasiment rien à titre personnel aux patientes belges, en comparaison du prix réel, en majeure partie remboursée par l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité).

Cependant, on constate, dans les faits, que beaucoup de cycles entrepris au-delà de 42 ans, ou de rang supérieur à 6 sont remboursés par la sécurité sociale. C'est ainsi que, pour l'année 2014, sur

14.544 cycles remboursés, plus de **400 ne réunissaient pas toutes les conditions de remboursement par les mutuelles**⁴⁶. Ces dépassements ne semblent pas, pour autant, inquiéter les responsables chargés du remboursement des PMA.

En Europe, le **coût moyen d'un cycle de PMA pour l'Etat est de 4.000 à 5.000€**⁴⁷. Ci-dessous, le coût d'un cycle de PMA en Belgique, avec les parts incombant à la sécurité sociale et au couple (ou à la femme).

Tableau des Coûts :

D'après l'INAMI⁴⁸, la totalité des dépenses liées à la PMA aurait coûté à la sécurité sociale **72.969.000€ pour la seule année 2013**.

	IIU		PMA1		PMA2				PMA3	
	Part INAMI	Part personnelle	Part INAMI	Part personnelle	Part INAMI receveuse	Part personnelle receveuse	Part INAMI donneuse	Part personnelle donneuse	Part INAMI	Part personnelle
Biologie clinique (analyses sanguines)	564,47	41,50	261,14	55,28	309,20	67,59	249,12	48,25	268,68	48,25
Imagerie médicale	63,52	6,93	101,84	10,87	94,32	9,92	138,67	11,76	138,67	11,76
Consultations et visites	74,65	53,54	104,90	70,49	92,06	41,28	155,85	60,39	155,85	60,39
Gynécologie	162,34	0,00	332,80	56,81	162,34	0,00	170,46	56,81	0,00	0,00
Forfaits médicaments	0,00	0,00	865,10	54,90	88,40	10,60	246,90	23,10	246,90	23,10
Journée d'entretien-hospitalisation	0,00	0,00	179,07	0,00	0,00	0,00	179,07	0,00	0,00	0,00
Forfaits labo – centres B	0,00	0,00	1.467,71	0,00	1.467,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	864,98	101,97	3.313,12	248,35	2.214,03	129,39	1.140,06	200,31	810,09	143,50

Dans le Tableau ci-dessus, la PMA 1 représente les opérations de FIV/ICSI, la PMA 2 celle du don d'ovocyte, la PMA 3, l'IIU/ stimulation hormonale .

Quelles sont les conditions du remboursement par la sécurité sociale⁴⁵ ?

=> La femme n'a pas engagé plus de six cycles de PMA.

=> Elle est âgée de moins de 43 ans.

=> Elle a respecté le maximum légal de transferts embryonnaires par cycle.

Soit, pour les embryons « frais » :

1. Jusqu'à 35 ans inclus, au maximum un embryon pourra être transféré lors du premier cycle, deux pour le deu-

xième, s'ils ne sont pas de qualité optimale, deux sans condition à partir du troisième cycle.

2. Entre 35 et 39 ans inclus, pour les premier et deuxième cycles, au maximum deux embryons frais pourront être implantés, trois embryons à partir de 3 cycles.

3. Entre 39 et 42 ans inclus, il n'y a aucune limite prescrite.

Pour les embryons congelés, deux embryons au maximum pourront être transférés, sans considération de l'âge.

3. Techniques particulières : l'ICSI et le DPI

A) L'ICSI (intracytoplasmic sperm injection)

Cette technique de fécondation par micro-injection a été mise au point en Belgique, dans les années 90. Elle ressemble à la FIV, si ce n'est qu'on injecte directement, à l'aide d'une micro-pipette, un spermatozoïde dans l'ovule. Cette technique, à l'origine, 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.

En 2014, sur les 17.244 cycles entrepris avec les ovocytes frais de la mère, 12.585 étaient des ICSI, soit 81% des cycles⁴⁹, alors que cette technique ne serait effectivement requise que dans 20 à 40% des cas. Cette propension à recourir à l'ICSI serait-elle motivée par l'obtention plus rapide d'un résultat et donc l'amélioration de la gestion du temps du laboratoire, ainsi que sa réputation, grâce à la publication de bons résultats ?

Les risques liés à l'ICSI.

Il n'est pas exclu que cette technique délicate puisse avoir des conséquences néfastes à différents niveaux lors du développement embryonnaire⁵⁰. Dans le cas d'une ICSI, le spermatozoïde introduit dans l'ovocyte pour le féconder peut en lui-même être défectueux. Ce faisant, le risque existe de transmettre une faiblesse génétique à l'enfant ainsi conçu par forcing de l'ovule.

En outre, il se peut que le patrimoine génétique ainsi transmis soit abîmé⁵¹, notamment par l'introduction de la micro-pipette d'insémination dans l'ovule. De plus, le diluant dans lequel le sperme est placé avant d'être introduit dans l'ovocyte est un produit visqueux, le PVP (le polyvinylpyrrolidone) qui ralentit le mouvement des spermatozoïdes. Ce PVP est lui aussi introduit, fut ce même en infime quantité, dans l'ovocyte. Or, il s'est avéré hautement nocif pour les adultes, augmentant entre autre leur taux d'infertilité tandis qu'une étude a démontré que la présence de PVP dans les cellules embryonnaires l'empêche de se développer et réduit le nombre de

ses cellules lorsqu'il en est au stade de blastocyste⁵². Si un problème devait en découler, on ne le saura de toute façon que trop tard pour les enfants conçus.

Enfin, lorsque le spermatozoïde est introduit dans l'ovocyte, il l'est avec sa membrane. Celle-ci protège le sperme contre certains virus mais, pourrait être elle-même porteuse d'un virus éventuel qui risquerait d'être inclus dans l'ADN de l'embryon⁵³. Encore une fois, le principe de précaution imposerait une certaine prudence face à la généralisation presque systématique de la procédure d'ICSI.

B) Le DPI (diagnostic préimplantatoire)

Le DPI vise à étudier, suite à une fécondation *in vitro*, l'ADN des ovules et des embryons afin de sélectionner ceux qui seront réimplantés et écarter les autres. **Il est autorisé dans deux cas de figure.**

- **Le premier**, lorsqu'il s'agit de sélectionner des embryons pour les couples atteints d'une maladie génétique. Le but est alors d'obtenir, après fécondation *in vitro*, la naissance d'un enfant exempt de cette maladie. Après avoir créé plusieurs embryons, on sélectionne *in vitro* celui qui, exempt de la maladie génétique, sera réimplanté dans l'utérus de la mère. Les autres embryons porteurs de maladie seront, quant à eux, détruits ou proposés à la science.

Le DPI est limité dans son utilisation puisque l'article 67 de la loi du 6 juillet 2007 interdit les DPI « non pathologiques »⁵⁴ ainsi que ceux visant à sélectionner le sexe de l'embryon, sauf dans le cas où la sélection « permet d'écarter les embryons atteints de maladies liées au sexe »⁵⁵. C'est en effet le cas, pour certaines maladies transmissibles par la mère à ses fils : on choisira donc, de réimplanter des embryons de sexe féminin afin d'éviter cette maladie (exemple : Myopathie de Duchenne).

- Le DPI est également autorisé dans un **deuxième cas de figure**, lorsqu'il vise « l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né du ou des auteurs du projet parental ⁵⁶ ». C'est le cas du « bébé-médicament ». Ici, le couple hétérosexuel fécond se verra proposer une PMA. L'on sélectionnera alors, grâce au DPI, 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 au stade embryonnaire 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 ⁵⁷.

En Belgique, la loi du 6 juillet 2007 stipule que l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né ne peut pas être l'objectif exclusif du projet parental, l'enfant doit donc être aussi voulu pour lui-même.

Qu'en est-il au niveau éthique ?

Le DPI n'est pas neutre éthiquement. Il implique obligatoirement une sélection parmi les embryons

produits, et donc une forme d'eugénisme ⁵⁸. Par exemple, concernant le bébé-médicament, des embryons sains seront éliminés parce qu'ils ne sont pas compatibles avec l'enfant à soigner. De nombreux auteurs ont pris la plume, 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 médicament porte 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 ? Va-t-il porter la responsabilité, fut-ce même psychologique, de la mort de ce frère, de cette sœur qu'il n'a pas pu sauver ⁵⁹ ?

Alors que plusieurs bébés-médicaments ont vu le jour en Belgique, aucune étude scientifique ni aucun résultat officiel n'a été publié attestant de la guérison effective de l'aîné. Serait-ce par manque de conclusions positives ?

Faudrait-il dès lors reconnaître qu'autoriser le DPI pour faire naître un « bébé-médicament » relève sans doute de l'acharnement thérapeutique et procréatif ?

III. LA PMA EN DROIT BELGE

Dans ses travaux préparatoires, le législateur a voulu permettre à la Belgique de participer à une « évolution scientifique fascinante et inéluctable » puisqu'elle jouissait déjà d'une « réputation sans tache, rehaussée par une maîtrise reconnue mondialement ». C'est ainsi que le 6 juillet 2007 a été votée la loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes ⁶⁰.

La loi peut être qualifiée de libérale puisqu'à part quelques prescriptions relatives à l'âge des femmes impliquées dans l'acte de PMA et la prohibition de certaines pratiques eugénistes (articles 23, 52, 67), le législateur s'est refusé à poser des conditions strictes d'accès. Son but est de la « baliser », de « rendre les procédures de procréation médicalement assistée plus uniformes et donc plus transpa-

rentes », de protéger le patient, et par Arrêtés Royaux de fixer des « normes de qualité et de sécurité ⁶¹ », en prévoyant une information loyale ⁶² et un accompagnement psychologique des patients, avant et pendant le processus ⁶³, ainsi que la conclusion de différentes conventions en prévoyant les mentions qu'elles doivent contenir.



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.

Toutefois, l'article 4 fixe des limites relatives à l'âge de la femme. Elle doit, en effet, avoir entre 18 et 45 ans inclus pour un prélèvement de gamètes et pour faire une demande d'implantation d'embryons ou d'insémination de gamètes. En revanche, l'implantation d'embryons ou l'insémination de gamètes est possible jusqu'à ses 47 ans révolus.

En pratique, en 2014, 60% des femmes ayant recouru à la PMA avaient moins de 36 ans, 23% avaient entre 36 et 39 ans, 14% entre 40 et 42 ans et 3% avaient au-delà de 43 ans⁶⁴.

Qui peut recourir à une PMA ?

Malgré les observations du Conseil d'Etat⁶⁵, le législateur s'est refusé à préciser la qualité des bénéficiaires de la PMA.

L'article 7 mentionne « la 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 ». 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. Il faut donc souligner ici que le législateur permet à une personne seule de recourir aux techniques de PMA. Une femme seule, si elle le décide, pourra recourir aux PMA et donner naissance à son enfant. L'enfant est donc, dès l'origine, privé de son père.

Les articles 15, 16, 44 et 45 permettent, dans certaines conditions⁶⁶, 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 de père.

Une convention entre le(s) demandeur(s) et le centre de PMA ?

L'article 7 stipule qu'avant même toute démarche médicale dans le cadre d'une PMA, une convention doit être établie entre le ou les auteurs du projet parental, et le centre de PMA, mentionnant l'identité, l'âge et l'adresse du couple ou de la femme seule ainsi que les coordonnées du centre de fécondation. Elle pourra faire l'objet d'une modification en cours de procédure⁶⁷.

Elle contient notamment :

- L'affectation des embryons surnuméraires cryoconservés si le couple se sépare, divorce ou est incapable de prendre une décision d'un commun accord, ou bien si un des deux partenaires décède ou enfin, si le délai de conservation des embryons congelés expire sans qu'ils aient été transférés ou détruits⁶⁸.
- Le souhait du ou des auteurs du projet parental d'affecter les embryons surnuméraires à un programme de recherche. Cette décision pourra être retirée par ses auteurs jusqu'au début de la recherche, même si un seul des 2 - s'il s'agit d'un couple - le souhaite⁶⁹.
- Leur souhait de les affecter à un programme de don. Pour cela, ils devront également s'engager à « se soumettre à tout examen et à fournir toutes les informations médicales nécessaires pour s'assurer de la sécurité sanitaire des embryons donnés », et prévoir une autre destination si le don n'est pas possible, suite aux résultats des examens subis⁷⁰.

Un problème se pose toutefois quand il s'agit de fixer l'affectation des embryons à des fins de recherche : en effet, la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons *in vitro*⁷¹ stipule que le consentement des parents souhaitant donner leurs embryons à la science ne peut être recueilli qu'après qu'ils aient reçu toutes les informations nécessaires concernant notamment « l'objectif, la méthodologie et la durée de la recherche ou du traitement ». Or, au moment où est signée la convention avec le centre de PMA, aucun embryon n'a encore été conçu et aucune information quant à un potentiel projet de recherche auquel les embryons seraient affectés, ne peut leur être donnée. Les futurs parents devront néanmoins dire s'ils acceptent la destination inconnue d'un être qui n'existe pas. C'est donc sans « consentement libre et éclairé » que sera signée cette convention⁷².

En outre, il est prévu que « le chercheur les informe de leur droit de refuser de céder des embryons *in vitro* à des fins de recherche et/ou de traitement, et de leur droit de retirer leur consentement jusqu'au début de la recherche ». Or, la convention que le ou les auteurs du projet parental signent, les lie au centre de PMA sans qu'ils soient mis en contact avec le centre de recherche, entité indépendante. Qui les garantira de la bonne affectation de leurs embryons ?

La liberté laissée aux centres dans la prise en charge de la PMA

Le législateur s'est voulu très permissif, mais il ne prétend pas obliger les centres de PMA à fournir toutes les prestations autorisées. En l'article 5 de la loi du 6 juillet 2007, il dispose que les centres « ont

la liberté d'invoquer la clause de conscience à l'égard des demandes qui leur sont adressées », mais qu'ils doivent faire preuve d'une grande transparence dans les techniques qu'ils proposent.

En pratique, ils « doivent avertir le ou les demandeurs de leur refus de donner suite à la demande dans le mois qui suit la décision du médecin consulté. Ce refus est formulé par écrit et indique obligatoirement : soit les raisons médicales du refus, soit l'invocation de la clause de conscience ». Dans le cas où le ou les demandeurs en ont exprimé le souhait, on leur fournira les coordonnées d'un autre centre de fécondation auquel ils peuvent s'adresser.

L'anonymat des donneurs

Les articles 2, i), 22, 28 et 57 de la loi obligent les centres à garantir l'anonymat des donneurs. 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. Ce procédé s'appelle l'appariement. L'embryon est choisi et sélectionné sur base de certains critères.

La PMA à l'étranger

La Belgique est un pays très libéral en ce qui concerne la pratique de la PMA. Voici un aperçu des interdictions dans d'autres législations en la matière.

Pays	Autorisations pour femmes seules et couples homosexuels	Congélation des embryons	DPI (diagnostic préimplantatoire)
Italie	non	non	non
France	non	oui	oui
Autriche	non	non	non
Allemagne	non	non	non
Suisse	non	oui	non
Royaume-Uni	oui	oui	oui
Espagne	oui	oui	oui
Grèce	oui	oui	oui
Pays-Bas	oui	oui	oui
Danemark	oui	oui	oui
Etats-Unis	oui	oui	oui
Canada	oui	oui	oui

IV. 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 de ces techniques et de l'éthique qui leur est sous-jacente.

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 œuvre : pour rappel, en 2 ans (24 cycles), 90% des couples hétérosexuels, et pour lesquels il n'y a pas de causes de dysfonctionnement avérées, auront un 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 73%, 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 (27%) ? Les inconvénients de ce traitement sont mal vécus par certains couples, quel que soit le résultat obtenu. On mentionne également, parmi les effets collatéraux, les dangers de la stimulation hormonale pour la femme, les dépressions, les difficultés psychologiques⁷³ auxquels 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, proportionnellement, plus d'anomalies chez les enfants conçus par FIV⁷⁴.

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. Est-il suffisamment fait mention des risques qu'encourt la femme suite à 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 demandeur⁷⁵.

Comment les centres de PMA dont l'activité rémunérée est la PMA peuvent-ils se montrer impartiaux et donner une information « loyale » et « complète » ? Une structure indépendante de ces centres serait sans doute plus apte à informer les personnes en demande d'une PMA. Une information suffisante est-elle donnée aux jeunes et aux couples sur les causes principales de l'infertilité ?

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. Ce désir d'engendrer et d'aimer est certainement l'un des plus beaux qui soit. Mais tout désir sincère est-il pour autant légitime ? Ce qui est techniquement possible est-il pour autant toujours éthique et légitime ? La loi doit-elle répondre à tous les désirs, dès lors qu'ils sont sincères, pour ne pas laisser croire qu'elle juge les modes de vie ou les personnes ? 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 les nuances importantes qu'il existe entre le désir d'enfant, le droit à l'enfant, et le droit de l'enfant ?⁷⁶

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 dans une certaine mesure 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 d'une femme seule ou de couples de lesbiennes qui doivent alors faire appel à des donneurs externes. La possibilité pour elles de recourir à la PMA, l'utilisation de gamètes qui ne sont pas les leurs 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 donneur⁷⁷, 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-(re)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 conçu⁷⁸?

Plusieurs psychologues, dont Diane Drory⁷⁹, 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 seulement le privilège d'en accueillir un. 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 rôle 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 ou besoin d'enfant ?** La psychologue et psychothérapeute Diane Drory aime à rappeler que la transmission de la vie échappe à ceux qui en décident. Le désir d'enfant est très souvent idéalisé ; il est devenu un droit. Un enfant à tout prix ? À 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, et qui plus est, d'un enfant parfait.

À l'heure où l'on en est à faire des essais pour un utérus artificiel sur des agneaux, on pourrait se demander également si, dans quelques années, ce mode de procréation médicalement assistée ne sera pas également utilisé pour la naissance d'enfants. **Jusqu'où irons-nous alors dans la technique pour « produire » des êtres humains ?**

Dossier réalisé par l'IEB

Octobre 2017

1. D'après la Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie (ESHRE), « [Art fact sheet](#) », Octobre 2016
2. [Rapport de l'ESHRE](#), 4 juillet 2017. D'après ce même rapport, en 2012, il n'y en avait que 176.247 d'entrepris aux Etats-Unis, soit quatre fois moins qu'en Europe.
3. Rapport du Collège des Médecins « médecine de reproduction », paru le 9 décembre 2016 (Belrap 2014).
4. [Belrap 2014](#), table 1.3.
5. D'après [Statistics Belgium](#), pour l'année 2014. Pour l'année 2014, il y a eu 124.415 naissances en Belgique.
6. D'après l'[INED](#) (Institut National d'études démographiques), il y a eu, en 2015, 3.988.076 aux Etats-Unis.
7. Rapport de la [Société américaine de technologie de la procréation assistée](#) (SART), Preliminary 2015 Data.
8. 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 IEB](#).
9. Fécondation in vitro.

10. D'après l'ESHRE, « A Policy audit on fertility », mars 2017. D'après Belrap 2014, figure 2.4 : dans 23% des cas, c'est la femme qui est infertile, dans 30%, c'est l'homme, contre 20% où les deux sont infertiles. 27% des cas d'infertilité sont de cause inconnue.
11. Information Eurostat disponible [ici](#)
12. Mises en avant, par exemple, sur les sites des centres de PMA : sites de [l'UZ Leuven](#) ou de [l'UZ Brussels](#), ou par le docteur Debry sur le [site de l'IEB](#)
13. D'après [Human Reproduction Update](#), juillet 2017
14. Les articles sur le sujet sont nombreux, notamment sur les pesticides, l'un est disponible [ICI](#)
15. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008(OMS).
16. E. te Velde, et al., "Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility – A European paradox", [Eur J Obstet Gynecol](#) (2017).
17. Rapport de l'ESHRE, "ART fact sheet", Octobre 2016, disponible [ICI](#)
18. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), « Audit : Analyse intersectorielle : Procréation médicalement assistée », novembre 2015. L'organisme a comme projet d'instaurer l'exigence d'une visite chez le gynécologue, comme point de départ de ce délai d'un an.
19. Belrap non-IVF 2014, table 2.1.
20. 19074 en 2010-2011 en moyenne, 20.657 en 2013 selon Belrap non-IVF 2013 et 2015.
21. 26.013 recours à l'IIU pour l'année 2009, selon Belrap non-IVF 2011.
22. Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)
23. 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 : pour un cycle, il coûte entre 2.300 et 3.600€ et n'est pas remboursé. Voir [ICI](#)
24. Annexe 15 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux telle que modifiée par l'annexe 4 de l'arrêté royal du 4 juin 2003.
25. Certains couples recourant à la FIVETE relèvent les difficultés psychologiques et émotionnelles de ce processus de congélation de leurs embryons et le malaise qu'implique la chosification de leur propre corps, qui met à mal leur relation de couple.
26. La cryoconservation (ou cryopréservation) est un procédé de congélation des gamètes et ou des embryons dans l'azote liquide à -196°C.
27. Article 25 de la loi du 6 juillet 2007.
28. Belrap 2014, figure 2.23.
29. [Rapport de l'ESHRE](#), « Egg donation », janvier 2017
30. Belrap 2014, table 2.12.
31. Soit 6.500 embryons cryopréservés de moins qu'en 2007 (Belrap 2007, table 2.17).
32. Belrap 2014, table 2.19.
33. C'est notamment l'avis de la Cour de Justice de l'Union Européenne qui estime que puisque la fécondation était « de nature à déclencher le processus de développement humain », l'ovule humain fécondé devait être considéré comme un embryon. Autrement dit, dès lors que l'ovule fécondé a la puissance, la capacité de développement d'un corps humain, la qualité d'embryon ne saurait lui être refusée. ([CJUE Brüstle/Greenpeace eV, C-34/10 du 18 octobre 2011](#)).
34. Belrap 2014, table 2.19.
35. Belrap 2014, figures 2.35, 3.11, 5.12, 6.12, 7.11.
36. Il existe plusieurs méthodes de congélation, selon la rapidité et la technique employée. Elles peuvent s'appeler « vitrification », « congélation », « cryoconservation ou cryopréservation ».
37. [Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée](#) et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes article 16, section 5
38. Belrap 2014, table 3.1. La perte chiffrée d'embryons est une estimation faite à partir du nombre moyen d'embryons transférés par cycle et du nombre de cycle n'ayant pas pu conduire à un transfert.
39. Belrap 2014, figure 2.35.
40. La loi belge du 6 juillet 2007 encadrant les PMA permet, en effet, qu'une personne seule développe un projet parental sans être en couple.
41. Belrap 2014, table 7.7.
42. Symposium de la Commission Recherche Embryons, CFE-FCE, Bruxelles, 25/11/2016
43. 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.
44. Article 9 de la loi du 6 juillet 2007. En Italie, la loi du 19 février 2004 prévoit que tous les ovules fécondés doivent être réimplantés. La congélation et la destruction des embryons sont interdites, il n'y a donc pas de stock d'embryons surnuméraires.
45. Arrêté royal du 6 octobre 2008.
46. Belrap 2014, table 1.4.

47. Rapport de l'ESHRE, « Reimbursement », Janvier 2017, disponible [ICI](#)
48. Audit Op. Cit.
49. Belrap 2014, table 2.12.
50. JM. Debry, « [ICSI : des enfants comme les autres, vraiment ?](#) »
51. 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. Par exemple, un de ses articles sur le sujet est disponible [ICI](#)
52. Y. Kato et Y. Nagao "Effect of PVP on sperm function and early embryonic development following intracytoplasmic sperm injection in human assisted reproduction", du 10 avril 2012. Disponible [ICI](#)
53. JM. Debry, « ICSI : des enfants comme les autres, vraiment ? », Op. Cit.
54. La notion de pathologie est toutefois difficilement sujette à définition.
55. Article 67, 2°.
56. Article 68, alinéa 1er de la loi du 6 juillet 2007.
57. Cf le [Dossier de l'IEB](#), « bébé-médicament » (2005).
58. [Dossier de l'IEB](#), « Le diagnostic prénatal et préimplantatoire » (2012); et la [fiche didactique](#) « le diagnostic préimplantatoire ».
59. Cf [fiche didactique](#) « le diagnostic préimplantatoire » de l'IEB.
60. Loi disponible [ICI](#)
61. Article 3 de la loi du 6 juillet 2007.
62. 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.
63. Article 6, alinéa 2,2°, article 12, alinéa 1er, 1°, article 41, alinéa 1er, 1°.
64. Résumé du rapport Belrap 2014, figure 3.
65. Avis du Conseil d'Etat n°39525 en date du 31 janvier 2006. Le Conseil d'Etat avait souhaité une similitude de régime entre l'adoption et la PMA pour les couples, avec des explications du législateur lorsque le régime de la PMA est plus souple. C'est le cas, par exemple, quand l'exigence de stabilité pour le couple requérant à la PMA n'est pas requise, ou en matière d'autorité parentale du parent social non-biologique (pp 89 et s.). Avis disponible [ICI](#)
66. L'implantation doit avoir lieu entre 6 mois et 2 ans après le décès et doit être expressément prévue par la convention.
67. Article 8.
- 68 Article 13. Le délai d'expiration de la conservation des embryons est de 5 ans.
69. Loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro, article 8.
70. Article 30 de la loi du 6 juillet 2007.
71. Article 8.
72. Cette question a été mentionnée par Maître B. Jacobs, vice-présidente de la commission recherche embryons lors du Symposium CFE-FCE organisé à Bruxelles, le 25 novembre 2016.
73. Plusieurs femmes témoignent de leur ressenti « J'ai eu l'impression de faire cet enfant avec les techniciens de laboratoire et le médecin, et non pas avec mon mari. »
74. Synthèse du rapport de la Haute Autorité de Santé française (2007), disponible [ICI](#), pp 11-13.
75. 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 ?
76. « 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.
77. Cf. [dossier de l'IEB](#) « le droit de connaître ses origines » du 15 février 2017, G. Mathieu, « le droit de connaître ses origines : un droit fondamental » du 8 juin 2016.
78. Lire A. Kermalvezen, Né de spermatozoïde inconnu, Presses de la Renaissance, 2008.
79. D. Drory, Le Complexe de Moïse : Regards croisés sur l'adoption, éd. Albin Michel, 2006.

