

LA QUESTION DES GAMÈTES DANS LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE EN BELGIQUE

Novembre 2017

Alors que de plus en plus d'articles de presse et de forums promeuvent le don de gamètes comme l'espoir offert à toute personne qui le désire d'avoir un enfant, il est important de se demander si, réellement, il en va des gamètes comme de tout produit de consommation. En ce qu'elles permettent de donner naissance à une vie, sont-elles vraiment des cellules comme les autres ? Autrement dit, quelle importance donnons-nous à notre corps et à nos propres gènes ? Aujourd'hui, nombre d'enfants issus d'un don de gamètes réagissent et veulent savoir d'où ils viennent et qui ils sont. Quelle place a donc l'intérêt de l'enfant ici ? La législation belge, dans ce domaine, se veut très libérale. Quel est le régime dévolu au don de gamètes ? Si donner ses gamètes et faire appel à un donneur entraînent des conséquences non négligeables sur ceux qui y recourent ainsi que sur les enfants qui en sont issus, il appartient à toute la société d'évaluer les impacts de ces dons pas comme les autres.

De même, la congélation d'ovules (social freezing) est de plus en plus usitée parce qu'elle permet de prolonger la période de fertilité de la femme pour lui permettre de concevoir quand elle le désire. Comment la Belgique aborde-t-elle cette technique ?

Face à ces deux techniques qui utilisent la médecine, il nous est donc nécessaire de faire le point pour parvenir à en cerner tous les enjeux. Nous n'aborderons cependant pas la problématique du « bébé à trois parents », traitée dans un autre dossier de l'Institut Européen de Bioéthique¹.



DÉFINITIONS

Gamète : Cellule sexuelle mature mâle (spermatozoïde) ou femelle (ovocyte) qui s'unit à un autre gamète de sexe opposé pour être fécondée et ensuite donner naissance à un embryon.

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

I. LE DON DE GAMÈTES

En Belgique, la loi du 6 juillet 2007² relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes en régit les conditions³.

A) Procréation avec don de sperme

Faire appel à un don de sperme n'est pas anodin. Il sera destiné aux couples souffrant d'infertilité, comme une alternative à la conception naturelle, notamment lorsque l'homme ne produit pas ou trop peu de spermatozoïdes (assez mobiles). Le don de sperme est aussi sollicité, sans qu'il soit question d'infertilité, par les femmes seules ou les couples de lesbiennes qui souhaitent avoir un enfant.

La loi belge prévoit que le donneur doit être âgé de 18 à 45 ans et être en bonne santé⁴, ce qui aura été vérifié par des tests préalables. Le sperme donné pourra être fait l'objet d'une insémination arti-

ficielle (ou intra-utérine) ou être directement mis en contact avec des ovocytes lors d'une fécondation *in vitro* (FIV)⁵.

En 2014, il y a eu 8.290 cycles d'insémination artificielle avec donneur (IAD). Ils représentent 39% du total des cycles d'insémination artificielle entrepris cette année-là⁶. Concernant les FIV, ce sont 8.759 cycles qui ont été entrepris avec donneur⁷, soit 43% des cycles avec des ovocytes frais. Il faut toutefois noter qu'un même couple peut être à l'origine de plusieurs cycles⁸.

Cependant, si la question de l'infertilité est de plus en plus préoccupante, elle n'est pas la cause unique du recours au don de sperme. En effet, les **trois quarts environ des cycles d'IAD** et presque un cinquième des FIV avec don de sperme ont été entrepris par des femmes qui n'ont pas de partenaire masculin, étant soit seules, soit lesbiennes⁹.

Pour l'année 2014	Cycles d'insémination avec donneur	Cycles de FIV avec donneur
Couples infertiles	2.803 ¹⁰	7.332 ¹¹
Couples de lesbiennes	3.949 ¹²	536 ¹³
Femmes seules	1.538	891
Total	8.290	8.759

B) Procréation avec don d'ovocytes

Lorsqu'une femme ne dispose pas ou plus assez d'ovocytes de qualité suffisante pour concevoir un enfant, la loi lui permet de faire appel à une autre femme, appelée « donneuse » et ainsi recevoir les ovocytes de cette dernière. Ceux-ci seront fécondés *in vitro* et la grossesse pourra se poursuivre normalement chez la receveuse.

Avant de débiter un cycle, une convention doit être signée par les parties, par laquelle la donneuse accepte la procédure et ses conséquences et assure qu'elle en connaît les risques¹⁴.

Lorsqu'une femme décide de faire appel à une donneuse, les ovocytes peuvent être frais ou avoir été congelés précédemment, on ouvre alors un cycle avec des ovocytes issus de la décongélation¹⁵.

En 2014, le nombre de **cycles** entrepris avec don d'ovocytes **était de 836**¹⁶.



Pour l'année 2014	Pour des ovocytes frais reçus ¹⁷	Pour des ovocytes vitrifiés reçus ¹⁸
Cycles initiés: 836	656	180
Cycles ayant conduit à la réception d'au moins un ovocyte	614	173
Cycles ayant donné lieu à au moins un transfert d'embryon	519	160
Nombre d'embryons transférés	864	256
Nombre de naissances	129	54

Profil des receveuses et des donneuses

Trois catégories de femmes receveuses ont recours à cette technique¹⁹ :

- Les femmes en âge de procréer, mais qui n'ont pas ou plus d'ovocytes.
- Les femmes qui ont des ovocytes, mais de qualité médiocre, avec notamment des mitochondries²⁰ défailantes.
- Les femmes âgées de plus de 40 ans, proches de la ménopause, dont les ovocytes se font rares, et soumises à des risques accrus de grossesse à problèmes.

La loi belge prévoit que les femmes ayant recours au don d'ovocytes ne peuvent être âgées de plus de 47 ans. Dans les faits, la receveuse était âgée de 39 ans en moyenne, en 2014²¹.

Quant à la donneuse, elle doit avoir entre 18 et 45 ans, même si les centres de PMA exigent souvent un maximum de 38 ans, pour garantir la qualité des ovocytes. En pratique, en 2014, l'âge moyen des donneuses était de 29,5 ans²². En outre, les centres peuvent exiger que ces femmes aient déjà eu des

enfants, au cas où l'opération de ponction d'ovules aurait des conséquences néfastes, l'empêchant elle-même d'avoir des enfants, par la suite.

La loi n'exclut pas qu'une partenaire lesbienne puisse souhaiter être enceinte grâce à un ovocyte de sa compagne. Elle recourra alors à une FIV avec don de sperme (cf. tableau p. 2). Ce phénomène est souvent utilisé comme argument pour forcer un pays plus restrictif à aligner sa législation nationale sur le pays le plus libéral. Le nombre de lesbiennes ou de femmes seules venant de pays limitrophes en Belgique pour bénéficier d'une PMA est révélateur de ce phénomène.

Le don d'ovocytes n'est pas anodin. Il exige la prise d'hormones durant toute une période précédant la ponction, ce qui peut entraîner des perturbations hormonales. Un Audit de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité pointe également le risque accru de kystes et d'infections liées à l'opération chirurgicale comportant des risques pour la fécondité ultérieure de la femme.

Les différents types de dons :

Le don croisé (ou indirect) : la receveuse « recrute » une donneuse pour la ponction à l'hôpital, en échange de quoi elle devient prioritaire pour un don anonyme.

Le don direct : la receveuse trouve une donneuse dans son entourage, souvent de sa famille.

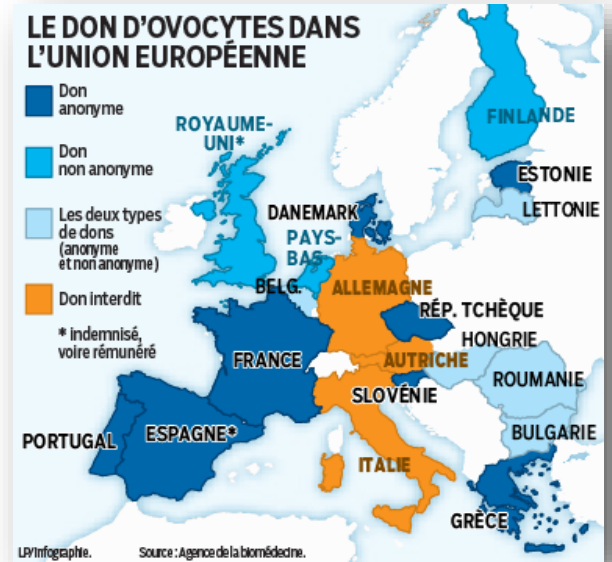
Le don anonyme : une donneuse se présente spontanément. À Bruxelles, le délai d'attente pour bénéficier d'un don de ce type est d'au moins un an.

Le partage d'ovocytes : une femme ayant eu recours à une FIV, au cours de laquelle ses propres gamètes ont été prélevés, peut choisir de donner à une autre femme les gamètes dont elle n'aurait pas eu besoin.

Qu'en est-il des législations sur le don de gamètes à l'étranger?²³

En la matière, aucune législation européenne n'est identique. La Belgique est réputée avoir un régime extrêmement libéral où sont permis les dons de sperme et d'ovocytes, anonymes ou connus, pour des femmes seules ou des couples, hétérosexuels ou non. Ce n'est pas le cas dans tous les pays européens. Par conséquent, les femmes sont nombreuses à aller à l'étranger pour « faire » un enfant, dans un pays où la législation est plus libérale, ce qui crée inévitablement un vrai tourisme procréatif.

Toutefois, les conditions légales diffèrent d'un pays à un autre, notamment pour la question de l'anonymat ou de l'âge des donneurs et receveurs.



Source : [<http://www.fiv.fr/don-ovocytes-etranger/>].

(- interdit X autorisé)

Pays	Don de sperme	Don d'ovocytes	Double don (sperme et ovocytes)	Transfert post-mortem
Italie	-	-	-	-
France	X	X	-	-
Autriche	X	-	-	X
Allemagne	X	-	-	-
Suisse	X	-	-	-
Royaume-Uni	X	X	X	X
Espagne	X	X	X	X
Grèce	X	X	X	X
Pays-Bas	X	X	-	X
Danemark	X	X	X	X
Etats-Unis	X	X	-	X
Canada	X	X	X	X

C) Questions éthiques

1) Un don gratuit et volontaire ?

Dans son article 51, la loi belge du 6 juillet 2007 dispose que le don de gamètes est gratuit et volontaire, pour éviter toute marchandisation des produits du corps humain. Toutefois, une indemnité de compensation des frais peut être versée aux donneurs, notamment pour couvrir leurs frais d'hospitalisation et de déplacement, ainsi que la perte de revenus. Cette compensation financière semble parfois être plus élevée que les frais réels endossés par les donneurs. Déjà en 2008, des parlementaires européens se posaient la question de savoir si, pour promouvoir le don d'ovules, il était légitime d'annoncer publiquement que chaque don pouvait rapporter 750 €²⁴. N'est-ce pas contraire au principe de non-commercialisation du corps humain ?

Vers un marché procréatif ?

Les donneuses d'ovocytes en Belgique sont peu nombreuses²⁵. En revanche, en Espagne, plusieurs centres de fécondité se sont développés pour accueillir les propositions de don. La rémunération attrayante en serait une des causes. Ils traitent ainsi 50% des dons provenant de toute l'Europe²⁶. La liste d'attente pour bénéficier d'un don d'ovocyte en Espagne est quasi-inexistante - alors même qu'en Belgique, elle est d'un an au minimum. Beaucoup de femmes belges sont donc prêtes à faire le déplacement, ce qui conduit inévitablement à une forme de « commerce procréatif ». En effet, malgré l'accompagnement professionnel que les cliniques espagnoles déploient, il semble y avoir, derrière tout cela, un réel enjeu économique (cf. encadré ci-après).

De plus, en Europe, de nombreuses campagnes sont menées pour inciter les femmes à donner leurs ovocytes, « *un cadeau à offrir, comme un autre* »²⁷, pour satisfaire la demande. Ces campagnes n'évoquent cependant pas les complications éventuelles pour la donneuse lors de la stimulation ovarienne et du prélèvement d'ovocytes. En outre, peut-on vraiment considérer les gamètes comme un simple produit, alors même qu'ils contribuent à la venue

au monde d'un nouvel être humain dont le patrimoine génétique unique le lie à la donneuse ?

De même, nombre de femmes en Grèce et en République Tchèque devant faire face à la crise économique, voient dans le « don » rémunéré d'ovocytes un moyen d'améliorer leur quotidien²⁸, ce qui fait de ces deux pays de grands pourvoyeurs d'ovocytes. S'agirait-il ainsi d'une forme d'exploitation des femmes vulnérables, non seulement de celles qui « donnent » leurs ovocytes contre rémunération, mais aussi de celles qui n'arrivent pas à procréer et tout cela, au profit des firmes privées ?

2) Un don anonyme

=> Des problèmes quant au droit de connaître ses origines

Dans le cas du don anonyme, l'enfant ne connaîtra pas son ou ses géniteurs et ne sera quasiment jamais en mesure de les connaître. En effet, la loi belge du 6 juillet 2007 prévoit que les centres de fécondation ne peuvent fournir aucune information permettant d'identifier le donneur³⁴, sauf données médicales nécessaires pour la bonne santé de l'enfant³⁵. Et même si le don n'est pas anonyme, l'enfant ne sera pas en mesure d'accéder de lui-même aux informations sur ses parents biologiques : il reste tributaire de la volonté de ses parents intentionnels. La raison en est la protection de la vie privée des donneurs et du ou des auteurs du projet parental.

Toutefois, la Cour européenne des Droits de l'Homme a rappelé, dans un arrêt rendu le 14 janvier 2016, que le droit de connaître ses origines relevait de l'intérêt supérieur de l'enfant. Sur ce sujet, un dossier entier, ainsi qu'une étude ont été rédigés par l'Institut Européen de Bioéthique³⁶. Il y a donc deux types d'intérêt à mettre en balance : celui des parents, biologiques ou intentionnels, et celui de l'enfant. En Europe, la tendance actuelle vise à la levée de l'anonymat du don, au nom de l'intérêt de l'enfant et notamment, de son droit d'accéder à ses origines personnelles.

Le don d'ovocytes en Espagne :

Indemnisation : dans la réglementation espagnole, est autorisé le versement d'une somme d'argent importante aux donneurs, pour compenser les risques éventuels, les gênes et journées de travail perdues. Ainsi, sur avis de la Commission Nationale de Procréation Humaine Assistée, le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l'Égalité espagnol fixe le montant de cette compensation entre 800 et 1000 € pour les donneuses d'ovocytes, et entre 30 et 50 euros pour les donneurs de sperme²⁹.

Pays attractif pour les donneuses : une étude réalisée par la plus grosse clinique d'Espagne, Eugin, montre que c'est en moyenne une femme sur cinq qui donne ses ovules pour toucher une rémunération³⁰. La plupart de ces femmes sont jeunes (leur âge moyen est de 27 ans), 24% d'entre elles sont au chômage et la somme qui est versée à celles qui ont déjà un travail est supérieure à leur salaire.

Pays attractif pour les receveuses : la plupart des cliniques sont des entreprises privées, et certaines sont détenues par des grandes multinationales ayant leur siège aux Emirats Arabes Unis – c'est le cas d'Eugin – qui voient dans le développement de ces aides à la procréation, une manière pour elles de « *s'implanter sur le marché du tourisme médical* »³¹. Les cliniques adoptent donc des stratégies commerciales pour attirer les patientes. Il existe notamment des comparatifs de prix selon les centres, avec des « soldes » sur les actes de PMA³². Par exemple, le centre de Séville fait une offre de 43% de réduction sur un don d'ovocytes : au lieu de 6.800€, la FIV ne coûte que 3.900€, pour une durée déterminée, la première visite étant offerte. Mais ces offres sont limitées dans le temps, les femmes doivent donc se décider rapidement, alors même que cette décision devrait être mûrement réfléchie puisqu'il s'agit de concevoir un enfant.

Dès lors que l'enfant veut connaître la vérité sur ses origines, pour son développement personnel, la Cour européenne des Droits de l'Homme affirme qu'il doit être en mesure d'accéder à toutes les données lui permettant de connaître son identité³⁷. D'autant que beaucoup d'enfants issus d'un don témoignent qu'ils ne souhaitent pas forcément rétablir un lien de filiation avec leur parent biologique, ni même le rencontrer, mais simplement savoir d'où vient leur patrimoine génétique, connaître son caractère, ses passions, voir une photo, pour savoir s'ils lui ressemblent. Ils sont simplement en quête de leur identité qu'ils ont à cœur de transmettre à leurs propres enfants³⁸.

On justifie souvent l'anonymat des donneurs par le respect de leur vie privée et par le fait que, grâce à cette protection, ils sont plus nombreux à se porter volontaires. Or, en Angleterre, l'anonymat a été levé sans que l'on constate une diminution du nombre de donneurs³⁹. Le maintien de l'anonymat pose donc de plus en plus question.



En Allemagne, levée de l'anonymat du donneur de sperme en mai 2017 ⁴⁰:

- 1200 enfants naissent chaque année d'un don de sperme en Allemagne.
- Création d'un registre central des donneurs de sperme rassemblant les données personnelles de tous les donneurs et de toutes les receveuses, conservé pendant 110 ans, et accessible à partir de l'âge de 16 ans à tout personne supposant être née d'un don de sperme (ou, avant cet âge, à son représentant légal).
- Impossibilité de faire une constatation judiciaire de la paternité du donneur.

=> Des problèmes quant à l'établissement de la filiation :

La loi belge du 6 juillet 2007 dispose que le lien de filiation est établi avec les parents, auteurs du projet parental⁴¹. L'origine biologique de l'enfant ne sera jamais reconnue juridiquement, ni à la demande de l'enfant, ni à celle de ses parents dits « sociaux » ou de ses véritables parents biologiques. On assiste ici à une modification de la définition de la filiation. Qu'est-elle en réalité ? Il semblerait que désormais, la filiation sociale ait plus d'importance que la filiation biologique.

De même, reconnaître un lien de filiation avec l'enfant issu de PMA à une femme ménopausée, célibataire ou à un couple homosexuel occulte la réalité biologique. Or la généalogie de l'enfant est importante pour lui, qui veut savoir d'où il vient⁴².

Enfin, lorsque c'est une femme seule qui a recours au don de sperme, l'enfant n'aura aucun lien de filiation avec son père biologique. Pour combler le désir d'une femme, on impose alors à un enfant de naître « orphelin » de père.

=> Des problèmes de consanguinité

La loi du 6 juillet 2007 interdit également qu'un homme puisse donner son sperme plus de six fois et, ainsi, participer à la conception d'enfants chez plus de six femmes différentes⁴³. Cette précaution a pour but de limiter le risque de consanguinité, qui consisterait à ce que les enfants issus d'un même donneur procréent ensemble. Pour contrôler le nombre de dons par donneur, la loi⁴⁴ impose aux centres de PMA de tenir des registres, du même ordre que ceux exigés à des fins de traçabilité.

Or, les cliniques de PMA se trouvent face à un réel problème, car ces registres n'ont toujours pas

été mis en place depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2007⁴⁶. Le nombre de donneurs de sperme pour toute la Belgique, de même que le nombre de dons de sperme par donneur, toutes techniques de PMA confondues, n'est pas connu. Qu'en est-il pour le nombre total de dons d'ovocytes ? Se pose aussi la question de l'importation de sperme venant de banques à l'étranger. Etant en situation de pénurie pour satisfaire à toutes les demandes de sperme, la Belgique doit se tourner vers l'étranger, ce qui implique des risques quant au contrôle des donneurs. En 2013 par exemple, on a découvert que le sperme d'un donneur danois de la Nordic Cryobank, porteur d'une maladie génétique et distribué dans plusieurs pays, avait été utilisé pour la conception de nonante-neuf enfants, dont vingt en Belgique, pour seize femmes différentes. Une situation loin de l'exigence légale de ne pas dépasser six femmes receveuses⁴⁷.

3) Des dérives eugéniques ?

La loi belge valide la technique de « l'appariement entre donneur(s) et receveur(s) »⁴⁸, consistant à sélectionner des donneurs ayant certaines caractéristiques génétiques similaires à celles des futurs parents afin que leur enfant leur ressemble davantage.

Toutefois, avec le diagnostic préimplantatoire et les techniques de don direct, cela semble aller plus loin. La technique de l'appariement pourrait aussi être utilisée afin d'éviter toute « anomalie » dans les gènes, mais aussi essayer de privilégier les donneurs ayant certaines caractéristiques bien particulières.

II. LE SOCIAL FREEZING

Si la congélation de sperme et d'embryons existe déjà depuis de nombreuses années, celle des ovocytes a vu le jour en 2005 avec le développement de la vitrification (congélation ultra-rapide), plus protectrice de l'ovocyte que la congélation lente, habituellement utilisée⁵¹. Cette technique a tout d'abord un but thérapeutique : protéger les ovocytes de la femme atteinte par une maladie et qui sont susceptibles d'être endommagés par le traitement de cette maladie. On prélève donc une partie de ses ovocytes pour les garder en bon état et permettre à la femme de devenir mère une fois guérie.

Mais la vitrification des ovocytes a aussi pour but de permettre à la femme de différer son projet parental⁵², à des fins dites « sociales », c'est ce qu'on appelle le *social freezing*.

Selon l'UZ Brussel⁵³, le plus gros centre de PMA de Belgique, la plupart des femmes intéressées par le *social freezing*, sont âgées d'environ 38 ans, ont fait des études supérieures et travaillent à temps plein. Elles ont souvent vécu un échec sentimental ou n'ont pas trouvé de partenaire définitif. En faisant congeler leurs ovules, elles s'accordent alors plus de temps pour trouver le « bon partenaire ».

Selon le Comité Consultatif de Bioéthique belge (CCB) qui a rendu un avis à ce sujet, le but principal de cette technique serait de « *lutter contre les inégalités homme / femme* »⁵⁴. On constate aujourd'hui que les femmes sont soumises à une double pression : mener à bien leur vie professionnelle tout en tenant la même place que les hommes dans la société. Au nom de l'égalité des sexes, elles se veulent plus indépendantes et libres face au rôle de mère qu'on leur attribue « traditionnellement ».

Dans cette logique, des grandes firmes comme Apple, Yahoo, Google et d'autres, les persuadent de consacrer leur jeunesse à leur carrière, et n'hésitent pas à proposer à leurs employées un remboursement de leur congélation d'ovocytes pouvant aller jusqu'à 20.000\$, leur permettant ainsi, d'allier carrière et vie familiale⁵⁵. Elles peuvent ainsi librement repousser leur maternité sans tenir compte de leur horloge biologique. « *Puisque l'homme n'a pas à se soucier de son âge pour procréer, la femme doit avoir cette même chance, si ce n'est par la nature, au moins par la médecine* », estime le CCB.

Que deviennent ces ovocytes après congélation ? Quatre possibilités s'offrent à la femme. Soit, elle décide de poursuivre sa démarche par une FIV, soit elle fait don de ses ovocytes à des receveuses, ou alors, elle en fait don à la science pour la recherche, et enfin, elle peut demander à ce qu'ils soient détruits.

Comme pour la FIV, le prélèvement d'ovules est possible jusqu'à l'âge de 45 ans, mais pour augmenter les chances de grossesse, il est préférable que les femmes aient moins de 38 ans lors du prélèvement. Pour l'implantation d'un ovocyte fécondé, une femme doit avoir moins de 47 ans. Les ovules congelés ne peuvent pas être conservés plus de 10 ans.

Cette opération coûte entre 3.000 et 5.000 € et n'est, à ce jour, pas remboursée⁵⁶.

Le *social freezing* est-il légal ?

L'article 37 de la loi du 6 juillet 2007 autorise le prélèvement de gamètes en vue « d'un projet parental ou d'une cryoconservation pour un projet parental ultérieur ». La vitrification d'ovocytes pour assurer la mise en œuvre d'un projet parental futur semble donc possible. Toutefois, les politiques ont jugé bon de demander l'avis du CCB, sans doute pour la question de son remboursement.

En France, on parle d'autoconservation des ovocytes.

La vitrification des ovocytes est autorisée en France depuis 2011, pour des **raisons médicales** (pathologies malignes, insuffisance ovarienne précoce). Depuis 2015, **après un don d'ovocytes**, les donneuses peuvent conserver pour elles-mêmes certains de leurs ovocytes prélevés, pour pallier l'infertilité liée à l'âge. C'est la seule possibilité pour les femmes d'autoconserver leurs ovocytes et aucune évolution dans ce sens ne semble être prévue puisque le Comité Consultatif National d'Ethique a rendu un avis le 27 juin 2017 dans lequel il s'oppose à l'autoconservation ovocytaires de « précaution » proposée à toutes les femmes⁵⁷.

Y a-t-il des risques dus au *social freezing* ?

La vitrification des ovocytes semble être aujourd'hui la « solution miracle » pour lutter contre l'infertilité liée à l'âge, puisque les résultats sont probants et qu'elle permet d'éviter les difficultés résultant de la congélation d'embryons. Toutefois, l'ovocyte reste très fragile et malgré les progrès des techniques de vitrification, l'ovule, composé à plus de 90% d'eau, peut-être déchiré ou abimé.

Il ne faut pas oublier que cette technique engendre aussi pour la femme des risques liés à l'hyper-stimulation ovarienne et à la ponction, lui impose un lourd processus de fécondation in vitro, et que son âge plus avancé pour soutenir une grossesse l'expose à de plus grands risques de diabètes gestationnels, pré-éclampsies, accouchements par césarienne, enfant né à prématurité, ... Le principe de précaution voudrait aussi que l'on tienne compte des risques éventuels d'anomalies pour l'enfant⁵⁸.

Questions éthiques

Le CCB souligne cependant les limites du recours à la congélation des ovocytes : « *Ne devrions-nous pas apprendre à vivre en prenant conscience des limites fixées dans le temps dont nous disposons pour faire nos choix ?* »⁶⁰ Ainsi, la congélation d'ovules ne devrait pas être présentée comme moyen évident de différer son désir d'enfant. Il faudrait, au contraire, tout faire pour aider les femmes à mieux concilier leur projet de maternité et leur projet d'études ou de carrière et faciliter la maternité à un plus jeune âge. La possibilité de faire congeler les ovocytes pourrait être utilisée comme moyen de pression sur les femmes qui cherchent un em-

ploi. Pour d'autres, cette technique va se présenter (grâce aux médias) comme la meilleure, voire la seule, manière de pouvoir procréer sans risque, ni regret en conciliant sa carrière professionnelle⁶¹.

Cette technique pose aussi un problème au niveau social, car cela encouragerait la parenté tardive. Or, selon le CCB, il y a un effet négatif de l'âge avancé des parents sur leurs enfants, qui conduit parfois à une forme d'autisme chez certains enfants.

De surcroît, encourager la maternité tardive n'est pas forcément ajusté car plus l'âge des parents est avancé, moins il sera évident pour eux d'assumer l'éducation et l'accompagnement de leur enfant. Le principe du *social freezing* est déjà reconnu par la société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE), mais avec la réserve de fournir des informations solides, de se montrer sélectif et de collecter des données précises sur la santé des femmes qui se présentent au centre.

Pour éviter ce recours excessif à la médecine, il est donc nécessaire d'informer les femmes et les hommes de la baisse de la fécondité de la femme avec l'âge et de leur donner une pleine connaissance des conséquences et des limites des différentes techniques de PMA, affirme le CCB.



CONCLUSION

Le don de gamète, présenté comme un acte altruiste et gratuit, comporte des conséquences non-négligeables sur les donneurs, les receveurs, les enfants et la société tout entière.

Le donneur est amené à considérer que les gamètes récoltés par les centres de PMA sont des « cellules comme les autres », alors que leur capacité à donner la vie et les données génétiques uniques qu'ils transmettent les lient profondément à lui. Des femmes en situation de précarité se voient ainsi participer à un véritable marché financier, sans considération des réels risques physiques et psychologiques qu'elles encourent.

Le receveur devra porter le poids psychologique de l'anonymat du don pour l'enfant et parfois même la responsabilité de le priver consciemment de père.

L'enfant issu du don ne sera pas toujours reconnu dans son droit à connaître ses origines. Sa généalogie et sa filiation véritable resteront souvent des inconnues. Il encourra aussi bien involontairement des risques de consanguinité et d'anomalies potentielles.

Confiant ces problématiques à la médecine, la société ne se désintéresse-t-elle pas d'un effort portant sur la recherche, l'information et la prévention des causes d'infertilité ?

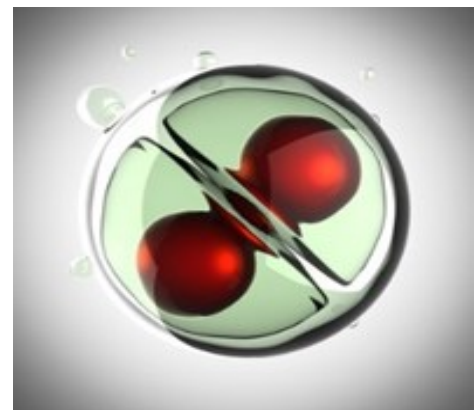
La congélation des ovocytes à des fins sociales quant à elle devient rapidement un moyen de pression des employeurs qui, en prétendant gommer les

inégalités homme/femme, satisfont leurs exigences économiques en incitant la femme à se soumettre à des traitements lourds tant physiquement que psychologiquement.

On peut, enfin, s'interroger sur la volonté de maîtriser à tout prix sa fertilité, quelles que soient les limites de son propre corps et grâce à la médecine, de soumettre son corps à ses propres désirs, sans pour autant en mesurer les impacts et les risques.

La volonté de diminuer la souffrance des hommes et des femmes en désir d'enfant est légitime et honorable, cependant n'y a-t-il pas moyen d'aborder ce problème de société autrement que par la médecine, qui, par le coût et la lourdeur de ses traitements, conduit ici à mercantiliser la détresse des uns, et jouer avec la vulnérabilité des autres, et dont les conséquences dépassent largement la salle d'opération ?

Certains voient dans cette médecine « palliative », qui ne fait que contourner le problème de l'infertilité, un détournement de fonds. En effet, alors que sont investies des sommes toujours plus importantes dans le développement des techniques de PMA, peu de moyens sont déployés pour la prévention de l'infertilité, au risque de s'en désintéresser totalement.



-
1. Dossier de l'IEB « Le bébé à trois parents », disponible [ici](#)
 2. Disponible [ici](#)
 3. Voir dossier de l'IEB « [La procréation médicalement assistée en Belgique](#) »
 4. Absence de maladie sexuellement ou génétiquement transmissible, mode de vie sain et absence de prise de médicaments et de substances pouvant altérer la fertilité.
 5. *Idem.*
 6. Belrap non-IVF 2014, table 1.1.
 7. Belrap 2014, table 2.13. Il y a, sur 20.139 cycles de FIV entrepris avec des ovocytes frais, 11.380 avec le sperme du partenaire. Ainsi, il y a 8.759 cycles entrepris avec le sperme d'un donneur.
 8. Un cycle comprend les échographies permettant l'observation des ovocytes chez la femme et l'identification du moment de l'ovulation, les consultations et visites, la stimulation hormonale ainsi que le prélèvement et la fécondation des ovocytes.
 9. Belrap non-IVF 2014, tables 2.4 et 2.12.
 10. Rapport du Collège des médecins, paru le 9 décembre 2016 (Belrap 2014), table 1.1 et figure 2.4.
 11. Belrap 2014, table 2.13.
 12. Belrap non-IVF, table 2.4.
 13. *Idem.*
 14. Perturbations hormonales, apparition de kystes, infections liées à l'opération chirurgicale comportant des risques pour la fécondité ultérieure de la femme ... selon l'Audit de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité « Analyse sectorielle : Procréation Médicalement Assistée » de novembre 2015.
 15. Congélation : Passage lent de l'eau intra et extra cellulaire de l'état liquide à l'état solide en utilisant des agents cryoprotecteurs, en faible quantité. Vitrification : Descente en température de 20°C à -196°C, ultra rapide pour réduire la formation de cristaux de glace et en utilisant des cryoprotecteurs en quantité importante.
 16. Belrap 2014, table 5.1 et 6.1.
 17. Belrap 2014, table 5.7 et figure 5.12.
 18. Belrap 2014, table 6.7 et figure 6.12.
 19. B. Lejeune, « Stratégies de dons d'ovocytes : expérience belge », JTA, disponible [ici](#)
 20. Les mitochondries sont des organites, présents dans toutes les cellules, qui produisent l'énergie nécessaire à tous les processus biochimiques.
 21. Belrap 2014, figure 5.2.
 22. Belrap 2014, figure 4.2.
 23. Source : [ici](#)
 24. [Question parlementaire du 28 mars 2008 à la Commission Européenne](#)
 25. Cf le site [Donneurs de vie](#)
 26. Kupka et al., « Assisted reproductive technology in Europe » in *Human Reproduction*, 2014.
 27. Cf. « Une campagne inquiétante qui banalise le don de gamètes », disponible [ici](#) « Une campagne « opaque » sur les enjeux du don de gamètes », disponible [ici](#)
 28. 40% des donneuses, en 2012, raisonnaient ainsi selon *Courrier international* (n°1386 du 24 au 31/05/2017).
 29. Information disponible [ici](#) consulté le 2/06/2017.
 30. Cf. C. Gauthier, « La Maculée Conception », in *Médor* n°2, 18 mars 2016, pp 34-48.
 31. Propos de NMC Health, multinationale ayant racheté Eugin en février 2015, rapportés dans un communiqué de presse, « NMC Healthcare is very proud to announce that we are now a multinational company! ». Disponible [ici](#) consulté le 2/06/2017.
 32. Disponible [ici](#)
 34. Article 57 de la loi du 6 juillet 2007.
 35. Articles 64 et 65.
 36. Dossier de l'IEB, « Le droit de connaître ses origines », disponible [ici](#) ; G. Mathieu, « le droit de connaître ses origines : un droit fondamental », disponible [ici](#)
 37. Cour eur. D.H., arrêt Odièvre c. France, 13 février 2003, req. n° 42326/98.
 38. Témoignages disponibles [ici](#)
 39. Information disponible [ici](#)

40. CIDAL (Centre d'Information sur l'Allemagne), « L'Allemagne ouvre l'accès aux origines aux personnes nées d'un don de sperme », 22/05/2017, disponible [ici](#), consulté le 21/06/2017.
41. Article 56.
42. Cf T. Derville, « La fécondation In Vitro est-elle incontestable ? », disponible [ici](#)
43. Article 51.
44. Article 14 de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique.
46. Alors même que ce registre devait enfin être mis en place par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé en 2013. Cf question parlementaire n° 1258 du 17 octobre 2013.
47. Informations disponibles sur le [site](#)
48. Article 53 de la loi du 6 juillet 2007.
51. Vitrification : solidification à très basse température (-196°C) en utilisant une haute concentration de cryoprotectant permettant de déshydrater les ovules et de les plonger directement dans de l'azote liquide pour obtenir leur vitrification sans aucune formation de cristaux de glace. Cf. Comité Consultatif de Bioéthique, avis n°57 du 16 décembre 2013 relatif aux aspects éthiques de la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge. et la publication du Conseil Supérieur de Santé n°8630 « Conservation par vitrification de cellules et tissus reproducteurs » du 2 mars 2011.
52. Cf. Dossier de l'IEB, « la procréation médicalement assistée en Belgique », disponible [ici](#)
53. D'après un article du centre de fécondité de l'UZ Brussel « Le Centre de médecine reproductive de l'UZ Brussel a procédé au dépistage des candidates au « social freezing » », disponible [ici](#)
54. Comité Consultatif de Bioéthique, avis n°57, Op. Cit.
55. L'OBS, « Apple et Facebook proposent la congélation d'ovules à leurs salariées », disponible [ici](#), consulté le 19/06/2017, BioEdge, « Egg freezing on the rise in Silicon Valley », 17/06/2017.
56. Article de l'UZ Brussel, Op. Cit.
57. CCNE, Avis n° 126 (15 juin 2017), « Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ».
58. Problèmes congénitaux structurels dus à la FIV par exemple. Certaines études font aussi état de risques de cancer et d'anomalies cardiaques (voir par exemple CMAJ, « Social egg freezing: risk, benefits and other considerations », 16/06/2015, disponible [ici](#), consulté le 21/06/2017. Le social freezing étant relativement récent, des études doivent encore être menées pour confirmer ces risques.
60. Comité Consultatif de Bioéthique, avis n°57 du 16 décembre 2013 relatif aux aspects éthiques de la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge.
61. CMAJ, « Social egg freezing: risk, benefits and other considerations », 16/06/2015, disponible [ici](#), consulté le 21/06/2017.