



**Mercredi 24/02**  
**Rencontre-débat**

# **Tous droits de reproduction inclus**

## **Intervenantes**

**Candice AUTIN**, docteur au Centre de Procréation Médicalement Assistée de l'hôpital Saint-Pierre

**Marie-Geneviève PINSART**, professeur de philosophie et d'éthique à l'ULB

La **contraception** et l'**avortement** sont les premières grandes revendications féminines. Les lois mises en place à cet égard ont permis de reconnaître l'honneur des femmes.

La demande de contraception et d'avortement était une demande d'autonomie des femmes, de disposer de leur corps et de leur ventre par rapport à l'homme, au partenaire, à l'enfant et à l'embryon. Concernant l'avortement, cette demande signifiait le rejet de l'embryon ; pour la contraception, une abstention, un refus que quelque chose ne se mette en route.

Contraception et avortement sont donc des demandes de choix. Mais lorsqu'une femme est enceinte, ce n'est pas toujours par choix. Elle peut l'être par hasard ou suite à un drame (viol, inceste, etc.). Il y a donc une dissociation entre la reproduction et l'acte sexuel, vu comme un acte de plaisir, de désir. Cette dissociation suppose l'intervention d'un tiers technique (pilule, stérilet, capote, médicament, etc.) ou médical (dans le cadre de l'avortement).

Ce processus aboutit à l'isolation de la femme, afin de permettre le choix d'une relation à un partenaire ou à un enfant. Sur le plan psychologie, la demande qui émane de la contraception et de l'avortement est qu'une personne soit acceptée en tant qu'individu, dans son unité par rapport à une relation, une ouverture vers une multiplicité. Cette multiplicité se trouve dans la relation à deux (avec le partenaire ou l'enfant) ou à trois (avec le partenaire et l'enfant). Ce point pose par ailleurs question : qui va prendre les décisions ? S'agit-il de décisions médicales, publiques, privées, de couple ou d'individus ?

Contraception et avortement sont donc des choix qui doivent permettre ou non d'avoir un enfant à un moment particulier. Ceci est remis en question par les progrès technologiques et, plus spécifiquement, la procréation médicalement assistée (PMA).

## **Evolutions technologique et sociale**

La technologie a fait évoluer de manière importante les représentations sociales, la sexualité et la procréation. L'utilisation d'outils technologiques permet de choisir le

moment où une personne/un couple veut avoir un enfant mais aussi de pallier l'impossibilité d'en avoir par les voies « traditionnelles ».

Il y a de grandes différences entre les premières revendications des femmes autour de la contraception et de l'avortement et de la PMA aujourd'hui. Avant, la femme se posait en tant qu'individu et voulait préserver son unité dans l'idée de ne pas rejeter ses relations mais de les postposer et de les décider. Aujourd'hui, la demande de la femme est toujours possible et entendue mais il y a d'autres possibilités comme l'intervention d'un tiers. La femme célibataire et l'homme seul font appel à un tiers pour avoir un enfant mais le rejettent puisqu'ils ne veulent pas former un couple.

Par ailleurs, un couple hétérosexuel peut avoir un enfant en ayant recours aux ressources internes du couple (ovule de la femme, sperme de l'homme, etc.) ou aux ressources d'un tiers. Dans ce cas, en plus du médecin, un deuxième élément extérieur (don de sperme ou d'ovule) au couple intervient. Cette intervention extérieure peut être médicale et payante ou anonyme et gratuite.

### **La procréation médicalement assistée**

La PMA s'adresse essentiellement à des couples infertiles. L'**infertilité** est une absence de grossesse après un an de rapports sexuels non protégés avec pénétration. Pourquoi un an ? Car l'espèce humaine n'est pas très fertile et qu'après cette année, 80 à 90% des couples obtiennent une grossesse. L'infertilité touche un couple sur six, c'est-à-dire 15 à 20% de la population. Passé cette année, les personnes qui n'ont toujours pas pu tomber enceinte voient leurs chances de grossesse diminuer de 3 à 5% par mois. C'est donc vers ces personnes que l'hôpital Saint-Pierre vient en aide.

Quand un couple se rend au Centre de PMA, un **bilan** est mis en route, pour autant que la personne concernée se trouve dans la définition de l'infertilité. Si cela ne fait que six mois qu'une personne essaye d'avoir un enfant, le Centre va la rassurer et lui donner des conseils. Un bilan ne sera donc pas mis en route avant une année. Lorsqu'il s'agit de cas extrêmes (femme n'ayant plus ses règles, homme ayant dû faire de la chimiothérapie, etc.), un bilan pourra être lancé plus tôt.

Ce bilan est un bilan de couple. En effet, les infertilités sont aussi souvent masculines que féminines. Le Centre fait passer en parallèle des examens à l'homme et à la femme. Soit le Centre trouve une anomalie, la corrige et ne passe pas par la PMA, soit il n'en trouve pas et passe par une des techniques pour la corriger. Dans 10 à 15% des cas les causes de l'infertilité sont inconnues.

Ce bilan permet au Centre de conseiller le couple mais le choix revient toujours à ce dernier. La PMA n'est pas la seule solution possible. Les personnes se lançant dans une PMA peuvent décider de ne pas aller plus loin que l'insémination. Il faut donc respecter le choix et le rythme des personnes tout en les informant du fait que la fertilité diminue fortement à partir de 35 ans et dramatiquement à partir de 40 ans.

Le problème posé par la PMA est que la décision d'avoir un enfant ne dépend désormais moins de la femme ou du couple que des médecins. Les médecins ont une responsabilité en autorisant et/ou en faisant une PMA.

### **« Elle a fait un bébé toute seule »**

Grâce aux PMA, un enfant ne doit plus nécessairement être conçu « à deux » au sens classique du terme. Aujourd'hui, la demande de la femme est toujours possible

et entendue mais il y a d'autres possibilités comme l'intervention d'un tiers. La femme célibataire et l'homme seul font appel à un tiers pour avoir un enfant mais le rejettent puisqu'ils ne veulent pas former un couple.

Quelques cas de figure :

### **Le couple homosexuel**

Une procréation avec l'autre sexe peut se faire sans passer par le domaine médical mais par des contrats en dehors de l'hôpital.

Les motivations peuvent être identiques à celles concernant les couples hétérosexuels lors de demandes médicales. La relation au corps à corps peut remplacer la relation sexuelle.

### **La mère célibataire**

Lorsque la femme célibataire fait une demande de PMA, elle a un désir et une demande de s'associer à l'enfant futur et un refus de s'associer au père de cet enfant. Cette demande n'est pas celle d'un être génétiquement choisi puisque le partenaire n'est pas déterminé. La volonté de l'enfant dépasse le choix génétiquement déterminé de l'enfant.

Il y a vis-à-vis de la relation à l'autre, au partenaire, au corps et sexuelle un déplaisir. La demande de la femme célibataire est une demande pour passer d'un un à un deux, femme à femme et enfant, mais c'est un 2 qui rejette une tierce personne, le père. Il est donc possible de passer au clonage car la femme souhaite une reproduction mais rejette l'élément tiers.

### **Accouchement sous X :**

En Belgique, il n'y a pas d'accouchement sous X. La femme est donc obligée de donner son nom même si elle ne veut pas de son enfant. C'est une obligation pour elle. Par contre, pour un don de sperme, l'homme peut rester anonyme. Il a le choix de donner son nom ou pas. Il existe donc une différence entre hommes et femmes.

## **Techniques classiques de la PMA**

### **1) Monitoring ovulatoire**

Le monitoring consiste à suivre le cycle menstruel de la femme et à définir avec précision la période où elle ovule pour pouvoir programmer les rapports sexuels.

Cette technique est pertinente lorsque la femme a un cycle irrégulier et qu'il est donc difficile de situer sa période d'ovulation. Elle peut aussi être associée à une stimulation ovarienne afin de faire travailler les ovaires.

### **2) Insémination artificielle**

L'insémination artificielle consiste au dépôt du sperme de l'homme dans l'utérus de la femme au moment de l'ovulation. Il n'y a donc pas de rapports sexuels vu que ce sont les médecins qui déposent le sperme dans l'utérus. Par contre, la fécondation se produit naturellement dans la trompe.

Cette technique est utilisée lors d'un problème du col de l'utérus afin de le court-circuiter et de déposer des spermatozoïdes plus loin. Elle est aussi utilisée lorsque le sperme est altéré et lors du recours au don de sperme.

Les taux de succès de l'insémination, seulement 15%, sont très mauvais. Au bout d'un an d'essai, ils tombent entre 3 à 5%. Cette technique n'est donc pas miraculeuse.

### 3) Fécondation in vitro

La fécondation n'a plus lieu dans la trompe mais in vitro, au laboratoire. Les spermatozoïdes sont recueillis par masturbation et les ovocytes sont ponctionnés dans les ovaires. Ils sont réunis dans le laboratoire afin d'obtenir des embryons. Ils seront observés pendant à 4 à 5 jours afin de prendre les meilleurs. Un ou plusieurs embryon(s) sera/seront ensuite déposé(s) dans l'utérus.

Cette technique est utilisée dans les cas où les trompes sont bouchées, le sperme est de mauvaise qualité, les inséminations n'ont pas fonctionné, une personne est infertile de longue date ou si l'âge de la femme avance.

La fécondation in vitro débute par une stimulation des ovaires afin d'obtenir plusieurs ovocytes. Ceux-ci sont ensuite réunis avec des spermatozoïdes afin d'obtenir un ou plusieurs embryon(s) à transférer dans l'utérus. La stimulation consiste en des piqûres contenant des substances qui vont stimuler les ovaires. L'ovulation de la femme sera empêchée afin que ses œufs restent dans les ovules et ne partent dans les trompes. Quand les œufs arriveront à maturité, ils seront pris et mis en contact avec les spermatozoïdes.

Les succès de la fécondation in vitro sont meilleurs que ceux de l'insémination : 30% de succès. Mais ils dépendent fortement de l'âge de la femme. En dessous de 30 ans, les résultats sont de 35 à 40%. Au-dessus de 40 ans, ils sont en dessous de 15%.

### Techniques de situations particulières de la PMA

Lorsque le Centre ne sait travailler ni avec les œufs et l'utérus de la femme ni avec les spermatozoïdes de l'homme, diverses autres techniques peuvent être envisagées :

- **Don de gamètes** (spermatozoïdes ou ovocytes)

- **Don d'ovocytes** : lorsque la femme n'a plus d'œufs (ménopause précoce) ou lorsqu'elle en a mais de très mauvaise qualité qui ne permettent plus d'obtenir d'embryons. Pour obtenir des ovocytes, il faut stimuler et ponctionner. En général, les femmes le font pour quelqu'un (une amie, une sœur, une collègue, une cousine, etc.).

Il existe deux types de dons d'ovocytes :

> le **don dirigé** (une femme donne directement à une autre femme. Il n'y a donc pas d'anonymat - de sœur à sœur par exemple)

> le **don croisé** (la femme qui a besoin d'un ovocyte amène quelqu'un qui va le donner mais elle en donnera aussi pour une autre femme dans la même situation qu'elle et la donneuse de cette femme lui donnera à elle, ceci assure de l'anonymat). Dans le Centre de PMA, c'est le don dirigé qui est pratiqué car, culturellement, il est important de connaître l'origine ; cela rassure.

- **Don de sperme** : est plus compliqué car il peut s'adresser à des couples hétérosexuels où l'homme n'a pas de spermatozoïde ou est porteur d'une maladie qu'il ne veut transmettre, à des couples homosexuels ou à des femmes célibataires.

Depuis 2007, en Belgique, une **loi encadre la PMA, les gamètes et les embryons**. Elle encadre l'éthique et permet de recourir à la PMA ou à tout projet parental que l'auteur soit un couple hétérosexuel, homosexuel ou d'une mère célibataire. Ce n'est pas le cas en France où la loi interdit le recours au don de sperme aux couples homosexuels et aux femmes célibataires.

Le don de sperme est quasi toujours anonyme, du fait de sa connotation adultérine que ce don induit.

Le don de sperme est simple et n'est pas associé à la souffrance. Le don d'ovules comporte des contraintes (médicaments, stimulations ovariennes, interventions, ponctions, piqûres, etc.) et est lourd. Il existe donc une différence entre hommes et femmes vu que l'homme ressent du plaisir tandis que la femme subit de la souffrance.

- **Gestation pour autrui ou mères porteuses**

Il s'agit d'un couple optant pour une fécondation in vitro, une création d'embryons. Au lieu de transférer le mélange ovocytes-sperme dans l'utérus de la femme, on le transfère dans l'utérus de la mère porteuse. Cette technique est utilisée lorsque la femme n'a pas d'utérus, qu'elle a dû subir une hystérotomie ou qu'elle a une contre-indication médicale à une grossesse.

Quand on parle de mères porteuses dans les médias, il s'agit de la maternité de substitution ; un accord entre adultes. La femme est inséminée par le sperme d'un homme et elle va donc porter un enfant issu de ses propres ovocytes avec qui elle a un lien génétique. Ce type de mères porteuses échappe au milieu médical puisqu'elle n'en a pas besoin.

Nous sommes ici en face d'un processus d'association par lequel s'ajoute plusieurs personnes aux deux demandeurs lorsque les gamètes proviennent de sources différentes. La PMA est donc une démarche différente de la contraception et de l'avortement du fait qu'il s'agit, d'une part, d'une démarche relationnelle se faisant à deux ou plus et, d'autre part, que la notion de « bon moment », propre à la contraception et à l'avortement, pour avoir un enfant n'est plus de mise. Tout moment est bon pour avoir cet enfant car il y a ici un besoin

Le Centre de PMA encadre la gestation pour autrui depuis 1997. Il y a eu 26 cas de gestation pour autrui depuis cette date. Seuls deux centres pratiquent cette technique ; l'hôpital Saint-Pierre (Bruxelles) et La Citadelle (Liège). Il s'agit de demandes exceptionnelles. La gestation pour autrui n'a pas été légiférée en Belgique. L'absence d'encadrement juridique pose problème : en effet, c'est la

femme qui accouche, la mère porteuse, qui est légalement la mère du nouveau-né... Il est donc difficile pour les parents demandeurs de devenir les parents légaux de l'enfant.

Il est cependant demandé, dans les PMA, d'avoir un enfant génétiquement apparenté. Il y a également suppression de l'élément temporel du bon moment.

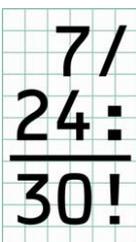
En Hollande, comme en Belgique, la mère porteuse doit être une personne que la/les personne(s) en demande connaissent. L'enfant doit être génétiquement apparenté. Si cet rapport est rassurant, il peut être aussi porteur de problèmes d'intrusion

Au Royaume-Uni, une loi qui protège la mère et la mère porteuse. La mère porteuse peut par ailleurs être une inconnue.

Aux Etats-Unis, une commercialisation des mères porteuses a été mise en place. Elles constituent des intermédiaires qui sont payées pour porter des enfants. Dans ce cadre, elles sont, bien entendu, libres d'accepter ou refuser les demandes.

La pratique de la PMA est fortement encadrée en Belgique. En 1999, un agrément a été mis en place. Tous les centres faisant de la procréation doivent obtenir cet agrément. Cela nécessite un équipement, des locaux particuliers et un personnel particulier, des contrôles de qualité, etc. Chaque centre est inspecté tous les cinq ans afin de voir s'il répond aux normes.

Depuis 2003, la fécondation in vitro est remboursée en Belgique. Grâce à cela, elle est accessible à la majorité de la population. Cependant, certains critères doivent être respectés pour pouvoir en bénéficier : être âgée de moins de 43 ans et expérimenter un nombre limité d'embryons afin d'éviter les grossesses multiples dangereuses. En Belgique, le premier essai doit être réalisé avant 36 ans.



7/  
24:  
30!

**Cette activité a été organisée par la Ligue des droits de l'Homme en mars 2010 dans le cadre de la semaine d'activités « 7/24:30 ! » consacrée, pour sa troisième édition, aux nouvelles technologies.**

**Plus d'informations et de documents sur les précédentes éditions : RVD sur [www.liguedh.be](http://www.liguedh.be), rubrique Agenda > 7/24 :30 !**