

# LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA)

## I – BRÈVE PRÉSENTATION

### Définition

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.

### Statistiques pour la Belgique :

- > **18** centres agréés pratiquent la PMA.
- > **1 couple sur 6** souffre d'infertilité notamment parce que la première grossesse survient plus tard (30 ans pour la femme en moyenne), quand elle est déjà moins fertile (maximum de fertilité entre 22 et 24 ans).
- > Autres causes : rythme de vie, alimentation, prise de tabac et d'alcool.

Infertilité	L'homme	La femme	Le couple	inconnue
Cas	30%	23%	20%	27%

- > Depuis plusieurs années, augmentation de l'infertilité masculine, due en partie à la dégradation de l'environnement.
- > **5.774 naissances** suite à une FIV en 2014.
- > **Fiabilité** de la FIV : taux d'échec de **73 %** en moyenne.

### Les différentes techniques de PMA :

- **Insémination artificielle** : introduction de sperme dans le corps de la femme.
- **Fivete** (Fécondation *In Vitro* Et Transfert d'Embryon) : sur-ovulation de la femme provoquée par l'injection d'hormones. Prélèvement des ovocytes et mise en contact avec des spermes dans une éprouvette. Réimplantation d'ovocytes dans l'utérus de la femme (1 ou 2).
- **ICSI** : Intra Cytoplasmic Sperm Injection : Elle ressemble à la FIV, si ce n'est que l'on injecte directement un sperme tozoïde dans l'ovule. Cette technique devrait seulement

être utilisée lorsque le nombre de spermatozoïdes est trop faible ou lorsque ceux-ci sont peu aptes à féconder l'ovule.

### PMA homologue ou hétérologue :

**Homologue** : les cellules germinales proviennent du couple demandeur (mari et femme ou partenaires)

**Hétérologue** : il est fait appel à un donneur de sperme ou à une donneuse d'ovules extérieurs au couple.

### Les embryons surnuméraires

- Tous les embryons ne sont pas immédiatement réimplantés. Les « surnuméraires » sont conservés par congélation en vue d'une implantation ultérieure ( cryopréservation ).
- Lors de la décongélation, la perte est d'environ **19%**.
- Pour 2014, on évalue le nombre d'embryons congelés à **23.480**.
- Après 5 ans, les embryons ne peuvent plus être conservés. Ils sont soit donnés à un autre couple (1%), soit utilisés pour la recherche (3%), soit détruits.

### Le diagnostic pré-implantatoire (DPI)

- Le **DPI** est une technique de sélection d'embryons utilisée pour les couples concernés par une maladie génétique. Après fécondation *in vitro*, l'embryon est sélectionné pour obtenir la naissance d'un bébé non atteint par cette maladie.
- Dans le cas du « **bébé-médicament** », le couple hétérosexuel fécond se verra proposer une PMA. L'on sélectionnera alors, grâce au DPI, sur les enfants embryonnaires conçus, un embryon sain et surtout compatible avec un frère aîné ou une sœur aînée à soigner (leucémie par exemple). À la naissance de cet enfant, choisi pour sa compatibilité avec l'aîné, on préleva le sang de son cordon ombilical pour en tirer les cellules souches qui seront réinjectées pour tenter de guérir l'aîné.

## II—QUE DIT LE DROIT ?

- C'est la **loi du 6 juillet 2007** qui réglemente les pratiques de PMA en Belgique.
- La PMA est ouverte à toute personne, vivant seule ou non, ayant un « projet parental » et à tout couple marié ou non, homosexuel ou hétérosexuel.
- L'anonymat des donneurs de gamètes est garanti.
- Possibilité sous certaines conditions d'une implantation « *post mortem* », après le décès du géniteur.
- Interdiction des DPI non pathologiques ( par exemple dans un but d'eugénisme).
- Les PMA ne peuvent être pratiquées que par des centres spécialisés.

### III – APPRÉCIATION CRITIQUE

#### L'explosion du nombre de traitements

- Au cours des dernières années, on constate une augmentation considérable du nombre de traitements de l'infertilité en Belgique. Le nombre de cycles de traitement par FIV/ICSI a plus que doublé entre 2004 et 2014, passant de **14.652 à 33.370** durant cette période. On a de plus enregistré une augmentation inexplicable de presque 20% du nombre des traitements chez les moins de 36 ans. La Belgique est-elle plus sujette à l'infertilité ou plus prompte à lancer des traitements lourds et coûteux ?
- Une surconsommation dans le domaine de la médecine reproductive ? Dans, l'*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* notamment, en mai 2017, des scientifiques s'alarment du recours beaucoup trop fréquent à la FIV/ICSI. Le Collège de médecins « Médecine de la reproduction » — l'organe responsable de l'organisation de l'évaluation externe de la médecine reproductive — s'inquiétait déjà en 2011 du recours banalisé à la PMA. En serait-on donc arrivé à abuser de ces techniques ? S'il y a bien l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé qui est chargée de contrôler la pratique de la PMA, en réalité ce contrôle semble plutôt faible.

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

- On constate parfois une certaine précipitation : 90 % des couples ont un enfant naturellement après 2 ans. Or, la PMA est fastidieuse et douloureuse, avec un taux d'échec relativement élevé.
- Un certain **abus de l'ICSI** ? 80% des cycles sont suivis par une ICSI alors que cela ne serait effectivement requis que dans 20 à 40% des cas.
- S'attaque-t-on suffisamment aux véritables causes de la stérilité ? L'augmentation de l'infertilité masculine, notamment due à une dégradation de l'environnement, laisse à penser que promouvoir une meilleure hygiène de vie permettrait de limiter le recours à la PMA.

#### Droit à l'enfant et droit de l'enfant

Prend-on suffisamment en considération le bien de l'enfant ou s'agit-il d'abord de satisfaire le désir des parents ? La question se pose de manière sans doute plus aiguë quand il s'agit de personnes seules, ou de couples homosexuels, car alors, l'enfant est privé soit d'un père, soit d'une mère dès sa naissance et de manière délibérée. N'impose-t-on pas consciemment à ces enfants une réelle **discrimination** par rapport aux enfants de parents hétérosexuels, qui, eux, bénéficient d'un cadre référent masculin et féminin ? En cas de PMA hétérologue, la question de l'**anonymat du donneur** prive l'enfant du droit de connaître ses origines biologiques.

- En 2014, **69% des embryons conçus ont été détruits**, ne répondant pas à un projet parental, soit **39.411**, selon les

chiffres du rapport du Collège des médecins (Belrap 2014). Cela pose question ...

#### Le recours à une PMA est-il sans danger ?

- Quel impact psychologique sur l'enfant ? Risque d'anomalies génétiques ? Le principe de précaution est-il bien pris en compte ? *Quid* du fait de permettre l'engendrement d'un enfant lorsque le père est décédé avant la réimplantation de l'embryon ?
- La technique de l'**ICSI** laisse pas mal de questions non résolues :
  - o Le spermatozoïde introduit dans l'ovocyte pour le féconder est en lui-même déjà vraisemblablement défectueux. Ce faisant, ne risque-t-on pas de transmettre cette faiblesse génétique à l'enfant ainsi conçu par un *forcing* de l'ovule ? Le patrimoine génétique ainsi transmis n'est-il pas alors abîmé ?
  - o Lorsque le sperme est introduit dans l'ovocyte, il l'est avec sa membrane. Cette membrane protège le sperme contre certains virus mais, étant elle-même porteuse d'un virus éventuel, peut-elle le transmettre à l'embryon ? A-t-on procédé à une analyse virale du sperme avant de faire l'ICSI ?

#### Une chosification du corps ?

- Certains couples recourant à la FIV/ET relèvent les difficultés psychologiques de ce processus et le malaise qu'implique la chosification de leurs corps, non seulement pour la femme mais aussi pour l'homme. La relation affective du couple s'en trouve parfois mise à mal.

#### Le droit à l'information

- Est-il suffisamment fait mention des risques qu'encourt la femme par la stimulation hormonale ? Il convient en effet d'attirer l'attention non seulement sur la **fragilisation de la santé de la femme** suite aux techniques de PMA, mais aussi sur le délicat équilibre psychologique du couple demandeur. Des études révèlent que plus de la moitié des femmes qui suivent un traitement pour l'infertilité présentent des signes de **dépression**.
- Comment les centres de PMA, dont la raison d'être économique est la PMA, peuvent-ils se montrer **impatriaux** et donner, comme l'exige la loi, 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, de manière à laisser plus de liberté au couple demandeur.

