

Nathalie Geuquet¹

La Procréation Médicalement Assistée : pour qui et à quelles conditions ?

Des couples hétérosexuels, des couples de femmes, des couples d'hommes, des femmes célibataires – par choix ou non –, de tous âges, de toutes nationalités, s'adressent à la médecine pour concevoir un enfant lorsqu'ils ou elles n'en ont pas la possibilité par eux/elles-mêmes, et ce pour différentes raisons. Mais pourront-ils ou elles voir se concrétiser leur désir d'enfant ? En Belgique, à quelles normes est soumis l'accès aux pratiques médicales apportant une solution à ces infertilités ? A quels centres faire appel pour avoir accès à des pistes, à une aide, à un traitement ?

Centres de fertilité², de fécondation ou de PMA

Il existe plusieurs noms pour désigner les centres médicaux offrant des services de procréation médicalement assistée (PMA), mais ceux-ci ne permettent pas d'identifier clairement les traitements proposés par ces centres.

Par leur dénomination, les « centres de fertilité » seraient des centres ayant pour objectif de diagnostiquer et de traiter les difficultés à concevoir des hommes et des femmes afin que ceux/celles-ci puissent avoir un enfant. Mais, rendre à une personne une potentielle fertilité, la rendre apte à avoir un enfant à court comme à long terme, ce n'est pas « construire » avec elle, dans une procédure certes longue mais immédiate, un projet parental aboutissant dans environ 30% des cas à une grossesse dans les 12 mois. Or, c'est bien ce que souhaitent les personnes dont nous parlions plus haut : une grossesse, un enfant, et ce le plus rapidement possible ! Le terme de « centre de fertilité » porte donc à confusion.

Les « centres de fécondation » ou « centres (de) PMA » semblent déjà plus adéquats au niveau du vocabulaire. En effet, ces deux dénominations renvoient davantage aux techniques requises pour les patientes dans la mesure où la plupart des techniques proposées par ces centres consistent à favoriser une grossesse de manière plus ou moins intrusive en mettant à contribution des biologistes et des médecins en laboratoire.

Toutefois, l'expression « procréation médicalement assistée » occasionne elle-même une idée erronée des traitements et des soins auxquels les centres donnent accès étant donné que, une fois enceinte, la patiente n'a plus affaire à l'équipe médicale du centre de PMA si ce n'est pour lui annoncer le dénouement de la grossesse – heureux ou non – à des fins statistiques. L'équipe médicale effectue des traitements uniquement jusqu'à ce que l'embryon soit installé dans l'utérus de la patiente. Les centres dits « de PMA » ne prennent à leur charge ni la suite de la grossesse, ni l'accouchement. Par conséquent, il est faux de parler de « procréation » médicalement assistée.

¹ Etudiante en Master en Sciences de la Famille et de la Sexualité et stagiaire au CEFA asbl

² La fertilité humaine est la capacité à obtenir une grossesse, à se reproduire, à la différence de l'infertilité, appliquée à un couple, qui est la difficulté à avoir un enfant après un an de rapports sexuels réguliers. La stérilité, quant à elle, est l'impossibilité de concevoir naturellement, de porter ou d'accoucher d'un enfant.

Quant à l'expression de « centre de fécondation », certes la plus appropriée dans la majorité des cas, ne renvoie-t-elle pas à l'image clinique d'une aiguille en laboratoire ou en salle d'opération, mettant de côté l'assistance médicale la moins intrusive, le suivi de cycle, qui permet aux couples au moment opportun de tenter de concevoir leur bébé dans l'intimité ? Serait-il préférable alors de parler de « conception » médicalement assistée plutôt que de « fécondation » ou de « procréation » ?

Donc, la PMA n'est pas une assistance lors de la grossesse et de l'accouchement mais uniquement une aide à la conception. Et pour favoriser la conception, il n'y a pas que la Fécondation In Vitro (FIV). La FIV est la plus connue des techniques d'assistance à la procréation sans doute, car elle a permis de mettre au monde en 1979 le premier « bébé éprouvette », Louise Brown, même si d'autres techniques ont fait leurs preuves et que certaines autres se développent encore.

Distinction entre les centres

Par ailleurs, les centres de fécondation sont de deux types. La distinction se joue selon que le centre possède ou non un laboratoire de procréation médicalement assistée. Toutes les techniques ne pourront être proposées par les centres ne possédant pas de laboratoire. En effet, dans les centres au programme de soins A peuvent s'effectuer uniquement l'accompagnement, l'information, le diagnostic, le contrôle et le traitement de la stérilité, le traitement de « super-ovulation » ainsi que le prélèvement de gamètes en vue d'un transfert vers un programme de soins B. Le programme de soins B reprend les pratiques du type A en y ajoutant le traitement de gamètes en vue d'une FIV, la réimplantation des embryons ainsi que la congélation de gamètes et d'embryons.

Des partenariats se sont mis en place reliant les centres de type A à des centres de type B. Les centres dont les soins sont de type A peuvent ainsi tout de même proposer les premières étapes de la procédure de PMA à quantité de personnes et diriger celles-ci si nécessaire vers le centre possédant un laboratoire avec lequel ils collaborent. D'ailleurs, parmi les activités non médicales des programmes de soins A figurent la rédaction d'une brochure d'information et des protocoles de traitements en collaboration avec un programme de soins B. Ces collaborations garantissent la continuité du service. En effet, cela permet aux porteurs/ses de projet parental de s'adresser à un centre qui leur est plus proche, géographiquement par exemple, tant que leur situation ne semble pas exiger des pratiques plus conséquentes et leur évite de devoir réintroduire une demande en cas d'échecs lorsqu'ils ou elles souhaitent poursuivre au moyen de techniques plus lourdes, comme la FIV.

Durant une trentaine d'années, les équipes médicales proposant la PMA ont fonctionné par autorégulation se soumettant à la déontologie médicale et consultant leur comité d'éthique mais déterminant le plus souvent par elles-mêmes ce qu'elles jugeaient acceptable ou non. Bien qu'ils disposent toujours d'une large marge de manœuvre quant à l'accès qu'ils donnent à leurs traitements, les centres de fécondation sont, depuis la loi du 6 juillet 2007, tenus de suivre les limites fixées par cette loi.

Un cadre légal en faveur des bénéficiaires de l'assistance médicale à la procréation

La loi belge 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* ». Cette définition légale donne théoriquement accès aux techniques de procréation médicalement assistée à tous et toutes, sans distinction quant au sexe ou au genre, à l'orientation sexuelle ou à la composition du couple, au célibat ou au statut marital. Le droit se montre donc très libéral concernant l'accès aux techniques de PMA, laissant aux centres de fécondation la tâche de juger de l'acceptabilité des demandes qui leur parviennent (comme cela sera explicité plus bas). La loi du 6 juillet 2007 pose tout de même une limite d'âge minimum et maximum pour une femme à recourir à la procréation médicalement assistée.

Ainsi, la patiente doit être majeure pour pouvoir prétendre à l'assistance médicale à la procréation. Une dérogation est prévue dans le cas où se présenterait une indication médicale, pour ce qui concerne les prélèvements des gamètes, des gonades ou fragments de gonades et des embryons surnuméraires qui seront alors cryoconservés en vue d'un projet parental ultérieur. De cette limite d'âge, il semble ressortir que la future mère doit "simplement" être adulte. Il serait toutefois étonnant qu'une jeune femme de 18 ans se voie accorder une insémination... Par ailleurs, la loi ne donne d'indication qu'au sujet de la future mère ; elle est l'unique patiente *stricto sensu* outre la contribution en sperme des hommes. Mais alors que dire d'un projet parental porté par un couple dont le futur père serait adolescent ou septuagénaire ?

Outre la minorité d'âge, en Belgique, toute procédure de PMA est également inaccessible aux femmes de 48 ans et plus. Pour autant, ce n'est que jusqu'à 45 ans maximum qu'il leur est encore possible de se faire prélever des gamètes. C'est également jusqu'à cet âge que les demandes d'insémination de gamètes et d'implantations d'embryons peuvent être introduites. Ainsi, un délai de deux ans est prévu par la loi pour que les procédures en cours puissent porter leur fruit. Par ailleurs, le remboursement des PMA par les mutuelles n'a plus lieu au-delà des 43 ans de la patiente.

Outre cette limite d'âge, des limites ont été posées quant à l'accès aux gamètes et aux embryons de personnes décédées pour le/la partenaire survivant.e. Cet accès aura dû être établi dans la convention signée par les deux membres du couple et n'est rendue possible qu'au terme d'un délai de six mois à dater du décès et, au plus tard, dans les deux ans qui suivent celui-ci. Autrement dit, la veuve ou le veuf devra d'abord vivre son deuil sur une certaine durée, mais ne pourra plus prétendre avoir un enfant de son/sa conjoint.e défunt.e au bout de deux ans.

En définitive, la loi balise peu l'accès à la procréation médicalement assistée laissant les centres de fécondation gérer l'aspect de l'accessibilité aux traitements.

Un cadre légal pour les centres de fécondation

La loi du 6 juillet 2007 édicte que les activités de fécondation in vitro et de cryoconservation d'embryons, de gamètes, de gonades et fragments de gonades ne peuvent être réalisées que

dans les centres de fécondation. Ceux-ci peuvent obtenir un agrément. Et pour obtenir celui-ci, les centres de fécondation doivent être en adéquation avec l'arrêté royal du 15 février 1999 qui fixe les normes auxquelles doivent répondre les programmes de soins de la « médecine de la reproduction ». Les centres de programme A bénéficient de l'agrément suite à une expérience minimum de trois années en matière de PMA, les centres de programme B, suite à six années d'expérience. Spécifiquement, les centres de programme de soins B doivent collaborer avec un centre de génétique humaine (dans un hôpital universitaire) et les partenariats susmentionnés sont une condition d'agrément pour les centres de type A.

De plus, sans entrer dans les détails, l'arrêté royal donne des directives quant aux conditions logistiques, aux éléments environnementaux, aux personnels et à l'expertise (qu'elle soit médicale ou non) et précise des normes de qualité et du suivi de la qualité. Ainsi, ce texte de droit assure un cadre de soins sûr et de qualité aux dépositaires d'un projet parental dans ces centres de fécondation agréés.

Il n'est pas indiqué dans ce texte à qui les centres peuvent faire profiter leurs traitements. L'accès aux services des centres de fécondation ne constitue pas un critère d'agrément.

Outre ces considérations techniques, la loi du 6 juillet 2007 impose aux centres de fécondation de faire preuve de la plus grande transparence quant à l'accessibilité à leurs traitements. Cela signifie que, s'en tenant aux limites d'âge définies par la loi de 2007, les centres de fécondation peuvent se montrer eux davantage restrictifs, poser leurs propres limites pour autant que celles-ci soient claires et portées à la connaissance des personnes potentiellement intéressées par la PMA chez eux. En plus de cette possibilité de renforcement de critères d'accès par les centres de fécondation, la loi donne également aux membres de l'équipe PMA la possibilité d'invoquer la clause de conscience à l'égard de requêtes qu'ils estiment à risque ou « limites ». Cette clause de conscience, comme dans les procédures de demande d'euthanasie, permet de refuser d'accéder à une requête sans avoir à justifier sa décision auprès de son ou ses auteur.e.s. De plus, après concertation en équipe, il suffit que l'un.e des membres de l'équipe se sente atteint dans ses valeurs par une requête de PMA pour que la réponse de l'équipe soit négative. Cela dit, en cas de refus, lorsque la demande lui en est faite, l'équipe médicale devra fournir l'adresse d'un autre centre qui pourrait répondre à la requête.

La loi a également établi quelques règles en termes de procédure. Ainsi, les centres de fécondation doivent vérifier que des dispositions ont été prises quant aux causes de stérilité, d'infertilité ou d'hypofertilité des demandeurs/ses avant de signer avec ceux-ci/celles-ci une convention dans laquelle se définit le destin des embryons surnuméraires et d'amorcer ainsi la procédure de PMA. La loi réclame qu'une information loyale concernant les pratiques de procréation médicalement assistée soit fournie aux parties intéressées ainsi qu'un accompagnement psychologique avant et au cours du processus.

Mais un suivi psychologique doit-il être imposé à toute personne lancée dans une procédure de PMA ? Est-ce le droit le plus à même de juger de sa nécessité ? Est-il un facteur influençant la possibilité de recourir aux techniques de PMA ou bien s'agit-il strictement d'un soutien offert au projet parental qui connaît forcément des hauts et des bas ? Toujours est-il que la clinique Saint-Pierre de Bruxelles, par exemple, a opté pour un accompagnement

psychologique proposé à tous et à toutes, à chaque étape du processus. Autrement dit, il est possible pour l'un.e des auteur.e.s du projet parental de rencontrer un.e psychologue de l'équipe autant lorsque le processus en est à la stimulation ovarienne, à la ponction ovocytaire, au recueil de sperme, que lorsqu'il en est au traitement des ovocytes, au développement des embryons ou au transfert de ceux-ci et même durant les périodes entre ces différentes étapes. Les cliniques universitaires Saint-Luc, par contre, rend obligatoire l'accompagnement psychologique initial pour accéder à une requête de PMA. Il apparaît donc que les pratiques fluctuent selon les hôpitaux sur cette question d'un soutien psychologique éventuel.

L'accès proposé par les centres

Tous les centres de fécondation de Belgique n'offrent pas leurs traitements aux mêmes personnes (couples hétérosexuels/homosexuel.le.s, couples mariés/non mariés, célibataires) et ne dispensent pas la même information quant à leurs traitements.

La loi autorise les centres de fécondation à déterminer qui peut bénéficier de leurs pratiques médicales dans la mesure où ils se montrent clairs sur les options proposées et à qui.

Les différents centres n'emploient pas la même méthode pour « faire preuve de la plus grande transparence quant à l'accessibilité à leurs traitements ». Certains auront su délivrer une information claire et complète au moyen soit de leur site soit de leur brochure en ligne (voire les deux). Pour d'autres, les restrictions ou les possibilités s'interpréteront à mots couverts. Et encore d'autres chez qui l'information quant à l'accès à l'assistance médicale à la procréation ne pourra être connue que lors du premier contact (consultation, appel, séance d'information,...).

La liberté laissée par le droit aux centres de fécondation a pour conséquence que certaines catégories de personnes se verront refuser l'accès aux techniques de procréation médicalement assistée suivant les portes auxquelles elles frapperont. Il existe plusieurs critères d'exclusion possibles qui pourraient s'accumuler selon le centre de fécondation consulté.

La clinique Saint-Pierre de Bruxelles, par exemple, particulièrement tolérante, aura *a priori* pour seule restriction celle de l'âge ; notamment, elle ne procède plus à aucune insémination ou implantation au-delà de l'âge limite de remboursement. Le centre de fécondation de cette clinique veillera à ne pas précipiter les démarches de traitements plus lourds si les circonstances physiologiques ne l'exigent pas (par exemple, le stock d'ovules restreint)³ considérant ainsi que la nature a son mot à dire. Ce centre est le seul à afficher la possibilité d'avoir recours à une mère porteuse. Toutefois, il ne le propose qu'aux couples d'hommes, pas aux hommes célibataires.

Au contraire, la tendance la plus fréquente est de réserver, avec un niveau d'exclusivité variable selon les centres, les traitements aux couples hétérosexuels, se référant sans doute au critère de l'« infertilité biologique ». L'infertilité vécue par les couples homosexuels ou par

³ D'autres centres prennent peut-être les mêmes précautions ; nous ne nous sommes pas entretenues avec d'autres équipes et l'information ne figurait pas sur les médias fournis en ligne.

les célibataires étant dans une certaine mesure choisie et une solution autre que médicale pouvant être trouvée.

Certains hôpitaux, plus rares, accepteront d'aider les couples à concevoir un enfant, y compris les couples lesbiens, mais pas les célibataires, ni les couples d'hommes. Cette première restriction pourrait relever d'une conception biparentale de la famille, la seconde du vide juridique actuel en matière de « gestation pour autrui »⁴. Enfin, il en existe qui ajoutent le critère de stabilité du couple, celle-ci étant jugée essentiellement à la durée du couple (au moins un an de vie commune, parfois deux, selon les centres). Cette restriction émane probablement d'une volonté de soi-disant garantir une certaine sécurité, une certaine stabilité à l'enfant à naître afin de lui assurer un foyer accueillant et propice à son bon développement.

Cette disparité dans l'accès à la procréation médicalement assistée révèle-t-elle un trop grand pouvoir accordé à la médecine ?

En tout cas, cette diversité dans les options met surtout en lumière l'existence de modèles parentaux qui sortent de la norme socialement acceptée mais sortent également peu à peu de la marginalité, demandant à la société de se positionner : l'ouverture à la parenté ou à la parentalité pour des individus qui n'y auraient naturellement pas accès est un processus encore en cours, qui relève surtout pour l'instant de valeurs subjectives à confronter à une analyse éthique collective en évolution.

⁴ La GPA est une pratique qui consiste à faire appel à une mère porteuse, une femme qui accepte d'être inséminée pour permettre à un désir d'enfant de se concrétiser.