

De la responsabilité médicale en PMA²

Là où la contraception a permis la sexualité sans procréation, la PMA est venue permettre la procréation sans sexualité. Ainsi, la dissociation sexualité/procréation est complète. Il est désormais possible d'effectuer un quasi contrôle sur les grossesses, de les retarder et de les favoriser, donc de choisir d'avoir un enfant quand on le veut mais avec parfois certaines désillusions. La PMA a ouvert un panel de possibilités à la vie ; elle intervient non seulement sur le moment où la vie pourra émerger, mais également sur la configuration familiale au sein de laquelle la vie pourra émerger (hétéroparentalité, monoparentalité, homoparentalité...). Elle est ainsi venue compliquer le travail des équipes en médecine de la reproduction. Comment conjuguer la science, la pratique médicale, si rigoureuse et concrète, avec les affects, les émotions, les sentiments inévitablement à la source des demandes de PMA ainsi qu'avec ceux provoqués par le processus d'assistance médicale à la procréation ? Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons organisé une table-ronde³ pour laquelle nous avons invité Luc Roegiers⁴, Sylvie Cap⁵ et Catherine Markstein⁶ (modératrice) à témoigner de leur expertise et expérience en la matière.

La PMA a-t-elle besoin d'amour ?

D'abord qu'est-ce que l'amour ? En partant de l'étude⁷ d'Inna Avvakoumova dont la première partie porte à réflexion sur le sujet, Luc Roegiers, qui fut son maître de stage aux Cliniques universitaires de St Luc, était en accord avec elle pour dire que l'amour, sous ses différentes formes, englobe beaucoup d'éléments, et qu'il ne s'agit pas simplement dans la parentalité de porter de l'attention et de l'affection à l'enfant à naître. Ce petit être, derrière l'amour, va avoir besoin de fiabilité, de solidité, d'une structure sécurisante. Ce besoin se justifie, selon Luc Roegiers, par la nature vulnérable de l'espèce humaine. Surtout au cours de ses premières années d'existence, l'être humain est dépendant des autres, au minimum de ses parents, parfois aussi des médecins.

Les médecins, comme les parents avec leurs enfants, ont pour mission de prendre soin des personnes à leur charge et en conséquence doivent leur permettre d'évoluer dans le cadre qui présente le moins de risques, le moins de mal-être possible pour l'ensemble des personnes concernées par le processus. Ainsi, par exemple, en raison de la lourdeur et de la difficulté de la procédure de la PMA, il est prévu de créer des embryons surnuméraires afin d'éviter d'avoir à recommencer en cas d'échec lors de l'implantation. Certains embryons sont utilisés rapidement

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

2 Procréation Médicalement assistée, dite également AMP, Assistance Médicale à la Procréation

3 Le 6 mai 2014, à Louvain-la-Neuve

4 Pédiopsychiatre périnatal en services de gynécologie, d'obstétrique et de néonatalogie des cliniques universitaires Saint-Luc

5 Assistante au Centre de Droit de la personne, de la famille et de son patrimoine de l'UCL

6 Médecin et coordinatrice de l'asbl Femmes et Santé

7 *Du désir d'enfant au projet de procréation médicalement assistée, que reste-t-il de nos amours ?*, CEFA, Etude 2013

dans l'espoir d'une nidation, d'autres sont conservés. Suite à cette cryoconservation⁸, se pose la question du sort, du destin de ces embryons.

Sylvie Cap souligne que la loi du 6 juillet 2007 a posé un cadre de procédure sur cette question du destin des embryons surnuméraires. En cette matière, les pratiques de PMA font l'objet d'un processus contractuel. En effet, il est demandé aux centres et aux auteur.e.s du projet parental de signer une convention, certes modifiable sous certaines conditions⁹, dans laquelle sera précisé le sort des embryons cryoconservés. Il y a trois options : la destruction de ceux-ci, le don à la science, le don à un projet parental extérieur. Il est également envisageable, par dérogation, de prolonger le délai de conservation en vue d'un futur projet parental en raison de circonstances particulières.

C'est ainsi qu'avant même d'entrer dans une démarche de traitement, ceux et celles en désir d'enfant devront choisir ce qu'il devra advenir de leurs embryons congelés : à la fin du délai légal de cinq ans, en cas de décès et en cas de rupture. Cette convention a de quoi en paralyser plus d'un.e ; la décision est d'autant plus difficile à prendre que les futurs parents potentiels sont mis face à des options qu'ils voudraient ne pas avoir à imaginer. Ils et elles veulent un enfant, font tout leur possible pour réaliser ce projet et on leur demande de réfléchir au moment où tout s'achèvera et où leur « enfant » potentiel ne leur appartiendra plus !? Les porteurs/ses d'un désir d'enfant, les auteur.e.s d'un projet parental sont ainsi placé.e.s dans une position inconfortable en totale contradiction avec leur situation alors remplie d'amour et d'espoir.

Se pose la question des répercussions d'un tel processus de conception sur l'enfant qui en est issu. Il apparaît que l'enfant, forcément attendu, est très couvé jusqu'à ses deux ans. Bien que la thématique de la recherche de leurs origines peut imprégner leur histoire, les enfants issus d'une PMA ne présentent pour ainsi dire pas de profil « insécure ». Leur qualité de vie est égale, voire supérieure, à celle d'enfants conçus naturellement. Un malaise est possible dans le cadre d'une découverte tardive des origines, les parents devront donc être attentifs à bien communiquer sur le sujet. Donc, contrairement aux craintes que l'on pourrait avoir, ce n'est pas parce que les actes médicaux et procéduraux nécessaires à sa conception sont désinvestis d'amour que l'enfant s'en sentira irrémédiablement lésé. Il sera tout autant, voire davantage, choyé par ses parents.

De plus, bien que l'équipe médicale doive poser des actes strictement techniques, elle s'attache également à ce que l'enfant émerge d'un projet relationnel de qualité, entre les partenaires, et avec l'équipe elle-même. Projeter l'arrivée d'un.e enfant par le biais de l'assistance médicale à la procréation pousse le couple à approfondir sa relation et pousse aussi les médecins à fournir une aide dans cette épreuve afin d'en faire une expérience positive.

Cela dit, bien que les familles ayant eu recours à la PMA se portent globalement bien, Luc Roegiers prétend qu'il est préférable que l'enfant naisse au sein d'un duo fonctionnel plutôt qu'auprès d'une personne célibataire. Or, avec les progrès en biotechnologie, la médecine participerait au préjudice sur l'enfant si elle acceptait de procéder à une PMA pour une femme seule, ou même pour un couple au bord de la rupture. Mais affronter l'aventure parentale à deux, dans le cas où il n'y aurait

8 La Cryoconservation consiste en la conservation de cellules, de tissus, d'organes, ou d'embryons par la congélation.

9 Les modifications font l'objet d'un document écrit, signé par toutes les parties signataires à la convention initiale. Lorsque la démarche en PMA est celle d'un couple, ces modifications doivent être réalisées de commun accord et le document écrit visé à l'alinéa précédent est signé par les deux auteurs du projet parental sous réserve de quoi ce seront les dernières instructions validées qui seront accomplies à l'expiration du délai.

aucun relais, pas de famille proche, est-ce une situation tellement plus enviable que d'élever un enfant seule, mais entourée et bien accompagnée par de la famille et des amis ?

Répondre au droit ou au devoir d'enfant à tout prix ?

La société semble estimer qu'avoir un enfant est une priorité (certes parmi d'autres), comme si sans enfant l'individu.e n'était pas accompli.e. Il existe donc un vide que les techniques de procréation médicalement assistée peuvent éventuellement combler. Depuis des siècles, selon les représentations présentes dans la société, l'infertilité était attribuée aux femmes. Elle est heureusement aujourd'hui mieux partagée entre les hommes et les femmes. Les demandes peuvent provenir de couples infertiles hétérosexuels ou homosexuels¹⁰, mais également de célibataires et de femmes approchant de la limite d'âge pour avoir un enfant tant naturellement que par PMA¹¹. On peut dès lors s'interroger sur le réel désir d'enfant. Ces personnes feraient-elles appel à la PMA pour entrer dans une norme qui veut qu'un couple heureux ait un enfant, qu'une femme s'accomplisse en endossant le rôle de mère ?

Pour les femmes dont l'horloge biologique sonne et la ménopause approche, les équipes médicales observent d'ailleurs un télescopage. Il arrive dans les centres de fécondation de plus en plus de patientes âgées qui se présentent avant qu'il ne soit trop tard, dans l'urgence, avec la volonté de procréer à tout prix quand bien même les chances de réussites sont faibles.

Pourquoi les individu.e.s ne font-ils pas des enfants à l'âge où c'est le plus favorable biologiquement parlant ? C'est une question sociétale. L'âge pour accueillir un premier enfant est beaucoup plus tardif qu'auparavant. La sécurité dont les auteur.e.s d'un projet parental ont besoin a quelque peu bougé : en parallèle, sécurité affective et assise professionnelle sont à conquérir, et c'est un travail de longue haleine entre la crise de l'emploi, la recherche d'un épanouissement individuel qui fait craindre la perte de soi dans l'engagement auprès d'autrui (partenaire ou enfant), une demande croissante de compétences dans divers domaines de la vie avec son revers de perte de confiance... Et surtout le choix d'avoir un enfant ou pas, rendu techniquement et légalement possible, mais par rapport auquel il est à la fois nécessaire et difficile de se situer chacun.e entre les normes culturelles et les aspirations individuelles. Il apparaît alors que l'AMP, remboursée jusqu'à six tentatives de la même patiente dans les conditions d'âge fixées par la loi, est un luxe que la société se doit d'être prête à payer au vu des normes qu'elle distille.

Cette construction sociale du désir d'enfant conduit les personnes à vivre au-dessus de leurs moyens alors qu'il serait judicieux de se placer plutôt dans la perspective de l'enfant. Quelle vie aura cet.e enfant avec par exemple des parents vieillissants, des parents dont il ou elle aura à s'occuper très tôt alors qu'il ou elle aurait dû pouvoir compter sur eux, des parents qui se servent éventuellement de lui ou d'elle comme un palliatif, un remède pour une vie soi-disant réussie ?

10 Bien que les couples de femmes aient plus de possibilités d'accès à l'AMP, il est également possible pour des couples d'hommes d'y avoir recours via la gestation pour autrui. Certains hôpitaux acceptent également les demandes de femmes célibataires. Ces ouvertures montrent une évolution progressive de la société vers une diversification des configurations familiales.

11 En Belgique, la loi n'autorise plus de demandes d'implantation d'embryons ou d'insémination de gamètes au-delà des 45 ans de la patiente, et plus aucune implantation d'embryons ou insémination de gamètes n'est autorisée au-delà de ses 47 ans.

Sélection, responsabilité et dérives

Comme présenté dans une analyse précédente¹², le droit belge laisse aux équipes médicales des centres de fécondation le soin d'accepter ou de refuser l'accès à l'assistance médicale à la procréation. Ainsi, celles-ci ont à charge d'établir des critères qui correspondent à la fois à l'évolution sociologique des pratiques et aux valeurs auxquelles adhèrent les membres de l'équipe. Fondamentalement, il s'agit de déterminer qui fera un « bon parent », car qu'elle le veuille ou non, que nous, citoyens, le voulions ou non, la médecine tient une place normative dans notre éducation : elle oriente et dirige puisqu'elle ouvre des possibles.

Il arrive donc aux médecins, nous dit Luc Roegiers, de se dire « nous ne devrions pas » ou « nous n'aurions pas dû » face à une demande d'assistance médicale à la procréation. Les équipes se questionnent, se soucient du devenir de l'enfant qu'elles peuvent aider à concevoir pour les auteur.e.s d'un projet parental. Alors que bien entendu la question ne se pose pas lorsque l'enfant est conçu naturellement et en dehors du contrôle médical. Outre les questions d'âge ou de célibat, les équipes doivent-elles par exemple analyser les sentiments et les liens qui unissent le couple qui se présente à elles ? Est-ce seulement légitime d'explorer cette intimité chez les demandeurs/euses ? De même, dans une société où la sexualité est indéniablement polymorphe et où l'enfant est devenu un Graal, la médecine est-elle en droit de ne pas intervenir lorsque le désir d'enfant ne s'accompagne pas du désir sexuel ? Peut-on priver une personne d'un enfant « sous prétexte » qu'elle n'a pas envie de faire l'amour, ou pas envie d'un.e amoureux/se ou d'un.e partenaire sexuel.le dans sa vie ? Nous avons en effet constaté par ailleurs que l'amour conjugal n'était pas nécessaire au projet parental¹³.

Mais où est l'amour dans les actes techniques réguliers, comme le don de sperme par exemple ? Quelle est la place de la sexualité ? La solitude des individus ou des couples dans leur démarche peut être grande, autant que le pouvoir de la médecine (et la responsabilité de celle-ci) peut l'être. La médecine de la reproduction ne se veut pas un simple « driving ». Elle cherche donc à déceler les configurations *a priori* problématiques, c'est-à-dire celles où le cadre de stabilité pour l'enfant à naître serait aléatoire. La loi est certes à prendre comme base d'ouverture, mais il continuera d'exister des rapports de force entre médecine et « consommateurs/trices » de services médicaux.

De plus, les médecins doivent garder un oeil critique et s'interroger sur les fins en vue desquelles leurs services sont utilisés. Peuvent-ils/elles, par exemple, tolérer une situation dans laquelle ils/elles constatent que l'un.e des auteur.e.s du projet parental est contraint par l'autre (« si tu n'essaies pas, je te quitte ») ? Les Comités d'éthique dans les hôpitaux existent pour veiller à ce qu'il n'y ait pas d'abus, tant dans le sens permissif que dans le sens restrictif.

Surmonter la blessure narcissique d'infertilité

En PMA, les personnes en désir d'enfant et porteuses d'un projet parental confient à la fois leur corps et leur psychisme aux médecins et elles voudraient pouvoir s'en remettre complètement à eux/elles. Les patient.e.s sont en recherche d'une sécurité malheureusement illusoire. La difficulté du corps médical est alors parfois celle de lever cette illusion et d'ainsi responsabiliser les

12 Nathalie Geuquet, *La procréation médicalement assistée : pour qui et à quelles conditions ?*, CEFA, 2014

13 Cf. *Du désir d'enfant au projet de procréation médicalement assistée, que reste-t-il de nos amours ?*, CEFA, Etude 2013

potentiels futurs parents. Dans ce contexte, promouvoir une médecine responsable, qui ne soit pas paternaliste, n'est pas simple.

Prenant Winnicott¹⁴ pour référence, Luc Roegiers insiste sur le caractère indispensable d'un encadrement en indiquant que le médical est là pour *soutenir* les personnes dans leur projet. Dans cet effort de soutien et d'encadrement, les médecins et psychologues des centres de fécondation doivent informer leurs patient.e.s et poser les limites.

En raison des espoirs dont les médecins sont le réceptacle, certaines annonces peuvent être difficiles à entendre pour les auteur.e.s d'un projet parental. Pourquoi refuser alors qu'il y aurait des possibilités ? Pourquoi s'arrêter alors que toutes les pistes n'ont pas été explorées ? Les contraintes et pressions du médical se heurtent aux désirs pressants et socialement construits des patient.e.s. Après de multiples tentatives par exemple, l'équipe médicale doit ouvrir le couple en échec à d'autres possibilités plutôt que de persévérer en vain. Lors de ce processus, l'écoute d'une équipe est bénéfique pour les patient.e.s pour autant que celle-ci ne se montre ni intrusive, ni maternante.

L'infertilité est vécue comme une blessure, l'incapacité effective de concevoir un enfant comme un échec. L'accompagnement psychologique tient donc une place importante. Se sentir soutenu, trouver du réconfort, de la compréhension au sein de l'équipe médicale est une chance. Une chance d'autant plus grande que les couples sans enfant ressentent une grande solitude par rapport aux couples « normaux », capables d'avoir un enfant ou ayant un ou des enfants.

La position des médecins résulte donc d'un difficile équilibre entre autorité et soutien, d'une relation respectueuse au sein de laquelle les médecins pourront encourager leurs patient.e.s à devenir et à rester acteur et actrices de leur démarche.

Le droit pourrait-il légiférer en la matière ?

Il existe trois arguments en défaveur d'une réglementation légale sur les critères de sélection, sur la poursuite du processus, ou sur d'autres sujets sensibles, et pour chacun d'eux un contre-argument peut être avancé.

Dans une première perspective, l'inutilité d'une réglementation légale est mise en avant dans la mesure où la pratique médicale suit déjà une certaine éthique et une certaine déontologie qui suffit à réguler l'ensemble. C'est d'ailleurs dans ce sens que la loi du 6 juillet 2007 a été promulguée. Toutefois, afin d'éviter tout dérapage et de soulager le médical du poids d'un tel pouvoir, d'une telle responsabilité, ne serait-il pas préférable de faire preuve de prudence en posant des limites légales plus strictes ?

Un second argument contre la réglementation légale consiste à souligner qu'il s'agirait d'une ingérence dans la sphère privée et familiale. En réponse à cet argument, on peut faire remarquer d'une part que le cadre reste assez souple, d'autre part qu'il y a de toute manière une forme d'ingérence par la médecine.

14 Pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais. "Pour tirer le meilleur parti des parents, nous devons leur laisser l'entière responsabilité de ce qui les regarde vraiment, l'éducation de leurs propres enfants" in [L'enfant et sa famille](#)

Un troisième élément qui questionne la légitimité d'une intervention du droit en matière d'accès à l'assistance médicale à la procréation est l'absence d'intervention par ailleurs dans le cadre d'une conception naturelle. Mais alors, l'objection rappelle que la médecine fournit un coup de pouce et que celui-ci justifierait des limites légales.

En résumé mais sans conclure ...

Il existe un équilibre précaire en PMA qui oblige en permanence les équipes médicales à être sur le fil entre protection de l'intimité et technicité. D'une part, il leur est demandé de traiter un corps, comme objet de leur savoir, de leur recherche et de leur autorité, et où ils et elles se doivent de se montrer scientifiques, rigoureux, compétents. D'autre part, les personnes se présentant à eux/elles dans toute leur humanité, toute leur subjectivité, toute leur vulnérabilité sollicitent une protection bienveillante. Et cela sans oublier de prendre en considération l'être qu'ils sont en mesure de faire venir à la vie. Vis-à-vis de celui-ci, la société émet des messages paradoxaux : l'un prônant l'engendrement et la parentalité comme un accomplissement quasi nécessaire, l'autre réclamant que l'enfant naisse au sein d'une sorte d'Eden parental.

Cet Eden parental, plutôt que de se situer au cœur d'un couple, pourrait-il se situer dans le collectif, dans l'intelligence citoyenne, capable de soutenir la parentalité de chacun.e ? Après tout, est-il bien judicieux, sinon de contraindre, de permettre aux couples de faire un enfant sur cette seule base normative et, a contrario, de priver d'autres personnes correspondant moins à la norme traditionnelle d'en avoir un alors qu'elles ont une série de ressources qui favoriseraient le développement sain de l'enfant ? La loi, se devant d'être générale, ne nous semble en tout cas pas le lieu où fixer un cadre normatif car elle ne permettrait pas à d'autres formes de familles moins traditionnelles mais tout aussi légitimes d'émerger. Reste à poursuivre le développement d'une éthique collective qui veille au respect des droits fondamentaux et du bien-être de chaque personne impliquée dans le processus.