



# JE SUIS PARENT, DONC JE SUIS... OU PAS

ACTES DU COLLOQUE CONTRACEPTION DU 26 SEPTEMBRE 2023

FLCPF | 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles | Août 2024

## Table des matières

---

Introduction.....	4
« Non-désir d'enfant » versus Désir d'enfant à tout prix : même combat pour la liberté de choisir.....	5
<i>Fiona SCHMIDT</i>	
La procréation médicalement assistée.....	15
<i>Candice AUTIN</i>	
Parcours et vécu des patient·es en procréation médicalement assistée (PMA).....	23
<i>Nathalie CHATELLE</i>	
Procréation médicalement assistée (PMA) et Gestation pour autrui (GPA) : Aspects juridiques .....	31
<i>Geoffrey WILLEMS</i>	
Contraception : quoi de neuf ?.....	42
<i>Catherine RIERA</i>	
Techniques de contraception définitive.....	50
<i>Amandine GERDAY</i>	
Pourquoi la stérilisation contraceptive est-elle encore si mal vue dans nos sociétés ?.....	57
<i>Laurène LEVY</i>	

Les textes sont issus de la retranscription des interventions orales des auteurs. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

## Introduction

---

Depuis les années 70, grâce au développement de la contraception hormonale et à la possibilité d'un avortement libre et sécurisé, l'arrivée d'un enfant est devenue, la plupart du temps, un évènement choisi, désiré, et souvent même planifié. Le modèle de la famille traditionnelle a évolué et avec lui notre rapport à la parentalité : familles recomposées, couples volontairement sans enfant, parentalité queer, etc.

Certaines personnes n'arrivent pas à concevoir sans l'aide de la médecine, d'autres aimeraient au contraire que celle-ci leur assure de ne pas avoir d'enfant. Si l'avortement et la contraception permettent à de nombreuses personnes de vivre une vie *childfree*, l'accès à des méthodes de contraception définitive est de plus en plus demandé par des personnes sans enfant.

Aide à la procréation, contraception et stérilisation : quelles options la médecine offre-t-elle aujourd'hui ? Comment soutenir le choix des personnes en tant que professionnel·les ? Les interventions reprises ci-après éclairent ces possibilités et en questionnent les aspects médicaux, éthiques et sociologiques.

## « Non-désir d'enfant » versus Désir d'enfant à tout prix : même combat pour la liberté de choisir

---

Fiona SCHMIDT

Journaliste, essayiste et militante féministe<sup>1</sup>

Mon livre intitulé *Lâchez-nous l'utérus !* devait traiter initialement de mon choix de ne pas être mère. Puis au fil de mes recherches, je me suis rendu compte qu'on ne pouvait pas évoquer les injonctions à la maternité sans évoquer en même temps le maternellement correct, c'est-à-dire les injonctions faites aux femmes du moment où elles tombent enceintes jusqu'à peu près leur mort. C'est ce que j'ai appelé la charge maternelle, et c'est ce dont traite ce livre.

La charge maternelle, c'est l'ensemble des préjugés intégrés dès l'enfance, qui présente la maternité désirée, radieuse et bienveillante comme la norme, une part non négociable de l'identité féminine, et le seul but légitime de leur existence. C'est aussi le fait que la parentalité demeure encore et toujours une affaire de femmes, ce qui alimente les inégalités entre les femmes et les hommes, mais aussi entre les femmes. En bref, la charge maternelle, ce sont ces injonctions procréatives et éducatives qui pèsent sur le quotidien de toutes les femmes, qu'elles soient mères ou pas, qu'elles souhaitent l'être ou pas, qu'elles puissent l'être ou pas.

On a longtemps opposé les mères et les nullipares, c'est-à-dire les femmes qui n'ont pas d'enfant. Et moi-même j'ai eu, pendant très longtemps, des représentations injustes et sexistes de la maternité, que je considérais comme un sacerdoce et une aliénation. Pour moi, être mère, c'était enfile à jamais une robe de bure tâchée de vomi, et sacrifier sa vie au service d'une autre. Il paraît que c'est un peu plus complexe et réjouissant que ça... De leur côté, les mères plus ou moins jeunes et les femmes qui souhaitaient avoir des enfants me considéraient comme une femme égoïste et carriériste au cœur dur comme la pierre, bref, comme une féministe.

Mais on a également longtemps opposé les nullipares volontaires et les nullipares involontaires, c'est-à-dire l'infertilité choisie et l'infertilité subie. Combien de fois ai-je entendu cette phrase culpabilisante : « As-tu pensé aux femmes qui ne peuvent pas avoir d'enfant ? » Comme si le corps des femmes fonctionnait selon le principe des vases communicants, et comme si une grossesse imposée était de nature à compenser d'une manière ou d'une autre l'infertilité subie. Donc cette phrase, en réalité, comme bien d'autres, n'est pas une question même rhétorique, mais un rappel à l'ordre social : « as-tu pensé à celles qui ne peuvent pas avoir d'enfant ? », ça veut dire : « fais des enfants ».

---

<sup>1</sup> SCHMIDT F. *Lâchez-nous l'utérus ! En finir avec la charge maternelle*. Hachette, 2020. Disponible au CEDIF

Pourtant il y a un point commun entre les femmes qui choisissent de ne pas avoir d'enfant et celles qui font la démarche d'essayer d'en avoir, malgré une infertilité biologique et/ou sociale : c'est le choix, précisément. Un choix personnel qui doit s'imposer face à des injonctions sociales pressantes, à la fois stigmatisantes et excluantes, mais aussi, de plus en plus, contradictoires. En gros, aujourd'hui, il faudrait repeupler l'Europe qui vieillit dangereusement et, en même temps, sauver la planète, donc ne plus faire d'enfant. Par ailleurs, c'est un choix qui interroge notre modèle social fondé sur la famille hétérosexuelle.

C'est de cela dont je vais parler ici: de liberté et de choix, à rebours des normes procréatives qu'il nous appartient sinon de déconstruire, au moins d'assouplir.

D'abord, j'interrogerai la notion de « nature », dont on parle beaucoup pour justifier l'injonction à la maternité : qu'est-ce qu'on entend par « nature », et quelle est la place réelle de l'écologie dans cette problématique ?

Ensuite, on s'intéressera aux nullipares volontaires : qui sont-elles, que penser de la stérilisation contraceptive, quels sont les enjeux du futur en la matière ? Et est-ce que l'argument écologique est de nature à redorer le blason des nullipares et à annuler l'injonction à la maternité ?

Et enfin, on évoquera les problématiques liées à la procréation médicalement assistée (PMA), entre accès égalitaire à la parentalité et désir d'enfant « à tout prix ».

### ***1. Le double standard de la « nature » : la forcer et en même temps, la réguler***

Toutes les femmes ne subissent pas l'injonction à la maternité de la même façon. Je l'ai subie parce que je cochai toutes les cases du bingo procréatif : je suis blanche, économiquement et socialement privilégiée, hétérosexuelle, en couple stable depuis plusieurs années. Il n'y a donc jamais eu aucune « raison valable » que je me dérobe à mon destin biologique et social, même 50 ans après la légalisation de la pilule et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France.

Le fait de ne pas vouloir d'enfant fait de moi une citoyenne contre nature dans une société fondée sur, et organisée autour de la famille hétérosexuelle. On est loin du courant pro-nataliste qui sévit de plus en plus aux États-Unis, un courant xénophobe et raciste qui exhorte les femmes américaines « de souche » (mais pas les Amérindiennes) à sauver l'Amérique du grand remplacement, mais quand même. Aux yeux de la droite extrême et de la droite réactionnaire, qui progressent dangereusement partout en Europe et menacent les droits des femmes, la sexualité des femmes doit être reproductive avant tout, elle ne saurait être strictement récréative.

Cela fait également de moi une femme contre nature, puisqu'encore aujourd'hui, féminité et maternité restent indissociables : « on n'est pas vraiment femme avant d'être mère », « mon plus beau rôle, c'est maman », « le plus beau métier du monde ». Et là encore, ce n'est pas la progression des idées réactionnaires et sexistes dans les pays du Nord qui va inverser cette tendance.

Ce choix me marginalise socialement, mais cette discrimination sociale « light » - même si je n'aime pas établir des hiérarchies dans les combats qu'il nous reste à mener -, est aussi la marque d'un privilège :

- je suis en mesure d'affirmer et d'assumer mon choix réputé contre nature, quand d'autres femmes ne le peuvent pas, parce qu'elles n'ont pas accès à la contraception et à l'IVG, toujours considérées comme un délit voire comme un crime dans certains pays ;
- je ne subirais pas la même injonction à la maternité si je ne faisais pas partie de la norme, que je le veuille ou non. Mon amie franco-rwandaise, qui est lesbienne et intermittente du spectacle n'a jamais subi la moindre injonction à devenir mère. Au contraire, elle en a été dissuadée longtemps, alors que sa femme et elle souhaitent devenir mères depuis dix ans. Depuis la loi française de bioéthique du 2 août 2021, elles peuvent le devenir, au même titre que les femmes célibataires.

Mais quel désir de parentalité continue d'être perçu comme étant plus « naturel » que l'autre ? Le leur, ou celui d'un couple hétéro ? C'est une question rhétorique, ne cherchez pas la réponse...

En conclusion, la nature n'existe pas en tant que telle, mais compte tenu de normes sociales. L'idée de « nature » permet paradoxalement de distinguer le désir « légitime » du désir « illégitime » selon des critères qui n'ont rien à voir avec l'écologie. Et cela permet au passage de contrôler le corps et l'existence de toutes les femmes, de décider à leur place ce qui est bon pour elles, mais surtout pour la société dans laquelle elles vivent.

## ***2. Le « non-désir » d'enfant et la stérilisation contraceptive***

### *Le choix des mots*

Parler de « non-désir d'enfant » est symptomatique de la norme procréative. Il traduit un manque, un trou à la place d'un désir considéré comme « normal ». Depuis *Lâchez-nous l'utérus !*, je milite pour qu'on parle de « désir de ne pas avoir d'enfant », car dans mon cas en tout cas, il s'agit d'un désir à part entière, et pas d'une renonciation ou d'une pathologie quelconque, d'une atrophie du désir. J'ai désiré la vie que je mène, avant de « non-désirer » être mère. Et ce désir, fût-il non-conformiste, est tout aussi légitime que le désir de parentalité, il est donc important de choisir les mots qui traduisent cette équivalence de projet de vie.

### Les nullipares volontaires : qui sont-elles ?

D'abord je voudrais dire qu'il n'y a pas de mot en français pour désigner les hommes qui choisissent de ne pas être père. Donc le terme nullipare est un terme médical, gynécologique, qui signifie littéralement 'les personnes qui n'ont jamais accouché', donc les femmes cis. Mais les hommes qui ne souhaitent pas d'enfant n'ont pas de nom, c'est comme s'ils n'existaient pas. Et par ailleurs, le terme nullipare n'est pas un terme très courant, la plupart des gens ne le connaissent pas. Et c'est très révélateur, car quand un terme n'existe pas, le phénomène qu'il décrit n'existe pas non plus dans la société. Il n'y a pas de terme non plus pour distinguer les nullipares volontaires des nullipares involontaires, alors que l'anglais les distingue depuis le début des années 70.

Le terme anglais *childfree*, a été inventé en 1972 par des militantes féministes américaines à l'initiative de la première Organisation nationale des Non-Parents. En France, il a fallu attendre 1995 pour qu'un chercheur, en l'occurrence un démographe<sup>2</sup>, s'intéresse aux couples ayant fait le choix de ne pas avoir d'enfant. C'est l'occasion de rappeler que l'absence de désir d'enfant chez les femmes n'est pas une lubie moderne de féministe et qu'elle a toujours existé, mais que jusque dans les années 1970, le fait de ne pas vouloir d'enfant n'était pas considéré comme un choix de vie, mais comme une maladie qu'il s'agissait de soigner.

Aujourd'hui, 18% des Européennes en moyenne sont sans enfant, avec des disparités importantes selon les pays. Dans les pays du Sud comme la Grèce ou l'Italie, la proportion des nullipares dépasse les 20%, en Allemagne et en Angleterre, elle atteindrait 25%, et on peut l'expliquer notamment par un taux de chômage élevé et des politiques familiales moins développées qu'en France ou dans les pays scandinaves.

En France, la part des nullipares est d'environ 13%, elle est stable depuis des décennies. L'infécondité volontaire est elle aussi stable depuis 20 ans, et se situe autour de 3,5% lorsqu'elle est mesurée chez les personnes en couple hétéro, et autour de 5% quand elle est mesurée indépendamment de la situation conjugale. Les femmes sont un peu moins nombreuses que les hommes à déclarer ne pas vouloir d'enfant (4% contre 6%) et entre 30 et 34 ans, la part des femmes qui déclarent ne pas vouloir d'enfant chute à 2%, ce qui vous donne un peu une indication de la part du poids de la norme procréative.

Ces nullipares volontaires sont majoritairement, mais pas uniquement, des femmes privilégiées socialement et économiquement, alors que les hommes qui ne veulent pas d'enfant sont plutôt issus de milieux plus modestes. Ceci est aussi un indice du poids de la norme masculine, et de cette idée qu'un homme doit pourvoir aux besoins de sa famille<sup>3</sup>.

En France, et j'imagine en Belgique, les médias parlent de plus en plus de ces jeunes qui ne veulent pas d'enfant pour des raisons écologiques, et dans 110% des cas, ils en parlent

---

<sup>2</sup> Laurent TOULEMON, directeur de recherche à l'INED.

<https://www.ined.fr/fr/recherche/chercheurs/Toulemon+Laurent>

<sup>3</sup> Tous ces chiffres sont mentionnés dans *Lâchez-nous l'utérus !* Op cit.

pour s'en alarmer. En septembre 2022, étude IFOP et ELLE<sup>4</sup> avait révélé que 30% des femmes en âge d'avoir des enfants n'en voulaient pas et invoquaient des raisons écologiques. Tout le monde y a vu la preuve du nihilisme des jeunes, personne n'a fait le lien entre la progression du « non-désir » d'enfant et le recul des droits des femmes, qui sont les premières victimes des crises successives, qu'elles soient sanitaires, politiques ou écologiques. Et bien sûr, personne n'a considéré que réfléchir la parentalité en amont était une bonne nouvelle.

Stérilisation contraceptive: pour qui, pourquoi?

En Belgique comme en France, la loi prévoit que toute personne de plus de 18 ans a le droit d'avoir recours à la stérilisation définitive après un délai obligatoire de 4 mois, sans condition d'âge ni de statut conjugal et parental, et sans passer par la case psy.

En France, le pays d'Europe où l'on continue de faire le plus d'enfants et de s'en enorgueillir, seules 4% des femmes en couple ayant déjà eu des enfants ont eu recours à la stérilisation, contre 40% des Anglaises, ou 24% des Américaines. La moyenne internationale étant de 19%. Et en France, les statistiques ne concernent que les femmes, hétéros, en couple, et qui ont déjà eu des enfants.

Côté stérilisation masculine, qui est pourtant réversible, les chiffres sont encore plus dérisoires puisqu'en 2013, 0,8% des hommes français en âge de procréer y avaient eu recours, contre 21% au Royaume-Uni. Au Canada, pays qui bat les records en la matière, on estime qu'un homme de plus de 50 ans sur trois a eu recours à la vasectomie.<sup>5</sup>

Les enjeux du futur

En France, 22 ans après son inscription dans la loi, l'accès à la stérilisation est toujours un parcours de la combattante pour les femmes, particulièrement pour les femmes de moins de 35 ans n'ayant jamais eu d'enfant.

En 2021, une jeune femme de 26 ans a été diabolisée sur Twitter par Laurent Alexandre, le fondateur de Doctissimo, lui-même médecin, pour avoir eu recours à la stérilisation contraceptive, une expérience dont elle témoignait sur le média en ligne Loopsider. Le 13 avril 2021, il avait twitté : « Cette gamine s'est fait stériliser pour des raisons écologiques. 'Je ne souhaite pas créer d'enfant supplémentaire sur cette Terre'. Une fois que les délires écologistes collapsologiques vont cesser, elle regrettera amèrement. STOP STÉRILISATION ». Suite à ce tweet, la jeune femme a subi une vague de haine et de harcèlement en ligne, non pas parce qu'elle faisait l'apologie de la stérilisation contraceptive, mais parce qu'elle exprimait son soulagement de vivre en adéquation avec ses désirs profonds, qui n'empêchent personne d'en avoir d'autres et de les accomplir.

Je vais maintenant vous raconter mon histoire personnelle. Aujourd'hui, j'ai 41 ans donc on m'a enfin « lâché l'utérus », enfin pas vraiment, car si on ne m'incite plus à avoir des

---

<sup>4</sup> [www.elle.fr/Societe/News/Sondage-exclusif-30-des-femmes-en-age-de-procreer-ne-veulent-pas-d-enfant-4063638](http://www.elle.fr/Societe/News/Sondage-exclusif-30-des-femmes-en-age-de-procreer-ne-veulent-pas-d-enfant-4063638)

<sup>5</sup> Cité dans *Lâchez-nous l'utérus !* Op cit.

enfants, on part toujours du principe que j'en ai. J'ai entendu parler de la contraception définitive assez tard, vers 32 ans seulement. Et, entre 32 et 35 ans, on était dans les années 2010, j'ai essuyé 7 refus de la part de gynécologues que j'ai consultés, assortis de culpabilisation (« il y a des femmes qui voudraient être à votre place »), d'infantilisation (« vous changerez d'avis », « vous êtes encore jeune », « c'est parce que vous n'avez pas encore rencontré le bon »), de pathologisation (« c'est une mutilation », « je vous adresse à un psy »). Aujourd'hui, j'ai un stérilet parce que j'ai dû négocier ma contraception avec quelqu'un qui estimait mieux savoir que moi ce qu'il convenait de faire de mon corps et de ma vie. Et ce compromis entre la médecine, mon propre corps et ma propre vie est un privilège : combien de femmes regrettent aujourd'hui d'être mères, parce qu'on les a convaincues qu'elles regretteraient de ne pas l'être quand il serait trop tard ? Combien de femmes entendent encore ce genre d'argument paternaliste en consultation ?

Pendant ce temps-là, au Canada, les femmes autochtones ont subi des stérilisations forcées jusqu'en 2017. En Espagne, la stérilisation des personnes en situation de handicap était légale jusqu'en 2020. Le Portugal, la Hongrie et la Pologne autorisent toujours la stérilisation des mineures, sans leur consentement, alors que dans le même temps, ces deux derniers pays restreignent de plus en plus le droit à l'IVG.<sup>6</sup> En France, plusieurs milliers de femmes furent victimes d'avortements ou de stérilisations forcés dans les années 1960, à La Réunion. Il y a quelques semaines, l'agence régionale de santé de Mayotte proposait des stérilisations aux jeunes femmes, une manière de leur faire porter la responsabilité du sous-développement de leur territoire.<sup>7</sup>

La nulliparité volontaire contrainte par la situation écologique

Il est parfaitement légitime de ne pas vouloir faire d'enfant pour des motifs écologiques. Mais avancer ce motif de manière désormais systématique pose un certain nombre de problèmes que je voudrais soulever ici.

D'abord, l'idée selon laquelle on « renonce » à avoir des enfants pour sauver la planète valide l'idée selon laquelle le désir d'enfant est « naturel », et que seule une raison moralement supérieure justifie de ne pas en avoir. Donc cela invisibilise autant que cela délégitime les autres motifs des personnes childfree (désir de ne pas avoir d'enfant), qui continuent du coup d'être considérées comme « égoïstes ». Moi je n'ai pas voulu d'enfant non pas pour sauver les ours polaires, mais juste pour 'kiffer ma vie'. Tant mieux si ça fait du bien aux ours polaires... Mais ça n'est même pas le cas !

Car il n'existe aucune corrélation entre le nombre d'enfants sur Terre et la crise climatique.<sup>8</sup> La crise climatique est due aux modes de production et de consommation

---

<sup>6</sup> <https://fr.euronews.com/2023/06/05/la-sterilisation-des-femmes-handicapees-en-europe-une-pratique-abusive-toujours-dactualite>

<sup>7</sup> [www.humanite.fr/politique/mayotte/a-mayotte-des-jeunes-femmes-invitees-a-se-faire-ligaturer-les-trompes-789166](http://www.humanite.fr/politique/mayotte/a-mayotte-des-jeunes-femmes-invitees-a-se-faire-ligaturer-les-trompes-789166)

<sup>8</sup> PONT E. *Faut-il arrêter de faire des enfants pour sauver la planète ? Entre question de société et choix personnel*. Payot, 2022.

des pays occidentaux, pas au fait que certains pays n'aient pas fini leur transition démographique. Dans son dernier livre, Nicolas Sarkozy impute le réchauffement climatique à la surpopulation, et donne l'exemple du Nigeria, dont la population dépassera celle des États-Unis en 2050. Déjà, imputer la crise climatique actuelle à une population qui n'existe pas encore, c'est osé, mais expliquer un phénomène par un racisme décomplexé n'invalide pas le fait que les États-Unis sont responsables de 20% du réchauffement climatique historique, alors que l'Afrique entière, c'est 2,5%.<sup>9</sup>

D'autre part, l'argument écologique, quoique 100% légitime, contribue aussi à culpabiliser les parents, et particulièrement les femmes, puisque ce sont à elles qu'incombe en grande partie la charge parentale.

Et cela culpabilise notamment les personnes qui jusqu'à présent n'avaient pas accès à la parentalité. Donc cela fait passer le désir de parentalité de certaines personnes jusque-là privées du droit fondamental de fonder une famille, pour un caprice, et un caprice écocide en plus.

Enfin, l'un des problèmes de cet argument écologique est qu'il présente le choix d'avoir un enfant comme un choix de consommation comme un autre, au même titre que le fait de prendre l'avion ou de manger de la viande, ce qui, d'un point de vue éthique, est d'autant plus contestable que les naissances ne peuvent pas être considérées seulement en termes de coût écologique. Les enfants n'incarnent pas seulement la mort de l'humanité, mais aussi l'espoir qu'elle devienne meilleure.

### ***3. La PMA : entre accès égalitaire à la parentalité et « désir d'enfant à tout prix »***

Qui a recours à la PMA ?

Le premier bébé né des techniques de la PMA a aujourd'hui 45 ans, puisqu'il est né en 1978. À ce jour, plus de 10 millions d'enfants dans le monde ont été conçus grâce à la PMA, la majorité est réalisée en Europe.

La Belgique, pays européen en pointe sur la PMA en Europe, est à ce jour l'un des plus visités avec l'Espagne pour recevoir un traitement. L'extension de la PMA aux femmes en couple ou célibataires date de la loi du 6 juillet 2007, alors qu'il a fallu attendre la loi du 2 août 2021 en France. En 2020, les naissances par PMA représentaient 4,6% du total des naissances, contre 2% aux États-Unis. Environ 20% des candidates à la PMA en Belgique seraient françaises.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> <https://www.instagram.com/p/CxFqoNcrqjx/>

<sup>10</sup> [www.ieb-eib.org/fr/dossier/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/la-procreation-medicalement-assistee-en-belgique-513.html](http://www.ieb-eib.org/fr/dossier/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/la-procreation-medicalement-assistee-en-belgique-513.html)

Malgré une loi plus progressiste depuis plus longtemps en Belgique, les problématiques, questionnements et enjeux sont peu ou prou les mêmes qu'en France, et dans tous les pays où la PMA est autorisée.

Vers une banalisation de la PMA, et une marchandisation de la médecine?

En France, depuis l'ouverture de la PMA à (presque) toutes les femmes, les demandes auraient été multipliées par 7.<sup>12</sup>

Et le nombre de personnes souhaitant avoir recours à la PMA ne devrait pas baisser, puisque de plus en plus de couples hétéros rencontrent des problèmes d'infertilité (1 sur 6 à 1 sur 5 selon les sources<sup>13</sup>), pour plusieurs raisons, notamment le recul progressif de l'âge de la grossesse et la baisse de la qualité des spermatozoïdes impactée par les polluants et les perturbateurs endocriniens. J'en profite pour préciser à toutes fins utiles que le recul de l'âge de la grossesse n'est pas dû qu'aux caprices des femmes, mais au fait qu'avoir un enfant coûte de plus en plus cher et que l'insertion dans la vie professionnelle est de plus en plus difficile... surtout pour les femmes.

D'autre part, jusqu'en 2008 en Belgique, l'infertilité se mesurait sur une période de 24 mois. C'est-à-dire qu'avant de recourir à la PMA, il fallait attendre deux ans d'essais infructueux. Depuis 2008, la période a été réduite à 12 mois, sans que l'on puisse vérifier le respect de ce délai, ce qui augmente mathématiquement le nombre de candidates à la PMA.

Donc, les centres de PMA se multiplient, en Belgique comme ailleurs. Le problème, c'est qu'en Belgique comme ailleurs, les dons de sperme et d'ovocytes n'augmentent pas, et les délais d'attente pour l'autoconservation des ovocytes, eux, sont toujours plus longs. En France, depuis la loi dite de la PMA pour toutes qui a également autorisé l'autoconservation ovocytaire, les demandes ont explosé.<sup>14</sup> À l'été 2023, le gouvernement français évoquait 11.500 demandes, mais seules 4.800, donc moins de la moitié, ont entamé le parcours et 1.778 seulement ont effectivement réussi à aller au bout de la procédure, soit un peu plus de 10%.

Pour répondre à la demande croissante, les centres de PMA se tournent de plus en plus vers les dons issus de l'étranger (les centres belges ne pourraient assurer que 10 à 20% de la demande). Plusieurs questions restent donc en suspens. On peut se demander notamment s'il existe d'autres alternatives techniques, et si oui à quel prix ? Quid des embryons surnuméraires des couples et personnes qui ont recours à la PMA, et qui sont jetés au terme du parcours ou dédiés à des projets scientifiques ?

---

<sup>11</sup> Les personnes trans en sont toujours exclues.

<sup>12</sup> [www.vie-publique.fr/en-bref/290654-procreation-medicalement-assistee-pma-les-demandes-en-forte-hausse](http://www.vie-publique.fr/en-bref/290654-procreation-medicalement-assistee-pma-les-demandes-en-forte-hausse)

<sup>13</sup> [www.lemonde.fr/planete/article/2022/06/10/plastiques-dioxines-et-paracetamol-pesent-lourd-dans-le-declin-de-la-fertilité-masculine\\_6129703\\_3244.html](http://www.lemonde.fr/planete/article/2022/06/10/plastiques-dioxines-et-paracetamol-pesent-lourd-dans-le-declin-de-la-fertilité-masculine_6129703_3244.html)

<sup>14</sup> [www.sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/l-autoconservation-des-ovocytes-une-procedure-nouvelle-victime-de-son-succes\\_173021](http://www.sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/l-autoconservation-des-ovocytes-une-procedure-nouvelle-victime-de-son-succes_173021)

Les demandes de PMA se multiplient, alors même que le taux d'échec de la FIV n'évolue pas, et reste aux alentours de 80%. Ce qui pose aussi des questions d'ordre sociologique, mais aussi psychologique, voire métaphysique : qu'est-ce que ça veut dire des normes de notre société ? Pourquoi on est de plus en plus nombreuses à accepter de subir un traitement médical très lourd, non vital, avec un taux de réussite de 20% et des effets secondaires importants, en termes psychologiques notamment ?

L'information délivrée aux patient-es est-elle suffisante, complète, objective ? Peut-elle l'être, alors que l'existence même de ces centres de PMA est conditionnée à la demande de PMA ? Plus globalement, l'information délivrée aux jeunes sur les causes et les conséquences de l'infertilité féminine comme masculine, et sur l'autoconservation ovocytaire est-elle suffisante ? Et si non, comment y remédier ?

Vers un « droit opposable à l'enfant » ?

Épouvantail agité par un certain nombre de réactionnaires, inquiets des « dérives » que pourrait entraîner l'ouverture de la PMA à toutes. Mais parler de « dérives » pour qualifier le désir de parentalité des personnes qui ont désormais les mêmes droits que les personnes en couples hétéros, c'est de l'homophobie pure, à laquelle s'ajoute bien sûr un fond de sexisme. Car dans les faits, en France, le nombre de mères seules a quasiment doublé en 30 ans et dépassait 1,5 million en 2019.<sup>15</sup> Est-ce qu'elles aussi représentent des dérives, ou est-ce que ce qui fait la dérive, c'est le choix d'une mère de décider d'être célibataire ?

Parler de « dérives », c'est faire une distinction entre la stérilité physiologique et la stérilité sociale, due à l'orientation sexuelle et/ou au statut conjugal. Cela consiste donc à réserver le droit à la parentalité à certaines personnes au nom du « bien de l'enfant ».

Or aucune étude réalisée dans des familles LGBT+ n'a jamais pu établir que les enfants y étaient plus malheureux que dans les familles hétéros, c'est même plutôt le contraire.<sup>16</sup> Par ailleurs, l'hétérosexualité des parents n'a jamais été un antidote efficace aux maltraitances subies par les enfants, bien au contraire, si l'on en juge par les chiffres alarmants des violences faites aux enfants.<sup>17</sup> Et enfin, le fait d'avoir un père est loin de garantir qu'il soit présent, ni investi dans la parentalité : on vient de le voir, le nombre de mères célibataires a doublé en 30 ans, parce que ce sont elles qui continuent d'avoir la garde principale des enfants, et au sein des couples hétéros français, les mères continuent d'exécuter 1h30 de tâches domestiques et parentales de plus par jour que les pères.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> [www.francetvinfo.fr/economie/menages/allocations-familiales/1-530-000-meres-celibataires-en-france\\_3196653.html](http://www.francetvinfo.fr/economie/menages/allocations-familiales/1-530-000-meres-celibataires-en-france_3196653.html)

<sup>16</sup> [www.neonmag.fr/non-grandir-dans-une-famille-homoparentale-na-pas-deffet-negatif-sur-le-developpement-de-lenfant-selon-une-etude-560387.html](http://www.neonmag.fr/non-grandir-dans-une-famille-homoparentale-na-pas-deffet-negatif-sur-le-developpement-de-lenfant-selon-une-etude-560387.html)

<sup>17</sup> [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment)

<sup>18</sup> [www.inegalites.fr/L-inegale-repartition-des-taches-domestiques-entre-les-femmes-et-les-hommes](http://www.inegalites.fr/L-inegale-repartition-des-taches-domestiques-entre-les-femmes-et-les-hommes)

L'enjeu de l'ouverture de la PMA à toutes les femmes n'est pas d'établir un « droit à l'enfant », ce qui ferait de l'enfant un bien de consommation comme un autre, mais de mettre fin aux discriminations qui empêchaient certaines personnes d'accéder à la parentalité. Les célibataires et les personnes homosexuelles ne veulent pas un enfant parce qu'elles en ont le droit, mais parce qu'elles veulent fonder une famille. Le fait d'avoir un droit n'entraîne pas automatiquement l'exercice de ce droit. Le fait d'avoir des droits multiplie seulement le champ des possibles.

## **Conclusion**

On ne peut pas défendre la liberté de ne pas avoir d'enfant sans défendre aussi un accès égalitaire à la parentalité - reste à déterminer les modalités notamment techniques de cet accès, qui montrent déjà leurs limites.

Il est important que ces projets de vie coexistent dans l'espace public et soient aussi légitimes l'un que l'autre, pour donner aux générations futures le choix.

Il est important aussi de ne pas faire du choix de ne pas avoir d'enfant un choix par défaut ou par dépit, un sacrifice que l'on ferait au nom de l'intérêt supérieur de la planète, mais un projet de vie joyeux et désirable, au même titre que la parentalité. C'est à cette condition que l'infertilité et l'échec des parcours PMA pourront enfin être dédramatisés, et non plus vécus comme des faillites personnelles et existentielles.

## **Bibliographie**

### **\* Sur le choix de ne pas avoir d'enfant**

DEBEST C. *Le choix d'une vie sans enfant*. Presses Universitaires de Rennes, 2014.

SCHMIDT F. *Lâchez-nous l'utérus ! En finir avec la charge maternelle*. Hachette, 2020.

### **\* Sur la PMA et ses enjeux**

LEVAIN M. *Et toi, tu t'y mets quand ?* Flammarion, 2018.

### **\* Sur l'impact fantasmé de la parentalité sur la crise climatique**

PONT E. *Faut-il arrêter de faire des enfants pour sauver la planète ? Entre question de société et choix personnel*. Payot, 2022.

# La procréation médicalement assistée

---

**Dr Candice AUTIN**

Responsable du centre PMA du CHU Saint-Pierre

## ***Définitions***

Je vais commencer par une petite précision. Je constate très souvent une confusion sans doute liée au fait que nous sommes très proches, avec nos voisins français. En France, on parlait jusqu'à présent d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Terme qui n'est pas utilisé en Belgique. Nous avons toujours parlé de Procréation Médicalement Assistée (PMA) ce qui recouvre toutes les techniques d'aide à la procréation. En Belgique, on accueille les couples de femmes et les femmes célibataires depuis la fin des années 80. Cela fait donc très longtemps et nous n'avons pas attendu la loi de 2007 pour les prendre en charge. La loi de 2007 est venue légitimer ce qui se pratiquait déjà.

En France, quand le débat est arrivé sur la prise en charge des femmes seules, 'des femmes non mariées' comme ils disent, et des couples de femmes, on a commencé à parler de PMA. Ce terme de PMA a été réduit à la prise en charge de l'homoparentalité et la monoparentalité. Souvent, des personnes viennent en consultation avec une demande de PMA alors qu'en fait il s'agit uniquement d'un don de sperme. Mais la PMA recouvre toutes les techniques qui aident des personnes à concevoir.

Je voudrais aussi rappeler la définition de l'infertilité. L'infertilité, c'est l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels réguliers non protégés. On estime que cela concerne entre 1 couple sur 5 ou 6 actuellement.

Je voudrais aussi mentionner la définition de la santé de l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Je lie ces deux définitions pour mettre en avant que les personnes qui nous consultent sont bien souvent en souffrance. Et cette souffrance est encore aujourd'hui peu reconnue et la PMA souvent considérée comme un luxe, quelque chose de superflu, de non essentiel. Ce qui vient rajouter à la souffrance de ces personnes.

## ***Quelles sont les techniques de PMA ?***

Voici une liste non exhaustive des différentes techniques reprises sous l'acronyme de PMA :

- Stimulation ovarienne et monitoring de cycle ;
- Insémination intra-utérine avec sperme du conjoint ;
- Insémination intra-utérine avec sperme d'un donneur ;

Fécondation in vitro (FIV) ;  
FIV avec don de gamètes (ovocytes/sperme) ;  
Don d'embryons ;  
Diagnostic préimplantatoire (DPI) ;  
Gestation pour autrui (GPA) ;  
Cryoconservation ovocytaire (oncofertilité<sup>19</sup>, Anticipation of Gamete Exhaustion - AGE Banking<sup>20</sup>).

La technique utilisée dépendra de la situation des personnes concernées, de leurs souhaits, du bilan fait, etc. On ne peut pas généraliser, c'est vraiment du cas par cas.

Je vais développer quelques-unes des techniques les plus utilisées.

[L'insémination artificielle intra-utérine \(IU ou IAD ou IIU-D\)](#)

Cela consiste à déposer dans l'utérus une préparation de sperme à l'aide d'un petit cathéter au moment de l'ovulation. On suit le cycle, quand c'est le moment de l'ovulation, on dépose la préparation de sperme (qui peut être le sperme du conjoint ou le sperme d'un donneur). C'est une technique simple, qui se fait en ambulatoire et qui ne présente quasi aucun risque. Il s'agit simplement de rapprocher les spermatozoïdes de l'ovocyte et la fécondation se passera ensuite dans la trompe

[La fécondation in vitro et transfert d'embryon \(FIV ou FIVETTE\)](#)

Cela consiste à recueillir les ovocytes produits par les ovaires, les mettre en laboratoire en contact avec les spermatozoïdes. Cela se fait en dehors du corps de la femme. On obtient un ou des embryons qu'on va replacer dans l'utérus. Cela nécessite une série d'étapes.

La première va être de stimuler les ovaires, parce que naturellement, on ne produit qu'un ovocyte (un ovule) par mois. Or pour aller chercher cet ovule, il va falloir ponctionner l'ovaire, c'est-à-dire réaliser une intervention chirurgicale invasive que l'on ne fait pas pour un seul ovocyte. On stimule les ovaires avec des hormones de manière à forcer les ovaires à produire plusieurs ovules sur un seul cycle. Cette période de stimulation est particulièrement pénible puisqu'elle nécessite non seulement la prise d'hormones, mais aussi un monitoring important. Les patientes doivent se rendre à l'hôpital régulièrement pour surveiller les effets de la prise d'hormones.

Au terme de plus ou moins deux semaines de stimulation, on ponctionne les ovaires. Le même jour, l'homme du couple viendra également à l'hôpital, si c'est lui qui donne ses spermatozoïdes. S'il s'agit du recours à un donneur, on décongèle le sperme. Ensuite, on va mettre les gamètes en contact en laboratoire pour tenter d'obtenir des embryons. On observera les embryons et leur développement pendant 2 à 5 jours en laboratoire.

---

<sup>19</sup> Préservation des gamètes en cas de traitement du cancer.

<sup>20</sup> Préservation des gamètes en cas de vieillissement ovarien lié à l'âge ou à la défaillance ovarienne prématurée.

Enfin, un embryon fécondé sera replacé dans l'utérus. C'est un processus lourd et complexe qui n'a rien à voir avec celui de l'insémination.

### ***Pourquoi choisir une insémination artificielle ou une fécondation in vitro ?***

Le choix dépend évidemment de la situation médicale. Par exemple, si les trompes sont bouchées, on ne pourra que passer à la fécondation in vitro.

En Belgique, contrairement à la situation en France ou en Espagne, le don dirigé est autorisé. C'est-à-dire que vous pouvez avoir votre propre donneur de sperme. C'est un accord direct entre les parties et il n'y a donc pas d'anonymat. Si vous faites appel à un don anonyme, il n'y a pas de levée d'anonymat possible aux 18 ans de l'enfant. Contrairement donc à la loi française actuelle.

On peut aussi réaliser une fécondation in vitro avec les ovocytes d'une autre personne donneuse. Cela se pratique par exemple, dans le cas d'une ménopause précoce et de l'absence de production d'ovocytes ou si les ovaires fonctionnent difficilement et dont les ovocytes ne permettent pas de donner une grossesse qui va aller à terme. Ce sera souvent le cas chez les femmes de plus de 43 ans. Le don dirigé est possible dans ce cas également.

La gestation pour autrui (GPA)<sup>21</sup> est interdite en France. En Belgique, il n'y a pas de cadre légal spécifique. Notre centre prend en charge les demandes avec GPA depuis 1999.

### ***Qui peut-on aider en PMA ?***

La loi qui encadre notre pratique date de 2007. Elle est venue légitimer ce qui se faisait déjà sur le terrain. Elle fixe les conditions d'accès à la PMA en parlant d'auteur·es d'un projet parental<sup>22</sup>. Vous voyez que, dans ces définitions, on ne parle pas d'orientation sexuelle, on ne parle pas de statut marital, on ne demande pas de cohabiter. C'est laissé à l'appréciation des centres de fertilité. Il y a néanmoins des conditions d'âge pour la femme : 46 ans pour le prélèvement, 48 ans pour le transfert. Cette loi prévoit la possibilité pour un centre de refuser une demande en invoquant des raisons médicales ou une clause de conscience. Aucune équipe n'est forcée de prendre en charge une demande si elle ne se sent pas confortable avec celle-ci. Notre site internet reprend

---

<sup>21</sup> « La pratique par laquelle une femme porte un fœtus ou un enfant, et poursuit la grossesse jusqu'à la naissance de cet enfant avec l'intention de transférer ensuite tous ses droits et devoirs parentaux au(x) parent(s) demandeur(s) ». Définition du Comité Consultatif de Bioéthique, Avis n°86 du 17 avril 2023.

<sup>22</sup> « 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 ». Loi du 6 Juillet 2007 qui fixe les conditions d'accès à la PMA. Art. 2.

l'ensemble des services que nous proposons : [www.fivette.be](http://www.fivette.be). La porte d'entrée est de savoir s'il s'agit d'une demande actuelle ou un projet pour le futur.

Certaines personnes ont un désir d'enfant présent quelle que soit leur situation médicale ou leur configuration parentale : des personnes en couple, des personnes seules, avec ou sans problème de fertilité, par exemple, la crainte de transmettre une maladie génétique, des personnes qui ne forment pas un couple conjugal mais qui forme un couple parental ; toutes les demandes de coparentalité sont possibles.

Les personnes peuvent aussi nous consulter sur un désir d'enfant dans le futur et la préservation de leur fertilité. Il y a toute la partie d'oncofertilité (congélation ovocytes, sperme et/ou embryons, avant traitement gonadotoxique) pour les patients atteints d'un cancer et qui vont - avant de commencer un traitement toxique pour les ovocytes ou les spermatozoïdes - venir congeler soit des ovocytes, soit du sperme, soit des embryons quand c'est le choix du couple de congeler plutôt des embryons.

Il y a également les demandes de congélation en prévention du vieillissement ovarien, ce que l'on appelle l'auto conservation en France et que nous appelons l'AGE Banking (Anticipation of Gamete Exhaustion Banking) ainsi que la congélation de gamètes avant le changement de genre.

Alors clairement, comme le dit la sociologue française Dominique Mehl<sup>23</sup>, on a une disparition, depuis plusieurs décennies du monopole de la famille « traditionnelle », avec l'apparition des familles recomposées, monoparentales, homoparentales, adoptives... Mais, au niveau juridique, politique et social, il y a un temps de retard pour que ces nouvelles familles soient respectées et se voient attribuer des droits. Néanmoins, en Belgique, on est particulièrement bien loti, puisqu'on a un cadre légal qui nous permet vraiment de prendre en charge énormément de situations par rapport à la plupart des autres pays européens.

### ***Comment aide-t-on en PMA ?***

Plusieurs situations sont possibles.

Chez certaines personnes, on ne constate pas d'infertilité mais de l'anxiété. Dans ce cas, on va essayer de rassurer et d'expliquer. On va ainsi expliquer le cycle menstruel et les périodes de fertilité (beaucoup de personnes ne savent pas que la période d'ovulation n'est pas forcément autour du 14<sup>e</sup> jour si on a un cycle qui n'est pas de 28 jours. On explique aussi les taux de fécondité. Beaucoup de personnes viennent nous consulter très rapidement et ne comprennent pas qu'au bout de 4 mois d'essais, il n'y ait toujours pas de grossesse. Si on prend la tranche d'âge des 25 ans, on a 85% de réussite après un an d'essais ; pour la tranche d'âge des 35 ans, on n'a que 60% des couples qui ont une

---

<sup>23</sup> MEHL D. Un lien subjectif in FRYDMAN R. et al. *Origines de la vie...Vertiges des origines*. PUF, 2009. Disponible au CEDIF

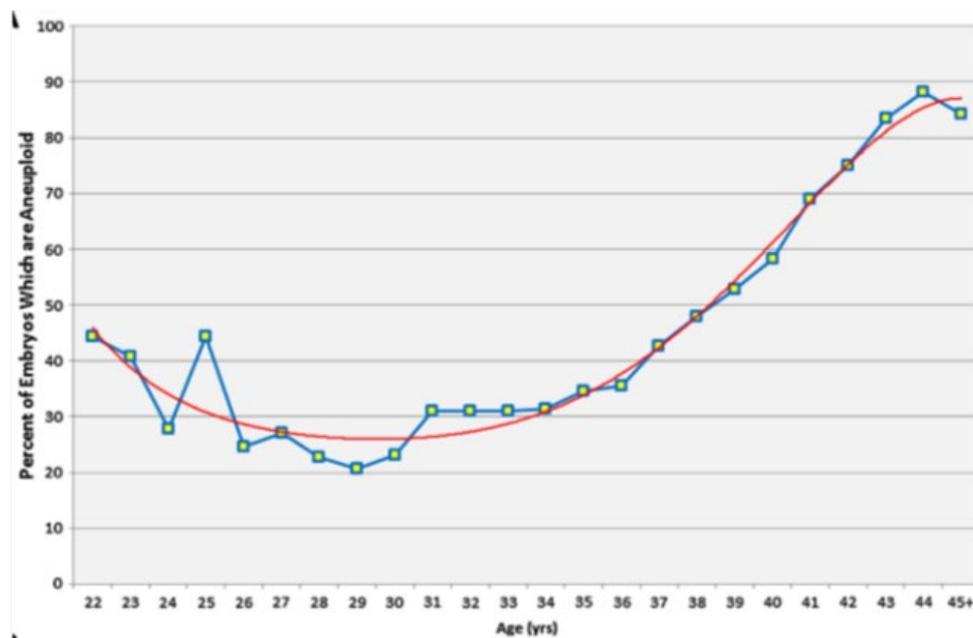
grossesse après un an d'essais. On informe aussi des effets de l'âge, des toxiques (alcool, tabac), du poids (sous poids, surpoids) sur la fertilité.

On réalise aussi des examens « pré-conceptionnels » concernant le statut vaccinal (rubéole), le dépistage du diabète et d'éventuelles maladies infectieuses, la vérification d'une anomalie de l'hémoglobine ou encore des troubles thyroïdiens. Cela permet d'être dans la situation la plus favorable possible quand la grossesse survient.

On va démarrer un bilan de fertilité et une série d'examens avant un an d'essais infructueux si des signes existent : pour les personnes au-dessus de 35 ans ou qui n'ont plus de règles ou encore qui ont des antécédents médicaux comme un cancer et un traitement par chimiothérapie. On essaie d'identifier d'éventuels facteurs d'infertilité. Il faut savoir qu'au terme du bilan, il reste 15 à 20% d'infertilité dite idiopathique, c'est-à-dire que l'on n'a pas identifié de cause, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en a pas et que ce serait uniquement « psychologique ». Mais simplement, beaucoup de choses dans la fertilité se passent à un niveau que l'on ne peut pas investiguer. Ainsi, on ne peut pas faire d'examen sur la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule ou encore vérifier quel spermatozoïde va finalement féconder l'ovule ou même identifier pourquoi la fécondation ou l'implantation ne se passent pas bien.

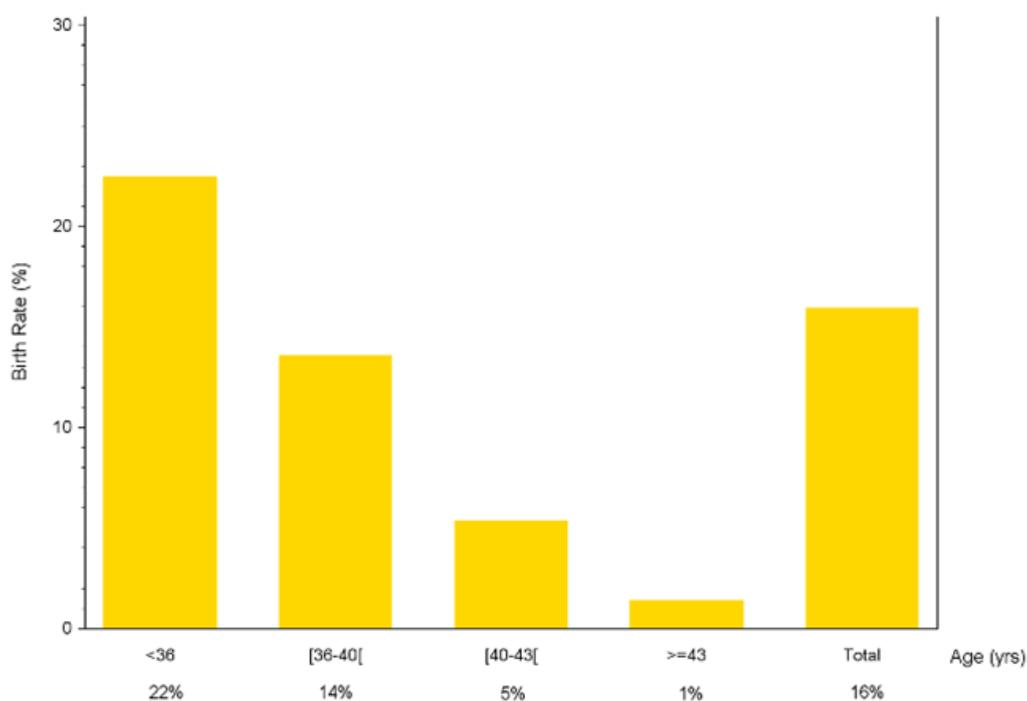
Au terme du bilan, une prise en charge est toujours proposée mais ce sont les personnes qui décident et on respecte leurs souhaits et leur rythme.

Il est important de parler de l'âge qui est une cause fréquente de consultation mais malheureusement, la PMA ne permet pas de contrecarrer les effets de l'âge. Avec l'âge, les ovocytes et les spermatozoïdes, donnent des embryons anormaux (cf. graphique ci-dessous).



**% d'embryons anormaux en fonction de l'âge**

Les embryons anormaux qu'ils aient été créés naturellement ou en FIV, ne s'accrochent pas ou quand ils s'accrochent, ils donnent des fausses couches. La PMA ne va donc pas aider. On voit dans le recensement des données des centres de fertilités belges que les taux de succès chutent avec l'âge (cf. graphique ci-dessous).<sup>24</sup>



**Taux d'accouchement après FIV**

Même si elle est « particulière », toute demande doit être entendue et écoutée par au moins deux professionnel·les : un·e spécialiste de la fertilité et un·e psychologue. Il n'y a pas de définition d'une telle demande. Nous estimons qu'il s'agit de toute demande pour laquelle l'équipe soignante - les gynécologues, les infirmières, les biologistes qui travaillent dans le laboratoire, les psychologues - va avoir le besoin d'évaluer s'ils se sentent confortables d'accompagner le (ou les) auteur·es du projet parental. Il s'agit de demandes pour lesquelles l'équipe souhaite préparer les futurs parents aux spécificités de leur projet : Comment est-ce qu'on va parler avec l'enfant du fait qu'il a été conçu à partir d'un don de sperme ou d'un don d'ovocyte, par exemple ? Cela concerne également : le recours au don d'embryons, PMA et HIV, âge paternel avancé, coparentalité, gestation pour autrui, personnes porteuses d'affections psychiatriques ou de handicaps.

<sup>24</sup> [www.belrap.be](http://www.belrap.be)

En pratique, les personnes seront reçues par un·e gynécologue qui examinera ce qui les amène et quel est leur parcours de vie. Ensuite, elles rencontreront un·e psychologue ou psychiatre et éventuellement, un·e juriste, un·e infectiologue ou un·e obstétricien·ne, selon la situation particulière. Le dossier sera ensuite présenté en réunion d'équipe pour prendre une décision collégiale. La décision sera ensuite communiquée aux personnes qui sont venues consulter. La décision sera toujours motivée. Il arrive que l'équipe émette des réserves, on les explique et la situation sera une fois que ces réserves seront levées.

Dans toutes les situations, on tente vraiment d'obtenir un engagement éclairé de tous les intervenants, de ne pas faire preuve d'autoritarisme médical ou de paternalisme, de ne pas juger. Et, ce que l'on constate finalement, pour reprendre les mots de la docteure Annick Delvigne<sup>25</sup>, c'est que « *dire non après avoir questionné et écouté est beaucoup plus acceptable (pour les patient·es) que de dire non sur base de limites arbitraires* ». Le fait d'avoir pu être entendu dans son projet est vraiment précieux.

Le coût des traitements varie en fonction des techniques. Pour les personnes en ordre de sécurité sociale, l'insémination artificielle coûte entre 50 et 100€, une fécondation in vitro environ 250€. La congélation d'ovocytes en prévention du vieillissement ovarien reste un traitement peu accessible financièrement puisqu'il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et coûte entre 3.000 et 5.000€.

### ***Comment évolue la demande ?***

Ces dernières années, les évolutions sociétales ont entraîné l'apparition ou l'augmentation de certaines demandes.

La congélation d'ovocytes en prévention du vieillissement ovarien, ce sont des demandes qui sont faites de plus en plus souvent, sans doute parce que les gens sont mieux informés par les médecins et les gynécologues.

Les projets monoparentaux chez les femmes en couple sont aussi en augmentation. On remarque que les femmes qui viennent avec un projet monoparental osent dire qu'elles sont en couple mais que leur partenaire ne partage pas leur projet parental. Elles n'ont pas envie de renoncer à leur couple parce qu'elles se sentent enfin bien avec leur partenaire même si celui-ci, pour des raisons multiples, ne partage pas leur désir.

La coparentalité recouvre des demandes avec des configurations très variées. La plupart se passent de nos services puisqu'elles ne nécessitent pas forcément une aide à la procréation. Quand ces personnes viennent nous voir, c'est généralement parce qu'elles n'y arrivent pas seules ou qu'elles ont envie d'un cadre médical pour les aider.

---

<sup>25</sup> Prix André Beernaerts, 2000. [www2.ulb.ac.be/espritlibre/html/el112003/35.html](http://www2.ulb.ac.be/espritlibre/html/el112003/35.html)

La parentalité ou la congélation de gamètes chez les personnes transgenres sont en augmentation ces dernières années, que ce soit des congélations de sperme, d'ovocytes ou des demandes de parentalité dans des couples dont une ou les deux personnes sont transgenres.

Enfin, la réception des ovocytes de la partenaire (ROPA) sont des demandes plus fréquentes que par le passé. Il s'agit de couples de femmes où l'une souhaite fournir les ovocytes et l'autre porter la grossesse.

## Parcours et vécu des patient-es en procréation médicalement assistée (PMA)

---

**Nathalie CHATELLE**

Psychologue clinicienne et psychothérapeute aux Cliniques Universitaires Saint-Luc

C'est de l'interdisciplinarité que naissent les meilleures prises en charge, en particulier pour toutes ces situations extrêmement diverses que nous rencontrons et qui témoignent d'une grande évolution de la demande mais aussi, heureusement, de l'offre qui s'est adaptée. Nos pratiques évoluent et c'est très bien. Au-delà de toutes ces différentes nouvelles demandes, il faut rappeler que chaque demande est singulière et que chaque parcours de vie l'est aussi. Quand c'est un parcours de couple, il est aussi différent, individuellement, au sein du couple. C'est évidemment extrêmement important d'accueillir cette singularité avec un point commun qui fait un peu le fil rouge : la question du désir d'enfant. Du désir d'enfant ou des désirs d'enfant. Parce que ce qui sous-tend la demande d'accès à la parentalité, est souvent extrêmement variable et multiple et parfois aussi plein d'ambivalence. Sans être absolument exhaustive, j'ai essayé de reprendre quelques-unes des motivations de ce qui sous-tend le désir d'enfant chez les personnes que l'on rencontre.

Il y a la question de la transmission : la transmission des valeurs et des gènes, parfois aussi la transmission d'un patrimoine.

Cela répond aussi parfois, voire souvent, à une sorte de besoin existentiel de continuer à exister et rejoint cette idée de « pulsion de vie », de « vie plus forte que tout ».

Il y a aussi une envie de création familiale qui répond à nos représentations du mythe familial. Parfois en écho à une expérience extrêmement positive d'un vécu familial mais aussi parfois au contraire pour s'inscrire en porte-à-faux de ce qu'on a pu expérimenter en tant qu'enfant, et peut-être, une sorte de revanche sur ce qui a été vécu antérieurement au niveau familial.

Il s'agit parfois d'un projet de stabilisation d'un couple, l'étape suivante « logique » après s'être installé ensemble et mieux se connaître

Mais il ne faut pas négliger non plus toute la question des pressions sociales et l'inscription dans une société qui valorise la parentalité. Là aussi les lignes bougent, mais beaucoup de patients et de patientes qu'on rencontre ont intégré cette idée qu'on existe, parce qu'on est parent. L'accès à un certain statut aussi, est encore assez présent. L'adhésion à des valeurs religieuses ou philosophiques : c'est l'objet même du projet du couple de devenir parent, c'est quelque part le seul sens, et ça rajoute énormément de pression dans des parcours de procréation médicalement assistée (PMA) quand il y a une attente culturelle ou religieuse d'arrivée de l'enfant - en général - après le mariage.

Le sentiment parfois diffus d'être « faite pour ça » chez certaines femmes qui ont intégré au travers des normes de notre société, l'idée qu'elles ont un utérus pour porter des enfants.

Et puis, il y a cette question de la parentalité comme un droit, comme une revendication, qui ne peut parfois même pas être questionnable, ce qui donne des débuts d'entretien psychologique assez tendu, questionnant.

Quand l'enfant ne vient pas, ne vient pas naturellement, qu'est-ce qui se passe pour nos patientes et que disent-elles ?

Elles expérimentent ce que nous montre très bien Marie Dubois dans une bande dessinée vraiment très subtile et intéressante sur son propre parcours de PMA. Elles reçoivent toute une série de messages extérieurs, des messages parfois portés très largement par la communauté des psychologues.

« Tu fais un blocage inconscient »

« Détends-toi, lâche prise »

« Je t'ai parlé de cette copine, elle a adopté, et là, elle est tombée enceinte ».



« Un bébé si je peux », Marie Dubois. Massot Editions, 2021.

La maladresse de tous ces messages est, la plupart du temps, empreinte de bienveillance, de difficulté aussi pour l'entourage qui tente de trouver les bons mots, de savoir comment soutenir un proche dans ce désarroi. C'est vrai aussi d'ailleurs, on l'entend de nos patientes, quand elles font une fausse couche ou quand il y a un deuil périnatal. Ce sont aussi des façons d'essayer d'un peu dédramatiser des situations. Et puis de mettre, une fois encore, une certaine pression, surtout sur les femmes. Et cela a essentiellement pour effet d'augmenter le malaise chez les patientes.

Ce qu'on entend beaucoup également, c'est la fameuse injonction paradoxale.



Le Chat de Geluck

Je suppose que vous avez tous et toutes lu l'inscription et que, vous vous êtes donc tous et toutes mises dans cette même position que nos patientes à qui on dit : si tu veux un enfant, il faut arrêter d'en vouloir. Et c'est bien l'objet de toutes ces phrases déjà évoquées. L'idée qu'il faut arrêter d'y penser, qu'il faut lâcher prise... Dites cela à une patiente qui est en PMA, qui a des injections, des contrôles 3 à 4 fois par semaine, un calendrier à respecter avec des rapports sexuels sur injonction... En fait, on plonge surtout nos patientes dans un sentiment d'échec, de désespoir, de culpabilité et puis, dans une impasse.

D'autant que les études nous disent que les facteurs psychogènes de l'infertilité sont extrêmement difficiles à évaluer. Quand on est dans un projet de grossesse qui ne vient pas, inévitablement le vécu de stress est majeur. Par ailleurs, il y a 20% d'infertilité idiopathique et souvent il y a une confusion et on considère que ces 20% représentent la part psychologique de l'infertilité. Ce n'est pas le cas. C'est l'état actuel de nos connaissances. Peut-être que certains facteurs pourront être découverts par la suite, peut-être qu'on en restera là ; mais en tout cas faire peser sur la tête de nos patients et nos patientes le fait que ce serait un facteur psychologique qui les empêche de procréer est extrêmement lourd. Une fois encore, ça pèse beaucoup plus sur les femmes que sur les hommes.

Pourquoi est-ce qu'on insiste tellement sur ces facteurs psychogènes ? Parce qu'il y a une sorte de biais cognitif qui nous fait retenir les situations spectaculaires, néanmoins extrêmement singulières. Si on reprend cette phrase de la bande dessinée : « Je connais cette femme qui a adopté et le cycle suivant, elle était enceinte ». C'est sans doute arrivé, mais des études très sérieuses ont été menées sur les couples qui arrêtaient la PMA et se lançaient dans des processus d'adoption et, statistiquement il n'y a absolument pas d'évolution de la fertilité. Simplement, tous les couples qui commencent un processus d'adoption en arrêtant la PMA et qui n'ont pas d'enfant naturellement par la suite, ne racontent pas leur histoire, elle est absolument anodine, mais on retient le cas exceptionnel.

On a suffisamment de recul en matière de PMA et les grandes méta-analyses concluent à un lien non significatif entre stress psychologique et fertilité. Quelques petites études nous ont montré qu'effectivement, le niveau de cortisol, un marqueur du niveau de stress, pouvait être mis en lien avec un taux de grossesse un peu plus faible. Tout comme l'alpha-amylase qui montrerait qu'il y a un délai un peu plus grand chez les patientes plus stressées. Néanmoins, il faudra aussi voir comment ce stress est évalué. Il y a ce que nous disent les études et il y a ce que nous disent les patientes, ce qui me semble essentiel. Elles sont souvent elles-mêmes convaincues du lien entre leurs échecs de grossesse et l'idée que leur santé mentale est problématique. Surtout évidemment, quand nos collègues gynécologues n'ont pas pu identifier une cause somatique. Elles sont souvent culpabilisées par elles-mêmes et par leur entourage, et elles sont mises sous pression par les fameuses injonctions paradoxales évoquées précédemment.

Il convient aussi de faire une petite différenciation. Un couple peut arriver en PMA après deux ans de tentatives naturelles et avoir une usure psychologique importante, une dégradation de la qualité de la relation de couple et en particulier de la sexualité, et donc un épuisement physique et psychique important. D'autres couples débutent immédiatement en PMA et arrivent plein d'enthousiasme, réjouis de pouvoir concrétiser leur projet, par exemple lorsqu'il s'agit d'un projet homoparental. Même si les choses peuvent être tempérées avec la procédure qui n'aboutit pas toujours aussi facilement que prévu, mais ce sont quand même des parcours très différents.

Chez les couples qui n'y arrivent pas naturellement, on observe une peur qui a été entretenue par les tentatives infructueuses de ne jamais y arriver. Je m'appuie sur une étude française d'IPSOS sur le vécu et les perceptions des patients en PMA. On y parle évidemment énormément de culpabilité mais aussi de craintes et d'appréhensions par rapport au parcours lui-même. L'impact des hormones, l'impact sur la vie sociale et professionnelle témoignent souvent de difficultés au sein du couple. Difficultés aussi qui peuvent être liées à l'identification dans le parcours d'un problème soit andrologique, soit gynécologique, qui polarise parfois la culpabilité au sein du couple. Un sentiment de honte de devoir faire appel à une aide et à des démarches pour quelque chose qui relève en fait de l'intime. Parfois, et heureusement quand même, un soulagement de se sentir entendu dans la souffrance traversée et le besoin d'être accompagné. De l'espoir.

Le recours à la PMA peut, en fonction des techniques, amener toute une série de questions éthiques qui sont non négligeables. Il nous semble important d'ouvrir un espace de discussion avec les patients pour que, par exemple, leurs craintes ou leurs réserves puissent éventuellement être levées. Il s'agit souvent des questions de don de gamètes et de dons croisés.

Si l'on examine l'étude IPSOS, on se rend compte que l'expérience de la PMA est un parcours qui met à l'épreuve un très grand nombre de sphères, voire toutes les dimensions de la vie des personnes qui y ont recours.

Il y a d'abord la question de l'impact psychologique. Pour 65% des patientes, l'impact est une grande fatigue et un sentiment de stress, on revient à ce cercle un peu vicieux de dire : je suis stressée, et en même temps on me dit que le stress est un facteur négatif pour l'obtention de la grossesse. Et donc les patientes peuvent parfois se retrouver à tourner en boucle sur ces questions.

Et puis, un grand sentiment d'injustice qui est réel. Rien ne justifie le fait que telle ou telle personne ait facilement accès à la grossesse et à la parentalité et que ce ne soit pas le cas pour d'autres. Par ailleurs, ils sont parfois victimes d'injustice dans des tas d'autres sphères de leur vie et cela accentue ce sentiment.

L'impact physique est évidemment important lui aussi. Les femmes qui passent en fécondation in vitro subissent des injections qui bouleversent l'équilibre hormonal. A cela viennent s'ajouter des douleurs lors de la ponction ovarienne, le sentiment de fatigue et d'épuisement, le sentiment d'irritabilité. Nous ne sommes pas toutes égales face à ces changements hormonaux qui sont parfois extrêmement délétères sur le sentiment d'irritabilité et sur l'humeur, ce qui vient renforcer toute une série de difficultés professionnelles, relationnelles, de couple. On se rend compte que la vie sexuelle est largement affectée par un parcours en PMA. On se retrouve vite dans une spirale infernale en termes de vécu psychoaffectif.

L'impact sur la vie affective et le sentiment d'inégalité au sein du couple, pas toujours dans le sens qu'on imagine. Il peut y avoir aussi un sentiment de très grande frustration chez le partenaire qui n'a « pas grand-chose à faire ». Pour les hommes, la question du don de sperme n'est quand même pas si simple. Beaucoup de patients sortent de cet épisode un peu mal en point. Il faut se le représenter : ce sont des petites cabines qu'on a essayé de rendre chaleureuses et accueillantes. On croise dans la salle d'attente tout une série d'autres personnes qui savent très bien pourquoi on vient. On rentre avec son petit pot dans la cabine, décorée de l'une ou l'autre image un peu suggestive, on propose aussi de se connecter à des images pornographiques. Et puis, on ressort quelque temps après, avec beaucoup d'inquiétude sur la quantité émise, la viscosité, etc. Il y a des tas de bonnes raisons de ne pas pouvoir le faire autrement, néanmoins, en tant que psychologue, on rencontre par la suite ces hommes qui sont extrêmement impactés dans leur vécu affectif et qui sont souvent un peu négligés parce somme toute, « c'est la seule chose qu'on leur demande de faire, alors, autant qu'ils la fassent bien et sans broncher ». C'est un peu caricatural mais on pense beaucoup aux femmes et à ce qu'elles subissent, mais pour le partenaire, ce n'est pas toujours facile non plus.

L'absence de rapport pendant plusieurs semaines, parfois durant plusieurs mois, concerne quand même 48% des personnes en parcours de PMA. Un couple sur deux qui n'a plu, ou presque plus, de sexualité. Et on pourrait ajouter que les couples qui ont une sexualité ont souvent une sexualité de mauvaise qualité, fort impactée. Ça me permet de souligner la pertinence de pouvoir proposer un accompagnement sexologique adapté dans ces situations de PMA.

L'impact relationnel. On se rend compte que les patientes s'isolent énormément, le contact devient progressivement de plus en plus difficile. Les patientes ne se reconnaissent pas, mais pour la plupart, elles peuvent dire qu'elles se sentent extrêmement jalouses des autres femmes qu'elles voient enceintes. Ce qui les culpabilise parce qu'elles trouvent que ce n'est pas légitime, et en même temps, c'est insupportable. Donc, le seul moyen qu'elles ont, c'est de s'isoler et de ne plus être en contact avec ces autres femmes. C'est évidemment quelque chose de très douloureux. L'impression que les proches ne comprennent pas et éventuellement aussi, que les proches sont source de pressions, et d'attentes, souvent bienveillantes, néanmoins reçues et vécues comme douloureuses et difficiles par les personnes en parcours PMA.

L'impact professionnel est un autre frein à l'accès à la PMA. Il y a la question de la fatigue et de l'impact physique, et donc de ne plus être aussi disponible au niveau professionnel et bien sûr aussi, toute la difficulté organisationnelle. Quand on est en fécondation in vitro, on doit être trois ou quatre jours, ou trois jours sur une semaine, à l'hôpital ou avoir un contrôle tôt le matin mais qui mettra inévitablement en retard au travail, etc. Qu'est-ce qu'on fait ? Elles posent des congés, elles ne veulent pas remettre un certificat médical, donc elles ne sont pas toutes dans les bonnes conditions et en capacité d'enlever une certaine pression professionnelle. Parler au travail de son projet de PMA, c'est annoncer une potentielle prochaine grossesse et on le sait, malheureusement, la discrimination au travail lié à la grossesse est quand même encore réelle, même si heureusement il y a des garde-fous en médecine du travail, mais il n'y a pas de protection pour les femmes en PMA. Sitôt qu'elles sont enceintes, elles sont protégées. Mais avant ça, ce n'est pas le cas.

Les sphères impactées par le processus de PMA sont extrêmement importantes. Comment bien accompagner ? Ce qui me semble fondamental à redire, c'est l'importance de la première ligne, ce sont les équipes médicales. Ce que les patients et les patientes attendent, c'est avant tout de pouvoir être informés qu'on puisse les aider à diagnostiquer leurs problèmes, de pouvoir avoir l'information nécessaire à l'accès à d'éventuelles solutions. Les psychologues peuvent aider, mais c'est secondaire. Et c'est très bien que ce soit comme ça.

Si le patient ou la patiente a un bon sentiment d'information et de continuité dans les soins par nos collègues (gynécologues, infirmiers, infirmières, ...) c'est la base. La continuité, c'est notamment éviter que la patiente ne doive, à chaque fois qu'elle rencontre un nouvel intervenant de l'équipe, réexpliquer son parcours, mais qu'elle sente que son dossier est connu et qu'on ne repose pas sans cesse les mêmes questions. On sait qu'en termes de vécu, c'est nettement supérieur à un accompagnement psychologique intensif au cours de la PMA.

Il faut aussi établir évidemment un lien de confiance. Pouvoir en tant que professionnel, être réaliste. On n'est pas là pour vendre du rêve aux patientes. Pouvoir sortir des schémas et expliquer que la PMA ne va pas être une solution miracle à l'âge, que pour telle et telle raison, le parcours va être difficile. Des patients bien préparés peuvent

commencer à envisager éventuellement le deuil de leur projet, si dès le départ, on leur a dit que c'était une éventualité.

Ne pas surestimer les facteurs psychologiques et leur donner la bonne information à ce sujet. Éviter les injonctions paradoxales. Reconnaître néanmoins que c'est un parcours qui génère du stress et de l'anxiété, parfois même de la dépression. Se préoccuper de leur « confort » psychologique et soutenir d'éventuelles démarches en ce sens (notamment soutien psychologique). Si un infirmier ou une infirmière, ou un médecin dit, lors de cette première ou deuxième rencontre avec les couples qu'ils ne doivent pas négliger comment ils se sentent, que le parcours peut être long, que la fatigue peut être importante, mais qu'il existe des tas de manière de prendre soin d'eux, on le sait, c'est un facteur favorable à la poursuite du processus. Beaucoup de patients signalent qu'ils ou elles n'ont pas été informées du fait qu'il y avait un possible accompagnement psychologique. Se préoccuper de leur confort, ce n'est pas leur faire croire, une fois de plus, qu'il faut aller voir le psychologue parce que leur problème de fertilité serait une question psychologique.

L'accompagnement psychologique a tout son intérêt dans l'accompagnement des patients. Aux cliniques Saint-Luc, c'est un travail interdisciplinaire. Les patients rencontrent les gynécologues pour le bilan de fertilité et y rencontrent aussi de façon systématique pour un entretien préliminaire un ou une psychologue, mais ça peut aussi être un pédopsychiatre, c'est indifférencié. L'orientation se fait en fonction des disponibilités d'agenda. Il n'y a pas des situations qui dépendraient du psychiatre et d'autres de la psychologue. C'est aussi évident, et ça me semble fondamental de le rappeler, parce que certains s'opposent parfois à cet entretien et le voient un peu comme une ultime trace du paternalisme, comme si c'était une façon de mettre à l'épreuve la demande des patients, et d'éventuellement de la juger légitime ou non légitime. Ce n'est pas du tout de cela qu'il s'agit. C'est vraiment dans l'idée d'établir « un partenariat responsable pour les aider à préciser les conditions et contours de leur accès à la PMA ».

Il existe des situations plus vulnérables, des situations qui posent davantage de questions, que ce soit pour le confort de l'équipe, mais aussi parfois pour celui des patients eux-mêmes. Par exemple, quand on a recours à un don de gamètes, il est très fréquent que les patients arrivent à la consultation psychologique avec énormément de questions. Qu'est-ce qu'on va faire si on ne reconnaît pas notre enfant dans ces traits ? Comment est-ce qu'on va répondre à ses questions ? Toute une série de choses que l'on n'a pas toujours eu l'occasion de déposer auprès du gynécologue parce qu'on n'a pas l'impression que c'est là qu'on peut les déposer, peut-être à tort. Nous avons souvent ce luxe de pouvoir consacrer une plage complète d'une heure, parfois une heure et demie, à ces demandes. Et donc de refaire le parcours avec eux, parfois d'identifier des points de grandes souffrances dans ce parcours, mais aussi des ressources extrêmement intéressantes. Et donc de pouvoir avec eux, construire un accompagnement, ou identifier avec eux sur qui ou sur quoi ils vont pouvoir s'appuyer dans ce parcours qui ne s'annonce potentiellement pas facile. Cela permet d'aborder et d'anticiper les difficultés.

Comme on connaît bien ces parcours, on peut aussi leur transmettre notre expérience, évoquer avec eux ce qui se passe parfois ou souvent pour les patients qu'on accompagne : les moments clés, les moments difficiles, l'attente de l'appel du résultat du test de grossesse, les modifications de l'humeur à cause des hormones, etc. C'est vraiment l'occasion d'un échange extrêmement riche, pas du tout jugeant et pas du tout paternaliste.

Cela permet aussi d'anticiper leurs besoins et d'accueillir leurs questionnements, leurs doutes, les choix qu'ils vont faire. C'est aussi l'occasion d'établir un contact. On dédramatise l'intervention psychologique. Ils se rendent compte que pour beaucoup, ils n'ont jamais vu de psychologue. Le recours à un psychologue, c'est encore quelque chose de relativement rare dans notre société. Et donc, c'est parfois l'occasion aussi pour eux-mêmes, de sortir de leurs représentations et de se rendre compte que cela peut être un réel levier et soutien dans leur parcours. Cela a d'autant plus de sens s'ils se rendent compte que le psychologue est intégré dans l'équipe et qu'il s'agit bien d'un travail interdisciplinaire.

Au-delà de ce premier entretien qui a lieu dans l'hôpital, il y a toute la question du soutien psychologique qui a lieu pendant la PMA et l'intervention de professionnels d'autres lieux de consultation, par exemple comme les centres de planning familial, les centres de santé mentale et les cabinets privés. Cela peut être des psychologues, des sexologues ou encore de travailleurs sociaux pour avoir un accompagnement et une information suffisamment grande à tous les accès possibles à la PMA et au soutien y attendant. L'important est d'orienter l'accompagnement sur leur confort et leur bien-être. C'est aussi l'occasion d'accompagner les patients sur un chemin de potentiel deuil ; que ce soit simplement, dans un premier temps, le deuil d'une grossesse dite naturelle, parfois de la parentalité biologique, un deuil éventuel de la grossesse et aussi, parfois, le deuil définitif d'un projet d'enfant.

En conclusion, la PMA c'est un vécu intense et souvent difficile qui impacte toutes les dimensions de la vie. C'est l'occasion parfois de vivre des crises existentielles et d'amener à une très grande détresse émotionnelle. Ça nécessite de prendre en compte, pour les démarches de couple, le couple ensemble et individuellement, d'où l'importance aussi de pouvoir parfois accueillir dans des espaces différenciés.

Et puis, en tant que professionnel, c'est le lieu idéal de l'expérience de l'interdisciplinarité au service de ce que vivent les gens. Je pense que c'est sans doute ce que nous avons tous de commun, c'est qu'on veut offrir une approche la plus globale possible, avec une information complète, une aide à la gestion de ce que peuvent représenter les stress, les détresses psychologiques et réactionnelles à des situations de vie qui ne sont pas choisies, tout en visant évidemment à assurer la meilleure qualité de vie possible, pendant le processus et après, qu'il y ait une grossesse ou qu'il n'y en ait pas.

# Procréation médicalement assistée (PMA) et Gestation pour autrui (GPA) : Aspects juridiques

---

**Geoffrey WILLEMS**

Juriste et professeur de droit de la personne et de la famille au Centre de droit de la personne, de la famille et de son patrimoine (Cefap) de l'UCLouvain

Je voudrais commencer par retracer très succinctement le parcours chronologique, relativement simple, de la réglementation juridique de la PMA en Belgique. La PMA, dans ses formes les plus simples, existe depuis très longtemps. Je pense que l'insémination était déjà relativement courante dans les années 60 à 80. La fécondation in vitro (FIV) est arrivée plus tard dans les années 80. Bref, la pratique existe depuis longtemps.

Au début des années 90, on est à un moment bioéthique en Belgique. La loi sur l'avortement a été adoptée et on crée le comité consultatif de bioéthique, une instance pluridisciplinaire d'avis chargée de conseiller le politique sur les questions liées à la vie humaine. Le comité consultatif de bioéthique, fraîchement installé, va se concentrer sur les aspects liés au début de la vie et à la fin de la vie. Les premiers avis du comité vont concerner l'euthanasie, les soins palliatifs, le don de sperme, la congélation des ovocytes. Et cette réflexion menée au sein du comité consultatif de bioéthique va aboutir, au début des années 2000, à l'adoption de législations dans ces différents domaines. En 2002, un grand triptyque de législations médicales voit le jour avec la loi sur les droits du patient, la loi sur les soins palliatifs et la loi sur l'euthanasie. Et puis en 2007, arrive la fameuse loi sur la procréation médicalement assistée. Dans l'intervalle, l'arrêté royal de 1999 avait fixé les conditions pour exercer en tant que centre de PMA. C'est donc une activité qui est surveillée, réglementée et il y a, je pense, à ce jour, encore 18 centres de PMA agréés en Belgique sur base de cet arrêté royal.

Le moment crucial pour nous, c'est évidemment la loi de 2007. C'est, en terme juridique, « le siège de la matière », la principale source juridique qu'on peut appliquer à ces questions. Il faut néanmoins exposer, pour être complet, qu'un ajout significatif a été fait en 2014 avec la loi sur les coparentes qui permet à un couple de femmes recourant à une PMA de voir sa filiation établie très facilement. C'est un complément très important, en ce qui les concerne, à la loi PMA. On peut aussi pointer qu'à côté de ces textes législatifs qui ont effectivement été adoptés, il y a aussi ceux dont on attend depuis fort longtemps qu'ils le soient. C'est vrai que la gestation pour autrui, c'est un angle mort du droit belge de la PMA, puisque la loi de juillet 2007 ne la concerne pas ; on a gardé la question de côté, parce qu'elle était trop compliquée et qu'elle soulevait des enjeux trop difficiles. Donc pour le moment, il n'y a pas d'interdiction, pas de réglementation non plus. En 2012, il y a eu un frémissement : des colloques et des propositions de loi. On

croyait que le moment était arrivé, mais ça n'a pas eu lieu. Depuis 10 ans, rien n'a vraiment changé en la matière.

Je vais me concentrer en premier lieu sur les PMA qui sont organisées par la loi : l'insémination artificielle (IA) et la fécondation in vitro (FIV). Et puis je basculerai vers celle qui n'est pas règlementée, à savoir, la gestion pour autrui (GPA). Je terminerai avec les questions juridiques posées par les nouvelles demandes qui sont faites aux centres de PMA. Quand il y a des nouvelles demandes dans les centres, les juristes doivent se débrouiller pour essayer de trouver des solutions qui correspondent à ces demandes.

### ***L'insémination artificielle (IA) et la fécondation in vitro (FIV)***

Puisque la PMA était déjà pratiquée bien avant l'adoption de la loi, celle-ci est venue encadrer les pratiques déjà existantes et en particulier, il a été décidé de ne pas créer de filtre de type sociologique à l'entrée du processus de PMA. Autrement dit, contrairement à d'autres pays, on n'a pas décidé de dire qu'il faudrait être nécessairement deux ou qu'il faudrait être nécessairement hétérosexuel ; les femmes seules et les couples de femmes en particulier, ont eu accès, en vertu de la loi, à la PMA. Mais, cet accès existait déjà en pratique auparavant.

Il n'y a donc pas de condition particulière à l'entrée en PMA, mais au regard de cette liberté que nous avons toutes et tous de demander une PMA, il y a la liberté des centres de faire valoir une clause de conscience et de refuser certaines options au profit de tels profils spécifiques. Cette possibilité pour les centres, de faire valoir leur propre liberté éthique, va de pair avec des obligations complémentaires telle que la transparence, les centres doivent dire ce qu'ils font et ce qu'ils ne font pas. Pour que des gens qui ont déjà peut-être un épuisement d'avoir essayé naturellement pendant de nombreux mois, ne perdent pas un temps supplémentaire à se tromper d'interlocuteur et à aller là où l'on ne pourra pas les aider. Et l'autre obligation complémentaire, c'est que, si l'on refuse, il faut pouvoir réorienter la personne vers un centre peut-être plus à même de répondre positivement.

Il y a, à vrai dire, une et une seule limite à l'entrée, et elle ne concerne que les femmes. C'est la limite d'âge. La loi PMA prévoit qu'une demande d'insémination ou une demande d'implantation d'un embryon doit avoir lieu avant le 46ème anniversaire. Et le procédé lui-même, l'insémination ou l'implantation doit avoir lieu avant les 48 ans. Ce sont les délais légaux prévus par le droit médical. Mais le remboursement par la sécurité sociale répond à d'autres règles, à savoir 43 ans et 6 cycles maximum. Cela veut dire qu'une femme, jusqu'à 43 ans, va pouvoir, en vertu de la loi, entamer une procédure et obtenir le remboursement de sorte que, ça ne coûte pas très cher. Par contre, au-delà de 43 ans, quand le centre accepte, ce sera aux frais de la personne. En termes sociopolitiques, on voit que la position de l'État peut être affinée à propos d'une pratique.

On peut dire que jusqu'à un certain âge, non seulement on l'autorise, mais en plus on le « sponsorise » en y mettant des fonds publics. Au-delà, vous pouvez toujours le faire, mais à vos frais.

Au cœur du dispositif, si cette barrière de l'âge est franchie, et s'il y a une rencontre entre une demande et une équipe de soins prête à accompagner le projet, on fait une convention de procréation assistée. La loi prévoit expressément que le centre de PMA prévoit et procure un suivi psychologique approprié pour les personnes. Voilà le cadre général.

Au-delà de ces éléments vraiment basiques, la loi PMA détermine un certain nombre de techniques qui sont acceptées, qui sont possibles, indépendamment du profil des personnes. C'est ce qui distingue la Belgique d'un certain nombre d'autres pays. C'est là que se manifestent nos options éthiques relativement libérales et ouvertes. Et il y a des nouveautés pour chacun de ces aspects.

La première chose, c'est que la Belgique fait partie des États où l'on accepte le don de sperme, le don d'ovocytes et le don d'embryon. Il y a des États, proches de chez nous en Europe, qui refusent le don d'ovocyte, le don de sperme, le don d'embryons. Un des principes fondamentaux en matière bioéthique, c'est la gratuité. Un don de gamètes ou d'embryons est nécessairement gratuit et il est, à priori, également anonyme. Ce principe compte une exception de taille, c'est qu'on peut venir avec son donneur connu. Cela se passe souvent en matière de dons de sperme, on vient avec un donneur qui accepte de donner son sperme. La loi prévoit dans ce cas-là que, même si le donneur de sperme est un ami du couple, lesbien par exemple, l'identité de cet homme sera évidemment connue mais sa filiation ne pourra pas être établie, ou en tout cas, et c'est important, elle ne pourra pas être établie de manière forcée. Cela veut dire que si vous êtes un donneur de sperme connu (pour un couple de femmes, ou pour un couple hétéro, ou pour une femme seule), votre identité est dévoilée évidemment mais vous êtes à l'abri de toute inquiétude en matière de filiation ; et à l'inverse, vous n'avez aucun droit à faire valoir à cet égard. Donc, rien de forcé ne peut avoir lieu en termes de filiation.

Évidemment le don de sperme ne peut pas être mobilisé à des fins d'eugénisme. C'est l'évidence même. Si vous faites appel au don anonyme, vous ne pouvez pas demander de choisir, dans un échantillon dans une banque de sperme, telle ou telle caractéristique. Il y a un appariement, sous la houlette des médecins, mais il n'y a pas de choix de tel ou tel caractéristique.

Une autre indication, c'est que le sperme d'un même de donneur ne peut pas donner lieu à des naissances illimitées : on ne peut inséminer que 6 femmes différentes avec le sperme d'un même donneur. Le législateur est venu mettre une première nuance en disant que, si le sperme d'un donneur est utilisé au sein d'un couple de femmes, pour inséminer l'une, et bien, on peut inséminer l'autre avec son sperme aussi, sans que cela compte, comme une femme en plus. L'idée est que, si la première partenaire est la sixième femme qui reçoit le don, sa partenaire (si elles veulent toutes les deux avoir un

enfant issu du même donneur) ne soit pas bloquée par la règle des 6 femmes inséminées maximum.

### *L'anonymat et les évolutions récentes*

L'anonymat, mais aussi la question de l'insémination multiple, sont des sujets qui ont un peu défrayé la chronique ces derniers temps. En ce qui concerne l'anonymat, c'est vraiment pour les juristes, une source de réflexion depuis le tout début. Il y a beaucoup de pays qui ont opté pour un autre système que celui de l'anonymat. Certains avaient opté pour l'anonymat et l'ont levé. C'est le cas du Royaume-Uni et plus récemment de la France. Il y a une grosse pression sur l'idée de l'anonymat du don. En psychologie, il y a quand même des travaux sérieux qui montrent qu'il y a là une sorte de béance, un point d'interrogation, qui est difficile à gérer pour l'enfant. En termes juridiques, cela s'appelle la question de l'accès aux origines. Savoir de qui on vient biologiquement, c'est un aspect de notre identité et on accepte de plus en plus mal que cela soit confisqué par des professionnels de santé qui disposent d'informations cruciales à notre sujet, auxquelles nous n'avons pas accès.

Il y a au moins trois et peut-être quatre évolutions récentes.

La première, c'est que les banques de données génétiques se multiplient ; notamment, celles mises en place par des opérateurs privés. On voit souvent dans les médias, des témoignages de personnes qui ont contacté des banques américaines sur internet pour obtenir des comparaisons de profil. Ces bases de données grossissent et deviennent de plus en plus riches et, les chances qu'on a d'avoir un match, même lointain, avec quelqu'un qui pourrait être génétiquement apparenté, augmentent. Certaines personnes retrouvent leur donneur de sperme anonyme. Il y a notamment eu un cas français très médiatisé. Et donc, les gens qui travaillent sur ces questions disent que l'anonymat pourrait, à terme, n'être plus que purement théorique. Puisque, à mesure que les mailles des banques de données génétiques se resserrent, l'anonymat sera vraiment impossible à maintenir, et en tout cas, à garantir. À partir de là, la question est de savoir si ce ne serait pas aux pouvoirs publics de gérer cet aspect ? En région et en communauté flamande, un décret du 26 avril 2019 a créé le centre de filiation « Afstammingscentrum ». C'est un centre qui fonctionne sur base purement volontaire, où les personnes qui sont issues d'un don, ou pensent qu'elles pourraient être issues d'un don, peuvent aller déposer leur matériel génétique parce qu'elles souhaitent obtenir des informations. Et dans le sens inverse, des donneurs, des gens qui ont donné dans les années 80' ou 90', peuvent signaler qu'ils ne veulent plus nécessairement rester anonymes si quelqu'un les cherche. Ils vont donc donner leurs informations génétiques et s'il y a un match au premier degré, le centre contacte les personnes concernées. C'est quand même un premier pas en avant significatif. Il n'y a pas d'initiative équivalente pour le moment au sud du pays.

Une autre manifestation juridique récente s'est produite en juin 2023. Le tribunal de première instance de Flandre-Orientale a condamné une personne à se prêter à un test génétique. C'est précisément une personne qui, via une banque de données privée, avait été retrouvée par un enfant issu de dons. Le détective en herbe a cité devant le tribunal celui qu'il pensait être son donneur et le tribunal a condamné la personne à se prêter à un test génétique. Donc vous voyez qu'en Belgique, la question de l'anonymat bouge beaucoup.

Il y a aussi eu un nouvel avis du comité consultatif de bioéthique en décembre 2022. Le comité est pluraliste, il donne des avis, il essaie de refléter la complexité des questions et la diversité des points de vue. Donc, le comité consultatif de bioéthique voudrait un système à plusieurs bandes, où les demandeurs de PMA et les donneurs de gamètes pourraient décider s'ils entrent dans un système qui reste anonyme ou dans un système où l'anonymat n'existe pas, disons transparent. Pour notre équipe de juristes de Louvain, ce système à deux voies ne nous paraît pas absolument convaincant puisque le problème est un problème d'enfant, de droit de connaître ses origines. Cela ne nous paraît pas satisfaisant qu'un enfant puisse accéder (ou pas) à ses origines selon des choix qui auront été posés par les donneurs et ses parents d'intention. Ça se discute, mais c'est notre option. A notre avis, le droit de connaître les origines devrait prévaloir.

Voilà pour ce qui concerne la question de l'anonymat. Une toute dernière actualité concerne un arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (la « CEDH », qui protège nos droits individuels) récemment rendu dans l'affaire Gauvin-Fournis contre la France. Il s'agissait d'enfants français issus de dons qui se plaignaient de ne pas avoir pu connaître leur donneur. La Cour a rendu sa décision après que la France ait modifié sa législation pour permettre l'accès aux origines. La CEDH a tout de même examiné la question et a estimé qu'il ne lui était pas possible à ce stade d'affirmer que les enfants issus de don auraient un droit fondamental de connaître l'identité de leur donneur. En conséquence, au regard de la jurisprudence européenne, la Belgique peut, mais n'est pas obligée, de lever son système d'anonymat du don.

Pour en revenir aux techniques, nous faisons en Belgique, et cela ne se fait pas nécessairement ailleurs, la PMA post-mortem. Elle est considérée avec vraiment défaveur dans beaucoup d'ordres juridiques. En Belgique, on a fait le choix dès 2007 de prévoir la PMA après le décès. L'hypothèse la plus fréquente est celle où un couple hétérosexuel se lance dans une PMA, a des embryons ou du sperme cryoconservés. L'homme décède avant qu'on ait pu faire la première PMA ou une nouvelle procréation assistée. Sa partenaire, qui lui survit, souhaite devenir parente après le décès de son compagnon ou de son mari. La loi prévoyait initialement qu'on pouvait le faire entre six mois et deux ans après le décès. L'idée était de donner un temps pour passer la première phase du deuil mais cela devenait aussi étrange si l'enfant était conçu 3, 4 ou 5 ans après le décès de son père. Malgré tout, et c'est récent, le législateur en Belgique a décidé de porter ce délai à 5 ans. C'est le ministre de la Santé qui a porté ce dossier, interpellé par

une personne active sur Instagram, Laura Verhulst, qui était dans ce cas. Elle avait des gamètes congelés et son compagnon était mort d'un cancer. Et effectivement, si cela ne marche pas tout de suite, on vient vite buter contre le délai de 2 ans. Elle disait aussi que même si on peut trouver étonnant et singulier de donner naissance à un enfant dont le père est décédé 4 ans plus tôt, il est tout aussi singulier d'être une femme qui a conservé le sperme de son compagnon avec lequel elle avait un projet parental, et de devoir faire appel à un donneur anonyme étranger. Ce sont ces arguments qui ont poussé au changement de délai dans la loi.

Toujours à propos du don de sperme, il y a cette limitation de maximum 6 femmes inséminées avec le même donneur. Mais il y a eu cette affaire d'un donneur hollandais qui a multiplié les dons de sperme dans des institutions hospitalières aux Pays-Bas, mais également dans plein d'autres pays étrangers, et également directement à des femmes sans passer par des centres médicaux. De manière telle qu'il a probablement donné naissance à des centaines d'enfants. Et l'on s'est rendu compte qu'une dizaine d'enfants pouvaient probablement être des enfants belges. Le ministre de la Santé a reconnu que si on a prévu une limite de six femmes inséminées avec le sperme d'un même donneur, il n'y a pas vraiment de mécanisme de contrôle. Donc récemment, outre l'étendue du délai pour une PMA post-mortem, on a aussi inclus dans la loi, un dispositif de partage des informations entre les centres. La loi prévoit un mécanisme qui permet de communiquer entre les centres, pour identifier les donneurs afin qu'ils ne dépassent pas la limite. La loi prévoit aussi que quand un centre de PMA belge reçoit du sperme de l'étranger, il doit demander au fournisseur des garanties quant aux nombres d'utilisations qui ont déjà été faites.

### *Les « bébés médicaments »*

Parlons aussi du diagnostic préimplantatoire et du recours à ce que l'on appelle les « bébés médicaments ». Quand l'embryon est constitué en dehors du corps humain, est-ce que l'on peut mener des examens génétiques pour identifier des faiblesses ou des anomalies génétiques et ainsi, décider de ne pas implanter les embryons qui les présentent ? Je pense qu'on y recourt largement quand des parents sont porteurs sains de la mucoviscidose par exemple. Cela peut sembler médical et technique, mais il y a des enjeux éthiques aussi : est-ce qu'on généralise ça ? À quel moment la pathologie est suffisante pour justifier qu'on le fasse ? etc. Donc c'est plus délicat qu'il n'y paraît.

C'est aussi la première étape pour le « bébé médicament », c'est-à-dire que le scan génétique permet d'identifier un enfant compatible, qui pourra donner par exemple, de la moelle au profit de son frère ou de sa sœur déjà née. Pendant des années, il n'y a pas eu la moindre décision de tribunaux, ni la moindre actualité médiatique à ce propos mais récemment, un couple espagnol dont un premier enfant souffrait d'une grave maladie nécessitant un don de moelle, est venu en Belgique pour bénéficier de cette

technique du « bébé médicament ». Mais il y a eu une confusion dans l'implantation, on a implanté deux embryons sur trois au lieu d'un et on a implanté les deux embryons qui n'étaient pas compatibles avec l'enfant déjà né. Un tribunal belge a condamné l'hôpital et a mis en évidence la responsabilité médicale. Au fond, voilà des gens qui espéraient sauver leur enfant et qui n'avaient pas spécifiquement, ou en tout cas exclusivement, l'objectif d'élargir leur famille. Les voici cependant avec une famille doublement élargie par l'arrivée de jumeaux qui arrivent, et pas de solution médicale pour leur enfant déjà né. C'est évidemment une catastrophe humaine invraisemblable.

## ***La filiation***

La loi PMA règle la façon dont les enfants sont procréés artificiellement mais ne règle pas un point pourtant essentiel, la filiation de ces enfants. On a estimé que c'était trop compliqué de faire tout un tas de nouvelles règles de filiation pour ces enfants et que ça devrait marcher avec les règles ordinaires, pensées au début du 19e siècle, pour les enfants conçus naturellement. Cette confiance dans les règles de base, elles marchent jusqu'à un certain point. Elles marchent notamment très bien pour les couples hétérosexuels mariés.

Voici ici une femme qui ne peut pas donner ses ovocytes et un homme qui n'a pas de sperme de qualité. On fait donc appel à un double don. La femme reçoit un don d'ovocyte et l'homme un don de sperme. Un enfant est mis au monde après fécondation in vitro et insémination. La femme qui n'a pas d'ovocyte, accouche. En droit belge, comme dans beaucoup d'autres droits, c'est ce qui fait la maternité, donc elle est mère. Et du côté du mari, c'est le mariage qui fait la paternité : si une femme est mariée, son mari est automatiquement considéré comme le père de son enfant, il est 'présumé père juridique'.

Normalement, dans ce cas, on peut contester sa paternité devant un tribunal. Sauf qu'ici - et c'est historiquement la première règle en droit de la filiation en matière de PMA, dans une réforme de la filiation de 1987 qui ne portait pas du tout sur la médecine procréative - on a prévu que si un mari accepte que sa femme se prête à une insémination artificielle et qu'elle donne naissance à un enfant, il est présumé père et il perd la possibilité de contester sa paternité, son épouse et ses enfants également. Cette paternité est bétonnée parce que ce qui compte, c'est qu'on voulait initialement devenir parent par le biais du don de sperme.

Là où le modèle des règles de base a montré ses limites, c'est pour les couples non mariés qui font appel à un don de sperme.

On a donc la même situation, sauf que cette fois, le couple n'est pas marié. Pour la femme qui reçoit des ovocytes, elle accouche, donc elle est la mère. Mais du côté du père, c'est moins simple. L'enfant est conçu via un don de sperme, donc il n'y a pas de lien

biologique. Dans un premier temps, il n'y a pas de filiation paternelle. Il faut reconnaître l'enfant. C'est parfait si tout va bien. Imaginons par contre, qu'ils se soient disputés pendant la grossesse, ou juste après la naissance, et que l'homme ne veut plus reconnaître ou que la femme ne veut plus qu'il reconnaisse. On a un problème. Si l'on va chez un juge régler cette situation, il va vous dire qu'il n'y a pas de règle spéciale pour la PMA, qu'il applique les règles de la filiation de base, rédigées par Napoléon vers 1804 ! Il doit vérifier un lien biologique. Il n'y en a pas donc, il n'y a pas de paternité reconnue de fait ; la femme ne peut pas le forcer, mais lui ne peut pas non plus s'imposer comme père.

On a beaucoup écrit à ce sujet jusqu'en 2019, où une affaire est remontée jusqu'à la Cour constitutionnelle, une des plus hautes juridictions belges, qui a indiqué comment les juges devaient interpréter la loi dans un cas comme celui-là. Face à un cas de PMA avec donneur, le juge ne devra pas rechercher le lien biologique mais s'inquiéter de savoir si l'homme en question avait fait un accord de PMA avec la femme. Au fond, on remplace la biologie par la volonté de devenir parent par PMA comme fondement de la filiation devant le juge. Mais il a fallu attendre plus de 10 ans, et que des couples se retrouvent dans des situations abracadabrantes, avant que la Cour constitutionnelle n'apporte une solution « bricolée », qui dit aux juges : le texte dit ça, mais vous allez faire autrement pour respecter les droits fondamentaux des personnes. On va tout doucement aller vers 20 ans de PMA organisée par la loi en Belgique sans disposition à propos de la filiation des enfants.

Les couples de femmes sont un cas intéressant. Elles sont expressément autorisées depuis 2007 à accéder à la PMA. Mais pour elles, le droit commun de la filiation n'offre pas beaucoup de solutions puisqu'il n'a pas du tout été pensé pour des couples de femmes. Mais depuis 2006, il y a malgré tout l'adoption homosexuelle. Et elles ont dû utiliser cette voie-là, mais cela n'allait pas non plus sans heurt. Avec notamment des gros problèmes en cas de séparation. On ne pouvait pas faire l'adoption par la deuxième femme parce que, soit on habitait plus ensemble, soit celle qui avait porté l'enfant et qui était donc la mère légale, ne voulait plus consentir à l'adoption par sa partenaire.

La loi de 2014 change la donne pour ces couples. Elle reproduit les dispositions relatives à la filiation des couples hétérosexuels en les transposant aux couples de femmes et en remplaçant la biologie par le consentement au projet parental. En d'autres termes, quand un couple de femmes fait appel à une PMA, la deuxième n'a, la plupart du temps, pas de lien avec l'enfant, mais si elle a consenti au projet de PMA, sa filiation pourra être établie sans problème, y compris dans les cas de disputes. Le tribunal pourra établir la filiation comaternelle sur base du contrat de PMA. C'est un cas intéressant parce que là, ce sont les couples homosexuels qui sont mieux lotis. En effet, les couples hétérosexuels n'ont toujours pas de législation adéquate, adaptée, moderne, correspondant à leur situation.

## *La gestation pour autrui*

Les couples d'hommes sont eux un peu en dehors de ce système puisqu'ils doivent recourir à la gestation pour autrui (GPA). Concernant cette dernière, deux techniques sont envisageables. On peut avoir une insémination de la mère porteuse qui est alors mère biologique elle-même (« basse technologie »). Ou bien, une fécondation in vitro (FIV) avec des ovocytes donnés, et alors la mère porteuse n'a pas de lien biologique et c'est une différence cruciale (« haute technologie »).

La pratique existe en Belgique depuis les années 90' mais c'est un phénomène limité et il y a un suivi de ces processus. Il y a quelques critères éthiques généraux qui ressortent des pratiques des centres. On favorise la gestation pour autrui de hautes technologies avec la FIV pour que la mère porteuse soit moins engagée biologiquement. Elle porte, mais elle ne donne pas son patrimoine génétique. C'est alors peut-être plus facile de se détacher. On refuse la commercialisation. On privilégie des mères porteuses qui viennent de l'entourage, des membres de la famille, des amis proches, etc. Sur le plan juridique, il n'y a pas d'interdiction, pas de réglementation. C'est pour cela qu'on le fait. Quand quelque chose n'est pas interdit, il est autorisé.

Mais, comme la gestation pour autrui engage le corps humain et la filiation des enfants, ce sont des choses sur lesquelles on ne peut pas faire de contrats ou ceux-ci sont nuls. Un contrat nul peut être un problème, mais pas vraiment ici parce que, la seule conséquence, c'est qu'un juge ne peut pas forcer son exécution. Mais en fait, compte tenu du suivi des centres, il n'y a pas de difficultés quand le processus va jusqu'au bout. Il y a beaucoup de gens qui se découragent mais pour ceux qui poursuivent, cela se passe assez sereinement. Et sur le plan juridique, il n'y a pas une seule affaire depuis la fin des années 90, de litiges entre des parents d'intention et la mère porteuse qui ne veut pas donner l'enfant. Donc ce fantasme de dispute pour l'enfant, concrètement, il n'y en a pas un seul dans la jurisprudence belge publiée. On est face à une pratique qui existe depuis longtemps et qui ne pose pas de difficultés insurmontables. Ces processus ont lieu et les juges acceptent d'acter la filiation après la naissance de l'enfant. Pourquoi est-ce qu'on ne va pas un cran plus loin, en le réglementant ? Ce serait rassurant tant pour les professionnels que pour les personnes.

Dans l'attente d'une législation, que fait-on ?

Commençons avec l'hypothèse la plus simple, celle de la mère porteuse qui n'est pas mariée.

Nous avons donc une mère porteuse et un couple non marié qui fait appel à elle. On utilise les ovocytes de la femme et le sperme de l'homme, que l'on implante dans l'utérus de la mère porteuse qui accouche. La mère porteuse est la mère. Première étape, l'homme va pouvoir reconnaître l'enfant et la mère porteuse consent. Étape un peu bizarre où la mère porteuse devient parente avec le père d'intention. Après deux mois,

la mère porteuse peut consentir à l'adoption de l'enfant par la mère d'intention. Et là, la filiation de l'enfant est établie à l'égard de ceux qui voulaient être ses parents à la base. Cela se fait, ce n'est plus une difficulté insurmontable, mais c'est quand même un peu particulier et anxiogène pour les gens.

Il y a un tout dernier avis, mesuré, du comité consultatif de bioéthique à propos de la GPA. Il propose d'aller chez le juge faire une pré-adoption de l'enfant avant le processus de GPA. Cela permet de consentir à l'adoption beaucoup plus vite, directement après la naissance de l'enfant, au lieu de devoir attendre deux mois. Il y a une dispute fondamentale sur cette question depuis toujours. Certains disent que, si on a fait un contrat avant devant le juge, que tous les indicateurs sont verts, et bien, quand l'enfant naît, il faudrait qu'il soit directement l'enfant de ses parents intentionnels. C'est la position que ma collègue Jehanne Sosson et moi tenons à l'UCLouvain depuis longtemps. D'autres disent qu'il y a quelque chose d'irréductible dans la maternité qu'on ne peut pas aliéner à l'avance, et que la mère porteuse doit garder une possibilité, même ténue, de s'opposer au transfert de filiation. C'est vraiment la ligne de clivage politique et intellectuelle sur cette question.

### ***Les nouvelles demandes***

Le projet parental hors couple, qui témoigne du détachement du couple conjugal par rapport au projet parental.

Ici, le droit va offrir des solutions raisonnables pour des gens qui ne sont pas un couple, mais qui veulent faire une PMA et devenir parents ensemble. Par exemple, une femme voulait faire un enfant avec son ex. Lui s'était remis en couple, elle pas. Elle voulait faire un enfant en se disant qu'il n'était pas mal comme père même si elle ne l'avait plus comme compagnon, s'il accepte bien sûr. Dans ce cas-là, on peut faire une procréation médicalement assistée. Une petite discussion est possible, la loi dit que la convention est signée par la personne qui demande ou le couple demandeur. Les esprits les plus ouverts disent, c'est un couple parental, même si ce n'est pas un couple conjugal. Si la PMA est acceptée, la femme sera mère à l'accouchement et l'homme pourra reconnaître l'enfant.

Le don « intra-relationnel » est plus compliqué. Il s'agit de personnes qui sont en couple mais qui ont des projets de vie et parentaux séparés. Par exemple, la femme a un projet parental seule et son partenaire veut être le donneur de sperme. La situation finale qui résulte de cet arrangement, c'est que le donneur de sperme, compagnon de la mère, probablement éducateur quotidien de l'enfant à naître, est identifié comme donneur et se retrouve dans une situation juridique qui empêche l'établissement de la filiation. Techniquement en droit, ça peut fonctionner mais la Cour constitutionnelle verrait ça

d'un très mauvais œil. Ce projet, soumis à Liège, a été découragé par l'équipe et abandonné par les protagonistes.

Je termine simplement en vous disant que l'autre élément difficile, c'est la multi-parenté ou multi-parentalité. Elle va sans doute se présenter de plus en plus souvent. Ma collègue, Cathy Herbrand, sociologue de la famille, présente souvent ses travaux sur les familles anglaises et belges qui vivent dans des contextes multi-parentaux : deux couples, un couple et un ami, un « trouple » ('couple' de 3 personnes) et qui font fait un enfant ensemble. Le droit belge n'a que des solutions minimalistes et pas très satisfaisantes pour ces configurations. Notons juste que dans d'autres pays, ils ont embrassé cette évolution. Je pense en particulier à deux provinces canadiennes où c'est le plus structuré et le plus clair. En Colombie-Britannique et en Ontario, on peut se lancer dans un projet parental multipolaire, jusqu'à 4 protagonistes, avec une filiation qui est aussi multi-parentale.

# Contraception : quoi de neuf ?

**Dr Catherine RIERA**

Cheffe de service en gynécologie-obstétrique au CHU Charleroi.

Quoi de neuf en contraception ? La réponse pourrait être très vaste mais j'ai choisi de me focaliser sur les nouveautés en contraception hormonale (œstroprogestative et progestative seule) et en dispositif intra-utérin, la spécificité de la contraception chez l'adolescente et la contraception d'urgence.

En guise d'introduction, il faut aborder la consultation de contraception qui est très importante et nécessite d'y consacrer beaucoup de temps. En fait, c'est un processus décisionnel de partage entre le soignant et la soignée. Il y a des étapes qu'il faut absolument respecter, à savoir le recueil de l'anamnèse complète et fouillée : les antécédents de la patiente (personnelle ou familiaux), ses assuétudes comme le tabagisme, mais également des données concernant sa sexualité, ses études en cours, sa profession, évidemment la planification d'un projet de grossesse, ses préférences aussi en termes de contraception avec ou sans aménorrhée. En somme, la patiente est au centre de ce processus décisionnel et pas le médecin. Elle est experte dans ses préférences, tandis que le soignant, est expert dans les connaissances médicales. C'est cet échange qui va permettre de faciliter le choix de la patiente et non pas, de lui imposer un choix.

Nous avons des outils à disposition, supports électroniques ou papier, qui doivent être essentiellement visuels. C'est très important de se munir d'outils visuels pour la patiente. Il y a parfois des patientes qui ont une barrière linguistique et donc parfois avec des images c'est plus simple. Le tableau ci-dessous reprend les contraceptions disponibles, des plus efficaces aux moins efficaces, ainsi que les stratégies qu'on peut mettre en place pour améliorer la compliance et l'efficacité de chaque technique contraceptive.

	How to make your method most effective				
<p><b>More effective</b> Less than 1 pregnancy per 100 women in one year <b>Tier 1</b></p>	 <b>Implant</b>	 <b>Vasectomy</b>	 <b>Tubal occlusion</b>	 <b>IUD</b>	<p>After procedure, little or nothing to do or remember. <b>Vasectomy:</b> Use another method for first 3 months.</p>
<p>4 to 7 pregnancies per 100 women in one year <b>Tier 2</b></p>	 <b>Injectables</b>	 <b>Pill</b>	 <b>Patch</b>	 <b>Ring</b>	<p><b>Injectable:</b> Get repeat injections on time. <b>Pill:</b> Take a pill each day. <b>Patch, ring:</b> Keep in place, change on time.</p>
<p><b>Less effective</b> More than 13 pregnancies per 100 women in one year <b>Tier 3</b></p>	 <b>External condom</b>	 <b>Fertility awareness-based methods</b>	 <b>Diaphragm</b>	 <b>Sponge</b>	<p><b>Condoms, sponge, withdrawal, spermicides, diaphragm:</b> Use correctly every time you have sex. <b>Fertility awareness-based methods:</b> Abstain or use condoms on fertile days. Newer methods (Standard Days, Natural Cycles, and Symptothermal) may be easier to use and consequently more effective.</p>
	 <b>Withdrawal</b>	 <b>Internal condom</b>	 <b>Spermicides</b>		

## La contraception hormonale

Le tableau ci-dessous indique les contre-indications absolues à la contraception hormonale.

- ▶ Tabac > 1 (/J et age > 35 ans
- ▶ <= 2 facteur de risques maladies cardiovasculaires |
- ▶ HTA (>140/90mmhg)
- ▶ Maladie coronarienne ou cerebro vasculaire
- ▶ Maladie valvulaire cardiaque compliquée
- ▶ Atcdt Personnel de TVP ou thrombose artérielle/ risque familial élevé
- ▶ Tumeur hormonosensible
- ▶ Diabète insulinodépendant avec complications (retino, nephro et enuro pathie) ou d'une durée >20 ans
- ▶ Migraine+ aura
- ▶ Affection hepato biliaire sévère (hépatite, cirrhose, cancer, adénome hépatique)
- ▶ Saignement vaginaux inexplicés

Certains outils sont à disposition pour aider à évaluer les indications de contraception. L'OMS a développé une application interactive qui permet, en intégrant des paramètres d'affection médicale des patientes, d'avoir rapidement des choix en termes de sécurité contraceptive.<sup>26</sup> Le Center for Disease Control and Prevention (CDC), un service du Département de la Santé et des Services sociaux des Etats-Unis, a également édité des fichiers PDF mis à jour récemment et qui reprennent les conditions médicales que l'on peut rencontrer chez les patientes.<sup>27</sup> Le CDC a établi quatre niveaux de risque et compare essentiellement le stérilet au cuivre, le stérilet hormonal, la contraception œstroprogestative et la contraception progestative.

### La contraception œstroprogestative

L'effet contraceptif est uniquement lié à la progestérone et dans la contraception œstroprogestative, le risque est lié essentiellement aux œstrogènes. Ce type de contraception combinée a été approuvé en 1960 et c'est en 1967 que les premières études sont sorties sur le risque augmenté d'évènements thromboemboliques liés à la présence d'œstrogènes dans la contraception hormonale. C'est un effet qui dépend du dosage. Depuis la fin des années 60, on a quasiment diminué de moitié la dose d'œstrogènes ce qui a diminué le risque d'évènements thromboemboliques tout en maintenant l'effet contraceptif. En parallèle, on a mis en place de nouvelles molécules progestatives puisqu'on sait que même si le risque est lié aux œstrogènes, certains progestatifs ne contrebalancent pas cet effet thromboembolique. Les progestatifs sont des molécules beaucoup plus complexes que les œstrogènes mais on en est à plus de la quatrième

<sup>26</sup> <https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>

<sup>27</sup> [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria\\_508tagged.pdf](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria_508tagged.pdf)

génération de progestatifs de synthèse. Le but ultime étant de se rapprocher le plus possible de la progestérone naturelle. On a aussi examiné s'il n'y avait pas d'autres classes d'œstrogènes qui pouvaient avoir un effet moins défavorable au niveau des effets secondaires. Fin des années 2000, la première nouvelle molécule est sortie sur le marché : l'estradiol. Plus récemment, début des années 2020 a été produit un nouvel œstrogène qui s'appelle l'estetrol qui est un œstrogène qui a un effet sélectif différent d'un tissu à l'autre.

Ces nouvelles classes sont intéressantes. Elles ont effectivement une efficacité contraceptive et elles ont un effet moins défavorable au niveau de l'hémostase, au niveau des marqueurs de la fibrinolyse, des lipides et des stéroïdes surrénaliens. En ce qui concerne les risques thromboemboliques, en particulier pour l'estetrol, les études actuelles sont très encourageantes et n'observent quasiment pas d'évènement thromboembolique, même on n'a pas encore suffisamment de recul pour cette classe d'œstrogène. Cela pourrait être intéressant notamment pour la patiente tabagique.

Outre ces modifications de molécules, on a aussi modifié les schémas. On a abandonné les pilules multiphasiques qui ne pouvaient pas se prendre en continu, qui provoquaient des problèmes d'adhérence et d'aggravation du syndrome prémenstruel. L'arrivée des schémas 21+7 ou 24+4, c'est-à-dire des contraceptions qui sont finalement prises en continu avec des comprimés placebo (21 comprimés actifs et 7 comprimés placebo ou, 24 comprimés actifs et 4 comprimés placebo), améliore, en toute logique, la compliance à la contraception, puisqu'il n'y a plus d'arrêt. Les schémas 24+4 notamment, améliorent l'efficacité, permettent la diminution de la dose d'œstrogènes et des effets secondaires liés au sevrage en œstrogènes. Celui-ci peut être responsable des migraines qu'on appelle cataméniales, qui surviennent pendant la période d'arrêt. Et ce type de schéma permet aussi de diminuer le nombre de saignements intercurrents.

### **Rappel de l'importance des progestatifs dans le risque des évènements thromboemboliques**

Type	RR
Non utilisateur	1
POP	1
Hormonal IUD	<1
Implant	1.4
P 2 <sup>ème</sup> génération	3
P 3 <sup>ème</sup> génération	6
P 4 <sup>ème</sup> génération	6
Patch/anneau	7/6
Grossesse	15

Les progestatifs ne sont pas tous égaux dans ce risque et maintenant, il est recommandé de prescrire plutôt des contraceptions œstroprogestatives avec des progestatifs de seconde génération (comme le Microgynon<sup>®</sup> ou la Noranelle<sup>®</sup>) plutôt que des troisièmes et des quatrièmes générations. En effet, le risque relatif d'évènements

thromboemboliques est doublé lorsqu'on prescrit une pilule contenant un progestatif de troisième ou de quatrième génération. Il faut quand même rappeler que la grossesse, elle, multiplie par 15 le risque d'évènements thromboemboliques !

La contraception progestative : les Pop (Progestin Only Pill = Les pilules progestatives seules)  
 L'efficacité contraceptive est démontrée depuis la fin des années 1990. Le délai maximum de prise entre deux pilules est de 36 heures. Le gros problème de ce type de pilule, c'est que le profil de saignement n'est pas prévisible. Les patientes doivent être averties parce que cela peut vraiment diminuer la compliance à ce type de traitement. Néanmoins, c'est le premier choix chez les patientes qui ont une contre-indication aux œstrogènes. On a à disposition sur le marché le desogestrel, progestatif de 3<sup>e</sup> génération, et la drospirenone, progestatif de 4<sup>e</sup> génération. Cette dernière a un effet anti minéralo corticoïde, anti androgénique et anti gonadotrope, et il n'y a pas d'évènement thromboembolique recensé, avec une efficacité très bonne et des taux plasmatiques stables.

### ***Le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet***

Le tableau ci-dessous reprend ce que la Food and Drug Administration (FDA) américaine approuve comme durée d'efficacité et comme indice de Pearl (efficacité contraceptive) en comparant le DIU au cuivre chargé à 380 millimètres carrés, le DIU hormonal chargé à 52 mg (Mirena<sup>®</sup>) et le DIU hormonal chargé à 13 mg (Jaydess<sup>®</sup>, à ne pas confondre avec le Kyleena<sup>®</sup> qui est chargé à 19 mg). La FDA confirme une durée d'efficacité de 3 (Jaydess<sup>®</sup>) à 10 ans (DIU au cuivre).

	Type		
	TCu380A IUD	Levonorgestrel IUD (52 mg)	Levonorgestrel IUD (13.5 mg)
Duration of therapeutic effect (years)	12	7	3
First year of use pregnancy rate, perfect use (percent)	0.6	0.1	0.4
First year of use pregnancy rate, typical use (percent)	0.5 to 0.8	0.1 to 0.2	
5-year cumulative pregnancy rate (percent)	1.4±0.4	1.1±0.5	0.9*
10-year cumulative pregnancy rate (percent)	2.2		
FDA-approved duration of use (years)	10	8	3

Le tableau ci-dessous reprend compare les stérilets au cuivre et les stérilets hormonaux disponibles (à l'exception du Jaydess<sup>®</sup>). On voit que la durée d'action est probablement de plus de 10 ans pour le DIU au cuivre et probablement aussi de 10 ans pour le Mirena<sup>®</sup>.

On reste à 5 ans pour le Kyleena<sup>®</sup>. En termes d'effets secondaires, le stérilet au cuivre donnera plus de ménorragies et donc plus d'anémie ; il faudra éventuellement mettre en place un traitement compensant ces effets. Avec le Mirena<sup>®</sup>, les effets secondaires sont liés à la présence du levonorgestrel circulant en faible quantité, avec de l'acné, une prise de poids, une diminution de libido, une aménorrhée chez 50% des femmes (l'aménorrhée n'est que de 20% pour le Kyleena<sup>®</sup>). Les contraindications pour le stérilet au cuivre sont vraiment rarissimes. Pour les stérilets hormonaux, ce sont essentiellement les tumeurs hormonosensibles.

	DIU cuivre	Mirena/levosert	Kyleena
prix	47 eur (IUB)	147/118 eur	147 eur
Durée action	12 ans (20 ans)	7 ans (10ans)	5 ans
Effet secondaire	Menorragie anémie	Acné Aménorrhée 50 %	Aménorrhée 20 %
CI	Maladie Wilson Allergie cuivre	Tumeur hormonosensible Allergie LNG	idem

On recommande un dépistage des infections sexuellement transmissibles lorsque l'on met en place un DIU : un dépistage 'gonocoque chlamydia' avant ou le jour de la pose, avec traitement sans retrait en cas de positivité. Le CDC recommande un dépistage systématique chez les patientes de moins de 25 ans ou les adolescentes ou s'il y a des facteurs de risque.

Petite remarque concernant l'IUB Ballerine<sup>®</sup>, stérilet composé de billes de cuivre sur une armature sphérique, qui a été retiré du marché pendant plus d'une année (2021-2022) par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Ce type de DIU visait une diminution des ménorragies, ce que je n'ai pas constaté dans ma pratique et j'ai aussi eu quelques cas d'expulsion et de difficulté de retrait.

### ***La contraception chez l'adolescente***

Chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, 80% des grossesses sont non désirées !

La contraception majoritaire dans cette population est le préservatif, dans la moitié des cas (47%). Il s'agit d'une population avec des spécificités et des obstacles à la contraception comme le coût, la confidentialité de la consultation, l'accès de la contraception, le manque de connaissances du corps, la perception erronée du risque de tomber enceinte. Cette consultation doit impérativement être ciblée sur ces obstacles. Elle doit aussi associer des informations importantes sur les maladies sexuellement

transmissibles et sur la vaccination contre le HPV (Human Papillomavirus). Le premier choix de contraception chez les adolescentes, ce sont les LARC (long acting reversible contraception), comme le DIU au cuivre ou hormonal de type Kyleena<sup>®</sup> parce qu'il est plus petit de diamètre ainsi que l'implant hormonal. Ce type de contraception est associé à la meilleure adhésion au bout d'une année de mise en place.<sup>28</sup>

Le tableau ci-dessous reprend les contraceptions disponibles pour les adolescentes.

	Implant	DIU cuivre	DIU LNG 19,5	DPMA	COP/patch/ anneau
Prix	35 euros/ 3ans	Gratuit	gratuit	gratuit	gratuit
Facilité	++	Examen gynéco+ depist IST	Examen gynéco+ depist IST	Injection IM /12 semaines	++
Quick start	Pas toujours	Pas testé	Pas testé	toujours	toujours
Effet secondaire	Saignement R/ulipristal	Ménorragie/ anémie/ Expulsion R/supportif	Aménorrhée (acné, prise poids)	Méto/ aménorrhée acné/ prise poids/capital osseux/ réversibilité longue	En fonction type R/adapté
Compliance	+++	+++	+++	+(+)	++
Efficacité	+++	++	+++	++	+(+)

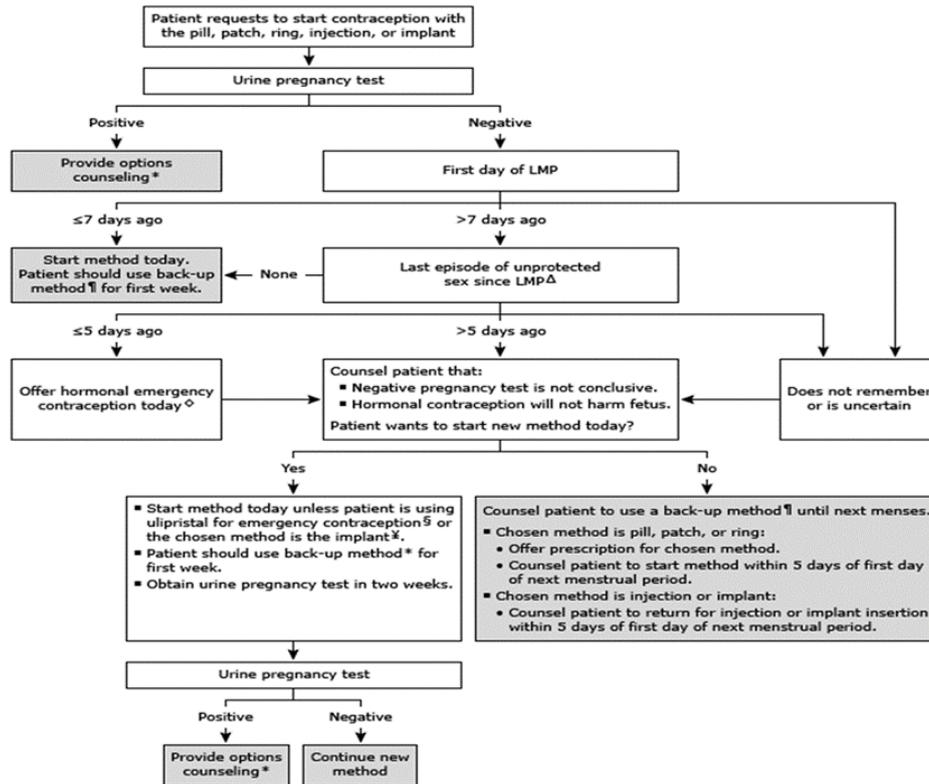
On y trouve l'implant, le stérilet au cuivre et hormonal, le DPMA (Depo-Provera<sup>®</sup>), les contraceptifs œstroprogestatifs, le patch et l'anneau. Ils sont repris selon la facilité, le « quick start », les effets secondaires, la compliance et l'efficacité. Tout est gratuit, sauf l'implant qui revient à 35 euros pour trois ans. La facilité de mise en place est importante, c'est surtout l'implant et le patch, l'anneau et la contraception œstroprogestative qui sont les plus faciles de mise en place. Le stérilet requiert un dépistage et un examen gynécologique ainsi que l'insertion. Le « quick start », c'est la possibilité de débiter la contraception le jour de la consultation et c'est essentiel dans ce type de population pour améliorer l'adhésion et la compliance. Les effets secondaires liés à l'implant sont les saignements et c'est effectivement souvent un motif de retrait. Les ménométrorragies intercurrentes sont parfois vraiment invalidantes et on peut être amené à donner de l'ulipristal pour stopper ce type de problème. Pour les stérilets au cuivre, il y a plus d'expulsion chez les adolescentes que chez les adultes. Enfin le Depo-Provera<sup>®</sup> présente quand même pas mal d'effets secondaires. La compliance et l'efficacité sont optimales pour l'implant ainsi que pour le stérilet au cuivre et hormonal.

Un algorithme est disponible pour le « quick start » qui vous permet d'évaluer la possibilité de débiter une contraception le jour de la consultation.<sup>29</sup> Il faut avoir des tests urinaires de grossesse à disposition, une patiente fiable qui connaît la date des dernières règles et la date des derniers rapports sexuels non protégés. Cela permet de débiter, en fonction de l'anamnèse, une contraception hormonale ou de placer un

<sup>28</sup> USINGER K.M. et al. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review in *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2016, vol.29, n°6, pp.659-667. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083318816300882>

<sup>29</sup> [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

implant directement ou même d'épingler finalement un besoin en contraception d'urgence.



## La contraception d'urgence

On a trois possibilités de contraception d'urgence : la pilule d'urgence au levonorgestrel (par exemple, NorLevo<sup>®</sup>), la pilule d'urgence à l'acétate d'ulipristal (EllaOne<sup>®</sup>) et les dispositifs intra-utérins (stérilets).

Le tableau ci-dessous reprend toutes les données en termes d'efficacité. L'ulipristal et le levonorgestrel ne sont efficaces qu'avant l'ovulation. Ils postposent ou inhibent l'ovulation. Ils sont donc nettement moins efficaces que les stérilets et le délai de prise est plus court suite au rapport sexuel non protégé. Les stérilets inhibent la fécondation et l'implantation. Il y a également une possible diminution d'efficacité avec les pilules d'urgence pour les patientes avec un BMI élevé.

	Ulipristal 25 euros	LNG Oral 9, 85 euros gratuit planning	DIU cuivre 47 euros	DIU LNG 52 mg 118-147 euros
Délai au RS	5 jours (stable)	3 jours	5 jours (14 jours si ovulation déterminable)	5 jours (voire + ?)
Efficacité Taux de grossesse (test grossesse à 3 semaines d'aménorrhée)	1,8 % Peut post poser l'ovulation Influence BMI +	0,6-2,6 % Peut post poser l'ovulation Influence BMI++	0,1%	0,3% (Turok et al 2021)
Contraception de suite	Relai POP après 5 jours	Début concomitant attendre 7 jours d'efficacité	En place!	En place!
Si grossesse	Peu de données	Pas d'effet <u>teratogène</u>	Risque GEU	Risque GEU
Action	Anti progestatif Retarde l'ovulation (pre ovulation et début pic LH)	Inhibe l'ovulation	Inhibition fécondation	Inhibition fécondation

### Quel meilleur choix de contraception en 2023 ?

En ce qui concerne la population spécifique adolescente, on va rechercher une contraception efficace, qui permet une réversibilité optimale de la fertilité, peu de contraintes pour améliorer la compliance, et peu d'effets secondaires. Dans ce cadre, l'implant est le premier choix à priori.

Pour l'adulte, on cherche aussi de l'efficacité, mais on sera sans doute moins attentif à la réversibilité et aux contraintes. Par contre, comme il s'agit de patientes plus âgées qui pourraient avoir des facteurs de comorbidité, on va chercher la méthode qui aura le moins d'effets secondaires et l'on optera pour une contraception œstroprogestative intégrant un nouvel œstrogène ou une contraception de type POP 24+4.

Concernant la contraception d'urgence, c'est le stérilet au cuivre qui est le premier choix. Cela met en un peu en perspective la disponibilité du stérilet par rapport aux méthodes médicamenteuses, en attendant qu'il y ait des développements éventuels d'autres pilules du lendemain qui soient plus efficaces et qui aient un délai de prise plus important.

En ce qui concerne la contraception masculine, les mêmes paramètres que pour la contraception féminine seront présents. On va chercher l'efficacité, la réversibilité, les contraintes et les effets secondaires. En 2023, c'est uniquement la contraception non hormonale qui semble répondre à tous ces critères. Une étude récente collationne les études en cours d'investigation.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> MARIANI N.A.P. et al. Advances in non-hormonal male contraception targeting sperm motility in *Human Reproduction Update*, 2023, vol.29, n°5, pp.545-569. <https://academic.oup.com/humupd/article-abstract/29/5/545/7152434?login=false>

# Techniques de contraception définitive

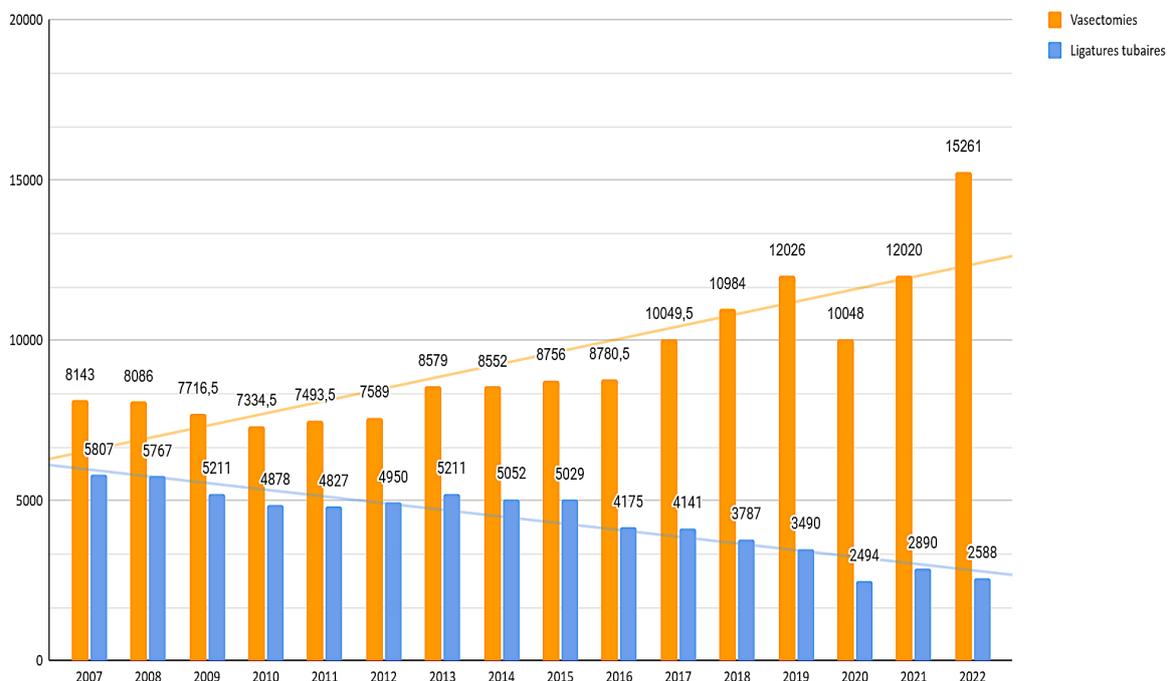
Dr Amandine GERDAY

Gynécologue aux Cliniques Universitaire Saint-Luc

La définition de la contraception définitive, c'est une suppression délibérée et réfléchie de la fertilité, mais sans pour autant qu'il y ait une atteinte au niveau de la vie sexuelle et endocrinologique. Le principe de base est le même que ce soit chez l'homme ou chez la femme : empêcher un contact entre les spermatozoïdes et l'ovocyte. Ce sera, chez la femme, l'obstruction des trompes de Fallope. Et chez l'homme, l'obstruction du canal déférent. Il y a plusieurs techniques qui sont possibles tant chez l'un que chez l'autre. Ce sont des interventions qui sont prises en charge par l'INAMI et les assurances privées.

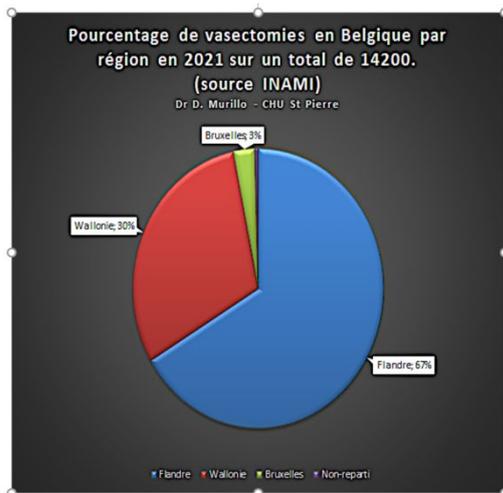
Est-ce que la stérilisation définitive est fréquente en Belgique ?

Le graphique ci-dessous, reprend les chiffres assez récents (de 2007 à 2022) de l'INAMI, sur le nombre de vasectomies et de ligatures des trompes réalisées. On voit qu'il y a une tendance à une inversion, voire une vraie augmentation, des vasectomies par rapport aux ligatures des trompes qui deviennent moins fréquentes. Quand on fait l'addition des deux, on est à près de 18.000 interventions ce qui n'est donc pas si rare comme pratique.



Ces chiffres peuvent également être interprétés par rapport aux différentes régions. On voit sur le graphique ci-dessous que le ratio est un petit peu différent en Flandre, en Wallonie ou en région bruxelloise. Mais on voit qu'il y a quand même vraiment une

tendance à une contraception définitive plus importante chez les hommes que chez les femmes.



### Sex ratio contraception définitive:



• 9 hommes pour 1 femme



• 4.3 hommes pour 1 femme



• 3 hommes pour 1 femme

## *La contraception définitive chez la femme*

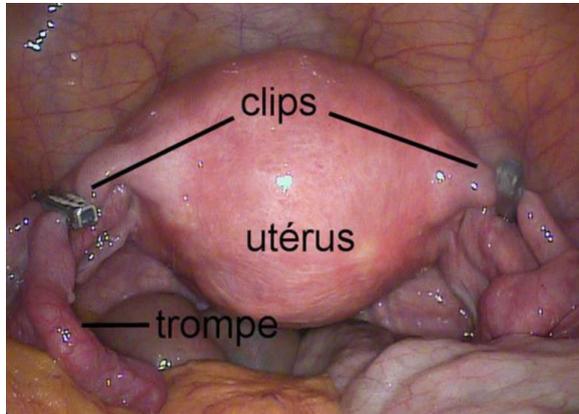
La condition obligatoire pour envisager une contraception définitive, c'est évidemment une absence définitive de désir de grossesse future et ce n'est pas toujours évident à évaluer en consultation. Ce sont des consultations qui prennent du temps et parfois les personnes sont revues plusieurs fois. Il y a des conditions « souhaitées » ou « préférentielles » : idéalement des femmes qui ont plus de 35 ans, qui ont plusieurs enfants, qui sont en couple avec un partenaire stable et qui ont déjà essayé d'autres méthodes de contraception qui se sont soldées par des échecs pour diverses raisons, une absence de contre-indications à la réalisation d'une intervention sous anesthésie générale par laparoscopie. Cependant, il n'existe pas de législation en Belgique qui refuse ou permet la pratique dans certaines conditions ; contrairement à certains pays européens voisins comme la France par exemple.

Plusieurs techniques sont possibles

- La laparoscopie avec mise en place de clips tubaires, c'est la plus connue ;
- La laparoscopie avec salpingectomie bilatérale qui prend de plus en plus de place dans notre pratique quotidienne ;
- La stérilisation tubaire réalisée pendant une césarienne ;
- La stérilisation tubaire également en période postnatale immédiate, ce sont des patientes qui ont accouché par voie basse et qui demandent une stérilisation à la maternité ;
- La stérilisation par les voies naturelles (ressorts intra-tubaires/Essure®) mais qui est une technique tombée en désuétude et qui n'est plus pratiquée.

## La laparoscopie avec mise en place de clips

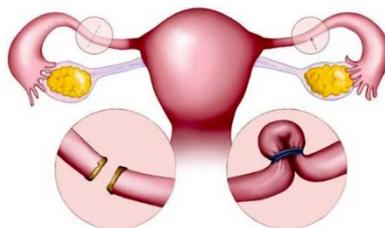
On pose de petits clips par laparoscopie, sous anesthésie générale.



On fait une petite incision au niveau ombilical pour insuffler de l'air, ce qui permet d'introduire la caméra, pour pouvoir placer une petite pince qui vont obstruer chacune des deux trompes. C'est une intervention qui prend une quinzaine de minutes et se fait en hôpital de jour. On met les clips dans la portion plutôt proche de l'utérus, pour faciliter une éventuelle intervention pour opérer une réanostomose (reperméabilisation des trompes).

Il y a peu de contraintes postopératoires. Les patientes peuvent reprendre une vie quotidienne normale après une incapacité de travail de quelques jours. La contraception peut être considérée comme définitive au cycle prochain. Si elles sont au milieu du cycle, elles doivent considérer ce cycle-là comme n'étant pas encore protégée. Le fait d'avoir des clips ne nécessite pas de contrôle gynécologique supplémentaire. Cette méthode ne va pas interférer sur le ménogramme et le cycle naturel spontané. D'éventuels problèmes liés aux règles (douloureuses, abondantes, irrégulières) qui auraient été résolus par la prise de pilule, par exemple, risquent donc de réapparaître. Cela doit être bien discuté en consultation parce que c'est ça qui est parfois difficile. Il m'arrive parfois de demander aux patientes de faire un test pendant deux mois durant lesquels elles arrêtent leur pilule ou j'enlève leur stérilet, pour qu'elles puissent tester le cycle spontané avant de valider l'intervention.

D'autres méthodes d'obstruction des trompes existent. Toujours par laparoscopie, on peut coaguler ou couper les trompes mais on ajoute trois petites incisions de cinq millimètres au niveau du bas du ventre. L'avantage c'est qu'il n'y a pas de corps étranger dans le corps, contrairement aux clips, bien que ceux-ci soient faits pour rester toute une vie. Cependant, il y a un taux de grossesses extra-utérines un tout petit peu plus élevé que quand on met des clips. Certaines équipes décrivent aussi des techniques utilisant des anneaux de silicone glissés au niveau de la trompe pour l'obstruer.



Les complications majeures sont assez exceptionnelles, entre 0 et 1%. Cela reste cependant une intervention sous anesthésie générale et une laparoscopie. Il ne faut donc pas la banaliser non plus. Les complications mineures sont le plus souvent des épisodes de température, des douleurs, des infections urogénitales qui peuvent survenir assez rapidement après l'intervention. Au niveau des complications à plus long terme, il y a le taux de grossesse extra-utérine souvent évoqué en consultation. Mais on voit pourtant que le taux de grossesses extra-utérines cumulé à 10 ans, représente des chiffres très faibles qui nous permettent de pouvoir rassurer les patientes. Il n'y a pas d'augmentation de risque au niveau oncologique ; les études ont même montré une diminution du risque de néoplasies, c'est-à-dire de cancers de l'ovaire et de la trompe.

Il s'agit donc d'une intervention définitive, mais on voit quand même quelques patientes revenir avec un souhait de réanastomose tubaire, c'est-à-dire d'enlèvement des clips dans un but de fertilité. Avant d'accéder à leur demande, il faut d'abord faire un bilan préalable pour voir s'il y a un intérêt à pratiquer l'intervention. On va demander au couple, comme pour ceux en PMA, de réaliser un spermogramme, une hystérosalpingographie (radio des trompes qui va nous permettre de voir où sont situés les clips, ou à quel niveau a été faite la ligature ou la coagulation), ainsi qu'un examen du jour 3 (examen échographique et une prise de sang pour voir quelle est la réserve hormonale de la patiente). Si ce bilan montre clairement une indication à adresser le couple en PMA, il n'y a aucun intérêt d'imposer à la patiente une nouvelle intervention sans aucun bénéfice.

Par contre, si le bilan est rassurant et qu'on voit que les chances de grossesse spontanée sont importantes, rien n'empêche d'accéder à la requête. C'est une chirurgie qui se fait de nouveau par laparoscopie. On garde la patiente une nuit, même si on pourrait, théoriquement le faire en hôpital de jour. Par contre, c'est une chirurgie plus complexe que la pose de clips. On ne résèque que la portion où il y a le clip et on va rejoindre les deux morceaux de trompe avec une suture. C'est donc beaucoup plus technique et le retour d'une perméabilité tubaire n'est pas garanti à 100%. On proposera aux patientes de faire un examen de perméabilité tubaire, que ce soit une hystérogographie ou une échographie spécifique (HyFoSy, échographie avec injection de liquide).

#### [La laparoscopie avec salpingectomie bilatérale](#)

Au sein de notre équipe, c'est une technique qui prend de plus en plus d'ampleur. On la propose de façon systématique aux patientes. C'est également sous anesthésie générale, en hôpital de jour et par laparoscopie. Avec les clips, une seule incision au niveau ombilical est nécessaire (on peut passer la pince à clips à travers la caméra), ici il faut faire trois petites incisions de cinq millimètres au bas du ventre pour pouvoir permettre l'insertion des instruments. Cette technique permet d'enlever la trompe complètement de chaque côté. Les suites opératoires sont les mêmes qu'avec la pose des clips. Par contre, l'intérêt est oncologique, parce qu'on sait qu'une partie des cancers dits 'de l'ovaire', sont des cancers 'ovaire et trompe'. En enlevant la trompe, on va diminuer le

risque de cancer à ce niveau. Le cancer de l'ovaire est un cancer qui est très rare, mais qui est malheureusement très mal dépisté et diagnostiqué. Au départ, on proposait cette technique surtout aux patientes qui avaient une demande de contraception définitive et des antécédents de cancer du sein ou des antécédents familiaux très importants. Mais maintenant, c'est quelque chose que l'on propose de façon systématique aux patientes. Cela leur montre aussi le caractère définitif parce que, contrairement à la laparoscopie avec les clips, il n'y a pas de possibilité d'aller reperméabiliser les trompes. C'est une technique totalement irréversible.

#### La stérilisation tubaire pendant une césarienne ou en post-partum immédiat

La chirurgie de stérilisation définitive est possible durant un acte de césarienne. C'est généralement discuté au préalable avec l'obstétricien et cela peut se faire durant le temps chirurgical de la césarienne. Il faut quand même se poser la question de savoir si c'est vraiment un moment opportun pour le faire ? Ce sera en fonction du ressenti de l'obstétricien et du couple, en consultation.

On peut également faire des stérilisations définitives en post-partum immédiat, y compris chez les patientes qui n'ont pas eu de césarienne. C'est une mini laparotomie, c'est-à-dire une incision plus importante qu'habituellement pour les clips, que l'on peut faire un à deux jours après l'accouchement. Il faut que l'utérus soit encore suffisamment grand que pour pouvoir y accéder par la région ombilicale. Cela peut se faire mais je pense que cela devient assez rare et on peut de nouveau se poser la question de savoir si c'est le timing idéal alors que l'on peut faire une laparoscopie pour mettre des clips ou une salpingectomie, dès six à huit semaines après ou trois mois après l'accouchement ? Encore une fois, cela dépendra du contexte.

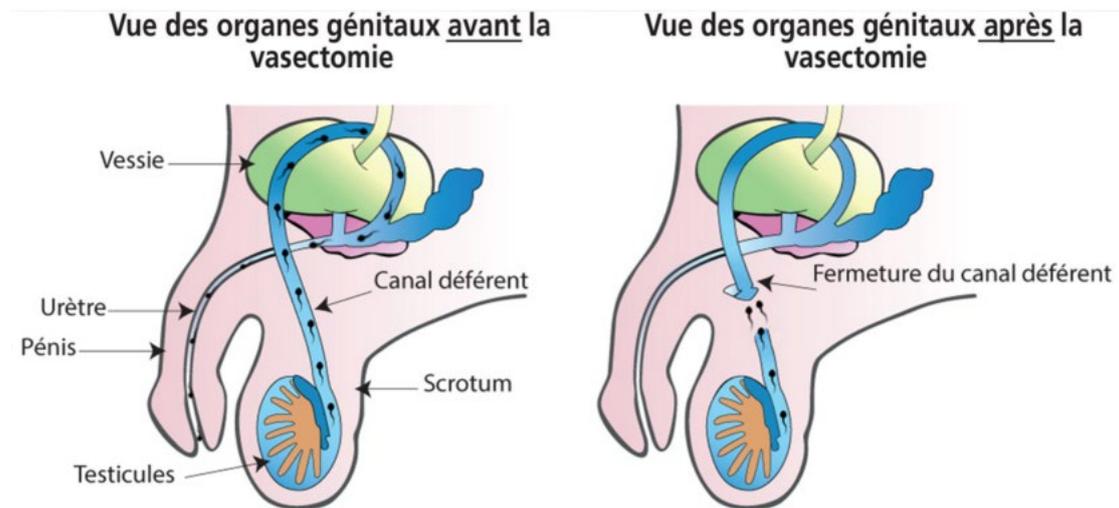
#### La stérilisation par les voies naturelles (Essure®)

Cette technique se fait par hystérocopie. On met une petite caméra à l'intérieur de l'utérus et on va insérer un petit ressort métallique au niveau de l'abouchement des trompes pour provoquer une fibrose. Il faut généralement trois à quatre mois pour considérer que la fibrose entraîne une obstruction totale de la trompe, en tout cas de sa partie proximale. C'est une technique qui nécessite un contrôle afin de pouvoir confirmer à la patiente que la stérilisation est effective, soit par hystérographie, soit par échographie HyFoSy. C'est une méthode également irréversible. Il y a des techniques pour enlever le ressort mais aussi généralement la trompe, parce qu'il y a eu pas mal de problèmes de perforation et de complications (saignements, douleurs, perforations) ; raison pour laquelle la technique a été abandonnée pour l'instant.

### ***La contraception définitive chez l'homme***

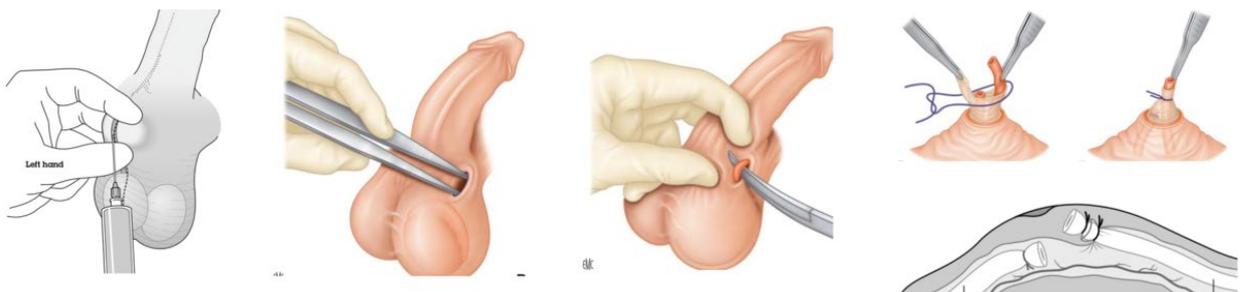
L'idée est également d'empêcher une communication entre les spermatozoïdes et l'ovocyte. Pour cela, chez l'homme on va obstruer les canaux déférents qui amènent les spermatozoïdes dans l'éjaculat masculin. C'est une intervention qui par contre, elle, se

fait sous anesthésie locale. Donc c'est quand même moins contraignant que chez la femme où toutes les interventions se font sous anesthésie générale. C'est à l'hôpital de jour. C'est une contraception qui est considérée comme définitive, mais elle ne l'est pas tout de suite. Quand la procédure est réalisée, un spermogramme devra être réalisé trois mois plus tard pour s'assurer qu'il n'y a plus de spermatozoïdes.

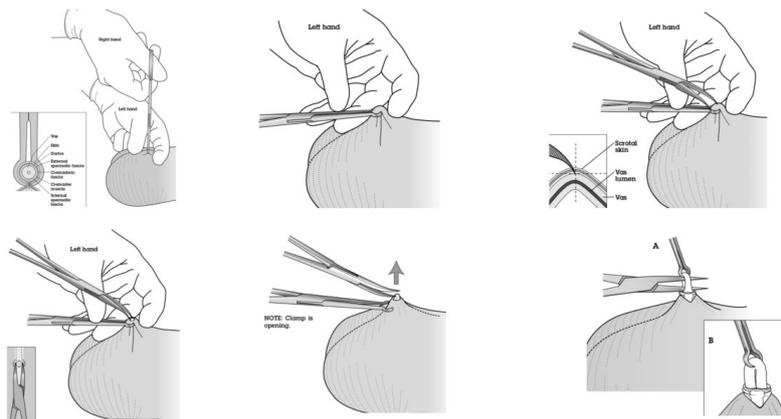


Il y a deux types de techniques selon qu'on a un abord transcutané ou scrotal.

Dans l'abord scrotal, on identifie le canal déférent par palpation et on fait deux incisions pour l'extérioriser, le sectionner et le ligaturer.



La technique par abord transcutané a été développée plus récemment et permet d'avoir une incision plus petite. Deux instruments ont été vraiment développés spécifiquement pour ce type de technique chirurgicale. Mais le principe est toujours le même : identification du canal déférent et réalisation de l'obstruction.



Les complications sont semblables à celles de la laparoscopie et ne sont pas très fréquentes (hématome, surinfection, douleur, retard de cicatrisation). Cela concerne moins de 5% des patients. La principale complication serait un échec de la contraception. On évalue le taux de grossesse après vasectomie à moins d'1%. Souvent, cela s'explique par le non-respect des trois mois de délai avant de réaliser un nouveau spermogramme qui permet de confirmer l'azoospermie. C'est donc vraiment important de bien préciser au couple cette période de trois mois durant laquelle il faut encore se protéger. On évalue entre vingt à trente éjaculats après l'opération avant d'avoir un éjaculat sans spermatozoïde.

La vasectomie n'a aucun impact sur la vie sexuelle du patient. Ce n'est pas une castration. Il n'y a pas d'impact endocrinologique, hormonal ou sur la fonction érectile. Cela n'a aucun impact, ni positif, ni négatif, sur le devenir oncologique éventuel.

Comme pour la laparoscopie avec les clips tubaires, il y a la possibilité d'une réversibilité de l'intervention. On peut rétablir la continuité du canal déférent mais c'est une intervention très technique qui nécessitent des micro-sutures. Il y a généralement d'autant plus de chances que cela fonctionne que la vasectomie a été réalisée récemment. Lorsque ce n'est pas possible ou que la technique échoue, il y a aussi d'autres possibilités, notamment des biopsies testiculaires comme dans le cadre d'une PMA.

## **Conclusion**

Les méthodes de contraception définitive sont sûres, efficaces et relativement simples à réaliser. Il s'agit d'une chirurgie de jour, mais sous anesthésie générale pour la femme, avec des techniques de laparoscopie. Chez l'homme, c'est moins invasif et cela ne nécessite qu'une anesthésie locale. L'élément clé de la consultation est de s'assurer que la personne est certaine de ne plus avoir de désir de grossesse future. C'est certainement ce qui prend du temps en consultation pour faire une évaluation correcte. Sachant que même si des techniques de réversibilité existent, elles ne sont pas garanties et impliquent la réalisation d'une nouvelle intervention.

## Pourquoi la stérilisation contraceptive est-elle encore si mal vue dans nos sociétés ?

---

**Laurène LEVY**

Journaliste scientifique et autrice<sup>31</sup>

*« Tu vas changer d'avis. Tu es trop jeune. Tu ne sais pas de quoi tu parles. C'est trop radical. Tu vas le regretter, c'est sûr. Tu ne peux pas prendre la pilule ou mettre un stérilet comme tout le monde ? »*

Ces phrases sont celles qu'entendent les femmes qui choisissent de se faire stériliser, quasiment systématiquement, de la part de leurs proches ou de certains soignants, en France en tout cas. On est face à des jugements, à des paroles méprisantes et à une injonction à rester dans une certaine norme contraceptive et sociétale. Il en résulte une grande difficulté d'accès : toutes les personnes qui veulent accéder à une stérilisation contraceptive ne le peuvent pas ; en particulier les femmes, en particulier si elles sont jeunes, et en particulier si elles n'ont jamais eu d'enfant.

Pour prendre deux exemples, en France, environ 4% des femmes de 16 à 49 ans utilisent la stérilisation comme méthode de contraception, selon les chiffres des Nations-Unies de 2022. En Belgique, elles sont 8%. Et à l'échelle de la planète, elles sont 26%. Plus d'1 femme sur 4 dans le monde utilise donc la stérilisation comme méthode de contraception. La stérilisation à ce titre est la première méthode de contraception utilisée sur la planète. Bien sûr, toutes les femmes qui sont stérilisées ne l'ont pas été volontairement.

Comment expliquer une telle différence de chiffres ? On remarque que la stérilisation, masculine ou féminine, est trop souvent séparée radicalement des autres méthodes de contraception. Quand on consulte, on entend parler des méthodes classiques : pilules, DIU hormonaux, DIU au cuivre, préservatifs, etc. Mais la stérilisation est systématiquement séparée de ces méthodes. On propose de manière spontanée des méthodes réversibles, mais quasiment jamais des méthodes irréversibles alors qu'elles correspondent à certaines demandes et certaines personnes.

Il y a toujours un énorme tabou qui entoure la stérilisation et qui peut expliquer cette difficulté d'accès. Ce tabou s'explique en partie par le lourd passé qui charge la stérilisation d'images négatives. La stérilisation a été, à de multiples reprises, dans différents pays et à différentes époques, utilisée comme un outil de contrôle ; à la fois,

---

<sup>31</sup> LEVY I. *Mes trompes, mon choix ! Stérilisation contraceptive : de l'oppression à la libération*. Le Passager Clandestin, 2023. Disponible au CEDIF

un outil de contrôle du corps des femmes, un outil de contrôle de la démographie et un outil de contrôle des minorités.

Un des premiers concepts négatifs qui est associé à la stérilisation, c'est celui de l'eugénisme.

L'eugénisme est une idéologie qui est apparue à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et qui consiste, pour faire simple, à vouloir améliorer l'avenir de l'espèce humaine en sélectionnant les « meilleurs individus ». L'idée est de sélectionner les caractères les plus désirables en éliminant les caractères qui le sont moins, ce qu'on appelait « les tares ». Comment les éliminer ? Et bien simplement, en empêchant les individus porteurs de ces tares de se reproduire et en les stérilisant de force.

C'est comme cela qu'on a vu apparaître les premières lois eugénistes à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècle, avec des lois qui autorisaient la stérilisation forcée sans consentement des personnes jugées inadaptées. Il s'agissait principalement des personnes handicapées physiques ou mentales et des personnes atteintes de maladies lourdes. Aux États-Unis, entre 1897 et 1930, 30 États ont fait passer des lois eugénistes autorisant la stérilisation de toutes ces personnes de manière totalement décomplexée. La Scandinavie a suivi avec le Danemark en 1929, la Suède et la Norvège en 1935. Au Royaume-Uni, il n'y a pas eu vraiment de loi, mais il y a eu des jugements qui ont autorisé, au cas par cas, la stérilisation, en considérant qu'effectivement ces personnes n'avaient pas à se reproduire dans la société. On observe que ces stérilisations ont visé essentiellement des femmes, pour les empêcher de tomber enceintes.

Il y a eu évidemment l'apogée des stérilisations eugénistes au moment de l'Allemagne nazie. Les historiens considèrent qu'entre 1933 et 1945, 350 000 stérilisations eugénistes ont eu lieu sous le régime nazi. Cela représente 1% des 16-45 ans qui vivaient à l'époque en Allemagne. Ce sont des personnes handicapées physiques ou mentales, mais aussi des Juifs, des Tziganes, des homosexuels ; toutes les catégories de personnes que le régime nazi souhaitait supprimer dans son grand programme de « purification de la race ». Ces stérilisations, encore une fois, concernaient en majorité des femmes.

Fort heureusement, toutes les lois autorisant la stérilisation à visée eugéniste ont été abrogées depuis des décennies. Il n'empêche qu'il existe toujours des stérilisations un peu plus déguisées, un peu plus masquées de personnes en situation de handicap. Régulièrement, des cas émergent et des scandales apparaissent. Il s'agit principalement de femmes qui ont été stérilisées dans des établissements, dans des institutions, parce qu'elles étaient handicapées et que la société les jugeait inaptes à s'occuper d'un enfant en cas de grossesse.

On peut donc dire qu'aujourd'hui, la stérilisation est encore utilisée pour contrôler le corps des personnes handicapées et contrôler leur sexualité. On invisibilise en quelque sorte cet aspect qui est gênant dans nos sociétés, par une stérilisation où le consentement n'a pas été, ou n'a pas pu être recueilli.

Mais ce n'est évidemment pas tout. La stérilisation a aussi longtemps été associée à des pratiques à la fois racistes et colonialistes, et elle l'est toujours.

Je prends un premier exemple qui s'est passé sur l'île de La Réunion dans les années 50 et 60. Le gouvernement français jugeait alors que les femmes racisées, les femmes réunionnaises, faisaient trop d'enfants et étaient donc responsables du retard de développement et de la misère qui régnait à l'époque sur l'île. Le gouvernement a alors lancé une grande campagne de stérilisation et d'avortements forcés de toutes ces femmes racisées, en accord avec les professionnels de santé sur l'île de La Réunion. Tout cela est très largement décrit dans le livre de Françoise Vergès.<sup>32</sup> L'action de cette grande campagne était triple, à la fois (1) baisser les coûts des mesures sociales (moins d'enfants = moins de frais engagés), (2) limiter la surpopulation et puis (3) contrôler le peuple colonisé pour empêcher toute révolte. Ce comportement du gouvernement français est extrêmement hypocrite alors puisqu'on constate au même moment en France métropolitaine, l'interdiction totale de toute contraception et tout avortement. La contraception n'a été légale en France qu'en 1967 et l'avortement en 1975. On a donc vraiment deux poids, deux mesures. Mais en métropole, les femmes qui revendiquaient leur accès à une contraception ou à un avortement étaient des femmes blanches, évidemment pas traitées de la même manière.

Plus récemment, toujours en France, on a assisté au même phénomène empreint de clichés racistes et colonialistes. En mars 2023, l'agence régionale de santé de Mayotte annonçait que des stérilisations seraient proposées aux jeunes femmes mahoraises et comoriennes dans un large plan de contrôle des naissances et de contrôle de la population. Donc, on accusait à demi-mot, encore une fois, les femmes racisées d'être responsables du retard de développement dans ce département qui est le plus pauvre de France.

On change de pays pour s'intéresser au docteur Wouter Basson, médecin en Afrique du Sud. En plein apartheid, dans les années 80 et 90, il avait développé un projet de stérilisation des femmes noires en leur administrant un vaccin qui contenait un produit de sa propre invention. Il avait un projet extrêmement bien échafaudé et il a été reconnu coupable de plusieurs chefs d'accusation mais, à ce jour, il n'a toujours pas été condamné.

Un dernier exemple qui se passe aux États-Unis dans le centre de détention d'Irwin en Géorgie. En 2020, l'affaire avait fait un peu de bruit dans la presse. Une infirmière qui travaillait là-bas avait dénoncé de nombreux cas d'ablation de l'utérus sur des migrantes graciées qui étaient détenues dans ce camp.

On observe dans ces différents exemples, la même idéologie qui associe 'race ou minorités ethniques', à 'pauvreté et fertilité'. On a le même moyen de contrôle raciste, par un contrôle du corps des femmes et par une stérilisation forcée et systématique.

---

<sup>32</sup> VERGES F. *Le ventre des femmes*. Albin Michel, 2021.

De la même manière, la stérilisation a largement été utilisée comme outil de contrôle de la démographie. On va commencer par parler de l'Inde parce qu'elle a été pionnière en la matière. La stérilisation y est devenue quasiment obligatoire dans les années 1950. Le but, c'était vraiment de freiner une démographie qui était alors jugée comme galopante. Il s'agissait d'inciter fortement les couples qui avaient déjà 2 enfants à se faire stériliser. Tant et si bien que 1975 et 1976 sont les années où il y a eu le plus de stérilisations : 8 millions de stérilisations pour ces deux seules années. Principalement sur des femmes, puisque le contrôle de la démographie passe encore une fois par le contrôle du corps des femmes. Le résultat est qu'en 2021, une femme indienne sur trois est stérilisée. Toutes ces stérilisations ne sont évidemment pas des stérilisations choisies. Pour arriver à un tel chiffre, le gouvernement indien a bien sûr eu recours à des stérilisations à la chaîne, qui ont été réalisées depuis les années 70 jusqu'à ce jour. Des scandales émergent encore dans la presse. Voici ci-dessous deux exemples qui datent de 2013 et 2014. Il s'agit de femmes qui ont été retrouvées avec des infections généralisées, voire des femmes décédées, après des stérilisations réalisées de manière industrielle, dans des conditions d'hygiène totalement déplorables.

#### West Bengal Mass Sterilisation: Over 100 Women Dumped Unconscious in Field



#### Inde : arrestation du chirurgien qui a provoqué la mort de femmes en les stérilisant

Treize femmes sont mortes et des dizaines d'autres ont été hospitalisées après une opération de stérilisation de masse.

La Monda avec AFP  
Publié le 12 novembre 2014 à 09:03, modifié le 12 novembre 2014 à 09:59 | Lecture 1 min.



On a la même idée en Chine, où un programme de planification des naissances incluant largement la stérilisation a été mis en place en 1957, donc peu de temps après l'Inde. Ce programme faisait une large place à la stérilisation. La Chine, c'est bien sûr la politique de l'enfant unique de 1979 à 2015. Pendant toutes ces années, on considère que 500 millions de stérilisations et de poses forcées de DIU ont eu lieu. Pendant toutes ces années, il y avait des quotas démographiques régionaux mis en place avec des stérilisations qui sont devenues carrément obligatoires en 1982 pour les couples ayant 2 enfants.

Aujourd'hui encore, on peut parler de stérilisation à une fin démographique en Chine avec l'exemple des Ouïgours. Les Ouïgours sont une minorité ethnique et religieuse qui vit au nord-ouest de la Chine et qui est persécutée par le régime chinois depuis les années 90. En 2020, Adrian Zenz, un anthropologue allemand, publie un rapport dans lequel il constate une chute drastique de la démographie dans les régions ouïgoures et

il établit que 34% des femmes dans ces régions ont été stérilisées. Il parle même de « génocide démographique ». Il n'est pas seul à faire ce constat. Un autre indicateur précieux, ce sont les nombreux témoignages qui émergent. Notamment celui de Gulbahar Haitiwaji, une femme qui a sorti un livre en 2020 et qui a été, comme le titre de son livre l'indique, « *Rescapée du goulag chinois* ». Elle écrit « *Quand les infirmières m'ont attrapé le bras pour me "vacciner", j'ai cru qu'elles m'empoisonnaient. En réalité, elles nous stérilisaient. C'est alors que j'ai compris la méthode des camps, la stratégie mise en œuvre : ne pas nous tuer de sang-froid, mais nous faire disparaître lentement. Si lentement que personne ne s'en rendrait compte.* » C'est un témoignage assez glaçant, qui rend bien compte de la réalité dont, je pense, on soupçonne encore assez peu l'étendue.

Contrôler la démographie des minorités ethniques, c'est aussi ce qu'a fait le Canada en effectuant des stérilisations forcées sur des femmes autochtones. La première alerte a été donnée en 1977 lorsqu'on s'est rendu compte, un peu par hasard, que de nombreuses femmes autochtones entre 30 et 50 ans étaient stérilisées. À l'époque, quelques articles de presse sont sortis et puis plus grand-chose. Il faut attendre 2017 pour qu'une première action collective soit lancée dans différentes provinces, celle de Québec, de Saskatchewan et d'Alberta. Et là, on se rend compte que ces stérilisations ont toujours lieu. En 2021, des stérilisations sont toujours imposées à des femmes autochtones. Dans les années 2020, il y a donc encore des femmes autochtones qui sont stérilisées sans le savoir. Le Canada a insisté sur la différence entre la stérilisation imposée et la stérilisation forcée. Une stérilisation forcée est une stérilisation qui a été réalisée sans le consentement, mais dont la femme a généralement conscience. La stérilisation imposée est une stérilisation réalisée également sans consentement, mais dont la femme n'a même pas conscience. Et c'est ce que plusieurs témoignages racontent dont par exemple celui de cette femme dans la presse en 2021. En 2019, elle a alors 32 ans, elle est mère de quatre enfants et elle essaie d'avoir un cinquième enfant, mais elle n'y arrive pas. Elle consulte son médecin qui, après examen, lui apprend qu'elle a une ligature des trompes. Pour elle, c'est la découverte. En menant un peu l'enquête, elle se rend compte que quatre ans plus tôt, elle a été stérilisée pendant sa césarienne, sans en avoir été avertie, ni au préalable ni après. Les médecins ont donné naissance par césarienne à son quatrième enfant et ont estimé que c'était suffisant et en ont profité pour lui ligaturer les trompes ! C'est évidemment très problématique et ce n'est malheureusement pas un témoignage isolé.

En 2023, au Canada, une campagne d'information nationale est toujours en cours afin d'informer toutes les femmes autochtones qu'elles ont peut-être été stérilisées sans le savoir. Un vaste appel à témoignages est également en cours pour que les femmes se manifestent, qu'elles se fassent connaître auprès du gouvernement, en vue éventuellement de lancer des actions en justice de manière collective.

Est-ce qu'il fallait encore alourdir la charge négative portée par la stérilisation ? Apparemment oui, avec le scandale des implants Essure®.

Ces implants sont des petits ressorts en métal qui sont introduits dans chaque trompe. C'est une méthode facile par rapport aux autres méthodes de contraception définitive qui a rencontré un grand succès au début de sa commercialisation en 2002. Ces implants ont commencé à être commercialisés par une société qui s'appelait Conceptus, puis par une firme bien plus connue qui s'appelle Bayer. Cela rencontre un tel succès qu'entre 2008 et 2015 en France, sur les 261 000 stérilisations féminines enregistrées, on compte 140 000 poses d'implants Essure<sup>®</sup>, donc plus de la moitié. Sauf que le tableau commence un peu à se noircir en 2012, lorsqu'il y a 42 signalements d'effets secondaires potentiellement liés à ces implants qui sont remontés à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) française. En 2015, on comptait déjà 242 signalements.

Les effets secondaires sont un épuisement chronique, des douleurs musculaires principalement au niveau du dos ou de la nuque, des troubles hémorragiques, des troubles neurologiques, des troubles cognitifs, etc. Ce sont les plus fréquents. Il s'agit à la fois de symptômes systémiques et de symptômes gynécologiques. En France, la bataille juridique est entamée avec l'association R.E.S.I.S.T. (Réseau d'Entraide, Soutien et Information sur la Stérilisation Tubaire) créée en 2016. En 2017, on atteint 1 177 signalements et l'action de groupe qui court alors contre la firme Bayer compte 400 dossiers. 2017, c'est aussi l'année où Bayer décide de retirer ces implants du marché, officiellement pour des raisons commerciales. Donc, ils arrêtent d'être commercialisés partout dans le monde, sauf aux États-Unis. En 2022, l'action de groupe est jugée irrecevable en France et seules les actions individuelles se poursuivent.

Ce que l'on sait aujourd'hui, c'est qu'environ 200 000 Françaises ont reçu ces implants. Dans le monde en 2020, 750 000 femmes en sont porteuses. Évidemment, toutes n'ont pas rapporté des effets secondaires. Ce sont vraiment des cas isolés. En 2019, pour remettre un petit peu les choses en perspective, sur les 200 000 françaises qui sont porteuses de ces implants, on a 2 884 patientes qui ont été déclarées comme victimes. En juin 2021, on a plus de 30 000 explantations, c'est-à-dire des retraits d'implants qui nécessitent parfois le retrait de la trompe ; soit parce qu'il y avait des effets secondaires, soit parce que ce sont des femmes qui ont eu vent du scandale et qui ne préfèrent pas continuer avec cette méthode.

Comment explique-t-on ces effets secondaires et le fait que de nombreuses femmes se soient engagées dans des procédures judiciaires. Pour le moment, deux causes sont évoquées. La première c'est la présence de nickel, un des constituants principaux de l'implant. Le nickel est un métal allergène. Est-ce que cela a pu occasionner une allergie, une inflammation ? La question n'est pas encore résolue. La deuxième piste est celle de l'étain. C'est une piste assez récente qui a été suivie par des chercheurs de Lyon. Ils se sont rendu compte qu'il y avait une toute petite soudure en étain au niveau de l'implant et que, s'il y avait un défaut au niveau de cette soudure ou si elle s'usait avec le temps, des petites particules d'étain pouvaient se déposer aux alentours, donc principalement dans le tissu utérin, et évoluer vers des particules appelées organoétains. Ces organoétains peuvent occasionner une intoxication chronique. Les symptômes connus

et décrits d'intoxication chronique aux organoétains étaient similaires à ceux décrits par les patientes rapportant des effets secondaires avec les implants. Il y a toujours beaucoup de zones d'ombre qui devront être éclaircies mais c'est surtout un scandale de plus, quelque chose de négatif, qui vient ternir l'image de la stérilisation contraceptive.

On voit au travers de ces différents exemples que l'histoire qui entoure la stérilisation contraceptive est assez négative : on en a fait un outil de contrôle, de pression et de contraintes qui pèsent encore très lourdement sur l'idée que l'on se fait de cette contraception. Quand on pense à la stérilisation, on pense souvent en premier lieu à une mutilation ou une coercition. Cela n'aide pas à être accueillant envers les personnes qui revendiquent ce choix.

Qu'est-ce que l'on peut faire pour briser le tabou ? Comment faire de la stérilisation un outil de libération ? Parce que oui, la stérilisation comme méthode de contraception peut-être une forme de libération. Elle permet aux femmes de se réapproprier pleinement leur corps, de disposer de leur fécondité et en cela, c'est un outil d'émancipation et de libération au même titre que toutes les autres contraceptions.

Pour rappel, il faut toujours bien différencier la stérilisation choisie de la stérilisation forcée. Il faut faire en sorte qu'elle soit toujours choisie. Et choisie en connaissance de cause jamais forcée, jamais imposée. C'est ce que permet le « consentement libre et éclairé » qui figure dans la loi française et qui permet de prendre cette décision en toute connaissance de cause et devrait permettre d'empêcher les stérilisations forcées.

Il faut aussi informer pour dédramatiser. Plus on en parle, plus on casse le tabou et la méconnaissance qui entoure cette méthode de contraception.

Enfin, il est essentiel de mieux former les soignants sur deux aspects. Les former pour leur apprendre à proposer spontanément la stérilisation comme méthode de contraception. C'est quelque chose qu'on entend très rarement en consultation de gynécologie quand on se renseigne sur une contraception. Personnellement, on ne m'en a jamais parlé, c'est toujours moi qui ai abordé le sujet. Lorsqu'on est jeune, on n'entend jamais parler de stérilisation spontanément par les soignants. Je suis d'accord que ce n'est pas une méthode très répandue ou très choisie, mais il serait bien de simplement signaler que cette méthode existe aussi, que c'est légal et possible même si ce n'est peut-être pas pour maintenant ou pas pour vous, mais ça existe et pas uniquement pour les femmes qui approchent de la ménopause et qui ont déjà quatre enfants. L'autre aspect serait de mieux former les soignants à accompagner les personnes qui en font la demande, du début à la fin du parcours : savoir vers où les orienter, savoir leur conseiller des confrères ou des consœurs à consulter si eux ne sont pas à même de réaliser l'opération. Ce sont deux pistes qui, à mon avis, sont importantes à mettre en place pour casser ce tabou et redonner à la stérilisation la place qu'elle mérite au sein des méthodes de contraception.

Edité par la FLCPF/CEDIF, Août 2024.

Transcription et réalisation : Marie FRANÇOIS et Claudine CUEPPENS.

© Tous droits de reproduction réservés.

D/2024/12.700/2

Editeur responsable : FLCPF Asbl – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



**FLCPF-CEDIF**

**34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles – 02 502 68 00**

**[cedif@planningfamilial.net](mailto:cedif@planningfamilial.net)**