

LA PROCRÉATION ASSISTÉE: COMMENT Y VOIR CLAIR?

Fédération du Québec pour le planning des naissances

LA PROCRÉATION ASSISTÉE

COMMENT Y VOIR CLAIR?

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

RECHERCHE, RÉDACTION ET
COORDINATION DE LA PRODUCTION : Manon Sabourin

RÉVISION DU CONTENU : Nathalie Parent

RÉVISION LINGUISTIQUE ET GRAPHISME : Louise-Andrée Lauzière

PAGE COUVERTURE : Anne Côté

La FQPN tient à remercier chaleureusement pour leurs précieux commentaires et suggestions les membres de son conseil d'administration ainsi que les membres du comité d'encadrement du projet de formation sur les technologies de procréation assistée : Abby Lippman, professeure titulaire au Département d'épidémiologie et de biostatistiques de l'Université McGill; Louise Vandelac, professeure titulaire au Département de sociologie ainsi qu'à l'Institut des sciences de l'environnement de l'UQÀM; Irène Demczuk, agente de développement au Service aux collectivités de l'UQÀM.

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière du Programme de promotion de la femme de Condition féminine Canada, du Fonds des services aux collectivités du ministère de l'Éducation du Québec et à la collaboration du Service aux collectivités de l'UQÀM (protocole UQÀM/Relais-femmes).

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 978-2-9802393-8-0

© FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES, 2006

La reproduction de parties de ce document est possible à condition d'en citer la source.

DISTRIBUTION

Fédération du Québec pour le planning des naissances

514 866-3721

info@fqpn.qc.ca

www.fqpn.qc.ca

PRÉFACE

L'apparition des technologies de procréation assistée au début des années 1980 ainsi que les nombreuses demandes d'information provenant de femmes qui souhaitaient y recourir ont mené la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) à s'intéresser à ces technologies. Seul organisme au Québec à travailler sur la question de la santé sexuelle et reproductive dans une perspective féministe et de promotion de la santé, la FQPN a dès lors commencé à faire des recherches, à analyser de façon critique les écrits sur le sujet et à débattre, avec ses membres, collaboratrices et le mouvement des femmes, des risques et des enjeux que soulève la procréation assistée.

Ces réflexions nous ont amenées à croire que des intérêts d'ordres scientifique, commercial ou médical prenaient largement le pas sur les intérêts des femmes individuellement et des êtres humains collectivement. Plus qu'une question de choix individuel, la procréation assistée présente des enjeux pour l'ensemble de la collectivité. La FQPN s'est ainsi rapidement inquiétée des conséquences de la maternité à saveur technologique, de la science qui chamboule les règles naturelles de la reproduction, de l'impact de ces pratiques sur la santé des femmes et des enfants, de l'instrumentalisation et de la commercialisation du matériel reproductif humain et du corps des femmes et, enfin, des dérives eugénistes pouvant découler de ces pratiques et technologies.

Malgré les récents efforts des gouvernements fédéral et provincial en vue d'encadrer la pratique de la procréation assistée, la FQPN demeure préoccupée par les nombreuses questions qu'elle suscite et qui n'ont pas fait l'objet de réels débats de société. Cette brochure vise donc à sensibiliser le public à l'importance d'une prise de

conscience collective des enjeux que comportent ces technologies au plan de la santé, certes, mais aussi aux plans social, économique et éthique.

Pour ce faire, la brochure présente une perspective différente et un regard critique sur une série d'idées reçues entourant les technologies de procréation assistée. Cette brochure ne constitue toutefois pas le « dernier mot » sur la question de la procréation assistée. Elle se veut davantage un moyen d'encourager les discussions et les débats et d'inviter toute personne ou tout groupe intéressé à approfondir sa réflexion sur le sujet.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
SECTION I	
MYTHE 1 De plus en plus de personnes sont infertiles.	8
MYTHE 2 Les technologies de procréation assistée sont sécuritaires et sans danger pour la santé.	11
MYTHE 3 Les technologies de procréation assistée sont LA solution aux problèmes de fertilité.	14
MYTHE 4 Les technologies de procréation assistée sont efficaces.	17
MYTHE 5 Les technologies de procréation assistée ont été rigoureusement évaluées.	19
MYTHE 6 Avoir un enfant, c'est un droit!	21
MYTHE 7 Les technologies de procréation assistée sont au cœur d'une industrie désintéressée.	23
MYTHE 8 L'anonymat des donneurs protège l'intérêt des enfants.	25
MYTHE 9 Les technologies de procréation assistée sont un progrès pour l'humanité.	27
SECTION II	
LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION ASSISTÉE, DE QUOI S'AGIT-IL EXACTEMENT?	29
Insémination artificielle	29
Stimulation ovarienne	30
Fécondation in vitro	31
Injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde (ou micro-injection)	33
Diagnostic préimplantatoire	34
Maturation in vitro	35
Mère porteuse	36
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

INTRODUCTION

La procréation assistée désigne l'ensemble des technologies et pratiques médicales visant à contourner certaines difficultés d'ordres physiologique, psychologique, socioéconomique ou sexuel qui empêchent ou retardent la conception d'un enfant. Elles désignent également l'ensemble des technologies visant à diagnostiquer l'état de santé d'un embryon dans l'utérus (in utero) ou à l'extérieur du corps de la femme (in vitro).

Souvent présentées comme un « miracle » médical, ces technologies exercent une véritable fascination chez certaines personnes et suscitent de l'inquiétude chez d'autres. Depuis plus de 25 ans, les technologies de procréation assistée continuent de se développer et tout porte à croire que leur utilisation ira en s'accroissant. Ces technologies ont aussi été largement médiatisées. Cela a contribué à les banaliser, à voiler leurs effets et les enjeux qu'elles soulèvent, et a donné lieu à toute une série de mythes les concernant.

Cette brochure comporte deux sections : la première présente et remet en question neuf idées reçues concernant, notamment, la notion d'infertilité, l'efficacité des technologies, leur encadrement scientifique et leurs risques pour la santé. La seconde partie décrit les principales technologies de procréation assistée utilisées actuellement par le milieu médical, sous forme de glossaire commenté. La lectrice et le lecteur pourront y référer au besoin en cours de lecture.



DE PLUS EN PLUS DE PERSONNES SONT INFERTILES.

Au Canada, on estime qu'un couple sur 12 éprouverait de la difficulté à concevoir un enfant⁽¹⁾. Ce taux n'aurait pas beaucoup varié depuis les dernières décennies, mais le nombre de couples et de personnes faisant appel aux technologies de procréation assistée a, lui, beaucoup augmenté, ce qui laisse croire que le nombre de personnes infertiles a aussi augmenté. Pourtant, une meilleure compréhension de ce qu'est l'infertilité et des multiples facettes que cette notion comporte nous permet de mettre en perspective une telle affirmation.

Il y a plusieurs façons de définir l'infertilité. Tout d'abord, clarifions les notions de stérilité et d'infertilité, souvent confondues. La *stérilité* se caractérise par une incapacité de concevoir ou de mener à terme une première ou une autre grossesse en raison d'un problème du système reproducteur de l'un, de l'autre ou des

deux partenaires. *L'infertilité*, quant à elle, n'est pas en soi une impossibilité, mais plutôt une difficulté à concevoir un enfant ou un délai dans le projet de conception.

Selon une perspective féministe, l'infertilité pourrait être un état, celui de ne pas être mère (ou de ne pas être mère une fois de plus), ce qui, en soi, n'est pas problématique. Pour être considéré comme étant de l'infertilité, cet état doit nécessairement être associé à un désir, puisqu'une femme qui ne veut pas fonder une famille n'est pas préoccupée par l'absence d'enfant. Ce désir d'être mère doit, enfin, rencontrer un obstacle et être contrarié. L'obstacle rencontré est habituellement un délai de conception de plusieurs mois qui finit par devenir plus ou moins insupportable.

CETTE DÉFINITION DE
L'INFERTILITÉ QUI RÉDUIT
LE TEMPS D'ESSAI À
UN AN A POUR EFFET
D'AUGMENTER LE
NOMBRE DE
PERSONNES POUVANT
ÊTRE DIAGNOSTIQUÉES
« INFERTILES ».

L'infertilité peut aussi être associée au couple et comporte, à cet égard, une dimension relationnelle. Ainsi, il est possible qu'une personne soit fertile avec un partenaire et pas avec un autre ou même parfois que les deux partenaires n'arrivent pas à concevoir ensemble pour des raisons physiologiques ou psychologiques. L'infertilité comprend aussi une dimension sociale. Ainsi, la difficulté de concevoir un enfant pour les femmes seules ou chez les couples lesbiens relève du contexte ou de l'orientation sexuelle, et non d'un problème d'ordre médical.

La notion d'infertilité est souple, changeante et implique aussi la notion de temps, qui peut varier de façon aléatoire. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé et la France considèrent l'absence de conception après deux ans de rapports sexuels non protégés avec un même partenaire comme un problème potentiel d'infertilité⁽²⁾. Jusqu'en 1968, le Canada faisait aussi de ce délai de deux ans un critère d'admissibilité aux tests de fertilité⁽³⁾.

Aujourd'hui, l'offre des technologies de procréation assistée et la programmation de l'enfantement contribuent sans aucun doute à la réduction de ce délai, qui est maintenant d'un an, voire de six mois. Maintenant privilégiée par le milieu médical, cette définition de l'infertilité qui réduit le temps d'essai à un an a pour effet d'augmenter le nombre de personnes pouvant être diagnostiquées

« infertiles », ce qui contribue à élargir les clientèles des cliniques de fertilité et le recours aux technologies de procréation assistée.

Dans la population en général, dans des conditions dites normales, parmi les couples qui n'utilisent aucun moyen contraceptif dans l'espoir d'avoir un enfant, 84 % y parviendront au cours de la première année. Parmi ceux qui n'y arriveront pas au cours de cette période, la moitié y parviendront au cours de la deuxième année. Par ailleurs, 94 % des femmes de 35 ans et plus et 77 % des femmes de 38 ans et plus seront en mesure de concevoir après trois ans d'essais⁽⁴⁾.

Si un délai de deux ans de rapports sexuels sans contraceptifs était exigé avant de recourir aux technologies de procréation assistée, on éviterait sans doute à nombre de personnes de s'investir tant émotionnellement que financièrement dans un processus physiquement exigeant, qui présente souvent des risques pour la santé et dont les taux de succès sont des plus discutables, comme il sera démontré plus tard.



LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION
ASSISTÉE SONT

SÉCURITAIRES ET SANS DANGER POUR LA SANTÉ.

La promotion des technologies de procréation assistée et le fait que des médecins les utilisent depuis plus de 20 ans laissent supposer qu'elles sont sécuritaires, techniquement à point et efficaces. Pourtant, de plus en plus d'études à travers le monde mettent en évidence les risques importants que présentent plusieurs de ces technologies pour la santé des femmes et des enfants.

Par exemple, il est maintenant reconnu que la stimulation ovarienne, utilisée notamment dans le cadre de l'insémination artificielle et de la fécondation in vitro, peut occasionner des problèmes de santé importants incluant des embolies pulmonaires, des accidents vasculaires cérébraux et peut aussi conduire au syndrome d'hyperstimulation ovarienne⁽⁵⁾.

Environ 6 % des femmes seraient affectées par le syndrome d'hyperstimulation ovarienne⁽⁶⁾. Dans sa forme modérée, ce syndrome est généralement caractérisé par des nausées, vomissements,

diarrhées et des douleurs abdominales⁽⁷⁾. Avec le temps, ces symptômes peuvent s'aggraver et occasionner un gain de poids rapide, une accumulation de liquide dans l'abdomen, des difficultés respiratoires, etc. Dans sa forme sévère, le syndrome d'hyperstimulation ovarienne nécessite une hospitalisation. Il peut provoquer des hémorragies causées par l'éclatement des ovaires, la détresse respiratoire, des dommages aux reins, des risques de thromboembolie⁽⁸⁾, la stérilité et, dans de rares cas, la mort⁽⁹⁾.

De plus, des liens possibles entre l'usage des médicaments nécessaires à la stimulation ovarienne et le cancer des ovaires ont déjà été soulevés. Des études rigoureuses et à long terme sont donc nécessaires afin d'avoir un portrait clair des risques auxquels les femmes s'exposent. Or, dans près de la moitié des cas, le recours à la procréation assistée est lié à des problèmes d'infertilité chez l'homme. Ces procédés sont donc souvent pratiqués sur des femmes fertiles et en parfaite santé, qui s'exposent ainsi à des risques importants pour leur santé.

Les pratiques utilisées en procréation assistée augmentent aussi le nombre de grossesses multiples de façon considérable, ce qui représente un risque sérieux tant pour la santé de la mère que celle des enfants. Alors que le taux de grossesses multiples qui prévaut dans l'ensemble de la population est d'environ 2 %, 31 % des naissances vivantes issues de la fécondation in vitro étaient multiples au Canada en 2003⁽¹⁰⁾. Parmi ces grossesses multiples, 95 % étaient des jumeaux et 5 % des triplés (ou autre). Or, les grossesses multiples accroissent de manière importante les risques de prématurité (50 % chez les jumeaux et 90 % chez les triplés), laquelle peut occasionner des problèmes de santé majeurs chez les nouveau-nés, dont la paralysie cérébrale, la surdité, la cécité, des problèmes respiratoires chroniques, l'hyperactivité, des troubles d'apprentissage et de comportement, etc.⁽¹¹⁾

Les grossesses multiples sont également associées à des complications importantes pour la mère, comme un risque accru d'hémorragie, de diabète de grossesse, d'accouchement instrumenté,

ALORS QUE LE TAUX DE
GROSSESSES MULTIPLES
QUI PRÉVAUT DANS
L'ENSEMBLE DE LA
POPULATION EST
D'ENVIRON 2 %,
31 % DES
NAISSANCES VIVANTES
ISSUES DE LA
FÉCONDATION IN VITRO
ÉTAIENT MULTIPLES AU
CANADA EN 2003.

de transfusion, d'éclampsie, de césarienne et de mortalité. Cela peut aussi créer d'autres types de problèmes, tels que des dépressions, des séparations ou divorces étant donné les difficultés à prendre soin de plusieurs nourrissons en même temps⁽¹²⁾.

Certaines études rapportent aussi des risques de malformations congénitales graves (malformations des appareils urogénital, cardiovasculaire et musculosquelettique) chez les enfants conçus à l'aide des technologies de procréation assistée. Le taux de malformations congénitales diagnostiquées avant l'âge d'un an serait de 4,2 % chez les bébés issus de conception naturelle alors qu'il serait de 9 % chez les bébés issus de la fécondation in vitro, soit plus du double⁽¹³⁾. D'autres études font état de troubles neurologiques et de déficiences physiques majeures dont la fréquence est beaucoup plus élevée chez les enfants issus de la fécondation in vitro (ou de la micro-injection) que dans les populations témoins⁽¹⁴⁾.

Bien que les technologies de procréation assistée aient permis la réalisation de nombreux projets parentaux, elles ont également engendré des coûts pour les familles ainsi que pour la société. Les risques pour la santé des femmes et des enfants associés, notamment, à la stimulation ovarienne et à la fécondation in vitro sont extrêmement préoccupants. D'autant plus qu'aucun mécanisme d'évaluation à long terme de l'impact de ces technologies sur la santé n'a encore été mis en place au Québec et au Canada.



LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION
ASSISTÉE SONT

LA SOLUTION AUX PROBLÈMES DE FERTILITÉ.

L'attention médiatique qu'ont suscitée les technologies de procréation assistée au fil des années a grandement contribué à l'idée selon laquelle ces technologies représentent l'ultime solution aux problèmes des couples qui éprouvent des difficultés à concevoir. Pourtant, dans les faits, les technologies de procréation assistée n'offrent ni solution ni traitement à l'infertilité et à la stérilité.

La fécondation in vitro, par exemple, ne permet pas de débloquer des trompes obstruées. Après insémination artificielle, les spermatozoïdes trop lents ne seront pas plus rapides. Autrement dit, ces technologies ne constituent pas un « traitement » de l'infertilité puisqu'elles ne s'attaquent pas à la source du problème. Elles permettent toutefois de *contourner* les problèmes de fertilité.

Il serait également faux de prétendre que les technologies de procréation assistée représentent le seul espoir pour les couples ayant des difficultés à concevoir un enfant. L'infertilité demeure

L'INFERTILITÉ DEMEURE
INEXPLIQUÉE DANS
PRÈS DE 25 %
DES CAS.

CES TECHNOLOGIES
NE CONSTITUENT PAS
UN « TRAITEMENT »
DE L'INFERTILITÉ
PUISQU'ELLES NE
S'ATTAQUENT PAS
À LA SOURCE DU
PROBLÈME.

inexpliquée dans près de 25 % des cas⁽¹⁵⁾. Et lorsqu'elle peut être expliquée, on s'aperçoit que de nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur la fertilité.

En effet, les causes connues de l'infertilité sont d'origines diverses. Elles peuvent être liées au stress, à un surplus ou à une insuffisance de poids, au tabagisme, à la consommation exagérée d'alcool, à la prise de certains médicaments, au milieu de travail⁽¹⁶⁾, etc. Elles peuvent également être liées à l'environnement et être associées aux effets de certains polluants⁽¹⁷⁾.

En outre, le report de la première grossesse à des âges où la fertilité naturelle commence à décliner contribue de manière importante au recours aux technologies de procréation assistée. En 2003, au Canada, 48 % des femmes qui ont donné naissance à un enfant étaient âgées de 30 ans et plus, alors qu'elles n'étaient que 25 % il y a deux décennies⁽¹⁸⁾. Chez les femmes, la fertilité commence à décliner lentement entre 30 et 35 ans et plus rapidement par la suite⁽¹⁹⁾, alors que celle des hommes commence à décliner plus tard et plus lentement, à partir de 40 ans⁽²⁰⁾.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les dommages causés par les infections transmises sexuellement, notamment la gonorrhée et la chlamydia, constituent la principale cause de stérilité dans les pays développés⁽²¹⁾. Au Québec, la forte augmentation de ces infections, soit une hausse de 39 % pour la gonorrhée entre 2000 et 2005, et un bond de 82 % pour la chlamydia entre 1998 et 2003⁽²²⁾, est extrêmement inquiétante, d'autant plus que la chlamydia étant asymptomatique, le diagnostic se pose souvent trop tard.

Voilà pourtant des facteurs sur lesquels on pourrait facilement intervenir *en amont* afin de prévenir les problèmes d'infertilité. Par exemple, en investissant dans la prévention et le dépistage des infections transmises sexuellement, il serait possible de prévenir une des principales causes connues de stérilité chez les femmes; en instaurant un programme d'éducation sexuelle dans les écoles permettant de mieux comprendre le fonctionnement du cycle menstruel ainsi que les façons de protéger sa fertilité; en C

encourageant les recherches sur les impacts de polluants environnementaux sur la fertilité ou encore en offrant aux jeunes désireux de fonder une famille des conditions socioéconomiques facilitantes plutôt que de les pousser, pour cause d'insécurité professionnelle et d'endettement, à reporter sans cesse leur projet.

Certes, les technologies de procréation assistée font naître l'espoir au sein de plusieurs couples, mais à quel prix, sachant que la majorité d'entre eux ressortiront de cette aventure endettés, psychologiquement et physiquement éprouvés et souvent sans enfant? Par conséquent, il serait préférable d'investir plus d'efforts afin de mieux comprendre les problèmes de fertilité plutôt que de parfaire les moyens de les contourner. Il serait aussi impératif de miser davantage sur la prévention plutôt que d'expérimenter sans cesse de nouvelles technologies de procréation assistée exposant des personnes à des procédés hautement médicalisés, risqués pour la santé de la population et pour l'intégrité de l'espèce humaine.

LA MAJORITÉ
[DES COUPLES]
RESSORTIRONT DE
CETTE AVENTURE
ENDETTÉS,
PSYCHOLOGIQUEMENT
ET PHYSIQUEMENT
ÉPROUVÉS ET SOUVENT
SANS ENFANT.



LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION ASSISTÉE SONT

EFFICACES.

PRÈS DE QUATRE
PERSONNES SUR CINQ
(78,8 %) AYANT
ENTREPRIS UNE
DÉMARCHE EN
CLINIQUE DE FERTILITÉ
EN SONT RESSORTIES
SANS ENFANT.

Les technologies de procréation assistée sont souvent présentées comme autant « d'exploits » et de « réussites » scientifiques. La promotion hautement médiatisée de leur « succès » ainsi que l'exagération ou la surestimation de leur réussite, afin d'attirer la clientèle ou d'obtenir des fonds de recherche⁽²³⁾, ont certainement laissé croire que ces techniques sont beaucoup plus efficaces qu'elles ne le sont en réalité.

À la suite de nombreuses critiques relatives aux manipulations des taux de succès, la France a consacré de réels efforts afin d'uniformiser les méthodes de calcul et obtenir des chiffres plus fiables. Le Canada et le Québec, cependant, ne disposent toujours d'aucun registre public et indépendant concernant l'efficacité des diverses techniques de procréation assistée. Ainsi, les taux de succès des techniques sont calculés par les principaux intéressés, soit les cliniques privées de fertilité, et la méthode d'évaluation de même que la diffusion des données sont laissées à leur entière discrétion.

Étant donné cet état de fait, les taux de succès publicisés doivent être interprétés avec prudence. En fait, comme ces taux varient en fonction de divers critères, tels que l'âge des femmes, le diagnostic d'infertilité et la technique utilisée, les résultats globaux concernant l'ensemble des femmes ayant eu recours à ces services ne peuvent fournir un portrait clair et précis de la réalité. Ces données sont de nature différente et devraient donc faire l'objet de catégories d'analyse distinctes permettant d'évaluer l'efficacité réelle d'une technique en fonction de paramètres établis.

Pour ajouter à la confusion quant à l'interprétation des taux de succès des technologies, ces derniers sont parfois présentés en fonction soit du nombre de cycles de stimulation ovarienne, soit du nombre d'embryons transférés et implantés ou soit des taux de grossesse. De plus, la grossesse peut être définie comme étant biochimique* ou clinique** ou avec naissances vivantes. Selon le critère choisi, on aura évidemment des taux de succès fort différents. Pourtant, au-delà de toutes ces présentations de résultats possibles, la seule chose qui intéresse vraiment les personnes qui recourent à la procréation assistée est d'avoir des informations fiables sur leur chance d'avoir un enfant vivant et en bonne santé.

Selon des données de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, le taux global de naissances vivantes, toutes techniques confondues, étaient de 21,2 % au Canada en 2001⁽²⁴⁾. Bien que les chances de réussite diffèrent en fonction d'une série de facteurs tel que mentionné plus haut, cette donnée globale nous donne tout de même un aperçu d'une réalité troublante : près de quatre personnes sur cinq (78,8 %) ayant entrepris une démarche en clinique de fertilité en sont ressorties sans enfant.

En d'autres mots, beaucoup de personnes vivront des échecs à répétition et chaque résultat négatif de grossesse sera vécu comme un véritable deuil. En fait, ces technologies entretiennent l'espoir et créent de grandes attentes ce qui, dans de nombreux cas, provoquera de grandes déceptions et beaucoup de souffrance émotionnelle.

* Grossesse détectée par la présence d'une hormone (h.C.G) sécrétée par l'embryon dès son implantation dans l'utérus.

** Grossesse confirmée par une échographie montrant la présence d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus.



LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION
ASSISTÉE ONT ÉTÉ

RIGOREUSEMENT ÉVALUÉES.

LA PRATIQUE
A DEVANCÉ
L'ÉTHIQUE ET
LES APPLICATIONS,
PRÉCÉDÉ
LES EXPLICATIONS.

L'utilisation des technologies de procréation assistée depuis plus de 25 ans ainsi que leur accessibilité contribuent certainement à l'idée selon laquelle elles ont été convenablement évaluées par le milieu médical. Pourtant, aussi surprenant et paradoxal que cela puisse paraître, le développement des technologies de procréation assistée s'est effectué en toute liberté, sans encadrement ni évaluation scientifique et sociale à long terme de leurs impacts sur les femmes et les enfants. Ainsi, la pratique a devancé l'éthique et les applications, précédé les explications.

En fait, les cliniques de fertilité ont pu développer, expérimenter et pratiquer sur les femmes des technologies dont l'innocuité et l'efficacité n'ont pas été rigoureusement démontrées. En effet, comme le souligne Raymond D. Lambert, chercheur au Centre de recherche du CHUQ : « ... si ces technologies sont à risques, c'est soit qu'elles sont mal utilisées (fécondation in vitro, stimulation ovarienne), soit qu'on les expérimente directement chez l'être humain sans

expérimentation animale préalable (micro-injection ou injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde) ou soit qu'on procède à leur application sur l'être humain même si l'expérimentation animale en a démontré les dangers (maturation in vitro) »⁽²⁵⁾. Aujourd'hui encore, au Québec, certaines cliniques de fertilité offrent la maturation d'ovules in vitro, alors que cette « pratique » est en réalité encore au stade d'expérimentation et de recherche.

Par ailleurs, l'absence de données scientifiquement fiables quant aux risques à long terme de ces technologies et la nature toujours expérimentale de certaines d'entre elles soulèvent une autre préoccupation. En effet, dans un tel contexte, comment les femmes peuvent-elles prendre des décisions éclairées? Comment peut-on assurer le consentement éclairé des personnes qui recourent à ces technologies?

Considérant les inquiétudes qu'elles suscitent, il est urgent de procéder à l'évaluation et au suivi à long terme des risques que ces technologies comportent sur la santé des femmes y ayant eu recours et des enfants qui en sont issus. De plus, plusieurs de ces technologies étant toujours expérimentales, il est donc impératif qu'elles soient gérées comme telles, c'est-à-dire dans le cadre de protocoles de recherche permettant de démontrer leur sûreté et leur innocuité avant qu'elles ne soient utilisées⁽²⁶⁾. Enfin, les femmes qui recourent à ces technologies devraient être informées du fait qu'elles participent à des recherches et elles devraient signer un formulaire de consentement à cette fin.

LES CLINIQUES
DE FERTILITÉ ONT PU
DÉVELOPPER,
EXPÉRIMENTER ET
PRATIQUER SUR LES
FEMMES DES
TECHNIQUES DONT
L'INNOCUITÉ ET
L'EFFICACITÉ N'ONT PAS
ÉTÉ RIGOREUSEMENT
DÉMONTRÉES.



AVOIR UN ENFANT, C'EST UN DROIT!

Le désir d'enfant semble parfois irrépressible au point d'être défendu, au nom du choix, du droit et de la liberté individuelle, comme un droit absolu⁽²⁷⁾.

Certaines personnes considèrent l'infertilité comme une maladie. Cela sous-entend alors le droit à la santé et impliquerait donc la possibilité et le droit de concevoir des enfants. Il y a certes les droits de l'enfant, mais il n'y a pas, en tant que tel, de droits d'un couple ou d'un individu à concevoir un enfant.

L'incapacité ou les délais à concevoir un enfant peuvent résulter d'un problème d'ordre physiologique, mais ils peuvent aussi découler de la combinaison complexe de facteurs socioéconomiques, psychologiques et relationnels. Toutefois, dans quelle mesure l'infertilité peut-elle vraiment être considérée comme une maladie? Voilà d'ailleurs qui serait une bien étrange maladie, celle qui n'apparaît qu'à la lumière du désir d'enfant et dont le symptôme est la frustration de la non-conception⁽²⁸⁾.

En fait, l'infertilité est davantage comme un désir inassouvi, un projet frustré et en cela, elle est porteuse d'une grande souffrance pour les

couples qui y sont confrontés. Toutefois, transformer l'incapacité de réaliser ses désirs en pathologie et médicaliser ces désirs entraînent certaines personnes vers une incroyable escalade d'interventions, voire vers un véritable acharnement thérapeutique, avec trois, cinq, neuf tentatives de fécondation in vitro.

Une telle médicalisation sans fin du désir, étroitement associée à l'engouement face au progrès scientifique, dérive parfois vers une médecine de pure convenance posant désormais de plus en plus le problème de « l'enfant quand je veux et comme je veux ». Ainsi, au désir légitime de concevoir un enfant, se substitut de plus en plus souvent le droit à l'enfant « idéal », ou du moins sans tares, et la médecine répond à ce désir par la multitude et la diversité des technologies mises au service des individus⁽²⁹⁾.

Cette médecine du désir n'est pas sans soulever de nombreuses préoccupations en raison des dérives possibles qui lui sont associées. Dans certains pays, par exemple, il est désormais possible, grâce au diagnostic préimplantatoire, de choisir le sexe de son bébé, sans raison médicale, afin de permettre à des couples de réaliser l'équilibre des sexes au sein de leur famille, ou encore d'envisager la conception d'un « bébé médicament » conçu et sélectionné dans le but de soigner une soeur ou un frère atteint d'une maladie grave.

Le désir d'enfant, transformé en prétendu droit et en désir du bébé « à la carte », n'a-t-il donc aucune limite? Ne devrait-on pas tenter de délimiter ce que la médecine devrait offrir, plutôt que de penser que tout est parfaitement valable et légitime parce que les technologies peuvent maintenant y répondre?

AU DÉSIR LÉGITIME
DE CONCEVOIR UN
ENFANT, SE SUBSTITUT
DE PLUS EN PLUS
SOUVENT LE DROIT À
L'ENFANT « IDÉAL »,
OU DU MOINS SANS
TARES, ET LA
MÉDECINE RÉPOND À
CE DÉSIR PAR LA
MULTITUDE ET LA
DIVERSITÉ DES
TECHNOLOGIES MISES
AU SERVICE DES
INDIVIDUS.



LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION
ASSISTÉE SONT

AU CŒUR D'UNE INDUSTRIE DÉSINTÉRESSÉE.

Au-delà du discours de certains professionnels qui se présentent comme le dernier espoir des couples infertiles, se cache la réalité trop souvent oubliée de l'industrie de la procréation, au sein de laquelle convergent divers intérêts : intérêts professionnels à travailler dans un secteur de pointe fortement médiatisé et valorisé par la compétition internationale, intérêts fantasmatiques de la toute-puissance de donner la vie, intérêts financiers considérables des cliniques privées. Par ailleurs, tout cela aboutit à la mise en place d'une industrie qui, une fois enclenchée, ne peut que progresser, l'offre créant la demande⁽³⁰⁾.

Ce marché de la reproduction sert notamment les intérêts de l'industrie pharmaceutique, des technologies biomédicales et génétiques et des laboratoires de recherche et d'analyses biologiques. Aux États-Unis, l'industrie de la procréation est estimée à plus de 3 milliards de dollars annuellement⁽³¹⁾. En Angleterre, cette profession médicale est désormais

la plus lucrative, les revenus des experts de la fertilité dépassant même ceux des spécialistes en chirurgie esthétique les mieux payés⁽³²⁾.

Au cœur de cette industrie, se trouvent les professionnels du milieu des cliniques privées qui ne sont plus seulement soignants, mais également des entrepreneurs qui offrent et vendent des services de procréation. Bien qu'ils puissent pratiquer avec un grand professionnalisme, comme tout bon entrepreneur, ils souhaitent et cherchent aussi à faire des profits. Ils sont donc à la fois juge et partie quant à l'évaluation des personnes qui les consultent, à l'offre de services et à la nécessité de maximiser les profits de leur entreprise. Dans ce cas, tel que le souligne Annie Janvier, pédiatre néonatalogiste, un médecin n'est-il pas plus à risque de recommander une fécondation in vitro si cette dernière est plus profitable financièrement?⁽³³⁾

En fait, ce contexte place les professionnels du milieu dans une délicate position de conflit d'intérêts face à des couples qui, à la fois patients et clients, souffrent de ne pas avoir d'enfant et vivent souvent avec une grande vulnérabilité émotionnelle leur désir d'avoir un enfant. Cette vulnérabilité face au désir d'enfant complique à la fois les choix qu'ils peuvent faire et les risques pour leur santé auxquels ils sont prêts à s'exposer. Le médecin sera alors confronté à la possibilité de transférer plusieurs embryons à la fois afin de favoriser les chances de réussite ainsi que les taux de succès de sa clinique, alors que cette pratique augmente les risques pour la santé des femmes et des enfants⁽³⁴⁾.

L'encadrement des technologies de procréation assistée devrait être basé sur les principes visant la protection de la santé des femmes et des enfants en tout premier lieu. Pour ce faire, des normes de pratique devraient être développées par des instances indépendantes et libres de tout conflit d'intérêts. Malheureusement, au moment d'écrire ces lignes, ni le Canada ni le Québec n'ont encore mis en place de tels mécanismes.

EN ANGLETERRE [...]
LES REVENUS DES
EXPERTS DE LA
FERTILITÉ [DÉPASSENT]
MÊME CEUX DES
SPÉCIALISTES EN
CHIRURGIE ESTHÉTIQUE
LES MIEUX PAYÉS.



L'ANONYMAT DES DONNEURS PROTÈGE L'INTÉRÊT DES ENFANTS.

EST-CE QUE LA
PEUR D'UNE SUPPOSÉE
PÉNURIE DE
DONNEURS EST EN SOI
UNE RAISON VALABLE
ET SUFFISANTE POUR
PRIVER DÉLIBÉRÉMENT
L'ENFANT D'UNE
PARTIE DE SES
ORIGINES?

Dans la plupart des pays, dont le Canada, l'anonymat des donneurs de sperme et des donneuses d'ovules est préservé. Cependant, au nom de l'intérêt des enfants, la question de l'anonymat des donneurs soulève de plus en plus de questions et de préoccupations.

L'anonymat consiste en ce que, d'une part, le donneur et, d'autre part, le couple receveur et l'enfant issu du don ignorent leurs identités respectives. Seules des informations non identifiantes (couleur des yeux et des cheveux, taille, occupation, intérêts, etc.) et les informations médicales des donneurs sont accessibles et pourront éventuellement être révélées à l'enfant.

La protection de la vie privée du donneur, ainsi que le risque d'une baisse éventuelle du nombre de donneurs advenant la levée de l'anonymat, font partie des principaux arguments de ceux qui sont en faveur de son maintien. Sachant que le Code civil du Québec ne reconnaît aucune responsabilité ni aucun droit de parenté envers

l'enfant conçu à partir de son don, l'anonymat est-il justifié? Est-ce que la peur d'une supposée pénurie de donneurs est en soi une raison valable et suffisante pour priver délibérément l'enfant d'une partie de ses origines, facteur clé dans la construction de son identité, de son vécu et de son histoire? Les enfants issus de dons anonymes n'ont pas fait le choix de ne pas connaître une partie de leurs origines génétiques, ce choix leur a été imposé. Or, en levant l'anonymat, on reconnaît à l'enfant devenu adulte le droit, s'il le désire, d'en apprendre davantage sur celui ou celle qui a contribué à sa conception.



LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION
ASSISTÉE SONT

UN PROGRÈS POUR L'HUMANITÉ.

DE L'ENFANT *DÉSIRÉ*,
NOUS NOUS DIRIGEONS
DE PLUS EN PLUS
VERS L'ENFANT
PROGRAMMÉ, FAIT
SUR MESURE,
L'ENFANT-OBJET.

Au cours des dernières décennies, la couverture médiatique des technologies de procréation assistée les ont rendues de plus en plus familières, au point de paraître désormais comme une avenue normale vers la réalisation d'un projet parental. Pourtant, derrière cette réalité, s'en cache une autre qui ébranle notre perception des fondements de l'identité humaine.

En effet, au-delà des projets parentaux qu'elles permettent de réaliser, les technologies de procréation assistée fracassent notre conception de l'engendrement. Selon Louise Vandelac, sociologue et professeure, nous sommes devenus la première génération de l'histoire à concevoir des êtres humains en pièces détachées, à des kilomètres et à des années de distance, sans se voir ni se toucher, via commerce Internet ou postal de sperme, d'ovules et d'embryons⁽³⁵⁾. L'enfant peut désormais être issu d'une technique instrumentale de laboratoire. De l'enfant *désiré*, nous nous dirigeons de plus en plus vers l'enfant *programmé*, fait sur mesure, l'enfant-objet⁽³⁶⁾. Peu à peu, ces technologies commencent à modifier notre conception même de l'être humain, dont nous pouvons désormais,

grâce au diagnostic préimplantatoire, maîtriser la « qualité », choisir certaines caractéristiques ou corriger certains défauts. Mais jusqu'où nous entraînera la « toute-puissance du désir d'enfant » et ce vertigineux désir de l'enfant parfait? Ne sommes-nous pas doucement en train de glisser vers l'eugénisme?

La vente illégale de gamètes, qui se profile sur le Web, vient aussi ébranler et fragiliser les fondements mêmes de la dignité humaine, dont le corps et ses parties constituent le support, la source identitaire de tout être humain. En tant que société, souhaitons-nous un jour en arriver à considérer l'être humain comme un simple produit de consommation pouvant être donné, échangé et dont les parties peuvent être mises en marché?

L'être humain devenu parfait, utilitaire, instrument de la médecine et objet de commerce, est-ce bien là le genre de progrès que nous souhaitons pour l'humanité? Un véritable progrès devrait plutôt nous conduire à éviter, ou du moins à limiter, le besoin de recourir à ces technologies en appliquant des mesures préventives qui permettent de préserver la fertilité – et à mettre de l'avant les meilleures conditions socioéconomiques possibles à la réalisation d'un projet parental. Un véritable progrès nécessiterait également que nous soyons en mesure de définir les paramètres de sécurité qui ne devraient pas être franchis afin d'éviter toute forme d'abus pouvant mettre en péril la santé et le devenir même de l'être humain.

Les technologies de procréation assistée, fruit de la créativité de certains chercheurs, praticiens et investisseurs, ont été imposées par faits accomplis, sans que leur pertinence ni leur bien-fondé ne fassent l'objet de décisions collectives, comme si nous devenions désormais les objets de ces technologies sur lesquelles nous n'avons pratiquement aucune prise. Pourtant, en démocratie, nous devrions disposer d'outils collectifs permettant de déterminer la place, la pertinence et l'encadrement de telles technologies. Après tout, la science devrait être au service de l'être humain, et non l'inverse.



GLOSSAIRE

LES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

DE QUOI S'AGIT-IL EXACTEMENT?

INSÉMINATION ARTIFICIELLE

L'insémination artificielle consiste à déposer les spermatozoïdes à l'entrée du col de l'utérus (ou de la cavité utérine) au moment de l'ovulation, en vue d'accroître les chances de fécondation. L'insémination artificielle est généralement répétée plusieurs fois et souvent accompagnée d'une stimulation ovarienne afin d'augmenter les chances de succès, ce qui contribue à accroître de façon importante les risques qui y sont associés.

L'insémination est surtout utilisée chez des femmes fertiles afin de contourner des problèmes de fertilité masculine. Elle est aussi utilisée par des couples lesbiens ou des femmes seules dans l'espoir d'avoir un enfant en l'absence d'un partenaire masculin. Il peut y avoir insémination avec le sperme du conjoint, avec le sperme d'un donneur anonyme (provenant d'une banque de sperme) ou d'un donneur connu. Une mère porteuse peut aussi être inséminée avec le sperme d'un homme à qui elle remettra l'enfant.

L'insémination artificielle nécessite donc la manipulation de sperme. Les modalités de sa collecte, de son analyse, de sa conservation, de sa congélation, de sa mise en marché et de son exportation

présentent de nombreux enjeux (commercialisation, anonymat des donneurs, etc.), de même que les multiples usages qui peuvent en découler.

S T I M U L A T I O N O V A R I E N N E

Le processus de stimulation ovarienne inclut la prise de différentes doses d'hormones visant à faire produire, par les ovaires, plusieurs ovules matures et fécondables (de 3 à 15 ovules et parfois plus) au cours d'un même cycle.

La stimulation ovarienne est proposée aux femmes soit pour accélérer ou augmenter les chances de conception naturelle, soit pour accroître les chances de réussite de l'insémination artificielle. La stimulation ovarienne est aussi utilisée dans le cadre de la fécondation in vitro afin de pouvoir prélever le plus d'ovules possible pouvant par la suite être fécondés et transférés, et ainsi augmenter le taux de succès. Ce dernier procédé, qui permet de transférer plusieurs embryons en même temps dans l'utérus d'une femme, est d'ailleurs à l'origine d'un des principaux problèmes de santé occasionnés par les technologies de procréation assistée, soit les grossesses multiples. La stimulation ovarienne conduit aussi à la création de milliers d'embryons dits « surnuméraires » qui, congelés, serviront à des essais ultérieurs, seront donnés à un autre couple ou encore serviront de matière première pour la recherche.

Certains médicaments utilisés pour la stimulation ovarienne n'ont pas été approuvés pour cet usage. Les effets à long terme de ces médicaments sur la santé des femmes n'ont pas non plus été étudiés adéquatement. Malgré cela, certaines études ont mis en évidence les risques potentiels à court et à long termes⁽³⁷⁾. Nous savons, par exemple, que ces procédés peuvent occasionner des effets secondaires importants comme le gonflement ou l'éclatement des ovaires, des hémorragies, des problèmes rénaux ou des déséquilibres hormonaux sérieux. Certaines personnes soulèvent aussi des préoccupations quant



aux liens entre ces médicaments et le cancer des ovaires, mais les études sur le sujet restent encore insuffisantes.

La stimulation ovarienne est également pratiquée chez les donneuses d'ovules (donc chez des femmes qui ne sont pas infertiles) afin d'augmenter le nombre d'ovules pouvant être prélevés à l'intérieur d'un même cycle. Certains pays, comme l'Angleterre, autorisent maintenant les femmes à « donner » leurs ovules pour des fins de recherche. Ainsi, des femmes donnent leurs ovules non seulement pour être utilisés en clinique de fertilité, mais aussi pour des travaux sur les cellules souches ou le clonage thérapeutique. Le clonage thérapeutique serait, pour certaines personnes, fort prometteur comme traitement possible de certaines maladies telles que le Parkinson. Mais tout ceci n'est pas sans susciter de grandes inquiétudes considérant le nombre incalculable d'ovules qu'il serait nécessaire d'obtenir avant de voir des résultats probants, et le nombre de femmes qui, pour ce faire, s'exposeront à des risques importants pour leur santé, sans en retirer aucun bénéfice⁽³⁸⁾. Ces recherches ouvrent également la voie au clonage reproductif, c'est-à-dire au clonage d'êtres humains identiques, ce qui n'est pas sans susciter de nombreuses appréhensions quant au devenir même de l'être humain.

FÉCONDATION IN VITRO

Simplement dit, la fécondation in vitro consiste à recréer en laboratoire le moment de la fécondation par la mise en présence d'ovules et de spermatozoïdes à l'extérieur du corps d'une femme dans une boîte de Petri. Mais ce procédé est beaucoup plus lourd et complexe qu'il n'y paraît. Dans un premier temps, la fonction ovarienne est supprimée par l'administration de contraceptifs oraux ou d'inhibiteurs de l'hypophyse. Cette étape a pour but de remplacer le cycle naturel de la femme par un cycle entièrement artificiel afin de pouvoir en contrôler toutes les étapes et de mieux planifier l'occupation du bloc opératoire et du personnel requis.

Une fois l'inhibition de l'action des ovaires constatée, la stimulation ovarienne commence avec la prise d'importantes doses d'hormones. Cette étape a pour but de provoquer le développement de plusieurs follicules ovariens pour augmenter le nombre d'ovules pouvant être obtenus lors d'un même cycle. Lorsque les ovules sont devenus matures, on déclenche l'ovulation par l'injection d'une hormone de grossesse afin de procéder au prélèvement des ovules. Ce prélèvement se fait sous anesthésie locale et sous médication afin de limiter la douleur. Alors qu'un seul ovule par cycle est nécessaire pour la conception naturelle, on cherche en fécondation artificielle à faire produire un nombre maximal d'ovules matures pour accroître les chances de réussite.

Vient ensuite l'étape de la fécondation in vitro proprement dite, où les ovules recueillis et analysés sont mis en contact avec les spermatozoïdes du conjoint ou d'un donneur dans une boîte de Petri pour y être fécondés (et non dans une éprouvette comme l'expression populaire le laisse entendre). Deux jours après, on connaît le nombre d'embryons qui se sont développés. On procède ensuite au transfert d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus de la femme. À la suite du transfert d'embryons, les femmes doivent prendre d'autres types d'hormones (progestérone) afin de favoriser l'implantation du ou des embryons.

Encore aujourd'hui, il n'existe aucune norme limitant le nombre d'embryons pouvant être transférés dans le corps d'une femme. Il y a quelques années, ce nombre pouvait atteindre cinq, six voire neuf embryons à la fois. Pourtant, le transfert de plusieurs embryons dans l'utérus augmente considérablement le nombre de grossesses multiples ainsi que le nombre d'enfants prématurés dont la santé et le développement peuvent être sérieusement compromis.

Les embryons non utilisés, appelés aussi « surnuméraires », seront détruits, donnés, congelés pour une utilisation ultérieure ou utilisés comme matériel de recherche. Cette technique permet ainsi de rendre disponible du matériel reproductif humain (sperme, ovules et embryons) pour des manipulations diverses ou encore pour leur



commercialisation, ce qui n'est pas sans poser de nombreuses questions éthiques.

À chacune des étapes de la fécondation in vitro, les femmes peuvent être confrontées à un échec : mauvaise réponse à la stimulation ovarienne, non-fécondation des ovules, non-implantation dans l'utérus des embryons transférés, etc. Certaines femmes se soumettront à une seconde, une troisième et parfois jusqu'à une dixième tentative, avec à chaque fois des risques et des coûts importants, tant pour leur santé physique et psychologique que pour leur vie de couple et leurs finances.

INJECTION INTRA-CYTOPLASMIQUE D'UN SPERMATOZOÏDE (OU MICRO-INJECTION)

Technique utilisée lors d'une fécondation in vitro, la micro-injection consiste à introduire, à l'aide d'une très fine pipette, un seul spermatozoïde à l'intérieur d'un ovule. Cette technique était utilisée, initialement, dans les cas d'infertilité masculine (déficit sévère de spermatozoïdes dans l'éjaculat, par exemple), afin d'assurer le lien génétique du père et de ne pas avoir à recourir à un tiers donneur. Cependant, son utilisation pour d'autres raisons a augmenté considérablement au cours des dernières années, au point d'en faire une pratique devenue quasiment routinière. Ainsi, en 2001, plus de 55 % des fécondations in vitro au Canada ont été pratiquées avec la micro-injection⁽³⁹⁾.

Cette technique, en plus d'avoir été utilisée directement chez les humains sans expérimentation animale, est relativement nouvelle puisqu'elle a été utilisée pour la première fois en 1992. Ainsi, les effets à long terme sur la santé et le vieillissement des enfants qui en sont issus ne peuvent encore être évalués. Nous savons, par contre, que la micro-injection augmente les risques de malformations congénitales, de problèmes génétiques et d'anomalies chromosomiques chez les enfants qui en sont issus.

Si la micro-injection peut déjouer les problèmes de fertilité de certains hommes en leur permettant d'avoir un enfant qui leur est génétiquement lié, elle soulève néanmoins des inquiétudes. En effet, permettre à des hommes stériles de concevoir des enfants fait courir le risque, encore mal évalué, d'une stérilité future chez ces enfants.

D I A G N O S T I C P R É I M P L A N T A T O I R E

Pratiqué dans le cadre d'une fécondation in vitro, le diagnostic préimplantatoire consiste à détecter, dès les tout premiers stades de développement d'un embryon, avant même de procéder à son transfert dans l'utérus de la femme, la présence de certaines maladies héréditaires ou génétiques (dystrophie musculaire, hémophilie, fibrose kystique, etc.). Seuls les embryons « sains » seront transférés dans l'utérus, les autres étant alors détruits ou utilisés comme matériel de recherche.

Le diagnostic préimplantatoire, à la croisée des chemins des techniques de la génétique et de la fécondation in vitro, permet ainsi d'éliminer l'embryon porteur de certaines maladies génétiques. Mais il peut tout aussi bien viser l'enfant « de qualité » en lui choisissant, à l'état embryonnaire, certaines caractéristiques génétiques désirées, telles que son sexe. Il peut également faciliter la conception d'un « bébé médicament », sélectionné et conçu dans le but explicite de soigner une sœur ou un frère atteint d'une maladie grave. Compte tenu de la gravité des questions éthiques posées, il importe de limiter et de circonscrire les utilisations possibles du diagnostic préimplantatoire.

Mais qui peut ainsi décider de ce qui est acceptable ou non, des caractéristiques génétiques à promouvoir ou à faire disparaître? Comment tracer la frontière entre demandes légitimes et demandes de convenance, comme la couleur des yeux? L'identification d'un gène de prédisposition à certains types de cancer, par exemple, conduira-t-il



à l'élimination des embryons prédisposés, alors que rien ne garantit le développement de ce cancer qui, de plus, pourrait être tributaire de nombreux autres facteurs? Comment définir la normalité ou l'anormalité? Le recours au diagnostic préimplantatoire ne risque-t-il pas de dissuader le milieu médical d'entreprendre des recherches et de développer de nouveaux traitements pour des maladies que l'on pourra désormais éliminer grâce au diagnostic⁽⁴⁰⁾?

Le diagnostic préimplantatoire ouvre désormais la porte à des possibilités de plus en plus grandes de maîtriser la vie. Et cela risque certainement de modifier notre conception même de la différence et de la diversité humaine, nous confrontant alors, plus que jamais, au spectre de l'eugénisme.

MATURATION IN VITRO

Contrairement à la fécondation in vitro pendant laquelle les ovules sont recueillis à leur stade de pleine maturité après le déclenchement de l'ovulation, la maturation in vitro permet d'utiliser des ovules immatures. La fin de la maturation est alors effectuée en laboratoire, prolongeant ainsi les différentes étapes de la conception à l'extérieur du corps des femmes et sous contrôle médical.

Cette technique, développée dit-on à l'intention des femmes qui ont des troubles ovulatoires, est souvent présentée comme une alternative à la stimulation ovarienne. Associée aux techniques de congélation, la maturation in vitro rend aussi possible la conservation de jeunes ovules, afin de permettre, par exemple, à des femmes devant subir un traitement anticancéreux de préserver leurs ovules pour une utilisation ultérieure.

La maturation in vitro soulève certains enjeux, dont celui d'avoir été appliquée chez l'être humain même si l'expérimentation animale en a démontré les dangers. Qui plus est, l'utilisation de la maturation in vitro augmente graduellement sans pour autant que ces expériences

soient encadrées de manière à pouvoir évaluer rapidement les risques encourus⁽⁴¹⁾.

Les dérives éthiques éventuelles d'une telle pratique sont nombreuses. Par exemple, il serait possible de prélever des ovocytes immatures sur des cadavres ou encore sur des fœtus issus d'avortements. « Cette source, encore réservée à la recherche scientifique, pourrait aussi stimuler le développement du "don d'ovules" d'un fœtus anonyme à une femme stérile ou ménopausée. »⁽⁴²⁾ De plus, grâce à la maturation in vitro, l'accès en abondance à des ovules pourrait éventuellement ouvrir la voie à la technique du clonage (thérapeutique ou reproductif), grande consommatrice d'ovules. Elle pourrait également amplifier le pouvoir eugénique du diagnostic préimplantatoire, jusqu'ici limité par le nombre restreint d'embryons à trier⁽⁴³⁾.

MÈRE PORTEUSE

On entend par mère porteuse une femme qui porte un enfant dans le but de le remettre à une autre personne ou à un couple après sa naissance. Bien que ce soient surtout des couples hétérosexuels dont la femme est stérile qui ont recours à une mère porteuse, c'est parfois aussi le cas de couples homosexuels et d'hommes seuls.

Une mère porteuse peut concevoir un enfant par insémination artificielle, avec son propre ovule et le sperme du géniteur et futur père de l'enfant. La mère porteuse peut aussi porter un enfant conçu à partir du transfert d'un embryon provenant d'une femme et d'un homme qui deviendront les parents de l'enfant.

Dans tous les cas, la mère porteuse et le couple demandeur signeront un contrat stipulant les conditions de la grossesse et les modalités de remise de l'enfant dès sa naissance. Alors qu'aucune forme de rémunération n'est permise au Québec et au Canada, ces ententes peuvent contenir certains arrangements financiers, tels que la couverture de certaines dépenses liées à la grossesse ou d'autres



formes de compensation. Au Québec, les contrats concernant une mère porteuse ne sont pas reconnus et n'auront aucune valeur légale en cas de conflit ou de poursuite entre les parties.

Que celle-ci soit de nature commerciale ou altruiste, la pratique des mères porteuses est en soi une forme d'instrumentalisation de l'enfant et de la femme qui loue ou prête son utérus. Cette pratique dépersonnalise la mère porteuse en la transformant en incubateur vivant et chosifie l'enfant en faisant de lui un objet de commerce ou d'échange.

Cette pratique amène d'ailleurs plusieurs questions et enjeux. Comment l'enfant vivra-t-il l'histoire de ses origines et comment assumera-t-il sa filiation? Quels sont les effets sur le développement psychique ou physique de l'enfant engendré par une femme qui ne se prépare pas à l'aimer ni à l'éduquer? Quels sont les risques psychoaffectifs auxquels s'expose une femme qui, pendant neuf mois, a consenti à porter un bébé, l'a senti bouger et se développer en elle, l'a mis au monde pour ensuite le donner ou le vendre? Comment pouvons-nous accepter qu'un enfant soit ainsi « marchandé » et que la valeur d'une femme soit réduite à ses fonctions reproductives?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Sophie ALLARD, « Un bébé, mais à quel prix? La procréation assistée, pour le meilleur et pour le pire », *La Presse*, 10 août 2002, p. B-4.
- (2) U. LARSEN, « Research on Infertility: Which Definition Should We Use? » *Fertility and Sterility*, Vol. 83, No. 4, 2005, p. 846-852.
- (3) FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES, *Quatre femmes, quatre cultures : Le planning des naissances au Québec, bilan pour l'action*, Montréal, 1994, 34 p.
- (4) NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, « Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems », National Institute for Health and Clinical Excellence, [on line], February 2004, [<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cgO11NICEguideline>].
- (5) Suzanne PARISIAN, « The Manner in Which Eggs Will Be Extracted from Healthy Women Donors. » [on line], 2005, [<http://www.handsdfourovaries.com/pdfs/appendixb.doc>].
- (6) Laura GOODALL, « Woman Dies After Routine IVF Treatment », *Bionews*, [on line], August 14th 2006, [<http://www.bionews.org.uk/new.lasso?storyid=3143>].
- (7) Diane BEESON, and Abby LIPPMAN, « Egg Extraction for Research: Risks to Young Healthy Women ». *Reproductive BioMedicine Online*, Vol. 13, No. 4, [on line], 2006, p. 573-579, [<http://www.rbmonline.com/4DCGI/Article/Detail?38%091%09=%202503%09>].
- (8) *Idem*
- (9) Suzanne PARISIAN, *op. cit.*
- (10) Raymond D. LAMBERT, et Marc-André SIRARD, « Sur les conditions d'exercice de la pratique médicale du traitement de l'infertilité et de la recherche connexe », *L'Observatoire de la génétique*, n° 23, [en ligne], juillet-août 2005, [http://www.ircm.qc.ca/bioethique/obsgetique/cadrages/cadr2005/c_no23_05/c_no23_05_02.html].
- (11) Annie JANVIER (pour la Société des néonatalogistes du Québec et l'Association des pédiatres du Québec), *Mémoire sur le projet de loi 89, Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, présenté devant la Commission des affaires sociales, mars 2006.
- (12) *Idem*
- (13) Allen A. MITCHELL, « Infertility Treatment — More Risks and Challenges ». *New England Journal of Medicine*, Vol. 346, No. 10, 2002, p. 769-770.
- (14) Raymond D. LAMBERT, et Marc-André SIRARD, *op. cit.*
- (15) Hilda BASTIAN, and Sabrina GUPTA, *Unexplained Infertility*, Cochrane Collaboration Consumer Network Inc., December 2002.
- (16) Sylvie PINSONNEAULT, et Gail OUELLETTE, *Fertilité et milieu de travail*, Montréal, 1995, 67 p.
- (17) Jon LUOMA, *Challenged Conception : Environmental Chemicals and Fertility*, [on line], October 2005, [http://obgyn-nw.ucsf.edu/docs/Challenged_Conceptions.pdf#search=%22%20environmental%20chemicals%20fertility%22].
- (18) SANTÉ CANADA, « Naissances 2003 », *Le Quotidien*, [en ligne], juillet 2005. [<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050712/q050712a.htm>]
- (19) Hilda BASTIAN, and Sabrina GUPTA, *op. cit.*
- (20) Elise DE LA ROCHEBROCHARD, *et al.*, « Fathers Over 40 and Increased Failure to Conceive: The Lessons of In Vitro Fertilization in France ». *Fertility and Sterility*, Vol. 85, No. 5, 2006, p. 1420-1424.

- (21) WORLD HEALTH ORGANIZATION. « Assisted Reproduction in Developing Countries – Facing Up to the Issues ». *Progress in the Reproductive Health Research*, No. 63, 2003.
- (22) Claude LABERGE, et Sylvie VENNE, « Hausse des ITS, émergence de nouvelles ITS, a-t-on perdu la maîtrise de la situation? », *Le Médecin du Québec*, vol. 41, n° 1, janvier 2006.
- (23) Robert L. REID, *New Reproductive Technologies : Evolution, Rational and Technical Aspects*, 1999, [<http://meds.queensu.ca/medicine/obgyn/IIIE/technology.htm>].
- (24) Joanne GUNBY, and Salim DAYA (on behalf of the IVF Directors Group of the Canadian Fertility and Andrology Society), « Assisted Reproductive Technologies (ART) in Canada: 2001 Results from the Canadian ART Register », *Fertility and Sterility*, Vol. 84, No. 3, 2005, p. 590-599.
- (25) Raymond D. LAMBERT, et Marc-André SIRARD, *op. cit.*
- (26) Raymond D. LAMBERT, *et al.*, *Mémoire sur le projet de loi 89, Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, présenté devant la Commission des affaires sociales, mars 2006.
- (27) Claudine BOURG, *L'infertilité : procréation médicalement assistée, adoption, filiation, questions éthiques, psychologiques, juridiques et scientifiques*. Textes réunis par l'auteure, Montréal, ERPI Science De Boeck-Wesmael Bruxelles, 1992.
- (28) Louise VANDELAC, *L'infertilité et la stérilité : l'alibi des technologies de procréation*, Thèse de sociologie présentée et soutenue publiquement, Paris, Université de Paris VII, 1988.
- (29) Marie-Ange D'ADLER, et Marcel TEULADE, *Les sorciers de la vie*, Paris, Édition Gallimard, 1986, 299 p.
- (30) *Idem*
- (31) Debora L. SPAR, *The Baby Business. How Money, Science, and Politics Drive the Commerce of Conception*, Harvard Business School Press, 2006.
- (32) Sophie GOODCHILD, and Jonathan OWEN, « The Baby Millionaires : Fertility Experts Become Medical Profession's Highest Earners », *The Independent*, January 8th, 2006.
- (33) Annie JANVIER, *op. cit.*
- (34) *Idem*
- (35) Louise VANDELAC, *Sortie en douce de l'espèce humaine...*, [en ligne], 2002, [http://sisyphe.org/article.php3?id_article=265]
- (36) Marie-Ange D'ADLER, et Marcel TEULADE, *op. cit.*
- (37) Diane BEESON, and Abby LIPPMAN, *op. cit.*
- (38) Mark HENDERSON, « Donor Breakthrough for Cloning Research », *The Times*, February 14th, 2006.
- (39) Joanne GUNBY, and Salim DAYA, *op. cit.*
- (40) Noël SIMARD, *Diagnostic préimplantatoire. Bébés à la carte*, 3^e séminaire annuel sur la biotechnologie, Ottawa, 2 mars 2001.
- (41) Raymond D. LAMBERT, et Marc-André SIRARD, *op. cit.*
- (42) Jacques TESTART, « Des ovules en abondance? », *M/S : médecine sciences*, vol. 20, n° 11, [en ligne], novembre 2004, [<http://www.erudit.org/revue/ms/2004/v20/n11/009707ar.html>].
- (43) *Idem*



FÉDÉRATION
DU QUÉBEC
POUR LE PLANNING
DES NAISSANCES

Fédération du Québec pour le planning des naissances
110, rue Ste-Thérèse, bureau 405
Montréal (Québec) H2Y 1E6

www.fqpn.qc.ca