

PMA: «Le médecin doit informer et soutenir sa patiente sur l'ensemble du processus»

Comment parler de la PMA à un couple, à une femme? Comment sensibiliser les médecins au parcours de soins complexe au fil des mois, au fil des échecs, qui peut aboutir à une réussite, à une naissance? Le Pr Christophe Blockeel, gynécologue spécialisé en PMA, et France Dammel, infirmière et spécialiste en communication de la santé, se sont penchés sur cette question avec humanité et rigueur scientifique au fil des pages d'un livre coécrit.

France Dammel a donné naissance, par fécondation in vitro, à deux enfants, à force de détermination. Un message d'espoir pour les femmes seules et pour les couples – hétérosexuels ou homosexuels –, sachant qu'un couple sur six a besoin d'aide pour concevoir un enfant. «Je prends le temps d'expliquer les dix années de PMA, faites de hauts et de bas, pour réaliser mon rêve de devenir maman de Jules, 3 ans, et Pierick, 11 ans.»

Des étapes méconnues des médecins

Dans ce livre, le Pr Christophe Blockeel revient sur un premier aspect essentiel pour les médecins: les différentes étapes de ce parcours. «Ils n'en ont pas toujours conscience. Pourtant, pour bien suivre son patient médicalisé, cette connaissance est essentielle: hyperstimulation, suralimé (congélation des ovocytes pour raisons sociales), etc. Je le dis tout pour les différents spécialistes que pour les généralistes qui veulent accompagner leur patiente qui arrive avec de nombreuses questions à propos de la FIV, de l'ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde) etc.: le syndrome d'hyperstimulation ovarienne est-il fréquent? Comment le donneur est-il choisi?...»

De spécialiste de la PMA estime qu'il convient, au fil des semaines, de franchir les étapes et les aléas du processus avec la patiente. C'est essentiel «parce que le processus fonctionne, puis ne fonctionne pas». Il faut donc soutenir sa patiente. «C'est ce que je fais à chaque consultation.»

L'âge, la règle d'or

Dès le début, la question de l'âge est centrale: «L'âge est le facteur le plus important dans un bilan de fertilité. Trop de médecins n'en prennent pas conscience. Il faut analyser les

courbes de réserve ovarienne, par exemple. Une chute significative est constatée à partir de 35-36 ans.»

À ce moment-là, il faut avant tout écouter la patiente sur des questions non médicales aussi. «Les interrogatoires sont nombreuses: faut-il toujours aider une future maman à poursuivre ses rêves? Pourquoi soumettre les femmes saines à un questionnaire et un entretien avant de leur donner le feu vert pour entamer le parcours? Que disent les études sur le bien-être psychologique des enfants nés de mère célibataire? Les femmes aidées en PMA sont-elles souvent confrontées à une fausse couche?»

Elles ont de très nombreuses inquiétudes médicales aussi. «Est-il fréquent de toucher la vessie pendant une ponction d'ovocytes? À quel point précocement la progestérone administrée par voie vaginale? Peut-on envisager une autre grossesse après une prééclampsie?»

Le coût

Dans tout ce processus, dès le début, la question du remboursement n'est pas à négliger. «Dès qu'on commence les démarches, il est impossible de connaître le prix final. Il va dépendre de nombreux facteurs: un certain nombre d'inséminations artificielles sont remboursées par la mutuelle. Dans le cadre de la FIV, 8 tentatives peuvent être remboursées. Mais qu'est-ce qu'une tentative? Une tentative, c'est une ponction ovocytaire. Or, parfois, la femme a 3 ovocytes, parfois 30 ovocytes, parfois on parvient à féconder un embryon, parfois 10 embryons.»

Mais alors, quel conseil donner au médecin par rapport au remboursement quand il doit en parler à sa patiente? «Le plus simple, c'est de se renseigner auprès des centres de PMA. Actuellement, le prix des pochettes de sperme augmente.»



Le Pr Christophe Blockeel et France Dammel.

La fatigue

Dans ce processus, certains effets secondaires sont souvent sous-estimés par les médecins: «Le fardeau physique, psychique de la patiente, et la fatigue. Il ne faut pas oublier que nos patientes travaillent: elles ont entre 30 et 40 ans. D'ailleurs, maintenant, à l'UZ Brussel, nous proposons des échographies à la fois en matrice (dès 20h) et en soirée. Le médecin ne doit pas sous-estimer qu'il a face à lui une patiente en activité qui suit un traitement imprévisible. Dans son dialogue avec la patiente, cet aspect n'est pas facile. Nous avons mis en place des suivis psychologiques.»

La fatigue physique et mentale est bien réelle. «Certaines femmes ne parlent pas du tout de leur traitement et des essais avec leurs amis ou leur entourage. Elles sont seules. D'autres en parlent beaucoup à tout le monde et une lassitude commence à s'installer chez les amis.» Même le médecin reconnaît que ses suivis de patientes sont intenses. «Il s'agit d'une vraie charge mentale, psychologique. Hier encore, la moitié des patientes présentes à ma consultation étaient en pleurs. Même si je sais que nous sommes dans un processus avec des réussites et des échecs, cette réalité ne peut être négligée.»



Lors des «journées de retour» de l'UZ Brussel, tous les enfants conçus dans leur centre de PMA, âgés entre 8 et 10 ans, sont invités à venir découvrir comment ils ont été conçus.

Le généraliste au bébé

Pour le couple, la chaîne de soins est aussi complexe. «La patiente ou le couple peut en parler à son généraliste ou à son gynécologue. Je trouve que le généraliste a un rôle extrêmement important, il ne l'endosse pas assez aujourd'hui. Il ne devrait pas avoir peur d'aborder le sujet avec une patiente. Madame, attention, vous essayez depuis 2 ans, vous avez 30 ans, vous devriez peut-être consulter un spécialiste de la fertilité.»

Les hommes aussi pourraient être sensibilisés à la question: «S'ils ont conscience de la difficulté d'avoir un enfant, le généraliste ou l'urologue pourrait leur parler des alternatives. Nous avons parfois des appels d'urologues à ce sujet.»

Évidemment, quand le cancer frappe une patiente, le corps médical a désormais les bons réflexes: «Les oncologues, les radiothérapeutes, les nucléaires... ont bien compris qu'avant de commencer la chimiothérapie, par exemple pour un cancer de sein, il faut suivre un protocole précis pour laisser une chance à la femme d'avoir un enfant.»

Le rôle du pharmacien

Au quotidien, dans le processus vers la naissance, la patiente est plus souvent

en contact avec son(sa) pharmacien(ne) qu'avec un autre soignant: «Nous allons à la pharmacie chercher la progestérone, les œstrogènes, les vitamines, l'acide folique... Le pharmacien peut être un réel soutien parce qu'il se rend compte que nous venons et revenons chez lui pour ces mêmes traitements, ce qui signifie que nos traitements n'ont toujours pas abouti et que, sur la durée, nous avons besoin d'être encouragées. Un petit mot peut parfois faire beaucoup», précise France Dammel.

Le Pr Christophe Blockeel le confirme: «Les pharmaciens ont souvent un contact intime avec leur patiente. Par exemple, s'ils savent que leur cliente est dans une démarche d'arrêter la pilule ou d'autres moyens de contraception. Lorsqu'une grossesse n'arrive pas, il ne devrait pas avoir peur de lui conseiller de consulter un spécialiste. C'est toutefois important que le pharmacien reste dans son rôle sans trop s'avancer, n'ayant pas toutes les infos médicales de la patiente à sa disposition.»

VINCENT LIÉVIN

La levée de l'anonymat: un danger pour la PMA

Une proposition de loi sur la PMA a été déposée à la Chambre par Frieda Gijbels et ses collègues de parti, Lotte Peeters et Kathleen Depoorter (N-VA) visant à modifier en profondeur la Loi du 6 juillet 2007 relative à la PMA. Elle prévoit notamment la création d'un Institut de conservation et de gestion des données des donneurs (ICGD), qui jouerait un rôle clé. Désormais, un centre de fertilité utilisant des donneurs identifiables ne sera plus sanctionné.

Cette proposition de loi s'inscrit en partie dans le cadre de l'assouplissement législatif concernant l'utilisation des gamètes et des embryons, prévu par le projet de loi du ministre Frank Vandenbroucke (Vooruit) du 1^{er} juin 2023. Récemment, le ministre a également annoncé qu'il opterait pour une politique de tolérance, mettant fin à l'obligation d'anonymat pour les dons de spermatozoïdes et d'ovocytes. Désormais, un centre de fertilité utilisant des donneurs identifiables ne sera plus sanctionné.

Fin du don anonyme

La proposition de loi modifie la destination des embryons et gamètes surmédicaux et introduit le principe du don non anonyme. Elle prévoit également la création de l'ICGD, bouleversant ainsi l'équilibre maintenu jusqu'à présent en Belgique entre les droits fondamentaux des différentes parties prenantes: les donneurs, les enfants issus d'un don et les parents légaux. Elle entend placer l'enfant au centre des décisions en matière de PMA avec don.

Cette initiative découle de l'évolution des perceptions sociales concernant les intérêts de toutes les parties impliquées. Elle s'aligne également sur un arrêt récent de la Cour constitutionnelle, qui a jugé la pratique actuelle du don anonyme inconstitutionnelle, estimant qu'elle privilégie de manière absolue les intérêts du donneur au détriment de l'enfant. Toutefois, la Cour maintient les effets de la législation actuelle jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, au plus tard le 30 juin 2027.

Un ICGD indépendant sous l'autorité du ministre

La proposition de loi prévoit la création d'un ICGD totalement indépendant, placé sous l'autorité du ministre. Il serait dirigé par un comité de gestion pluridisciplinaire composé de représentants de centres de fertilité, de psychologues, de juristes, d'éthiciens et de pédagogues. L'institut rendra un rapport à la Chambre tous les deux ans.



Selon les auteurs de la proposition, la loi devrait entrer en vigueur un an après sa publication au Moniteur belge, et au plus tard le 1^{er} juillet 2027.

Réactions

Pour le Pr Christophe Blockeel, cette levée de l'anonymat aura des conséquences significatives pour les futures mères et les couples: «Dans l'accord du nouveau gouvernement, un chapitre est consacré à la levée de l'anonymat des donneurs tant de sperme que d'ovocytes. Nous voyons déjà les dégâts de cette approche: une augmentation des demandes des patientes receveuses et une véritable chute des donneuses sur les derniers mois. Il faut bien avoir conscience que le don (conçu par exemple, entre autres...) est une minorité. Les patientes et les donneurs ont peur de la fin de l'anonymat.»

France Dammel le confirme d'ailleurs: «SV n'y avait pas eu cet anonymat, je n'aurais pas entrepris la démarche d'avoir recours à un don de sperme pour devenir maman et je n'aurais pas non plus fait un don d'ovocytes.» Le message est clair... ■

V.U./P.S.