

Du chou à l'éprouvette

LA FÉCONDATION IN VITRO (SUITE)

Indications médicales

Au tout début, la fécondation in vitro (FIV) a été développée pour aider les femmes qui avaient les trompes de Fallope obstruées. Cependant, les indications médicales de cette technique se sont rapidement élargies. Maintenant, au Québec, la FIV est offerte aux femmes qui:

- ont une stérilité involontaire;
- souffrent d'endométriose;
- ont une infertilité idiopathique, c'est-à-dire dont les causes sont inconnues;
- ont un partenaire ayant des problèmes de fertilité;
- ont eu une ligature des trompes volontaire.

Dans d'autres pays, la FIV est aussi offerte aux femmes qui ont développé des anticorps contre le sperme et à celles qui ont un mucus cervical hostile au sperme.

Critères d'admissibilité

Il n'existe aucun règlement officiel applicable à tout le Québec concernant l'admissibilité des couples à la FIV. Ces conditions sont laissées à la discrétion des cliniques et des médecins (la même situation s'applique pour l'insémination artificielle). Les conditions généralement requises dans les cliniques sont: "le statut conjugal ou "être en couple", la capacité financière, c'est-à-dire posséder l'argent requis pour défrayer les coûts, le recours préalable aux chirurgies et traitements usuels de l'infertilité. Quelques cliniques fixent une limite d'âge pour accepter une femme (de 20 à 40 ans). Une clinique exige un délai de trois ans avant de constater l'infertilité" (1, p. 107). Il en coûte généralement entre 2 500 \$ et 3 500 \$ par essai, hormones incluses.

Informations fournies et consentement exigé (1)

Toutes les cliniques du Québec demandent aux couples un consentement, généralement écrit, et intégré à un formulaire comprenant des informations de base. Le service de la FIV est présenté comme une "pratique nouvelle mais médicalement reconnue" (1, p.109).

Les informations offertes, tant dans le cadre des entrevues entre le couple et le médecin que dans le cadre des formulaires varient passablement. La plupart des formulaires ne contiennent aucune information chiffrée sur les taux de réussite et font une mise en garde générale à l'effet que la procédure ne comporte aucune garantie de grossesse. Quant aux risques encourus, trois cliniques indiquent dans leur formulaire qu'il n'y en a pas davantage que lors d'une grossesse naturelle tout en mentionnant, sans le chiffrer, les possibilités de grossesses multiples, de complications, d'anomalies du fœtus ou d'accouchement par césarienne. Deux formulaires font allusion à la possibilité d'avortements spontanés, laissant entendre que cette possibilité se compare à celle inhérente à toute grossesse. Les autres formulaires ne font aucune référence aux risques pour la santé de la femme et des fœtus. Quatre cliniques prévoient dans leur formulaire la disposition des gamètes et des embryons non implantés: l'une considère le couple comme propriétaire, une autre prévoit la destruction des embryons surnuméraires, une autre suggère leur congélation pour tentative subséquente et une quatrième prévoit leur destruction avant le 14^e jour suivant la fécondation.

Les cliniques offrent aux couples des informations supplémentaires lors d'une première rencontre. Elles expliquent les différentes étapes, décrivent les examens et les interventions. Quelques cliniques disent expliquer les causes d'infertilité ainsi que des chiffres du taux de succès soit 10 à 25 % par essai ou 15 à 25 % ou 25 à 30 % de grossesses ou 1 chance sur 5 d'avoir un bébé vivant. Trois cliniques disent souligner l'importance d'une évaluation et/ou d'un support psychologique au cours de la démarche. Une autre indique qu'elle prévient les couples que "le programme est très long et très éprouvant physiquement et émotionnellement pour toutes les personnes impliquées" (1, p.111).

Taux de réussite

Les praticiens de la FIV calculent le taux de réussite de la façon suivante: ils prennent le nombre de femmes qui ont un test de grossesse positif une semaine après le transfert d'un embryon et le nombre de celles qui ont eu un transfert. En pourcentage, ceci donne un taux de succès de 15 à 25 %.

Ce mode de calcul aboutit à un taux de succès erroné pour deux raisons: d'abord, il exclut les femmes chez qui la stimulation hormonale n'a pas permis la maturation d'ovules, celles dont les ovules n'ont pas été fertilisés par les spermatozoïdes dans la boîte de Pétri et celles dont les ovules fertilisés ne se sont pas développés de façon satisfaisante pour effectuer le transfert; de plus, ce calcul inclut toutes les femmes qui n'ont pas mené à terme leur grossesse: celles dont la grossesse s'est avérée ectopique ou s'est soldée par une fausse couche.

Pourtant, l'objectif des femmes qui s'engagent dans le processus de la FIV est d'avoir un enfant vivant. Alors si on inclut toutes celles qui entreprennent la stimulation ovarienne et celles qui, parmi elles, accouchent d'un enfant vivant, le taux de réussite des meilleures cliniques au monde pour la FIV ne dépasse pas 10 %. Au Québec, ce taux varie selon les cliniques entre 0 et 5 % pour la fécondation in vitro et entre 0 et 8 % pour la fécondation in vivo (voir encadré).

Les risques encourus

Plusieurs praticiens et auteures féministes mentionnent les effets majeurs, sur la santé des femmes, des traitements et interventions requis par la FIV. Ces effets sont:

⇒ les effets secondaires de la stimulation hormonale, tels nausées, vomissements, tension nerveuse, fatigue, étourdissements, maux de tête, malaises abdominaux, troubles de la vision, dépression et, parfois, des kystes ovariens. Les effets à long terme des hormones ne sont pas connus et il existe peu d'investigation dans ce domaine. Pourtant, nous savons déjà que le Clomid a presque la même structure chimique que le D.E.S.; nous savons aussi

que les souris traitées avec cette hormone développent plus fréquemment des tumeurs glandulaires (adenosis) qu'avec le D.E.S. Ces raisons ne sont-elles pas suffisantes pour entreprendre des recherches?

⇒ les effets importants de l'anesthésie générale durant la laparoscopie;

⇒ les saignements abdominaux qui peuvent survenir suite à une laparoscopie;

⇒ les traumatismes aux ovaires et à l'utérus qui peuvent être provoqués par les interventions chirurgicales;

⇒ les effets secondaires non connus des radiations à ultrason (échographie);

⇒ les taux de grossesse plus élevés de fausses couches et les risques importants de grossesses ectopiques;

⇒ les taux élevés de grossesses multiples;

⇒ un taux d'accouchements prématurés plus grand, des présentations de siège 15 fois plus fréquentes que la normale et des césariennes pratiquées dans un cas sur deux;

⇒ une possibilité que la stimulation hormonale ou les manipulations de l'ovule et de l'embryon entraînent des anomalies dans le bagage chromosomique du foetus.

Ces risques pour la santé s'ajoutent à d'autres types de problèmes importants que rencontrent les femmes au cours du processus. Une étude de Barbara Burton (elle-même "patiente" dans un programme FIV) nous les révèle: une absence de respect de leur dignité, un manque d'information, un stress énorme lors des échecs vécus comme échecs personnels plutôt que comme échecs de la technologie, l'inaptitude des médecins de parler de ces échecs et leur non-reconnaissance des effets secondaires des hormones rapportés par les femmes; les pressions ou encouragements excessifs à poursuivre le traitement. En fin de compte, certaines femmes disent se sentir comme des animaux de laboratoire (6).

Plusieurs femmes fertiles et/ou hypofertiles seront exposées à ces risques parce que leur partenaire est infertile ou encore parce que la médecine n'a pas découvert le pourquoi de leur hypofertilité.

Le jeu en vaut-il la chandelle? Pourquoi dans les débats actuels sur les NTRH oublie-t-on de parler des risques pour la santé des femmes? Les bénéfices escomptés valent-ils les risques et dangers encourus?

Références

1. Rapport du Comité de travail sur les NTRH. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988.
2. NTR: pratiques cliniques et expérimentales au Québec. André Jean, Conseil du statut de la femme, 1986.
3. "Man-Made Ovulation: the State of Art", dans Mother Machine. Gena Corca, Ed. Harper & Row, 1986.
4. "Egg Snatchers", dans Test-Tube Women. Gena Corca, Ed. Pandora Press, 1984.
5. Cahier Femmes et sexualité, no 6, janvier 1988. Fédération du Québec pour le planning des naissances.
6. "Technology and Motherhood: Reproductive Choice Reconsidered". Robyn Rowland, dans Sign: Journal of Women in Culture and Society, vol. 13, no 3, 1987.

Variantes de la fécondation in vitro

Trois variantes de la FIV sont pratiquées dans le monde à l'heure actuelle:

📌 **la fécondation in vivo (GIFT: gamete intrafallopian transfer):** consiste à transférer par laparoscopie, dans une des trompes de la femme, des ovules prélevés et des spermatozoïdes. Cette technique se pratique sur des femmes dont une des trompes est intacte. On peut y recourir dans les cas d'infertilité idiopathique et d'infertilité masculine;

📌 **la CIVETTE:** développée en France, elle se distingue de la FIV par le fait que les ovules et le sperme sont mis en présence dans une petite capsule qui est déposée dans le vagin et maintenue en place par un diaphragme. C'est le vagin qui sert d'incubateur. Par la suite, la capsule est retirée et on procède au transfert d'embryons;

📌 **le lavage utérin (flushing):** utilisé aux États-Unis et en Italie; il s'agit d'expulser de l'utérus, à l'aide d'un liquide qu'on y a injecté, le ou les embryons conçus par une femme après insémination. Ensuite on implante les embryons dans l'utérus de la femme infertile.