

Le don de sperme en Belgique : entre loi et pratique

Sperm donation in Belgium: between law and practice

J.-M. Debry

Reçu le 8 juin 2009 ; accepté le 08 décembre 2009
© SALF et Springer-Verlag France 2009

Résumé Au même titre que les autres pratiques du domaine des procréations médicalement assistées (PMA), l'IAD (insémination avec sperme de donneur) bénéficie, en Belgique, d'un encadrement législatif étroit qui se limite toutefois au cadre dans lequel cette pratique est autorisée et qui en permet légalement l'accès, depuis 2007, aux couples de lesbiennes et aux femmes seules. C'est un avis du comité national d'éthique de 2004 qui précise avec toutefois les diverses déclinaisons habituelles propres au pays pluriel qu'est la Belgique, ce qui est recommandé. De façon évidente et apparemment consensuelle, l'accès à l'identité du donneur semble devoir être exclu pour le moment, même si une porte reste ouverte, principalement à l'attention et à la demande expresse des lesbiennes et femmes seules, sur la divulgation d'informations non identifiantes du donneur, autres que celles qui tiennent à son seul phénotype.

Mots clés IAD · Loi belge · Éthique

Abstract As well as the other assisted reproductive technologies, insemination with donor sperm has received an abundant legislative framework in Belgium providing the context in which this activity is allowed. According to a law of 2007, we know an access to donor sperm is also open for lesbian and single women. Even if they have to be declined in the multiple points of view of the Belgian society, the National Advisory Ethical Committee proposed in 2004 recommendations for the use of donor sperm. Based on an unusual consensus, it appears that anonymity of the sperm donor must be preserved as long as possible, even if some think that an access to non identifying information (concerning position, philosophy, etc.) should remain accessible if the donor agrees and if it is requested by the patients, mainly if they are lesbian or single.

Keywords Sperm donation · Belgian law · Ethics

J.-M. Debry (✉)
Institut de pathologie et de génétique (IPG),
25, avenue Georges-Lemaître, B-6041 Charleroi,
(Gosselies) Belgique
e-mail : j.m.debry@skynet.be

Centre de procréation médicalement assistée de la province
du Luxembourg, route d'Houffalize, B-6600 Libramont, Belgique

Introduction

Parce qu'elle s'inscrit dans le domaine de l'AMP, l'insémination avec sperme de donneur (IAD), en Belgique, bénéficie globalement, comme les autres activités du domaine, d'un encadrement législatif sans équivalent dans la pratique médicale. On peut sans doute s'en réjouir, même si on pressent que cet encadrement n'a pas pour seule fonction que d'offrir des balises éthiques et déontologiques claires à l'activité. Il ramène aussi celle-ci à des centres d'AMP agréés, ce qui permet d'en accroître incontestablement aussi le contrôle.

Dans un pays qui ne dispose pas d'un réseau équivalent à celui des CECOS (et qui ne dispose donc pas d'un registre exhaustif des IAD pratiquées chaque année), ces dispositions sont de nature à mener à davantage de clarté. C'est en tout cas leur intention affirmée.

Historique succinct

Depuis son implantation européenne fondatrice, il y a quelques dizaines d'années, l'IAD s'est développée en Belgique en réponse aux besoins spécifiés. Outre l'un ou l'autre centre privé spécialisé — dont celui du fondateur Robert Schoysman — et quelques laboratoires à rayonnement régional, l'IAD s'est assez rapidement limitée à ce qui devait devenir, avec l'arrêté royal¹ du 15 février 1999 [1], les centres agréés de procréation médicalement assistée (PMA). La Belgique en compte une petite vingtaine, soit un par université et un pour chacune des dix provinces.

Le nombre des institutions qui pratiquent l'IAD n'est toutefois pas équivalent à celui des centres de PMA puisque, comme ailleurs, ceux qui sont d'obédience confessionnelle — comme l'université catholique de Louvain (UCL) et son équivalent flamand de Leuven (KUL) — ont suivi l'option imposée de ne pas inscrire le recours à un tiers donneur à l'arsenal de leurs traitements de la stérilité.

¹ Dans la monarchie qu'est la Belgique, les arrêtés royaux fixent des modalités pratiques généralement prévues par des lois.

Pendant longtemps, les hôpitaux universitaires laïcs se sont en revanche faits une spécialité de cette pratique, ainsi que quelques laboratoires privés qui ont permis, un temps, à des gynécologues « périphériques » d'en faire également profiter leurs patients.

Comme partout, l'avènement de l'ICSI a certainement, en Belgique plus qu'ailleurs sans doute, donné un sérieux coup d'arrêt à l'IAD, mais en n'éteignant toutefois pas son existence comme d'aucuns le présupposaient. Pas plus que les autres méthodes, l'insémination intracytoplasmique n'est pas une panacée (elle requiert tout de même quelques spermatozoïdes ou spermatozoïdes vivants), et de nouvelles candidates à l'IAD, originellement très marginales, se sont plus ouvertement manifestées et bénéficient, aujourd'hui, largement de la pratique : les lesbiennes et les femmes seules. En l'absence de statistiques officielles valables pour le pays, on estime aujourd'hui à 80 % la part de l'IAD qui revient aujourd'hui à ces femmes.

Évolution de l'offre et de la demande

Comme évoqué, quelques laboratoires autres que les centres de PMA ont mis sur pied et longtemps entretenu l'activité « banque de sperme de donneurs ». Celle de l'Institut de pathologie et de génétique (IPG) dont l'activité est restée assez marginale pour cet institut essentiellement orienté vers le diagnostic, a été créée à l'aube de l'ère de la PMA (début des années 1980), mais a pratiquement cessé avec la promulgation du texte de 1999, fixant les centres de PMA agréés. Si son activité a pourtant continué, elle ne l'a fait que de façon réduite ensuite, pour s'éteindre définitivement en 2007 ; cet arrêt définitif donnant la suite attendue aux injonctions de la loi promulguée quelques mois plus tôt (voir plus loin). Pendant une vingtaine d'années, cependant, elle a permis à une moyenne annuelle de cinquante gynécologues, tant en milieu hospitalier qu'en pratique privée, de répondre à la demande de patientes ou de couples candidats.

D'implantation régionale, cette banque de sperme, qui n'a jamais pratiqué d'actes techniques *in situ*, entretenait un lien particulièrement étroit avec un des huit centres belges de génétique humaine dont il était d'ailleurs l'émanation. En l'absence d'un registre national en matière d'IAD, la pratique de ce centre permet d'offrir au moins une approche de l'évolution de la demande pendant la quinzaine d'années durant lesquelles elle a pleinement rempli son rôle.

En 1999, un article de synthèse [2] offrait une vue rétrospective de cette activité. La Fig. 1 montre clairement que si celle-ci s'est lentement et régulièrement accrue de l'origine jusqu'en 1991, elle a tout aussi régulièrement diminué ensuite, l'année évoquée étant comme on le sait celle de l'avènement tonitruant de l'ICSI dans le pays.

Implantée dans une région industrielle, cette banque a de plus en plus fréquemment été confrontée à des candidats

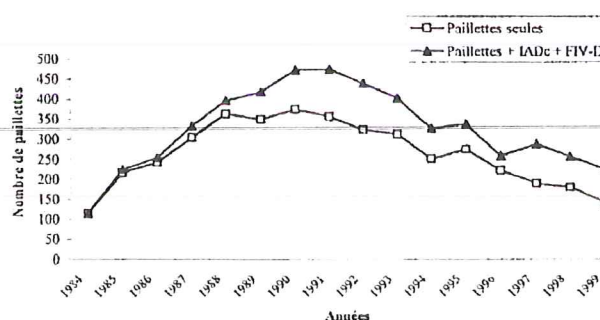


Fig. 1 Évolution longitudinale du nombre de paillettes délivrées par une banque de sperme régionale. IADc : sperme de donneur préalablement « capacité » ; FIV-D : fécondation *in vitro* avec sperme de donneur. (repris de J.-M. Debry. Revue de l'ABTL, 2000 ; 27(4): 273–88)

donneurs dont le sperme posait, à la fois, problème pour sa qualité première, mais également pour sa résistance au stress de la congélation. Dans les derniers temps, un candidat sur cinq seulement était effectivement retenu au titre de donneur.

Pour des raisons peut-être identiques, mais aussi pour simplifier leur gestion quotidienne, nombre de centres de PMA belges ont définitivement jeté leur dévolu, aujourd'hui, sur des spermatozoïdes venus de Scandinavie, lesquels semblent capables de répondre aux paramètres de niveau attendu. Il reste à voir si l'« achat » de doses d'insémination cadre réellement avec les standards éthiques et législatifs du moment qui excluent notamment la commercialisation de matériel corporel humain [3].

Encadrement législatif

Agrément des centres de PMA

L'arrêté royal du 15 février 1999, déjà évoqué, est relativement peu disert sur l'IAD. Il se contente de définir les critères d'agrément des centres de PMA dorénavant autorisés à pratiquer ces méthodes, en précisant, toutefois, qu'il existe deux types de centres : ceux qui sont de « type B » — aptes à pratiquer tout ce qui est du domaine du traitement de la stérilité — et ceux de « type A » qui ne peuvent disposer d'un laboratoire, se limitant dans les techniques accessibles, à la ponction d'ovocytes. Il va par conséquent de soi que les seuls qui peuvent disposer d'une banque de sperme (de donneurs ou nominatives) sont les premiers cités, ce que le texte rappelle dans son article 15 : [ces centres doivent avoir au moins comme activités, 3°] « la congélation et la conservation des gamètes et des embryons ».

Il s'agit donc d'une des activités dont le centre de type B peut se prévaloir ; il n'est dit nulle part que c'est du sperme de donneurs qu'il s'agit. Rien ne dit non plus que cette

disposition soit exclusive, d'autres structures conservant la possibilité de disposer de telles banques et de les faire fonctionner. Bien que le texte n'y fasse pas allusion, il apparaît néanmoins clair qu'une telle autorisation ne pourra, à partir de ce moment, être plus que temporaire.

Droit du patient

La loi du 22 août 2002 dite « loi relative aux droits du patient » [4] se retrouve aujourd'hui dans l'arsenal juridique de la plupart des pays européens, dans une forme propre à chacun d'entre eux. Sans entrer dans le détail de ce texte, l'article 8 précise certains points qui ont une implication en matière d'IAD. Il y est notamment précisé que « *le patient a droit à consentir librement à toute intervention du praticien* » — ce qui paraît un minimum en matière d'insémination avec sperme d'un tiers — et que « *le consentement doit être donné par écrit* ». L'alinéa 2 précise également que « *les informations fournies au patient [...] concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et les risques inhérents à l'intervention [...] les alternatives possibles ainsi que les implications financières* ». Enfin, le texte spécifie que l'information doit être « *complète* », ce qui apparaît évidemment totalement illusoire en matière d'insémination avec le sperme d'un donneur anonyme. Dans les textes postérieurs évoqués, ce terme sera modifié en un plus réaliste « *loyal* » qui ouvre toutefois à de possibles interprétations.

Cette loi, dont l'objet est assez général dans le cadre de la pratique médicale, est loin d'être spécifique à l'insémination avec le sperme d'un tiers. Elle définit toutefois un cadre dont l'IAD peut sans conteste bénéficier.

Si au cours des années 2003 et 2004, le législateur propose deux lois qui peuvent avoir des implications en matière de PMA [5,6], celles-ci ne concernent en rien la pratique de l'IAD. Par un décret prenant cours le 1^{er} juillet 2003, le législateur offre, notamment et de façon conditionnelle, aux patients belges, le remboursement des frais de laboratoire pour la FIV et l'ICSI.

C'est toutefois au cours de cette même année 2004, que le comité consultatif de bioéthique fournit un avis détaillé et attendu sur la question du don de sperme [7]. Une évocation succincte en est faite plus loin.

Loi relative à la PMA

Puis, en juillet 2007, est enfin promulguée une loi-cadre [8] qui aurait logiquement dû précéder un certain nombre des textes évoqués ci-dessus, à commencer par celui de février 1999. Entre-temps, les mentalités ont certainement changé et la loi précise, au nom de la non-discrimination, que les destinataires des pratiques de PMA sont dorénavant les cou-

ples hétérosexuels, les femmes homosexuelles et les femmes seules. Cette non-discrimination s'arrête donc apparemment aux homosexuels de sexe masculin, puisque toute intervention reproductive à leur bénéfice présuppose l'intervention momentanée d'une mère de substitution, (encore) interdite par la loi belge.

Autre nouveauté : l'âge maximal à l'ouverture d'un dossier est de 45 ans pour la femme, reporté à 47 ans maximum pour la mise en œuvre des techniques d'insémination. Étrangement, alors que la qualité moyenne du sperme des belges mâles affiche une nette tendance à la diminution, l'aptitude à concevoir de leurs partenaires semblerait inscrite à la hausse... Quand on sait que nombre de pays, notamment proches, ont situé la limite de prise en charge à 43 ans révolus, on voit très clairement où se situe la logique d'une telle disposition. Le message subliminal a quant à lui été bien perçu puisque nombre de femmes de plus de 43 ans en mal d'enfant (notamment d'origine française) viennent bénéficier des dispositions belges en matière de PMA et en particulier d'IAD.

Le chapitre IV de cette loi, qui compte 16 articles, est réservé au don de gamètes. Ses *attendus sont plutôt formels* et précisent notamment (article 61) que la demande de gamète doit être faite au centre de PMA par lettre recommandée. Les interdits affirmés tiennent à quatre points :

- l'insémination à des fins eugéniques ;
- le don axé sur la sélection du sexe sauf pour les maladies qui y sont liées ;
- l'insémination réalisée conjointement avec le sperme de deux donneurs ;
- le sperme d'un même donneur ne peut bénéficier à plus de six femmes.

Il est également spécifié (article 65) que « *les informations relatives aux donneurs de gamètes peuvent être communiquées par le centre de fécondation* » [aux receveuses] ; il s'agit « *des caractéristiques physiques du donneur* », mais aussi des « *informations médicales, susceptibles de revêtir une importance pour le développement sain de l'enfant à naître* ». L'étendue de ces « caractéristiques » est apparemment laissée à la discrétion des centres concernés. On sait toutefois que, dans certains pays et notamment aux États-Unis, elles dépassent le cadre des seuls critères de taille, de couleur des yeux et des cheveux ainsi que d'appartenance ethnique. Ce n'est pas le cas en Belgique. Pour le reste, les centres qui proposent l'IAD ont une activité qui repose en règle générale sur les « bonnes pratiques », telles que proposées par les associations professionnelles [9].

Enfin, une loi relative au *matériel corporel humain* [3] a été votée le 19 décembre 2008, retombée dans la législation belge d'une directive européenne. Elle renvoie très logiquement aux dispositions législatives antérieures, tout particulièrement pour ce qui concerne les PMA.

Avis du comité consultatif d'éthique

Construit sur le modèle français, le comité consultatif de bioéthique belge est national, ce qui n'est pas sans poser des problèmes lorsqu'on sait la pluralité du pays. Sauf sur quelques thèmes graves qui fondent le plus souvent une unanimité attendue, ce comité propose des recommandations plurielles qui sont ensuite renvoyées à un debriefing linguistique et philosophique ou confessionnel. Il en va de même pour un avis rendu en 2004, en réponse à des questions posées par le ministre de la Santé publique et des pensions de l'époque ; des questions notamment relatives au don de gamète [7].

Considérations générales

Ce qui concerne le sperme a mené à un avis circonstancié de 25 pages dont il est évidemment difficile de restituer un contenu résumé en quelques lignes. Cette évocation sera toutefois simplifiée du fait que des textes postérieurs — et notamment la loi évoquée du 6 juillet 2007 — ont réglé quelques questions soulevées par les membres du comité.

Après avoir rappelé les grands principes de droit de la personne humaine, le rapport précise d'entrée que la plupart des banques de sperme (ce n'est pas encore la totalité à l'époque) sont détenues et gérées par les centres de PMA de type B, ce qui a priori garantit, à la fois, le secret médical et un encadrement déontologique cautionnés par un comité d'éthique local (intra-hospitalier) et par l'ordre des médecins.

Il rappelle ensuite que le secret du don est garanti par l'article 458 du code pénal. Dans ce contexte *« les parents peuvent ne pas dévoiler à leurs enfants la manière dont ils ont été conçus. Toutefois, l'application des dispositions de la loi sur les droits des patients, en termes de droit d'accès de l'enfant à son propre dossier médical ou à celui de sa mère décédée, risque de dévoiler le secret quant à son mode de conception et quant aux informations éventuelles portant sur le donneur. Dans la mesure où la loi prévoit que le médecin est obligé de refuser l'accès au dossier pour protéger la vie privée de tiers, se pose la question de savoir s'il doit respecter la volonté de sa mère décédée et/ou cacher les informations éventuelles sur le donneur »*.

Ce « secret » à connotation triangulaire (donneur — « couple » receveur — enfant) est évidemment au centre d'une longue évaluation où il apparaît que dans la pratique belge, le secret sur la conception semble très généralement respecté, sans qu'une statistique puisse l'appuyer. Il est toutefois fait remarquer que, la part de plus en plus importante prise, aujourd'hui, par les tests génétiques risque, tôt ou tard, de mettre à mal ce type de secret avec les conséquences familiales et relationnelles que l'on peut imaginer. Toutefois — et à ce titre, l'avis du comité semble étrangement

consensuel —, *« il n'y a pas d'arguments assez forts pour qu'on puisse imposer la levée du secret aux parents qui désirent le maintenir. Le droit qu'on peut reconnaître à l'enfant paraît plus faible que le droit des parents de choisir le type d'éducation qu'ils veulent donner à leur enfant et leur droit de préserver leur vie privée »*.

Il va évidemment de soi que cette disposition ne vaut que pour les couples hétérosexuels.

Levée d'anonymat

Un autre thème, largement débattu, est celui qui concerne la possible levée d'anonymat du donneur. Trois options émergent, mais il en est une qui semble rallier, là encore, une forme de consensus. Elle consiste, sur la base du choix opéré par les candidats donneurs, à distinguer deux cohortes : une première, qui regroupe ceux qui refusent de livrer des informations autres que les quelques traits phénotypiques généralement retenus, et une seconde, qui regrouperait ceux qui sont d'accords de faire état d'informations additionnelles, pour autant qu'elles ne soient pas identifiantes. Elles tiendraient aux options philosophiques, au secteur professionnel choisi et aux autres renseignements de ce genre. Dans le cas des enfants nés de femmes seules et de lesbiennes, ces informations prendraient toute leur pertinence. À propos de ces femmes, il est également précisé que ce possible choix « à la carte » ne relève pas d'un caprice, mais bien du respect simple de l'autonomie, pilier fondateur de la bioéthique définie par le rapport Belmont de 1979. En revanche, la levée absolue de l'anonymat n'est pas du tout souhaitée dans la mesure où, comme le rappelle l'avis, il ferait chuter le nombre de donneurs de 80 % environ. À ce titre, l'expérience hollandaise est évoquée ; dans ce pays, les enfants conçus qui ont des doutes quant à leur filiation peuvent, à l'adolescence, disposer d'informations sur leur géniteur : non identifiantes à l'âge de 12 ans, identifiantes à 16. Il semble que la Belgique ne souhaite pas s'aligner sur ce type d'option. On aura simplement noté au passage que le seul argument a contrario soulevé par le comité d'éthique belge, relève d'une option plus pragmatique que réellement éthique.

Argument médical

Il est enfin rappelé que dans la mesure où le monde médical est impliqué dans un domaine qui ne relève pas obligatoirement de la pathologie (ne pas avoir ou ne pas vouloir de conjoint ne relève a priori pas de l'art de guérir), il entend assurer un maximum de précaution pour la santé des enfants à venir. Outre une sérologie détaillée et un caryotype assez systématiquement demandé pour les candidats donneurs, le gène *CFTR* (mucoviscidose) est souvent recherché, de même que des signes de

thalassémie et de drépanocytose chez les personnes à risque (populations méditerranéenne et africaine, respectivement).

Ce rapide survol d'un avis circonstancié n'est évidemment que partiel. Il va par ailleurs de soi que la longue discussion relative à l'insémination de lesbiennes ou de femmes seules a perdu toute sa pertinence, puisque la loi de juillet 2007 leur autorise définitivement l'accès à l'IAD.

Pratique belge de l'IAD aujourd'hui

La gestion d'une banque de sperme de donneurs est désormais du ressort exclusif des centres agréés de PMA en Belgique. Ceux-ci ont une activité qui doit répondre à des règles de fonctionnement bientôt assorties du sceau de l'ISO 9001 ou 15189. Tous ne disposent pas pour autant d'une banque de ce type ; pour des impératifs confessionnels d'abord, mais aussi en raison de la lourdeur qu'imposent sa gestion et la difficulté actuelle relative de trouver en nombre suffisant des donneurs locaux. Plusieurs centres — en particulier ceux qui n'ont pas un lien étroit avec une université (et par conséquent avec des étudiants) — se sont résolument orientés vers des fournisseurs étrangers et plus précisément scandinaves. Cette option pragmatique résout incontestablement le problème de l'approvisionnement, mais risque de poser quelques problèmes éthiques puisqu'il y a incontestablement « commerce » de produits corporels humains, et que la traçabilité peut ne pas être totale [3].

Il est évident que les centres de PMA concernés en ont pleine conscience. Enfin, un consensus national continue à privilégier l'anonymat total des donneurs, encore qu'il se dessine la possibilité de réserver, à l'attention des couples et des femmes seules qui en feraient la demande, des informations de type culturel et professionnel, pourvu qu'elles ne

soient pas identifiantes. La levée totale de l'anonymat n'est à l'évidence, pas à l'ordre du jour en Belgique.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Arrêté royal fixant les normes auxquelles les programmes de soins « médecine de la reproduction » doivent répondre pour être agréés*. Le Moniteur Belge du 25.02.1999. Loi du 15 février 1999. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm numac : 1999022165
2. J-M Debry (2000) Seize ans d'activités d'une banque de sperme. Analyse stratigraphique. Revue de l'ABTL 27(4):273–88
3. Loi relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique. Le Moniteur Belge du 30 décembre 2008. Loi du 19.12.2008. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm numac : 2008018385
4. Loi relative au droit du patient. Le Moniteur Belge du 26 septembre 2002. Loi du 22 août 2002. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm numac : 2002022737
5. Loi relative à la recherche sur les embryons in vitro. Le Moniteur Belge du 28 mai 2003. Loi du 11 mai 2003. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm numac : 2003022592
6. Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine. Le Moniteur Belge du 18 mai 2004. Loi du 7 mai 2004. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm numac : 2004022376
7. Avis n° 27 du 8 mars 2004 relatif au don de sperme et d'ovules. Bioethica belg 20 (juillet 2004) : 3–38. https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,13174478&_dad=portal&_schema=PORTAL
8. Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. Le Moniteur Belge du 19 juillet 2007. Loi du 6 juillet 2007. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm numac : 2007023090
9. MC Magli, E van den Abbeele, Kerstin Lundin, et al (2008) Revised guidelines for good practice in IVF laboratories. Hum Reprod 23(6):1253–62

* Tous les textes législatifs belges cités sont accessibles via internet. Il suffit de reprendre l'adresse électronique indiquée et de noter le numéro de matricule (numac) dans la case qui y correspond pour obtenir le texte désiré.