

Principaux avis du Comité d'Ethique en 2022

CE n° 85, 13 janvier 2022 :

Séance à visée organisationnelle, avec élection d'un nouveau bureau et planification des séances.

CE n°86, 4 mars 2022 :

Présentation de 2 aspects de la nouvelle loi de bioéthique (LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique), lors de la réunion du comité d'éthique du CHB su 4 mars 2022.

- Ouverture de l'accès aux couples de femmes homosexuelles ou à la femme seule, ayant un projet parental.

Jusqu'à la PMA répondait à un problème d'infertilité d'origine médicale d'un couple hétérosexuel, la loi répond maintenant à un projet parental sans parler de la notion d'indication médicale. Les demandeurs ont accès à des tentatives de PMA après entretien avec l'équipe médicale clinico biologique pluridisciplinaire. Tout refus ou report doit être justifié aux requérants.

L'âge pour le recueil de gamète pour bénéficier de PMA est jusqu'à son 43eme anniversaire pour la femme et 60 ans pour l'homme. L'utilisation de ces gamètes ou embryon peut être ensuite fait jusqu'à 45 ans chez la femme et 60 ans pour l'autre membre du couple qui n'a pas vocation à porter l'enfant.

Autorisation de l'autoconservation de gamète pour utilisation ultérieure en PMA entre 29 et 37 ans pour les femmes et entre 29 et 45 ans pour les hommes, le prélèvement est remboursé mais pas la conservation.

Il y a plus de 3500 demandes de PMA en France, les taux de réussite sont de 30 à 50 % pour les fécondations in vitro et de 25% pour les inséminations. La technique est choisie par l'équipe clinico biologique selon le contexte médical. En 2019 la PMA a permis de donner naissance à 1400 enfants.

C'est le CECOS qui gère les demandes de don et les entretiens avec l'équipe pluridisciplinaire pour accéder à un don de gamète en réponse au projet parental.

La reconnaissance de l'enfant se fait avant la naissance devant notaire par le couple pour établir la filiation. Toute séparation ou procédure de séparation arrête le processus de projet parental.

- Levée de l'anonymat du donneur de gamètes pour l'enfant né de PMA à partir de l'âge de la majorité à compter du 1^{er} septembre 2022. Tous les donneurs vont être questionnés et pour ceux qui refuseront cette levée d'anonymat, les gamètes seront détruits.

Focus sur le don de gamètes : en 2019, on compte 317 donneurs masculins et 836 donneurs féminins, il existe une tendance à la diminution des dons, qui risque de s'aggraver alors que celle des demandes de PMA vont exploser dès septembre 2022.

La discussion se fait autour des enjeux d'un accès à la PMA élargi, avec des conséquences en terme de délai de prise en charge et un questionnement sur la priorisation des demandes entre les infertilités médicales et celles d'origine sociale mais aussi en terme de raréfaction des gamètes notamment males du fait d'une augmentation de la demande et d'une diminution de l'offre prévisible du fait de la levée de l'anonymat.

CE n°87, 5 mai 2022

loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement : discussion autour des conséquences pratiques de la prolongation jusqu'à 14 semaines de grossesse du délai légal autorisant une IVG

Le service de gynéco obstétrique a décidé pour le moment de réaliser des IVG médicamenteuses en salle de naissance avec pose d'une APD (anesthésie péridurale), car la balance bénéfice risque pour les patientes n'était pas en faveur des IVG chirurgicales après 12 semaine de grossesse (curetage + aspiration), ces dernières exposant aux risques : de perforation utérine, de difficultés techniques, de lésions cervicales et augmentent les risques pour de nouvelles grossesses. Par ailleurs les équipes ont l'expérience de la technique médicamenteuse avec les IMG (interruptions médicales de grossesse pour motif fœtal ou maternel), seule pratique utilisée dans ce service, après les 12 semaines de grossesse. De plus, l'évacuation chirurgicale du produit de l'IVG est vécue comme violente par l'effecteur du geste au-delà d'un certain terme, puisque son volume impose une élimination en plusieurs étapes. L'IVG médicamenteuse se déroule donc en salle de naissance, avec une APD et l'accompagnement d'une sage-femme, cependant il y a souvent nécessité de réaliser en complément un geste d'aspiration au le bloc obstétrical après la sortie du fœtus. Le service de gynécologie du CHB est un des rares services du secteur à avoir mis en application ce dispositif légal.

Trois problématiques du point de vue éthique soulevées au regard du retour d'expérience des équipes de gynécologie du CHB :

1 : la non malfeasance pour la patiente et pour les équipes : à mettre en balance avec les aspects techniques et de sécurité cités, entre l'IVG médicamenteuse, avec une prise en charge longue en salle d'accouchement, lieu de naissance d'un point de vue psychologique, aussi bien pour la patiente que pour les équipes encadrant le geste et alternant avec des accouchements, VS l'IVG chirurgicale, effectuée sous AG au bloc accouchement, dans un temps court et unique.

La prise en charge chirurgicale devrait être étudiée pour devenir peut-être une alternative proposée aux patientes, avec l'équipe chirurgicale des Gynécologues-obstétriciens, en s'appuyant sur l'expérience de certains centres comme Grenoble ou St Etienne.

Le choix ainsi que le profil psychologique de la patiente peuvent avoir leur place dans le processus décisionnel entre les 2 techniques, étant donné que ni la loi, ni le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français) ne précise la technique à effectuer.

2 : La question du devenir et du statut du corps du fœtus :

Il semble important au CE de ne pas confondre le processus de deuil d'un enfant désiré dont la gestation ne peut être menée à terme (IMG et FCS tardives) avec le processus de décision d'une femme de mettre un terme à sa grossesse tardivement. De ce fait, il ne semble pas éthique ni juridiquement ni psychologiquement acceptable de considérer le processus de l'IVG tardive comme une naissance, en laissant la place à une question de déclaration ou de présentation du corps, dans l'intérêt de la patiente. Mais tous les moyens doivent être mis en œuvre pour l'accompagner au mieux dans les souffrances générées par sa décision.

3 : Le vécu complexe voire la souffrance éthique des équipes obstétricales et anesthésiques, prenant en charge des naissances, des IMG et des IVG tardives, dans une même unité de lieu et de temps, est une réalité qui doit être prise en compte, accompagnée et questionnée régulièrement. La mise en place d'une supervision devrait être envisagée selon le CE.

CE n° 88, 30 juin 2022

Discussion éthique autour de la contention dans le soin

Le consentement du patient, avec ou sans troubles cognitifs, est un principe essentiel dans la prise en charge par les soignants. L'institutionnalisation de la patiente devrait se faire avec son accord, tout comme les soins, invasifs ou non. Par ailleurs, la famille est un paramètre important dans l'élaboration du projet de soins du patient, elle doit être entendue mais n'a pas l'objectivité nécessaire pour participer à la prise de décision.

Face à une opposition aux soins, il faut savoir entendre les motivations de ce comportement chez le dément et savoir réévaluer le bénéfice de la réalisation d'un soin pour le patient lui-même. **Ces situations complexes doivent être analysées de façon collégiale et la décision de contention pour la réalisation d'un soin doit être exceptionnelle et mesurée, car elle rompt le lien de confiance entre le patient et le soignant.**

Le corps médical et paramédical a un pouvoir décisionnel, dont il doit avoir conscience, sur les patients en situation de dépendance, pouvant amener à des abus. La réflexion en équipe de tous les corps de métier impliqués dans la prise en charge de ces patients, y compris celui médical, doit permettre de réfléchir et d'élaborer le projet de soins le plus juste et le plus respectueux pour chaque patient.

Enfin, savoir renoncer à la réalisation d'un acte qui semblait indiqué, ne signe pas l'abandon du patient par les soignants mais l'occasion d'investir autrement le temps libéré auprès du patient.

CE n°89, 8 septembre 2022

Avis 136 du CCNE « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin » adopté le 15 avril 2021

Soins sous contrat, cet avis prône l'évolution des pratiques soignantes, pour suivre une évolution sociétale qui remet en cause le modèle paternaliste du soignant expert et donc dominant. Le soignant doit intégrer le **processus du consentement c'est-à-dire la participation active du patient à l'élaboration de son projet de soins**, dans ses pratiques qui ne peuvent se réduire à l'application de ses compétences « hypertechniques ».

Un refus de soins ne se conçoit qu'après une information claire, loyale et adaptée et ne correspond pas à un arrêt de soins, mais à une réorientation du projet de soins dans le respect de la volonté du patient.

Consentir va au-delà du simple accord, il permet la participation à l'élaboration et à la décision. Dans la réalité, la transmission de document écrit pourrait être vécue comme « une simple feuille que l'on signe », ce qui dévalorise autant la qualité de l'information sensée être transmise que le consentement éclairé qu'elle est sensée permettre.

La notion de temporalité pour le consentement au soin est primordiale : **il faut autoriser du temps à ce processus d'acceptation, pour l'intégration de l'information et pour l'élaboration de la décision**, mais également celle de la présence du soignant pour le soigné : **être en présence du patient et être présent pour lui, permet une meilleure écoute, une meilleure adaptation et donc un meilleur accompagnement du processus de consentement.**

CE n°90, 10 novembre 2022

Débat éthique autour de la prise en charge du désir d'enfant en PMA des populations migrantes

Culturellement, pour certains, l'infertilité du couple peut être une grande souffrance et susciter une forme de rejet dans leur communauté. Les conditions de vie des migrants et leurs différences culturelles ne doivent pas être une source de discrimination à l'accès aux soins et à la PMA, encore moins un critère de jugement sur la légitimité du désir d'enfant d'un couple.

Et il est infondé de croire que ce désir d'enfant serait motivé par l'obtention d'un titre de séjour définitif, car la mise au monde d'un enfant sur le sol français ne fait pas reconnaître automatiquement le droit de ses parents à rester sur le territoire français. Par ailleurs, si certains migrants peuvent arriver à justifier de rester sur le sol français en raison d'une maladie grave en cours de soins, l'infertilité ne rentre pas dans ce cadre et une démarche initiée en PMA ne permettra pas de défendre la prolongation d'un titre de séjour.

Une solution proposée serait de systématiser une évaluation sociale des droits des couples avant la consultation spécialisée afin d'informer les couples requérants du risque d'interruption de la prise en charge et soulager les professionnels de l'annonce de cette déconvenue en lien avec des données qu'ils ne maîtrisent pas.

Le comité d'éthique pense qu'il est légitime, comme pour tout autre besoin de soins, de débiter des bilans d'infertilité et d'initier une procédure de PMA médicalement justifiée chez tous les couples avec un désir d'enfant sans distinction du statut administratif et de la couverture sociale et que les populations migrantes doivent être clairement informées de leur situation, de leurs droits et de leurs perspectives pour pouvoir maîtriser leurs projets de vie comme toute autre personne.