

Les menaces multiples de la vie à naître

Rudolf Ehmann (traduction par Otto Jungo)

Deutsch erschienen in den ACTA 2/2005 Seiten 47-63

Les menaces contre la vie à naître sont de nature multiple, comme nous le verrons par la suite. Elles concernent tout le domaine de la reproduction, domaine pour lequel on utilise actuellement le terme reproduction.

Ainsi nous devons nous occuper dans ce contexte de toute la médecine de reproduction. Surtout des techniques de reproduction, car actuellement tout ce qui concerne la genèse, mais également l'empêchement de la vie - jusqu'à l'avortement - porte le terme de reproduction.

On parle surtout de "reproductive health" et de l'exigence, même du droit de chaque femme, de chaque couple, d'avoir accès à ces méthodes et techniques dans un sens et dans l'autre.

Le développement se trouve déjà au stade où l'on veut mettre les soi-disants "reproductive rights" au même niveau que les "human rights".

Ce processus a commencé à la fin des années 50 / début 60 avec la séparation entre la sexualité et procréation, suivi automatiquement de la séparation entre la procréation et la sexualité. Les deux sont liées idéologiquement l'une à l'autre.

Le début est dû à la contraception, surtout sur la forme de la "pilule anti-baby", d'où s'est développée une attitude négative envers l'enfant et finalement une attitude "enfant-ennemi".

Logiquement a suivi la libéralisation de l'avortement, même si beaucoup ne veulent pas l'admettre.

Notre thème consistera à démontrer les différentes menaces qui s'attaquent à ces problèmes.

I. Avortement

1. Avortement chirurgical
2. Avortement chimique

II. Contraception

Y appartiennent dans le sens large

- 1.) Contraception hormonale
- 2.) Dispositif intra-utérin, le stérilet ou spirale, IUD
- 3.) Vaccins anti-fertilité
- 4.) Antiprogestérone: RU 486
- 5.) Autres: -spermicides contenant du Nonoxinol
-stérilisation de la femme: EUG (grossesse extrautérine) après stérilisation

III. Interception = contraception postcoïtale

IV. Reproduction assistée

V. Traitements médicaux

1. Ablation de l'endomètre

2. Médicaments abortifs actifs dans la phase précoce

Pour les annotations au bas de la page veuillez consulter le texte allemand, ACTA 2/2005

Ad I. Avortement

L'avortement au sens traditionnel cense la mort d' environ 50 millions de personnes par année (WHO).

1. avortement chirurgical

2. avortement chimique: RU 486

Prostaglandine (Cytotec) en partie en
combinaison avec RU 486
Methotrexate

On ne connaît pas encore le nombre supplémentaire de ces avortements chimiques qu'il faudrait additionner aux 50 à 60 millions. Ces programmes ne sont pas encore certifiés. La menace de l'avortement est impressionnante, démontrée ad oculos.

Est à citer également l'avortement comme conséquence du diagnostic prénatal en cas de mise en évidence de malformation. En plus s'ajoute le diagnostic de pré-implantation (DPI; PID en anglais), qui exige d'innombrables vies.

Qu'en est-il des autres menaces contre la vie à naître, menaces moins manifestes? Où se cachent ces dangers actuellement? Qui en parle, ou n'en parle pas de cet anéantissement "sans bruit" de nombreuses vies ?

Ad II. Contraception

1. Contraception hormonale:

Cet exemple montre très bien la problématique du danger invisible, pesant sur la vie à naître, et surtout de l'interface entre contraception commune et avortement précoce. Voici quelques réflexions:

- a) Contraception orale (CO): pilule et mini-pilule
- b) Dépôt de gestagènes: Depo-Provera = injection tous les 3 mois
Implants hormonaux: Norplant, Implanon
- c) Dispositif intra-utérin (stérilet, IUD) hormonal, contenant un réservoir de gestagènes.

- a) Contraception orale
mode d'action:

1. inhibition de l'ovulation

L'idée initiale des inventeurs de la pilule était de freiner l'ovulation dans le sens d'imiter le cycle par un dosage élevé d'oestrogènes et de gestagènes. Les premières pilules correspondaient en grande partie à cette idée à cause de la la grande teneur en oestrogènes et gestagènes, mais pas à 100 % .

A cause des effets contraires, subjectifs et objectifs, dont on s'est rendu compte assez rapidement, on a baissé la partie hormonale progressivement; mais ceci a conduit à un nombre croissant d'ovulations de franchissement. Lors des années 60, 7% d'ovulations de franchissement ont été constatées, ensuite 7 - 10 %.

Jones et Darroch Forest relatent un échec de la pilule pendant les 12 premiers mois dans une proportion de 1.9% chez les femmes mariées (âge de 35-40 ans), et jusqu'à 18,1% chez des non-mariées (>20 ans). Ceci signifie que dans au moins 1.9-18,1% du collectif des ovulations de franchissement se produisent. Comme les ovulations de franchissement ne conduisent pas toutes à une fécondation, et que tous les ovocytes fécondés ne se fixent pas dans un endomètre, le nombre des ovulations de franchissement doit être passablement plus élevé que le pourcentage des échecs mentionnés.

Killik et al. ont examiné la croissance du follicule avec la préparation à trois étapes, le Trinordiol: Lors de 8 à 22 cycles engagés, ils ont pu constater, le deuxième jour des follicules comprenant 10 mm, correspondant à 36,5%, donc sont déjà préparés pour une ovulation ! Les taux d'oestrogènes correspondaient à la croissance folliculaire. Il n'y avait pourtant pas de symptôme de l'ovulation. D'autre part les auteurs ont remarqué que les taux d'oestrogènes et de gonadotropines étaient significativement plus élevés au début de la prise de la pilule le 5ème jour du cycle (au lieu du premier jour), et également chez les femmes qui ont montré un agrandissement de follicules; les valeurs des gonadotropines restaient élevées pendant tout le cycle, même après la régression des follicules, et également pendant l'intervalle sans pilule.

Teichmann dit ceci - pourtant de manière un peu cachée : " le fait que le degré de la suppression de l'activité ovarienne diminue après la baisse du dosage élevé en oestrogènes et gestagènes, il est déjà reconnaissable lors de l'introduction de préparations avec 0,05 mg de Ethinyloestradiol.

Sous *mini-pilule*, qui contient uniquement un dosage peu élevé de gestagène, un obstacle à une ovulation, n'a lieu que rarement. Le mécanisme se base sur l'activité du col de l'utérus, de l'endomètre et sur la motilité tubaire. Ainsi elle agit spécialement comme l'inhibition de la nidation.

2) Glaires cervicales

Le cycle naturel montre que la progesterone épaissit le mucus cervical et ainsi forme une certaine barrière à l'ascension des spermatozoïdes. Par conséquent un effet partiel de la pilule sera responsable de contribuer à la densité de la glaire. A côté du frein à l'ovulation certains auteurs le considèrent comme "l'effet contraceptif principal" (Lauritzen 1989) et comme le "deuxième effet des frénateurs de l'ovulation" (Furch 1991), de sorte qu'une fécondation ne puisse se réaliser et que l'effet sur la muqueuse de la matrice (admis selon Furch) "ne puisse se manifester". D'autres auteurs, cités plus haut, insistent de même manière sur l'effet du mucus cervical (p.ex. Teichmann 1991)

Les expériences de **Chang et Hunt** avec des lapins parlent contre un tel " deuxième effet principal": Un premier groupe recevait un oestrogène artificiel (EE), le deuxième groupe des gestagènes artificiels (Norgestrel ou Norethyodrel), et le troisième pas d'hormones du tout. Après quelques jours de traitement les lapins ont subi une insémination artificielle. Lors de l'autopsie, on trouvait chez les lapins traités avec des hormones des milliers de spermatozoïdes dans les trompes, chez les animaux traités avec des gestagènes le 72% du nombre de spermatozoïdes constatés chez les non- traités. Ceci prouve que - au moins lors des essais avec animaux - le mucus cervical épaissi ne présente pas de barrière absolue.

D'autre part, dans ces réflexions il n'a pas été pris en considération que lors de ces ovulations de franchissement les oestrogènes formées dans les follicules qui se développent peuvent influencer le mucus dans le sens d'une fluidification, de sorte que le cervix devient perméable pour le spermatozoïde.

Ceci est prouvé par *les grossesses survenues sous pilule*. qui ont augmenté en nombre les dernières années à cause du dosage progressivement abaissé des préparations, car *sans ascension de sperme, pas de fécondation*.

3) Inhibition de la nidation:

L'inhibition de la nidation consiste en la *transformation sécrétoire insuffisante* de l'endomètre et des modifications régressives de celui-ci par les contraceptifs oraux (CO): les dernières augmentent avec la durée de leur prise. Avec les préparations combinées, on peut observer presque toujours la soi-disante "sécrétion rigide", où les glandes sont étroites et non-fonctionnelles et montrent un aspect presque atrophique; en même temps le stroma montre une réaction pseudo-déciduale. Après une prise prolongée de ces produits combinés le stroma est également non-fonctionnel et fibreux. Les femmes réagissent d'une manière différente à une prise de longue durée de préparations séquentielles et étapées; on peut trouver des signes sécrétoires aux glandes après plusieurs mois encore, tandis que chez d'autres après peu de temps déjà les glandes peuvent devenir non-fonctionnelles avec une réaction importante du stroma.

Taubert et Kuhl, dans leur livre "Kontrazeption mit Hormonen", 1980:
"un effet anti-nidation dans presque toutes les pilules".

Et 1995:

"Il a été constaté que par l'administration d'oestradiol non seulement le développement de l'endomètre, mais aussi le tableau sécrétoire de l'utéroglobine et d'autres protéines peut être décalé de plusieurs jours. Ainsi, par une sécrétion assynchrone par rapport au développement du blastocyste, est créé un milieu défavorable pour le blastocyste, de sorte que l'implantation ne peut être réalisée".

Ensuite:

"Par la prise de gestagènes dans la phase folliculaire, comme c'est le cas avec presque tous les frénateurs de l'ovulation, la prolifération normale de l'endomètre est empêchée et une transformation sécrétoire abortive est induite. Les frénateurs de l'ovulation n'agissent pas seulement par un empêchement de l'ovulation, mais également par un empêchement de la nidation, si jamais une ovulation et une fécondation ont eu lieu".

Dans la littérature anglaise, on met l'accent également sur l'effet inhibiteur à la nidation. Ainsi dans le "Williams Obstetrics", un livre renommé des Etats Unis, est écrit: "les oestrogènes (synthétiques) créent, comme les gestagènes (synthétiques), un endomètre défavorable à la nidation du blastocyste".

De manière semblable dans "Danforth, Obstetrics and Gynecology: " la production du glycogène est diminuée dans les glandes endométriales par la prises des CO, ce qui empêche la survie du blastocyste dans la matrice".

A la question: " Peut-on prouver scientifiquement que la vie humaine commence seulement lors de la nidation et non pas déjà avec l'union du spermatozoïde avec l'ovocyte" , Lauritzen répond en 1986 de la manière suivante:

"la vie humaine commence sans doute par l'union de l'ovocyte avec le spermatozoïde et la division consécutive du zygote. Le médecin et le juriste se trouvent devant le problème que l'on ne peut, au moins dans le cas d'une fécondation normale, constater de fait ce début de vie. Pour un jugement médical et également juridique, il est important de savoir à quel moment le début d'une grossesse peut être constaté objectivement et ce moment se trouve actuellement à l'implantation de l'embryon dans l'endomètre. Au moment où l'embryon entre en contact avec la circulation maternelle, il envoie des signaux et ceux-ci peuvent être vérifiés, p.ex. par le beta-HCG ou SP 1.

On s'est mis d'accord de s'orienter au début scientifiquement déterminable de la grossesse et pour définir le problème d'une manière scientifique, de sorte que le début de la grossesse (pas celui de la vie humaine) commence avec l'implantation. Avec cette définition qui s'oriente à des faits objectifs que l'on peut vérifier, on décide qu'avec les méthodes qui empêchent la nidation de l'ovocyte fécondé, comme le stérilet

ou la pilule du lendemain, il ne s'agit pas d'un avortement d'une grossesse. Pour soutenir cette thèse, on ajoute que plus de la moitié des ovocytes fécondés périssent sans s'implanter".

Lauritzen 1989:

"La pilule dans sa forme classique agit dans tous les cas comme contraceptif, non comme abortif. Avec les préparations par étapes et combinées il s'agit pratiquement toujours d'une inhibition de l'ovulation. Ceci n'est qu'un des effets protecteurs. En plus, avec les préparations monophasiques et séquentielles, il existe également des effets contraceptifs au niveau du mucus cervical, de l'endomètre et des influences sur la motilité des trompes et finalement à l'ovaire même. D'autre part, il est correct qu'avec les préparations modernes très peu dosées ("minipilule") il n'y a pas d'inhibition de l'ovulation dans tous les cas. Il semble qu'ici des ovulations d'échappement surviennent plus fréquemment. Le freinage insuffisant du grossissement du follicule par ces "pilules" à faible dosage se montre également par la survenue fréquente de kystes ovariens et aussi d'ovaires polykystiques, sous l'administration de préparations oestro-progestatives à faible dosage. Il existe le plus souvent une inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation, mais justement pas toujours et, dans ces cas, l'effet supplémentaire sur le mucus cervical est important: c'est probablement celui-ci qui présente l'effet contraceptif principal. Certainement il existe une influence sur l'endomètre et la motilité des trompes, mais probablement moins importante....

En résumé on peut dire qu'avec les préparations peu dosées, l'effet sur le mucus cervical se situe au premier plan, mais que l'effet anti-nidation par les modifications de l'endomètre et l'effet sur la motilité dans les trompes jouent également un rôle. Dans ce contexte, on ne peut désigner la "pilule" comme abortive, puisque son effet se manifeste avant la nidation".

Notons que dans les derniers textes de Lauritzen le terme de *contraception* a trouvé un sens différent de celui qu'on admettait jusqu'alors. Il ne signifie plus uniquement "empêchement de la fécondation", mais aussi *empêchement de la nidation* de l'embryon. Il importe de noter que cet empêchement de la nidation n'est pas désigné comme "*avortement d'une grossesse*", puisque celle-ci ne commencerait qu'avec la nidation et que l'effet anti-nidation de la pilule commencerait "justement avant la nidation". Apparemment on prend en compte que, par cet effet anti-nidation, des embryons humains sont détruits - car Lauritzen avoue ouvertement que la vie humaine commence "sans doute avec l'union de l'ovocyte avec le spermatozoïde et la division consécutive du zygote".

Dans ce contexte ce n'est pas le début de la grossesse qui nous intéresse, mais le début de la vie humaine et ainsi l'homme nouvellement créé, qui est tué par l'effet anti-nidation de la pilule. *Donc, la pilule n'est pas seulement contraceptive, mais aussi abortive.*

Beller, Iova. 1990, prend position à cette question de manière suivante:

"Une question critique est la suivante: Où se trouve la limite de l'avortement ? Au moment de l'empêchement de la nidation ? Où tirer le trait ? *Si vous refusez l'empêchement de la nidation comme avortement, alors la spirale n'entre probablement plus en question. et ensuite vous ne pourrez pas non plus mettre en cause la pilule* (cursif R.E.)

Dans une étude de **Rosenberg MJ et al. 1996**, il a pu être prouvé que le spotting, c.à.d. les saignements pendant les cycles sous pilule, se trouve plus fréquemment chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Les auteurs attribuent ceci à l'effet anti-oestrogène de la nicotine, d'où résulte un appui diminué à la muqueuse utérine. Ainsi serait également diminuée la sécurité contraceptive, comme le démontre und

étude citée. Ces saignements amèneraient les femmes plutôt à un arrêt de la pilule, ce qui les conduirait à un risque accru de grossesse. Ce risque accru par l'effet de la nicotine est apparemment accepté; il semble que les auteurs se fient à l'effet anti-nidation probable.

4) Rôle des trompes:

Ici on admet que *la motilité des trompes est empêchée* par les contraceptifs hormonaux et qu'ainsi *le transport de l'embryon est ralenti*. D'autre part on cite également des modifications de la sécrétion de la trompe (Leidenberger 1992), qui éventuellement pouvaient avoir un effet négatif au transport de l'embryon.

Autre effet avortif de la pilule (Mall-Häfeli 1986):

"4. L'effet de la pilule est multifactoriel, le *transport ralenti* seul conduit à un *vieillessement accru de l'ovocyte* et à *l'empêchement de l'évolution d'un embryon viable*, comme nous l'avons vu lors de la fécondation in vitro.

Leidenberger 1992 décrit le mode d'action de la pilule comme suit:

"L'effet des frénateurs de l'ovulation avec son blocage de la sécrétion des gonadotropines hypophysaires et ainsi de l'ovulation et avec le *blocage cervical de la migration des spermatozoïdes* n'est décrit que partiellement. Notons que dans la plupart des contraceptifs hormonaux *l'état endométrial concernant la nidation ne correspond pas aux données physiologiques*, et que la synchronisation entre transformation de l'endomètre et la motilité des trompes est perturbée et que la composition des sécrétions des trompes est modifiée.(cursif R.E.)

Taubert et Kuhl, 1995, le disent ainsi:

"L'administration d'hormones stéroïdiennes peut influencer la vitesse de propagation de l'ovocyte fécondé et également la composition des sécrétions dans la trompe et la matrice, de sorte que le développement du blastocyste est perturbé par des modifications des substrats et des enzymes. Il est de grande importance de savoir que l'utérus n'est réceptif que pour une courte période seulement vis-à-vis du blastocyste qui doit s'y implanter. Il s'ensuit que la *réceptivité utérine* peut être perturbée par un changement des relations entre oestradiol et progestérone et de leur taux dans les différentes étapes".

A ce sujet l'information de Schering:

"Les oestrogènes et les gestagènes influencent la motilité dans les trompes et ainsi le transport de l'oeuf, de sorte que l'embryon n'atteint pas l'endomètre à temps pour y trouver les conditions favorables à la nidation. D'autre part la composition des sécrétions des trompes changent et avec ceci la maturation de l'embryon".

b) Dépôt de gestagènes: Depo Provera et implants hormonaux:

Le frein à l'ovulation a été examiné également chez l'implant Norplant. Ici il s'agit de bâtonnets de Silastic remplis de Levonorgestrel, qui sont implantés sous la peau et qui développent leur effet par la libération successive du gestagène; leur effet dure plusieurs années. Norplant agit de trois manières: par un freinage de l'ovulation, une modification de la muqueuse utérine et par l'épaississement du mucus cervical. Croxatto et al. ont constaté que le taux moyen annuel d'ovulations d'échappement est de 44.4%, dont 11,1% pour la première année et de 61.9% pour la deuxième, donc une montée drastique déjà après une année. Comme on sait par des essais sur des animaux que sous Norgestrel jusqu'à 72% de spermatozoïdes passent à travers le mucus cervical et qu'ils peuvent arriver à la trompe, il s'ensuit que - vu les ovulations de franchissement en moyenne de 44.4% - de nombreuses fécondations ont lieu. Par ceci un taux élevé de blocages anti-nidation se produit, car autrement la "sécurité" de ce contraceptif aurait été mise en question.

2. Dispositif intra-utérin, Stérilet,IUD

Comment agit le stérilet?

Le mécanisme exact n'est pas encore connu, mais on connaît certains éléments de ce jeu complexe et on sait que le stérilet s'immisce de manière variée dans le processus de fécondation et de la nidation.

Effets communs à tous les stérilets:

Le stérilet agit comme un corps étranger pour l'organisme et surtout pour la matrice. Par conséquent il essaie d'expulser ce corps étranger, ce qui lui arrive parfois; d'autre part le corps se défend contre le stérilet par le moyen de son système immunitaire, mais sans succès.

Le stérilet provoque une réaction inflammatoire mécanique et chronique dans la matrice et les trompes par l'accumulation de leucocytes (Wollen 1994 a) et de cellules du système immunitaire. Ainsi la composition du liquide dans la matrice et les trompes est modifiée. Par cette réaction inflammatoire les processus de fécondation et de nidation sont perturbés. Entre autre - semblable aux contraceptifs oraux - la motilité des trompes est influencée négativement, mais ici par un autre mécanisme.

En résumé, on peut dire que la réaction naturelle d'un corps étranger qu'est le stérilet, se dirige contre tout ce qui se trouve dans la matrice ou les trompes, p.ex. les spermatozoïdes, un ovocyte fécondé, ou un embryon qui s'y est implanté, dont le développement normal est en règle empêché (Ortiz 1996).

Effets supplémentaires des différents types de stérilets:

1) Stérilet en plastic pur:

A côté de la réaction inflammatoire mécanique le développement de l'ovocyte fécondé est perturbé. Dans une étude (Vidalo-Romero, 1987, Argentine) on a pu trouver juste avant les règles (qui finalement ont quand même apparues) chez 20% des cycles des taux de beta-HCG élevés dans le sang de la mère, donc une fécondation et éventuellement une nidation de l'embryon avait eu lieu.

2) Stérilet à cuivre:

Le cuivre renforce l'inflammation décrite dans la matrice et les trompes. A part les effets négatifs sur le passage des spermatozoïdes, resp. des ovocytes, ceux là sont dérangés encore autrement, de même la possibilité de nidation des embryons. Une observation importante était que, sous stérilet à cuivre, les récepteurs aux oestrogènes et progesterone baissent dans la muqueuse endometriale, d'où celle-ci ne se développe pas correctement pour une nidation de l'embryon, le "nid" ne peut être bien préparé (Buckley 1994).

3) Stérilet à progestérone:

En plus des effets communs à tous les stérilets l'effet majeur consiste ici en une libération hormonale. L'effet continu de la progesterone (Levonogestrel) conduit à des modifications profondes de l'endomètre de sorte qu'il devient plus mince, présente un degré inférieur de maturité et est moins bien irrigué. Chez une femme sur cinq, l'endomètre devient tellement atrophique, qu'il n'y a pratiquement plus de cycles, il ne peut plus réagir à l'effet de l'oestrogène. Il n'y a plus de règles. D'autre part il arrive que dans les premiers mois les règles sont plus fortes, prolongées et irrégulières, et plus tard deviennent plus faibles et finalement cessent complètement.

Avec le stérilet "Mirena", arrivé au marché récemment, chez 1/5 des femmes les règles cessent définitivement après une année. Cet effet est utilisé chez les femmes qui souffrent d'hyperménorrhées, de ménorragies et métrorragies, resp. des hémorragies de franchissement, mais ici comme traitement de ces anomalies de saignement.

La progestérone provoque en plus un épaissement du mucus dans le canal cervical, de sorte qu'il devient moins bien perméable.

Effet contraceptif ou abortif du dispositif intra-utérin (stérilet)?

Dans la littérature on insiste souvent sur l'effet contraceptif, c.à.d. anticonceptionnel, du stérilet où son influence sur les spermatozoïdes est exagérée massivement. Certes le stérilet empêche aussi le passage des spermatozoïdes et de l'ovocyte non-fécondé, son effet principal pourtant commence après la fécondation.

Et ceci pour les raisons suivantes (Hefter et Schmidt 2000) :

1) Avec la pilule du lendemain le stérilet au cuivre appartient aux méthodes postcoïtales. Si on l'utilise jusqu'à au maximum 5 jours après le coïtus (Spinnato 1997: jusqu'à 72 heures) il empêche dans presque 100% des cas le développement d'une grossesse éventuelle, et est ainsi plus "sûre" que la "pilule du lendemain".

2.) **Anderson 1994 et Pasquale 1996** décrivent la survenue de grossesses sous stérilet à la progestérone. Environ 3% des femmes sous stérilet notent une grossesse par an. Des résultats semblables sont montrés par van Ketz 1997 pour les différents stérilets en cuivre: environ 2% des femmes notent une grossesse pendant les deux premières années, malgré un stérilet, les jeunes plus souvent que les plus âgées.

3.) On lit souvent dans la littérature qu'à cause de l'effet de la progestérone le mucus cervical s'épaissit et ainsi devient imperméable pour le sperme. D'autre part il n'existe aucun doute que sous stérilet les ovulations continuent, donc que des oestrogènes sont produits. Ceux-ci agissent sur le mucus en le "ramollissant" de sorte que pendant le temps de l'ovulation un passage pourrait se produire.

Malgré tous ces faits l'effet abortif du stérilet est toujours nié, son effet se réalise probablement le plus souvent avant la nidation de l'embryon.

Beller, Münster constatait déjà en 1979/80: "effet abortif précoce de la pilule et des dispositifs intra-utérins"

3. Vaccins anti-fertilité

- ° Vaccin anti -HCG
- ° Vaccin contre les embryons

Il s'agit de substances (HSD-hCG vaccine) qui sont capables de former des anticorps contre l'hormone de la grossesse, le beta-HCG, dans le corps de la femme. Ces vaccins sont liés aux toxoïdes anti-tétanos, anti-diphthérie et aussi à la toxine du choléra comme substances porteuses. Par les anticorps contre le beta-HCG, cette hormone est inactivée d'où un avortement précoce, probablement à cause de la neutralisation de l'effet lutéotrope du beta-HCG.

Dans le tiers monde ces vaccins sont administrés avec d'autres vaccins, p.ex. antitétanique, aux femmes sans les informer sur l'effet de "vaccination" contre la grossesse, sans oublier qu'un vaccin se fait contre une maladie et qu'une grossesse n'est pas une maladie.

Ces vaccins devraient agir pendant 1 - 2 ans, seraient très efficaces, réversibles et pratiquement sans effets secondaires. Quant à leur efficacité des doutes ont été pourtant formulés. D'autre part des réactions croisées sont connues.

Des vaccins qui sont adressés contre les hormones gonadotrophines, contre les spermatozoïdes, les ovocytes et l'embryon jeune sont en préparation, le dernier avec le but de le laisser mourir.

Il est intéressant que, dans ce contexte, on parle toujours d'empêchement d'une grossesse, même si ces vaccins agissent contre l'embryon déjà existant.

4. Antiprogestérone

L'anti-progestérone ou Mifépristone ou RU 486 est connu comme pilule abortive, mais elle est aussi controversée. Elle donnait le signal d'un anéantissement à grande échelle de l'enfant à naître. Il a été argumenté que cette technique abortive était plus ménageante que l'avortement chirurgical. On a démontré à plus d'une reprise, et surtout pour des raisons psychiques que ceci n'était pas le cas.

Le RU 486 est légalisé en Europe dans les pays suivants: la Belgique, la France, la Grande Bretagne, l'Allemagne, la Grèce, l'Autriche, la Hollande, le Danemark, la Suisse et l'Espagne.

Actuellement on utilise le RU 486 également comme contraceptif d'urgence dans le sens d'un contraceptif post-coïtal ("pilule du lendemain"). L'avantage serait une sûreté encore plus grande, en plus avec des effets secondaires moindres que la "pilule du lendemain" classique. En plus elle peut être prise jusqu'au 5ème jour après des relations non protégées et à dosage sensiblement plus bas que lors d'un avortement avec RU 486.

En jugeant la situation actuelle la Mifépristone remplacera la "pilule du lendemain" usuelle et trouvera ici son indication majeure. L'avortement par RU 486 passera plutôt au second plan.

A ajouter l'avortement chimique par la Methotrexate.

Ad III Interception = Contraception postcoïtale

Dans cette méthode un dosage élevé d'un mélange oestrogène-progestatif ou d'un progestatif seul est absorbé après la cohabitation - en tout cas dans l'espace de 72 heures - par lequel l'endomètre s'épaissit rapidement et ensuite - lors de la chute de l'hormone- est éliminé de nouveau. Ainsi il est impossible à l'embryon de se fixer dans la muqueuse.

"Postcoïtal contraception" (= Interception): est reconnu plus au moins comme avortement précoce:

En Suisse Norlévo, (progestatif seul), peut être acheté sans ordonnance en pharmacie, dont le personnel est obligé d'informer exactement les clientes sur l'efficacité et les effets secondaires.

Depuis peu la "pilule du lendemain" est distribuée en France dans les écoles par des infirmières compétantes; en Allemagne ceci est prévu également (v. ALFA-Brief janv.2000). Ceci pourrait être un aveu de l'échec de la contraception usuelle auprès des teen-agers, puisque la contraception per os est chargée de beaucoup d'échecs et qu'apparemment les condoms ne suffisent pas (encore moins pour la prophylaxie du SIDA). Il en reste donc uniquement "l'Emergency Contraception".

L'interception postcoïtale utilise actuellement - comme mentionné plus haut - de plus en plus le RU 486.

Concernant l'intervention post-coïtale Teichmann remarque en 1991 (29):

"Ne tombent pas sous le terme de la contraception sensu strictu les mesures qui post coïtum empêchent une grossesse et son évolution ultérieure. *Contre l'utilisation de cette forme, que l'on désigne généralement comme interception, parlent justement des réflexions éthiques, qui ne voient pas de différence de principe entre un avortement et un empêchement de la nidation, qui est à la base de la plupart de ces méthodes. Dans chaque cas il s'agit d'interventions qui décident du sort de l'ovocyte fécondé et du blastocyste qui sont à un état embryonnaire précoce et qui possèdent déjà la puissance de développement vers l'homme. Malgré ceci ces procédés postcoïtales dans le sens d'un abortif sont utilisés comme mesure d'urgence et ont trouvé leur place dans les groupes des thérapeutiques, même si au fond ils ne sont pas à considérer comme des mesures contraceptives.*

(cursif R.E.)

A noter encore que la "pilule du lendemain" n'est pas si efficace, contrairement à la contraception postcoïtale avec le stérilet à cuivre, comme mentionné plus haut.

Ad IV. Réproduction assistée

Une autre menace apparemment contradictoire se trouve dans la forme moderne de la reproduction assistée: car, lors de la fécondation in vitro (IVF) on s'efforce de créer de nouvelles vies. La IVF et le ET (Transfert Embryonnaire) sont manifestement consommateurs et destructeurs d'embryons, sans compter les recherches sur les embryons qui en partie dépassent les lois qui règlent ce domaine dans les pays correspondants. Dans la littérature il est significatif que souvent uniquement le taux des grossesses biologiques est indiqué, on se tait sur le pourcentage des naissances vivantes, resp. "take-home-babies", probablement puisque les résultats sont mauvais. Car sinon on citerait aussi ces chiffres, puisque la femme s'intéresse finalement uniquement à l'enfant qu'elle peut porter à la maison et non pas uniquement à la grossesse débutante.

Déjà au moment du contrôle initial certains embryons qui ne correspondent pas au standard défini sont jetés, c.à.d. uniquement les embryons avec deux pronuclei seront transférés.

D'autre part on jette sciemment - sur la base du diagnostic de préimplantation (DPI) =diagnostic prénatal très précoce, des embryons porteurs d'une maladie génétique, ce qui montre qu'ici déjà - comme lors du contrôle initial- on distingue entre une vie digne et indigne à vivre. A cet effet le DPI permet d'éliminer des embryons génétiquement déficients.

Ce travail avec la reproduction assistée conduit d'autre part à relativiser le respect de la vie humaine.

En plus la réduction d'embryons dans le sens d'un foetocide non sélectif en présence de plus de 3 enfants menace la vie à naître, ce qui est une suite schizophrénique de la manière à pouvoir tout faire: on "veut créer des vies" et au prochain moment on détruit cette vie créée, et encore selon des critères arbitraires, le médecin s'érige en juge sur la vie et la mort.

Une autre suite de la reproduction assistée sera le clonage.

Ainsi il se montre que cette technologie reproductrice moderne devient carrément une porte d'entrée pour d'autres techniques éthiquement non défendables.

Ad. V. Traitements médicaux

D'autres menaces guettent de la part de certaines techniques médicales en gynécologie:

Dans le cadre des traitements proprement médicaux, c.à.d. sans idée de contraception, resp. d'effet abortif précoce, l'ablation de l'endomètre par coagulation - et récemment par le laser (Gyné-Laser) empêche la nidation: une fécondation peut se faire et par manque d'endomètre l'embryon peut être empêché à s'y implanter. Ceci est caché par les producteurs de tels appareils et les médecins ne pensent pas à informer les patientes ou cachent sciemment cette information. Ose-t-on, connaissant cet effet, même s'il n'est pas voulu, ose-t-on offrir et utiliser ces méthodes? Je ne le crois pas.

o

Discussion

Comment tout ceci est-il arrivé ? Pour répondre à cette question nous devons remonter un peu dans le passé. En 1963 le US Department of Health, Education and Welfare définissait **"l'avortement" comme toute mesure qui à chaque instant porte atteinte à la viabilité du zygote de l'instant de la fécondation à la fin de la naissance"**.

(NB zygote: la cellule diploïde qui est née de l'union de l'ovocyte et du spermatozoïde, et qui contient les composants des deux parents).

Cette définition ne pouvait être acceptée par ceux qui sont favorables à l'avortement et les planificateurs de la population, d'autant plus que la recherche dans le domaine de la contraception se développait de la contraception proprement dite vers des méthodes abortives précoces. Ainsi il était leur but d'effacer la limite entre les méthodes contraceptives et abortives Ils ne pouvaient arriver à leur but qu'en changeant le terme de la conception dans son sens profond. Sous conception on ne devait plus entendre la fécondation - donc, l'union entre ovocyte et spermatozoïde - mais l'implantation de l'embryon dans l'endomètre. Ces tentatives amenaient finalement l'American College of Obstetrics and Gynaecology (ACOG) à publier en 1965 dans son premier *Terminology Bulletin* la définition suivante: **"la conception est l'implantation d'un ovocyte fécondé"**.

Ainsi les premiers 14 jours après la fécondation sont sans protection. Ceci était d'importance autrefois à cause de l'effet abortif précoce du stérilet, qui fut nié pendant longtemps. Comme il s'est montré ceci est valable également pour les soi-disant frénateurs de l'ovulation. Cette limite de 14 jours est également de plus grande importance pour la fécondation in vitro / transfert d'embryon (FIV/ET), puisqu'il s'agit de processus qui consomment des embryons et que dans différents pays cette période a été libérée pour des recherches sur l'embryon. On comprend la "perspicacité" de cette définition.

Sosnowski, le président de la Southern Association of Obstetricians and Gynaecologists et membre de l'ACOG démasquait cette stratégie dans son discours présidentiel en 1984 à Marco Islands, Florida, sous le thème " la tendance vers un caractère exemplaire: l'avons-nous saisie et comprise ?" , de manière suivante:

"Puis-je vous demander pardon pour quelques minutes, si je vous communique quelques soucis personnels au sujet de choses avec lesquelles nous avons à faire et qui à mon avis ne sont (éventuellement) pas exemplaires. Je n'en parle pas à cause d'une prédilection aux querelles. Plutôt faut-il dire que ces choses sont contestables en soi, et si je vous privais de ce chagrin personnel uniquement pour éviter des thèmes contestables, ceci chargerait ma conscience et me priverait de mon sommeil. Avec d'autres mots: je suis inquiet à cause de problèmes qui nous ont atteint et qui nous grandissent par-dessus de la tête.

Je ne trouve pas exemplaire de s'attacher à des distorsions sémantiques. Je trouve les termes de "extraction de la menstruation" et "régulation menstruelle" inacceptables, de même que toute réflexion qui est à la base de ces actions: c.à.d. *on évite d'admettre qu'ici (des enfants) ont été avortés.* (cursif R.E.)

Il me semble que ceci est typique de la société permissive actuelle qui apprend rarement à l'homme à assumer la responsabilité de ses actes.

Il est aussi difficile pour moi d'accepter la nouvelle définition, prouvée par rien, de la "conception", donc de "l'union d'un ovocyte avec un spermatozoïde" à "l'implantation de l'ovocyte fécondé". La

seule cause semble se trouver dans le dilemme que le stérilet (IUD) vendu comme "anticonceptionnel" peut avoir un effet "abortif". Voulons-nous changer de nouveau la terminologie puisque le stérilet a perdu sa popularité et que la fertilisation in vitro s'est mise au centre de notre intérêt (accentuation par R.E.).

Réfléchissant à tous ses arguments présentés et quoique je peux partager souvent ces sentiments, personnellement je ne trouve *rien* d'exemplaire de résoudre les problèmes d'une grossesse non-voulue avec sa destruction Je pense aussi que l'éducation sexuelle ne peut être exemplaire que si elle n'est pas centrée sur toutes sortes méthodes et auxiliaires, mais si elle insiste instamment au respect qu'une personne doit à l'autre et à la responsabilité que chacun doit endosser pour le résultat des relations interpersonnelles (intimes), et si vous et moi avons le courage et osons d'être rétrograde, démodé, même puritain, en conseillant aux jeunes gens qui viennent nous trouver, que c'est une décision acceptable de dire "non".

A ceci on ajoute:

"D'une manière étonnement ouverte on réagit de manière négative au changement de la terminologie concernant l'avortement et le dévoile comme tactique de camouflage et ceci dans un organe réputé, comme p.ex. le American Journal of Obstetrics and Gynaecology. Ceci est valable aussi aussi concernant les stérilets, l'interception et la "pilule du lendemain".

Il est intéressant que Sosnowski exige une nouvelle redéfinition puisque la FIV met la fécondation au premier plan. En plus il a le courage de discuter et même d'exiger une possible désapprobation de la part de ses patientes.

Pourtant Lauritzen a l'honnêteté dans ses exposés de reconnaître le début de la vie humaine dans la fusion entre ovocyte et spermatozoïde. Ce qu'il ne dit pas est le fait que l'empêchement de la nidification de l'embryon *par l'effet inhibiteur de la nidation de la pilule détruit la vie humaine autant que l'avortement d'une grossesse après la nidation.*

D'autre part on n'avorte pas une grossesse mais un enfant à naître. Il s'agit donc d'un jeu de mots qui en même temps est un jeu avec la vie de l'embryon. Ainsi les termes de contraception ou anticonception ont, par leur différentes significations provoqué une grande confusion et un grand malheur. Au moins faudrait-il que les contraceptifs hormonaux oraux devraient être nommés ***correctement contra-et interceptifs, ou contra/interceptifs*** pour rendre justice à leur mode d'action réelle.

C'est avec droit que Teichmann juge *éthiquement inquiétante l'interception postcoïtale*. Il se réfère à l'effet freinant la nidification des préparations hormonales administrées post-coïtum. Par contre il ne s'inquiète pas concernant l'effet anti-nidatoire de la pilule. Il est certain que l'interception post-coïtale agit plus directement sur l'implantation que la pilule, où se manifestent encore d'autres mécanismes contraceptifs. Mais rien ne change ici au caractère partiellement anti-nidatoire. *La pilule est éthiquement autant condamnable que l'interception-post-coïtale*, que l'on utilise du reste moins souvent que la pilule.

En plus, "le début d'une grossesse objectivement vérifiable" selon Lauritzen est dépassé par le progrès technique: par le "Early Pregnancy Factor" une fécondation peut être vérifiée actuellement avant l'implantation. Ainsi la preuve de l'existence d'une vie humaine avant la nidation est objectivement possible. Les défenseurs de la théorie de la nidation se trouvent donc sans éléments de preuve pour leur théorie manipulative. Par cette preuve objective de l'existence de la vie humaine dans ce "no-mans-land" entre fécondation et nidation, le terme d' "avortement d'une grossesse" qui se réfère aux manipulations après l'implantation, risque également de s'ébranler.

On a toujours été *essayé de cacher l'effet abortif précoce de la pilule*, bien que sachant *qu'une connaissance précoce et large aurait empêché beaucoup de femmes à utiliser la pilule*. Cette tactique est

propre au management dans le sens de la phrase de B.Nathanson: "*verbal engineering precedes social always engineering*". Ainsi, comme la pilule fut introduite apparemment comme moyen non abortif précoce, la société moderne s'est habituée à son utilisation - comme pour le stérilet. Successivement on se rend compte de cet effet abortif précoce, mais ceci n'impressionne plus, puisque la force de l'habitude domine le savoir. Le dernier pénètre toujours moins bien et risque de rater grandement son efficacité. De plus on s'habitue toujours davantage au terme de tuer; ceci se montre soit lors de l'avortement, soit lors de l'euthanasie active - et d'autant plus que des raisons soi-disant humanitaires sont amenées comme justification.

De même manière on agit avec le terme du "moindre mal", qui néglige le fait que "l'on n'ose pas faire du mal pour réaliser un bien". Egalement si immédiatement après la fécondation l'embryon est un être plus petit qu'après quelques semaines, il s'agit quand-même d'un homme qui ne peut être tué comme dans un stade plus tardif, où l'intervention mortelle est plus spectaculaire.

Sur la "*fréquence*" de l'effet anti-nidatoire on ne peut donner des indications concrètes. Mais si on considère qu'il existent des ovulations de franchissement dans *au moins* 7 - 10 % et que le Pearl-Index des contraceptifs hormonaux est de 0,2 - 6, ceci signifie qu'il existent nettement plus d'ovulations d'échappement que des grossesses persistantes qui en résultent. Il est certain que chaque ovulation de franchissement ne conduit pas à une fécondation - mais un chiffre nettement plus élevé que les auteurs, qui se réfèrent au mucus cervical, l'admettent, d'autant plus que l'efficacité du mucus cervical peut être mise en doute, vu les exposés qui précèdent

Aux USA l'effet abortif précoce des CO est cependant admis également par les promoteurs de l'avortement. Kahlenborn cite un cas judiciaire connu du New York Times : "Webster versus Reproductive Health Services" devant la Cour Suprême où Frank Susman, du côté des promoteurs de l'avortement, devait répondre à la question du juge: "les méthodes actuelles les plus utilisées, que nous désignons habituellement comme contraceptifs, le stérilet et les pilules anticonceptionnelles faiblement dosées, qui sont les plus sûres pour le contrôle des naissances, agissent comme abortifs. Elles sont correctement signalées comme telles et agissent de ces deux façons".

Il ne dépend pourtant pas tellement du nombre d'embryons non implantés, mais du fait comme tel. Pour parler avec A.Laun: "aussi la possibilité d'un tel effet conduit déjà à un non catégorique au niveau moral". Ensuite Laun continue: "si déjà il existe la possibilité d'un effet anti-nidatoire, chacun qui propage le contrôle des naissances comme moyen dans la bataille contre les avortements, devrait s'opposer à tous les moyens de prévention avec la même intensité", ce qui n'est que rarement le cas. Malgré ceci, la mentalité anticonceptionnelle n'a pas diminuée, mais a favorisé les avortements.

Avec la contraception post-coïtale, resp. interception, inclus la RU 486 et les vaccins anti-fertilité, nous pouvons constater qu'on est arrivé à une tuerie de vie humaine à naître toujours plus perfectionnée, contrairement à la contraception proprement dite. S'y ajoutent des techniques de la reproduction assistée, qui de leur côté ont sa part dans une destruction massive d'embryons.

Ainsi il s'agit carrément d'une conception abusive des processus de la procréation humaine, de la sexualité comme telle et ainsi de la volonté du créateur. Car les sacrifices de telles actions sont les bébés qui n'ont pas pu naître, mais aussi les personnes nées qui y participent et qui activement ou passivement laissent se produire ces actes. Les suites pour tous les participants, pour toute l'humanité sont imprévisibles.

