



L'assistance médicale à la procréation

Dominique Royère
Professeur,
responsable du
Pôle stratégie PEGH,
Direction médicale et
scientifique, Agence
de la biomédecine

Les pratiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) recouvrent l'ensemble des techniques d'aide à la procréation qui nécessitent la manipulation d'au moins l'un des deux gamètes. Il s'agit soit de la manipulation des spermatozoïdes de l'homme, on évoque alors les pratiques d'insémination artificielle (IA), soit de la manipulation des spermatozoïdes de l'homme et des ovocytes de la femme, on évoque ainsi les pratiques de fécondation *in vitro* (FIV) avec ou sans assistance à la fécondation (ICSI, Intra-Cytoplasmic Sperm Injection). N'entrent pas dans le champ des pratiques d'AMP les traitements destinés à corriger un trouble de l'ovulation sans autre intervention (traitements inducteurs de l'ovulation) même s'ils s'adressent à une cause fréquente d'infertilité chez la femme et sont pourvoyeurs d'une fréquence non négligeable de grossesses multiples. Bien que les pratiques d'insémination soient très anciennes, le développement de l'AMP le plus important date des années 1980 avec la première grossesse obtenue en FIV (1978, Edwards et Steptoe). Il n'est pas inutile de se souvenir que la maîtrise offerte par la contraception orale sur la fertilité datait seulement d'une quinzaine d'années. On ne s'étonnera pas dans ces conditions que l'assurance de maîtriser sa fertilité s'accompagne réciproquement du sentiment de pouvoir maîtriser sa capacité de concevoir. Le contraste entre les chiffres retenus dans une approche épidémiologique de l'infécondité (17 % des couples en âge de procréer [60]) et ceux résultant d'enquêtes démographiques (25 %, Ined) traduit bien la perception subjective de la difficulté à concevoir. Si l'évolution de la prévalence de l'infécondité au cours des dernières décennies fait l'objet de débats [58] entre partisans d'une augmentation [52] et partisans d'une stabilité voire d'une diminution

[13], en revanche l'impact du recul de l'âge de la première maternité sur la prévalence de l'infécondité est unanimement reconnu [34], avec pour conséquence le recours à l'AMP.

Depuis son développement dans les trois dernières décennies, la perception de l'AMP a beaucoup changé, si l'on en juge simplement par l'évolution de la pensée scientifique sur ce sujet, allant du refus du soutien au programme présenté par Edwards par le Medical Research Council en 1971 au prix Nobel de médecine accordé à ce pionnier en 2010 [25]. Stabilisée depuis quelques années, cette activité médicale de biologie interventionnelle s'intègre dans le processus de la prise en charge médicale diagnostique et thérapeutique de l'infécondité du couple et, sans prétendre à influencer de façon majeure l'évolution démographique de la population française (2,4 % des enfants nés en 2008), elle répond à des situations médicales d'infertilité de l'un ou l'autre des membres du couple. S'adressant à un domaine très intime du couple, la procréation, l'AMP comporte des enjeux éthiques majeurs qui interpellent la société et justifient l'information la plus claire possible. C'est l'une des missions de l'Agence de la biomédecine.

L'objectif de ce dossier est de fournir une information sur l'AMP en la déclinant selon trois axes : l'infertilité en France et sa prise en charge par l'AMP, incluant le parcours des couples et l'impact psychologique de cette prise en charge ; l'encadrement des pratiques d'AMP, législatif, institutionnel et par les bonnes pratiques, mais aussi organisationnel et économique avec un regard sur les pratiques en Europe ; enfin, l'évaluation des pratiques d'AMP au plan régional, national et international, avec le suivi des enfants et l'AMP Vigilance. Trois tribunes libres viendront compléter cette description pour éclairer certaines facettes de l'AMP. 