



L'assistance médicale à la procréation : traitement médical ou nouveau mode de conception ?

De la « guérison » de l'infertilité à un nouveau « mode de conception » d'enfant, l'assistance médicale à la procréation fait l'objet de débats éthiques et de choix moraux souvent difficiles pour les patients dans un contexte légal qui varie selon les nations.

Philippe Granet

Médecin biologiste de la reproduction,
Institut mutualiste Montsouris

À son origine, l'assistance médicale à la procréation (AMP) a pour objectif essentiel d'aider les couples infertiles à devenir parents. Elle est classiquement proposée lorsque les traitements médicaux ou chirurgicaux ne sont pas possibles ou ont fait preuve de leurs échecs. Si l'on s'en tient à ces indications et dans une approche uniquement technique et médicale, il s'agirait d'un traitement comme un autre et d'un mode de conception ayant recours à l'artifice mais rétablissant des femmes et des hommes en âge de procréer dans la norme de la parentalité habituelle.

Pourtant l'AMP ne guérit pas la cause de l'infertilité, elle la contourne de manière palliative. Ce qu'elle tente de traiter, au prix d'un parcours difficile, c'est la souffrance personnelle, conjugale et finalement sociale de ne pas réussir à transmettre la vie.

L'autre aspect de l'AMP est l'accès direct aux gamètes (spermatozoïdes et ovules) et aux embryons qui, couplé aux possibilités de les conserver grâce à la congélation, offre tout un potentiel de devenirs dont certains sont susceptibles de transgresser fortement les normes culturelles et spirituelles de nos sociétés et groupes de pensée.

Le débat démocratique et son aboutissement en une législation et une surveillance de cette activité en limitent les risques majeurs en définissant ce qui est accepté. Aux frontières de ce cadre, un débat permanent se poursuit néanmoins entre ceux qui souhaiteraient en réduire le périmètre et d'autres qui envisageraient au contraire de l'étendre. Au cœur de cette réflexion éthique biomédicale et à partir, mais bien au-delà, des modalités biologiques

de conception, c'est la définition des limites de notre pouvoir sur la vie et la conception plus générale du sens de l'humain qui est l'enjeu central du débat.

Où se situe l'AMP dans le traitement de l'infertilité ?

L'assistance médicale à la procréation comporte toujours un temps biologique. Elle nécessite obligatoirement un recueil de sperme, suffisant en lui-même pour pratiquer une insémination artificielle ou associé à un prélèvement ovocytaire pour réaliser une fécondation *in vitro* (FIV). Il s'agit avant tout d'une assistance biologique à la fécondation qui a pour but de rendre possible ou de faciliter la rencontre fécondante entre un spermatozoïde et un ovule. Cette étape qui sépare du corps, en partie ou totalement, les étapes naturelles de la conception différencie ces techniques des traitements hormonaux ou chirurgicaux de l'infertilité.

Sur un autre plan, également essentiel, consulter parce que l'on pense être stérile, c'est d'abord exprimer une souffrance. Ne pas être comme les autres une vraie femme ou un vrai homme, être stigmatisé par le destin (la stérilité est une punition dans de nombreux textes fondateurs des religions), être coupable, rejeté, exclus, en tout cas victime d'un handicap à la fois personnel et social. Ce sentiment douloureux s'associe dans le cadre de l'AMP à la pénibilité physique et psychologique des traitements, à leur répétition habituelle (seulement 10 à 30 % de succès par cycle en fonction des techniques proposées), à la peur du temps qui passe (âge de la femme) et de la limitation du nombre de

prises en charge remboursées par la Sécurité sociale (quatre pour la FIV). Le fait que la technique soit au centre de l'AMP ne doit pas faire perdre de vue que son contexte et son retentissement psychologique sont au centre de la personne qui y a recours.

Dans ces conditions, qui prennent en considération la globalité de l'être humain, l'AMP peut être envisagée comme un traitement de l'infertilité conjugale, certes palliatif, mais à terme plus souvent efficace que voué à l'échec.

Est-ce toujours vrai ? Pour que l'on puisse l'affirmer, il faut en fait se référer à certains impératifs de la loi de bioéthique : nécessité d'une indication médicale, et être une femme et un homme en âge de procréer. L'AMP est autorisée lorsqu'un obstacle pathologique empêche le couple de procréer, ou exceptionnellement si la procréation naturelle entraîne des risques majeurs pour un des membres du couple ou pour l'enfant à naître (risque viral ou génétique). D'autres situations physiologiques (âge trop élevé), psychologiques ou comportementales (femmes seules) peuvent conduire à des demandes d'AMP qui peuvent être légitimes mais n'entrent pas dans le cadre d'une pathologie car il s'agit d'une impossibilité *ipso facto* à concevoir. La réponse à ces demandes n'entrerait plus alors dans le cadre d'un traitement médical mais d'une réponse médicalisée à un choix individuel entériné par son acceptation sociétale. Nouveaux modes de conceptions ?

La question se pose au pluriel dans la mesure où le terme « conception » porte en lui-même plusieurs sens différents. Concevoir, c'est procréer, mais c'est aussi élaborer un projet humain qui sera confronté à la réflexion éthique puis aux choix politiques qui délimiteront finalement, et non sans hésitation, la frontière, à un temps donné de l'histoire, du concevable et l'inconcevable contemporain. Conceptions différentes d'un pays à l'autre dont témoigne en exemple flagrant la disparité des choix politiques des différentes nations européennes en ce domaine.

En quoi diffère l'AMP ? Son impact sur la sexualité, la dissociation du temps avec la congélation, celle des origines dans le cadre des AMP avec dons et l'accès direct à l'embryon en alimentent, entre autres, la réflexion.

AMP et sexualité

Le point commun déjà évoqué et qui la singularise est la dissociation de l'acte

sexuel d'engendrement et la fécondation. La notion de rapport fécondant a disparu. Cette singularité est condamnée, entre autres, par l'Église catholique pour laquelle la vie est transmise divinement à travers l'union charnelle d'une femme et d'un homme. Sur ce point, le discours religieux se trouve en convergence avec les interrogations exprimées par certains pédopsychiatres et psychanalystes sur les conséquences psychiques possibles pour les enfants de la révélation de leur mode de conception. Une conception sans scène primitive traditionnelle et au support fantasmatique atypique ?

AMP et temporalité

À travers la congélation de sperme, d'ovocytes, d'embryons ou de tissus germinaux (ovarien ou testiculaire), les techniques d'AMP dissocient, parfois profondément, le moment d'élaboration du projet procréatif et celui de sa réalisation.

La situation la plus extrême étant la prise de décision par les parents d'une tentative de conservation de tissu gonadique pour un enfant exposé au risque chirurgical, chimiothérapeutique ou radiothérapeutique de stérilité iatrogène définitive. Projet anticipé, angoissant, encore très incertain quant à la possibilité réelle de la préservation de fertilité, mais porteur d'espoir quant à la victoire sur la maladie et l'épanouissement d'une vie semblable à celle des autres. Si l'enfant est trop jeune pour en comprendre le principe et l'objectif, la demande de ses parents devient transgénérationnelle, celle de devenir grands-parents.

La prise en charge du jeune enfant pubère est également particulièrement complexe. Il doit apprendre en quelques jours qu'il est gravement malade et que son traitement risque de l'empêcher d'avoir des enfants quand il sera adulte. Si c'est un jeune garçon, il devra tout aussi rapidement intégrer que son sperme peut être conservé au prix d'un recueil par masturbation. Demande brutale et violente, ouverte au regard des autres à une période où la sexualité préadolescente se met normalement en place dans sa nécessaire intimité.

Un autre aspect de dissociation temporelle induite par l'AMP concerne les couples ayant des embryons congelés qui sont souvent troublés quand on leur explique le principe de cette congélation. Ils réalisent qu'ils pourraient avoir des enfants conçus le même jour, mais nés dans une année ultérieure. Cette problématique du temps n'est pas neutre dans la représentation différentielle des enfants au sein de la famille.

Il devrait être prochainement autorisé en France de congeler des ovocytes. Cette possibilité ouvre théoriquement la porte à un nouveau type de demande d'AMP. Celle, pour les femmes, de différer l'âge de procréer tout en bénéficiant de la conservation d'ovocytes plus jeunes et plus aptes à être fécondés. Les objectifs pouvant être divers, tels que sécuriser sa position socio-économique, stabiliser sa vie affective et finalement protocoliser son projet de vie en tablant sur une maîtrise de la procréation.

AMP et origines

L'origine biologiquement incontournable de tout être humain, une femme et un homme, demeure la seule possibilité offerte par l'AMP. Seul, le clonage reproductif [NA], qui consiste en une tentative de copie de l'original, pourrait transgresser cette condition.

Socialement cette femme et cet homme deviennent parents, mère par l'accouchement, père par la reconnaissance de l'enfant. La maternité est une certitude, la paternité une probabilité entérinée sur le registre de l'état civil où la reconnaissance de l'enfant prévaut sur toute réalité biologique.

Dans ces conditions, l'AMP s'insère, quelle que soit l'origine des gamètes ou des embryons, dans le cadre légal du mode de conception habituelle. Une exception est pourtant à mettre en exergue, le cas des mères porteuses (gestation pour autrui) [NA] où la mère biologique et sociale serait la femme qui n'accouche pas.

Les dons de gamètes réalisés selon la loi française de manière anonyme, émanant de donateurs bénévoles et concernant un couple hétérosexuel dissocient la parentalité réelle, celle des couples receveurs, de son origine biologique. Don de sperme (insémination avec sperme de donneur (IAD)) et don d'ovocytes (DO) ne sont pas totalement superposables en ce qui concerne le vécu des couples.

Dans l'IAD, l'homme pourrait être totalement occulté, sa présence physique n'étant finalement pas indispensable. La dimension symbolique de la paternité prend alors toute sa valeur. Sans la volonté des deux membres du couple, l'enfant issu du don n'aurait jamais existé. C'est cette volonté qui en est l'origine et le sperme donné le moyen.

Le don d'ovocytes, bien que beaucoup plus difficile à mettre en pratique, paraît beaucoup plus simple à appréhender pour la femme receveuse. À travers la grossesse, dans son corps et dans le temps, elle s'approprie totalement le don et va accoucher de son enfant.

1. Les techniques non autorisées en France seront signalées par la mention : non autorisé [NA] dans la suite du texte.



L'accueil d'embryon (AE) consiste au transfert chez un couple receveur d'un embryon cédé par un autre couple ayant renoncé à son projet parental et qui conserve des embryons congelés au décours d'une tentative de FIV. Il s'agit en fait d'un transfert de projet parental d'un couple à l'autre, d'une histoire humaine à une autre.

Finalement, dans ces trois situations (IAD, DO, AE), tout est organisé, anonymat voire secret aidant, pour mimer un mode de conception habituel. Pourtant, pour chaque femme et homme concernés, chacun avec sa sensibilité propre, il s'agit bien d'un autre mode de conception qui nécessitera un travail psychologique auquel il est important de veiller.

Dans les cas particuliers de demande de femmes seules [NA] ou en couple homosexuel [NA], c'est une recherche de conception où l'homme est cependant présent mais réduit à son sperme. Il est absent en tant qu'être physique et nommable, mais demeure support d'interrogations et de fantasmes.

N'oublions pas l'enfant, paradoxalement absent puisqu'en projet et pourtant personnage central et finalité de toute AMP. Dans son développement psychique, au moment où il s'interrogera, comme il est normal, sur la manière dont il a été conçu, la révélation d'un mode de conception différent aura nécessairement un impact très important. L'AMP sera toujours pour lui une manière d'avoir été désiré autrement. Une histoire sera à construire et elle sera d'autant plus complexe que le nombre de ses personnages augmentera. Celle de l'AMP intraconjugale se rapprochera le plus de la norme, celles des AMP avec don demanderont un travail plus élaboré et long pouvant aboutir dans de rares cas à la recherche douloureuse d'un géniteur autre que le vrai parent.

AMP et accès à l'embryon

L'existence réelle de l'embryon est, pour les couples, à l'origine d'une responsabilité nouvelle, celle de devoir prendre une décision concernant son devenir : le congeler, le détruire ou encore le céder pour un autre couple ou pour une étude scientifique? Choix difficiles, souvent douloureux et culpabilisants car dans l'imaginaire des couples chaque embryon est potentiellement l'enfant qu'ils auront ou auraient pu avoir.

L'accès clinique à l'embryon modifie la représentation que l'on pouvait s'en faire préalablement. Il se trouve à la fois personnalisé et matérialisé. Personnalisé par la valeur

symbolique qu'on lui accorde et matérialisé en tant qu'entité observable et évaluable en termes de potentiel évolutif et également de qualité génétique lorsqu'un risque d'anomalie majeure menace son devenir et que le couple se voit proposer un diagnostic préimplantaire (DPI).

Cet accès à l'embryon est un des thèmes majeurs des débats éthiques. Il impose un encadrement protégeant le respect de l'humain et refoulant la dérive vers une sélection embryonnaire où l'aspect génétique supplanterait l'indication médicale ponctuellement justifiée.

Conclusion

Dans toutes ces situations, une conception à l'aide de l'AMP diffère d'une conception naturelle. Non pas dans sa finalité, que ces deux modes de procréation partagent, mais dans une succession d'étapes impliquant des choix comportementaux, des décisions d'ordre moral, des conflits possibles entre le désir personnel et les règles imposées par la société.

La transmission naturelle de la vie, continuité transgénérationnelle du mystère de son origine, est l'aboutissement de comportements humains culturellement idéalisés : reconnaissance de la femme et de l'homme en tant que couple, institutionnalisation de leur situation par leur mariage, assimilation de la sexualité à l'amour, enfant fruit de cette union. L'AMP dans son cadre légal en France s'inspire de ces conditions, elle n'impose pas le schéma idéal mais lui emprunte fortement en tant que garantie pour le devenir de l'enfant. *A contrario*, la conception naturelle s'éloigne parfois, et plus ou moins tragiquement, de ce schéma : conception non désirée, adultérine ou issue de violence sexuelle. À côté du mythe de l'enfant parfait, il ne faut pas créer celui de l'enfant parfaitement conçu!

Les différences de modes de conception liées à l'AMP génèrent des responsabilités nouvelles : dans les choix des couples, les propositions médico-biologiques des soignants, la délimitation du champ du possible par les politiques. Il en émerge une parentalité particulièrement responsable qui est la conséquence de la difficulté à y accéder, mais qui peut également être un atout pour offrir à l'enfant à venir l'environnement affectif nécessaire à son bonheur et son épanouissement.

Des parents comme les autres, des enfants comme les autres, tel est l'objectif de l'AMP. Le recul actuel et l'expérience clinique montrent

qu'il est habituellement atteint. Le cadre législatif, la surveillance et l'évaluation des pratiques, l'encadrement psychologique qu'il faudrait encore davantage valoriser en sont les conditions indispensables. ☹