tribunes

Les perceptions de l'assistance médicale à la procréation : mythes, réalités ou magie ?

Devenue courante avec 4 millions d'enfants nés suite à une assistance médicale à la procréation, cette pratique suscite nombre de questions quant aux règles de son utilisation et aux raisons qui conduisent les parents à y recourir.

Joëlle Belaisch Allart
Professeur associé au Collège de médecine des Hôpitaux de Paris, présidente du Groupe d'Étude de la FIV en France (GEFF) et vice-présidente du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), chef du service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, Centre hospitalier des 4 Villes, Sèvres

Depuis Louise Brown, premier enfant né en 1978 après fécondation *in vitro*, près de 4 millions d'enfants sont nés dans le monde après AMP. Plus de trente ans plus tard, l'AMP fascine toujours, elle a, en apparence, rendu tout (ou presque) possible, la double, voire la triple maternité (la mère génétique fournit l'ovocyte, la mère porteuse prête son utérus, la mère sociale élève l'enfant), la maternité sans ovaire (le don d'ovocytes) ou sans utérus (la gestation pour autrui ou GPA), la paternité sans spermatozoïdes (le don de sperme), la parentalité à tout âge et l'homoparentalité pour les femmes comme pour les hommes. Don d'ovocytes, accueil d'embryon, GPA, mères de 50 ans et plus font désormais partie de notre univers de tous les jours, du moins dans les médias, car au quotidien la réalité est toue autre pour les femmes françaises. L'AMP, en France, fait partie des pratiques médicales les plus encadrées par la loi. La loi de bioéthique de 1994, revue en 2004 et en cours de révision, définit strictement les conditions dans lesquelles l'AMP peut s'exercer : le couple doit être formé d'un homme et d'une femme, la GPA est interdite, l'homoparentalité aussi et il est peu probable que la révision actuelle de la loi de 2004 change ces conditions ; néanmoins nombreux sont les fantasmes soulevés par l'AMP (et les idées fausses qui circulent…).

L'accès à l'AMP

Vérité en France n'est pas loi au-delà des frontières. Le nomadisme procréatique permet aux Françaises de bénéficier de dons d'ovocytes non anonymes en Belgique, ou de trouver des jeunes donneuses anonymes mais indemnisées (rétribuées ?) en Espagne. Les femmes seules ou homosexuelles sont également acceptées dans de nombreux pays. Si la liberté est restreinte en France, il faut, en revanche, souligner que les Françaises bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie qui leur est favorable : 4 tentatives (une tentative s'entend avec ponction et transfert d'embryon) sont totalement prises en charge pour l'obtention d'une naissance. Or la prise en charge par les systèmes de santé a un impact majeur sur l'accès à l'AMP, comme l'illustre l'exemple de l'Allemagne, où jusqu'au 1er janvier 2004, 4 cycles étaient pris en charge à 100 % sans restriction d'âge ; depuis que seuls 3 cycles sont pris en charge à 50 % chez les femmes de 25 à 40 ans et les hommes de moins de 50 ans, le nombre d'AMP par million d'habitants est passé de 1 075 cycles à 650 et ceci a un impact sur la fertilité totale du pays qui est passée de 1,34 à 1,32. Il est ainsi démontré que l'AMP, qui représente jusqu'à 5 % des naissances dans certains pays tel le Danemark, a un impact faible mais non nul sur la fertilité et la natalité !

Le désir de plus en plus tardif d'enfant

Le désir tardif d'enfant est devenu un réel problème de société. Les progrès de la contraception, les études prolongées, le désir (légitime…) de faire carrière, l'instabilité du marché du travail, l'hostilité des employeurs à l'annonce d'une grossesse, tout se conjugue pour que les femmes programment de plus en plus tard leur grossesse. Sans compter celles qui, ayant rencontré tôt (trop ?) l'homme de leur vie, à la quarantaine rencontrent un nouveau conjoint et voudraient concrétiser leur nouvel amour par un nouvel enfant.

L'âge des candidates à l'AMP ne cesse d'augmenter ; 48 % des candidates à la FIV ont plus de 35 ans (données ABM 2008), alors que la première chute des taux de succès survient dès 35 ans, et près de 30 % ont plus de 38 ans ! Les Françaises n'ont pas recours trop vite à l'AMP, la durée moyenne d'infertilité avant le recours à la FIV étant de 4,8 ans (données du Registre national français Fivnat, 2006).

Contrairement aux idées reçues, l'AMP n'est pas la baguette magique qui permet de lutter contre la chute de la fertilité car les résultats de tous les traitements sont liés à l'âge de la femme (et depuis peu l'on sait aussi à l'âge de l'homme). Seul le don d'ovocytes provenant d'une femme jeune peut compenser la chute de la fertilité liée à l'âge. Le don d'ovocytes a été inventé pour compenser l'absence d'ovaire ou des ovaires prématurément défaillants (ménopause précoce), est-il vraiment fait pour compenser le désir tardif d'enfant ? Il n'y a clairement pas assez de donneuses d'ovocytes en France, dans notre système anonyme et gratuit, les femmes donneraient-elles leurs ovocytes si elles savaient que c'est pour aider une femme qui a dépassé l'âge de procréer à avoir un enfant ? On peut en douter.

Ce désir tardif d'enfant et les difficultés du don d'ovocytes obligeront tôt ou tard à s'interroger sur la conservation d'indication non médicale (dite sociétale) des ovocytes, en clair que les femmes puissent conserver leurs propres ovocytes jeunes plutôt que d'avoir recours à ceux d'une autre femme jeune. Actuellement, l'autoconservation n'est légale que pour les femmes qui vont subir un traitement stérilisant (telle une chimiothérapie). Cette « prévoyance procréative » pose de multiples problèmes : sa prise en charge financière ; la limite d'âge pour utiliser les ovocytes et tenter d'obtenir une grossesse, compte tenu des risques réels des grossesses tardives pour la mère et pour l'enfant. Il semble toutefois illusoire d'échapper à cette réflexion, d'autant que la conservation d'ovocytes est déjà possible, moyennant finances, dans certains pays : Espagne, États-Unis d'Amérique.

Les résultats français

Les résultats de l'AMP en France sont souvent accusés d'être inférieurs aux résultats américains ou nordiques. Les Américains transfèrent *in utero* un nombre d'embryons plus élevés, sans craindre les grossesses multiples, pour des raisons essentiellement financières (la patiente paie son traitement et les taux de succès doivent être maximum). La comparaison avec les pays nordiques (Suède, Danemark) est plus compliquée. De par leurs excellents résultats, ces pays ont développé le transfert de l'embryon unique pour éviter les grossesses gémellaires. S'il ne faut pas diaboliser les grossesses gémellaires, il n'en est pas moins vrai que le but d'un traitement de l'infertilité est d'obtenir un enfant en bonne santé ; aussi, en apparence, le plus simple en FIV serait donc de ne déposer qu'un embryon dans la cavité utérine. Tout le problème réside dans le taux de succès obtenu avec le transfert d'un seul embryon. Dans les pays nordiques, fervents adeptes du transfert unique, les taux de naissances dépassent les 30 % après transfert d'un seul embryon dans les cas sélectionnés (femmes de moins de 35 ans, avec plusieurs beaux embryons — ce qui permet de choisir le meilleur) lors de premières ou secondes tentatives. En France, nos patientes sont plus âgées et infertiles depuis plus longtemps, nos résultats sont donc moins bons.

La qualité des équipes françaises est souvent mise en cause, en oubliant qu'un bon laboratoire coûte cher en matériel (en particulier en nombre d'incubateurs pour ne pas les ouvrir trop souvent et déstabiliser leurs constantes physiques) et en personnel. La politique dans le secteur privé comme dans le secteur public est aux restrictions permanentes (« toujours plus d'activité, toujours moins de moyens », au nom de la sacro sainte tarification à l'activité [T2A]) ! Autres facteurs expliquant nos résultats moyens, il se fait beaucoup plus d'AMP par millions de femmes en âge de procréer dans les pays nordiques qu'en France (4 436 par million en France contre 10 132 au Danemark [41]). Il est évidemment plus facile de traiter des femmes « peu infertiles », pour ne pas dire presque fertiles !

La transparence des résultats

La transparence des résultats fait partie des mythes actuels. Il est logique que les patientes souhaitent être informées des résultats du centre où elles s'adressent et la transparence des résultats en AMP est probablement inéluctable avec l'évolution de la société. Toutefois, l'affichage public de nos résultats bruts, centre par centre, vivement souhaité par certains praticiens, ne serait pas sans risques pour les patients eux-mêmes, ce dont les médias ne semblent pas conscients. Le taux de succès d'un centre est fonction certes de sa compétence, mais aussi des patiente, qu'il accepte. Les femmes jeunes, dont la durée d'infertilité est courte et qui répondent bien à nos traitements, sont plus volontiers enceintes que celles de 38 ans et plus, et dont les ovaires résistent à nos médicaments. Pour pouvoir afficher de bons résultats, certains centres ne seraient-ils pas tentés de ne sélectionner que les cas favorables ? Pour répondre à cette inquiétude, il a été proposé un affichage par tranche d'âge des candidates. Une transparence basée exclusivement sur des tranches d'âge serait insuffisante pour juger de la qualité d'un centre, les résultats de l'AMP étant aussi fonction de la réponse ovarienne, jugée sur le nombre d'ovocytes recueillis, comme nous l'avons récemment démontré à Sèvres [10]. Avant 38 ans, notre taux de grossesses évolutives (ayant dépassé les trois mois de grossesse, se terminant donc, sauf accident, par un accouchement), tous rangs de tentatives confondus, par ponction est de 26,1 %. À partir de 38 ans, il devient de 13,25 % (différence hautement significative, $p<0,001$). Mais ces taux varient considérablement selon la qualité de la réponse ovarienne que l'on peut juger sur le nombre d'ovocytes recueillis (avant 38 ans, moins de 5 ovocytes seulement 14,7 % de grossesse, contre 27,4 % si plus de 5 ovocytes ; après 38 ans, 4,9 % et 15 %). La sélection des patientes à réserve ovarienne satisfaisante (ce qui peut partiellement se prédire par des dosages hormonaux avant la tentative de FIV…) permettrait d'afficher des taux de succès satisfaisants. Et ce au détriment des femmes à réserve ovarienne perturbée, qui ne seraient plus acceptées dans nos programmes si obligation nous était faite d'une transparence « brute » à peine déguisée : l'affichage par tranche d'âge de la femme.

Il faudrait disposer d'un bon indicateur pour comparer les centres avant d'afficher les résultats, or la population sélectionnée idéale permettant la comparaison entre les centres n'est pas aisée à cerner (femmes jeunes, à bonne réponse ovarienne, dans leurs premières tentatives… ou au contraire les cas défavorables, car les cas favorables seront enceintes dans tous les centres !).

La transparence est une arme à double tranchant, à manier avec précaution. Elle risque d'aboutir à l'inverse de l'effet qualité souhaité : certains centres, désertés par les patientes plus ou moins bien informées, ne recevraient plus que des cas de plus en plus mauvais, refusés par les autres centres, et s'enfonceraient dans la spirale infernale des mauvais résultats. À l'inverse, d'autres centres sélectionneraient de plus en plus et auraient certes d'excellents résultats mais seraient réservés à de rares « happy few ».

Si la transparence brute est érigée en dogme

par nos instances, tous les « mauvais cas » (les couples dont les chances sont estimées faibles ou nulles) ne seront plus pris en charge et iront, pour ceux qui le peuvent, à l'étranger. Faut-il inclure toutes les patientes dans nos protocoles d'AMP, y compris celles pour lesquelles le pronostic est d'emblée très défavorable ou faut-il réserver nos tentatives aux femmes qui ont de réelles chances de succès ? Nos patientes affirment que pour quelques pour cent de grossesse elles veulent tenter leur chance, le feraient-elles si elles payaient leur tentative. La question mérite d'être posée, mais oblige à s'interroger sur la finalité de l'AMP : afficher de bons résultats ou aider les couples en mal d'enfant ? Un juste équilibre devrait pouvoir être trouvé…

Le mythe des embryons congelés

L'Agence de la biomédecine a recensé environ 150 000 embryons congelés dans les centres d'AMP fin 2008 (données 2010). Ce pool d'embryons congelés, mis en avant par les détracteurs de la congélation de l'embryon, est bien entendu en constante évolution : les femmes non enceintes à l'issue de leur tentative reprennent leurs embryons restants dans les mois qui suivent, tandis que de nouveaux embryons sont congelés tous les jours. Tous les ans, les couples sont interrogés sur le projet concernant ces embryons : la grande majorité des embryons font l'objet d'un projet parental (ABM 2010 : près de 70 % des couples), seuls 14 % des couples ont abandonné leur projet parental et font don de leurs embryons à un autre couple ou à la recherche, ou demandent l'arrêt de la conservation. 18 % des couples sont en désaccord ou surtout ne répondent pas aux courriers, la majorité n'habitant plus à l'adresse indiquée (NPAI). Ces embryons « abandonnés » suscitent de multiples débats ; il suffirait, pour résoudre beaucoup de ces NPAI, que nous puissions nous faire communiquer l'adresse actuelle de la femme par la caisse primaire d'assurance maladie par son numéro de Sécurité sociale… La congélation de l'embryon humain est une technique fiable, source de multiples enfants en bonne santé, c'est l'idée même de la congélation de l'embryon que certains courants de pensée tentent de remettre en cause à l'occasion de la révision de la loi.

30 ans et 4 millions de bébés après la naissance de Louise Brown

L'AMP est devenue une technique médicale de routine. La médecine est entrée dans l'ère des processus qualité (certification, formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles, développement professionnel continu, etc.). Il n'est pas question de prendre en charge un couple sans réflexion médicale, sans analyser le bénéfice et le risque de la prise en charge, mais faut-il toujours légiférer ? La loi protège les patients et leur descendance, apaise les inquiétudes sur les manipulations sur l'embryon humain, protège la liberté des scientifiques en rassurant le public, protège les scientifiques d'accusations de conduites non éthiques, affirme V. English [20]. Les bénéfices d'une loi sont-ils toujours supérieurs à ses inconvénients ? Certains exemples récents incitent à modérer la réponse. Les lois sont un frein à la recherche, elles peuvent même être nocives pour les patients eux-mêmes (telle la loi italienne qui n'autorisait la mise en fécondation que de 3 ovocytes maximum et le transfert de tous les embryons obtenus, avant qu'elle ne soit remise en question en mai 2009…).

Rêvons un instant : et si la société faisait un peu plus confiance aux professionnels de l'AMP ?

tribunes

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[1] ? 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, chimiothérapique ou radiothérapique 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 donneurs 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 préimplantatoire (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.

tribunes

Le prix du renoncement

Lorsque l'enfant biologique est impossible quels sont les choix des couples ? Comment renoncer ? Comment appréhender une possible adoption ou encore se préparer à une vie sans enfant ?

Christian Flavigny
Psychanalyste, Département de psychanalyse de l'enfant, hôpital de la Salpêtrière, Paris

Renoncer à « l'enfant biologique », donc à un enfant qui soit labellisé comme « à soi », « de soi », estampillé en quelque sorte, c'est surmonter le sentiment que cet enfant pourrait légitimement revenir à un autre, à la raison de cette attestation biologique que crée la transmission des chromosomes. Cela impose de se confirmer, dans la vie affective, qu'un enfant est pleinement « le sien » par l'effet du désir de lui transmettre la vie affective depuis un lien d'identification qui est le facteur de transmission entre les générations, engageant le fait de « se retrouver » en lui, même « malgré » l'absence de similitude de traits physiques qui peut parfois être d'ailleurs marquée (notamment dans l'adoption internationale, par les traits ethniques contrastés). Le lien de filiation est facilité par les traits de ressemblance physique, mais il n'est pas conditionné par eux. Il y a une touche de défi intérieur à affronter, pour se confirmer à soi-même et confirmer à l'enfant qu'il est bien « son propre enfant », malgré l'absence complète de transmission biologique (dans l'adoption) ou partielle (don de gamètes). Cette touche de défi correspond en chacun à la rivalité que nous avons toujours à l'égard de nos propres parents, lorsque nous devenons parents nous-mêmes, dans l'aspiration de « faire mieux qu'eux », que la vie éducative nous donne l'occasion par la suite de tempérer. Cette rivalité est aiguisée lorsqu'il y a une « trace » étrangère en « notre » enfant, sous forme de chromosomes étrangers à nous. L'enjeu est alors de tempérer la rivalité entretenue avec « un autre qui aurait pu être le parent » (et dans nos fantasmes, du coup, la crainte qu'il aurait été un meilleur parent que nous), et dont l'ombre plane puisqu'il a concouru sur le plan biologique à la naissance de l'enfant. L'anonymat est prévu dans ces protocoles pour protéger la relation, au profit tant des parents que de l'enfant surtout, afin que le lien se constitue sur ses bases effectives, qui ne doit rien à la biologie, et ressortit du lien de reconnaissance qui est mutuel (ce qui souligne qu'il n'y a pas d'emprise des parents à dire que l'enfant est « leur » enfant, ce n'est pas d'une possession qu'il s'agit, puisque le lien ne se scelle que pourvu que l'enfant y adhère, depuis un lien identificatoire en retour). La ressemblance physique est d'ailleurs d'une importance relative, on le voit au fait qu'elle est pour une part imaginaire (parfois niée dans le cas d'une difficulté identificatoire par exemple), et surtout relayée (dans l'adoption ou dans le don de gamètes) par des traits de ressemblance de caractère, tel trait découvert chez l'enfant censé correspondre à celui de l'un de ses parents, montrant que c'est l'identification psychique qui scelle la lignée et le lien entre les générations. Renoncer à l'enfant biologique suppose donc de situer la transmission psychique et affective comme la vérité du lien de filiation.

Renoncer à l'enfant est une bien autre épreuve. Car il s'agit de délaisser les vœux de transmission que nous chérissons, chacun de nous, dans le vœu utopique mais tellement précieux de nous assurer une immortalité, serait-elle purement imaginaire. L'enfant prend cette place de successeur dans la lignée, dépositaire d'une part de nous, ses parents ; renoncer à cette seule « solution », serait-elle fictive, de surmonter les enjeux de la finitude est une épreuve. Généralement, pour éviter les affects dépressifs que cela peut susciter, plus encore chez la femme, le meilleur moyen est de valoriser l'absence de contrainte que crée la liberté d'une vie, seule ou à deux, sans enfants.