

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Fiches bioéthique
© Janvier 2014

Ce que dit la loi aujourd'hui

Conditions d'accès à l'AMP révisées par la loi du 7 juillet 2011 :

- Conditions médicales : infertilité ou risque de transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué
- L'homme et la femme formant un couple doivent consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination
- Conditions sociales : accès réservé aux couples composés d'un homme et d'une femme tous les deux vivants, en âge de procréer

L'AMP recouvre **plusieurs techniques** :

- Insémination artificielle intra-utérine avec les spermatozoïdes du conjoint (IAC) ou d'un tiers donneur (IAD)
- Fécondation in vitro avec transfert d'embryons juste conçus ou après congélation. Cette fécondation peut être homologue, c'est-à-dire intra conjugale, ou hétérologue avec donneur de gamètes extérieur au couple
- Fécondation in vitro avec ICSI : injection dans un ovocyte mature d'un seul spermatozoïde sélectionné

Le décès de l'un des membres du couple, le dépôt d'une demande de divorce ou de séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie font obstacle à l'insémination et au transfert des embryons.

La technique de congélation ultra-rapide des ovocytes, encore appelée « vitrification », est autorisée.

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Problèmes éthiques posés par la situation actuelle (1/2)

Fiches bioéthique
© Janvier 2014

Coût en vies humaines : pour obtenir la naissance d'enfant, on fabrique en moyenne 18 embryons.

Dissociation entre acte conjugal et procréation par la substitution d'une action technique médicale à l'acte conjugal.

Intrusion d'équipes médicales dans l'intimité de la vie d'un couple et de leur(s) enfant(s).

Le rôle du conjoint est faible (dans le cas d'une FIC homologuée) ou nul (FIV hétérologue). Il n'intervient ni dans la fécondation, ni dans le transfert.

Difficulté du prélèvement d'ovocytes. Ce prélèvement nécessitant un traitement hormonal et une intervention chirurgicale, non sans risques, on en prélève en surnombre. Les ovocytes sont immédiatement fécondés, dans le cas d'une vitrification, ou plus rarement congelés en l'absence de vitrification. Dans ce cas, on fabrique des embryons en surnombre, que l'on congèle, et qui ne seront pas tous utilisés. Que vont devenir ces embryons surnuméraires ? On peut les laisser mourir ou les utiliser à des fins de recherche.

Avec le recul, on voit se multiplier les témoignages sur le cas de conscience des couples qui savent qu'ils ont un enfant « sur une étagère » quelque part et qui doivent décider du sort de leurs embryons congelés.

Inégalité, discrimination provoquée entre des êtres humains : la dignité de la personne est devenue principe constitutionnel en 1994. Mais, dans la même décision, le Conseil constitutionnel distinguait les droits de l'embryon *in vitro* de ceux de l'embryon *in utero*, considérant qu'il puisse y avoir plusieurs catégories d'êtres humains d'inégale dignité. Cette inégalité est maintenant communément admise pour les embryons *in vitro* : entre ceux qui font l'objet d'un projet parental et les autres.

Les techniques de la procréation médicalement assistée sont donc à l'origine de l'ensemble des problèmes éthiques, car elles reposent le plus souvent sur des **pratiques qui nuisent à la dignité de l'embryon**, voire qui portent atteinte à sa vie.

En séparant la conception de la gestation, isolé dans l'éprouvette, l'embryon n'est plus protégé, son destin ne dépend plus de la nature, mais de décisions humaines.

Lorsque l'embryon est fabriqué, il est plus directement perçu comme manipulable. On en fait ce qu'on veut.

On entre dans une **logique de sélection** : dans toute technique de fécondation *in vitro*, un tri des embryons est effectué avant implantation en vue de sélectionner ceux qui semblent les plus aptes. Il s'agit pour le moment d'une évaluation morphologique, mais le risque est grand de pousser plus loin la sélection.

Quand on commence à sélectionner, on entre dans une démarche de recherche d'enfant parfait et on n'est pas prêt à accepter une anomalie. La logique sera donc l'avortement en cas d'handicap révélé par le test.

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Fiches bioéthique
© Janvier 2014

Problèmes éthiques posés par la situation actuelle (2/2)

Ces techniques font naître de grands espoirs pour des personnes ne souffrant pas d'infertilité naturelle. On observe des demandes récurrentes d'extension d'accès à l'AMP aux femmes célibataires et aux couples de même sexe féminin.

Ces problèmes éthiques ont un **impact psychologique** : possibles frustrations chez les enfants privés de leurs origines, lorsqu'il y a un tiers donneur.

Souffrance accrue pour les couples pour lesquels l'AMP n'a pas eu de succès. La lourdeur des traitements en question rend, en effet, l'échec très éprouvant. Or l'AMP reste le plus souvent un échec.

Impact psychologique important sur les enfants en cas notamment de réduction embryonnaire : « complexe du survivant ».

Ces techniques sont parfois la source de nombreux accouchements prématurés.

Ces techniques ont un **coût financier** non négligeable pour la société :
Insémination artificielle : entre 700 € et 1200 € par tentative (6 remboursées par la Sécurité Sociale)
FIV : entre 3000 € et 4500 € par tentative (4 remboursées par la Sécurité Sociale)
Plus la conservation des embryons .

Ces fonds utilisés à des fins non-thérapeutiques (les couples infertiles ne sont pas malades) pourraient l'être à des fins de recherche.

Quelles sont les demandes d'évolution ?

Dans le prolongement de la loi Taubira, une demande est faite d'ouvrir l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux célibataires et donc de faire évoluer l'AMP vers le traitement de l'infertilité sociale.

« En ouvrant le droit pour les personnes de même sexe d'adopter, la loi a affirmé que les couples homosexuels peuvent former une famille, être parents et élever des enfants. » Il devient alors logique pour le législateur d'élargir « la possibilité pour ces couples d'accéder à la parentalité ». (Proposition de loi enregistrée au Sénat du 19 juillet 2013).

Dans le cas d'une femme seule, il s'agirait de « créer » délibérément un enfant sans père.

Dans le cas de deux femmes vivant ensemble, ce serait admettre la conception médicalement assistée d'un enfant sans père.

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Nos propositions

Fiches bioéthique
© Janvier 2014

Nous sommes convaincus que la dissociation entre l'acte conjugal et la procréation n'est pas anodine et qu'elle peut porter atteinte à l'union du couple.

Il est important actuellement d'orienter notre réflexion et notre action sur **plusieurs points indispensables pour que les couples** ne se lancent pas inconsidérément dans ces **procédures très éprouvantes**.

Donner du temps aux couples qui apprennent leur infertilité avant de les transférer aussitôt en service d'AMP. La période de deuil de l'enfant biologique naturel est indispensable avant de prendre la décision d'entreprendre une autre démarche. La proposition d'AMP arrive, en effet, souvent trop vite une fois le diagnostic d'infertilité posé et elle ne respecte pas les personnes en souffrance dans leur choix. On commence très vite des techniques très lourdes qu'on ne sait plus comment arrêter.

Ce parcours, qui peut être long, retarde les démarches d'adoption et risque d'entraîner une instabilité du couple.

Mieux informer les couples sur le caractère éprouvant du parcours, le faible taux de réussite (au bout d'un parcours de 4 tentatives de FIV, un couple sur 2 finit par avoir un enfant) et la question relative aux embryons surnuméraires à laquelle ils devront répondre.

Proposer aux jeunes une éducation à l'accueil de l'enfant, qui doit faire partie d'une éducation affective et sexuelle de qualité :

- Sur la corrélation entre l'union des corps et l'accueil de la vie
- Sur les risques d'infertilité provoqués par certaines pratiques sexuelles entraînant des maladies sexuellement transmissibles, par l'avortement.

Rappeler aux jeunes que les femmes ont une horloge biologique qui tourne inexorablement et que, plus elles attendent pour avoir des enfants, plus elles risquent d'avoir des difficultés à accueillir un enfant. Le recours à l'AMP est souvent trop rapide justement parce que l'on a trop attendu pour essayer d'avoir des enfants et que le temps presse, la technique elle-même étant plus risquée et ayant moins de chances de réussite après 35 ans.

Informer sur des possibilités de traitements, dont certains donnent des résultats bien meilleurs que la FIV comme les NaproTechnologies qui regroupent :

- les méthodes d'observation de soi (Billings, symptothermique)
- des traitements hormonaux,
- des traitements chirurgicaux, notamment la chirurgie des trompes
- un suivi psychologique

Faire de la recherche sur l'infertilité

Réserver les techniques qui relèvent de l'assistance médicale à la procréation aux seuls couples mariés et en capacité de procréer (remise en cause de la loi existante), en renonçant au tiers donneur.

Limiter la fécondation aux embryons qui seront réimplantés

Maintenir l'interdiction de l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires et aux couples de même sexe.