

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Fiches bioéthique
© Juin 2018

Ce que dit la loi aujourd'hui

Conditions d'accès à l'AMP :

- 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,
- Consentement préalable du couple au transfert des embryons ou à l'insémination,
- Accès réservé aux couples composés d'un homme et d'une femme tous les deux vivants, en âge de procréer.

L'AMP recouvre principalement les techniques suivantes :

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

En cas de FIV, les deux membres du couple dont des embryons sont conservés sont consultés chaque année par écrit sur le point de savoir s'ils maintiennent leur « projet parental ». S'ils n'ont plus de projet parental ou en cas de décès de l'un d'entre eux, les deux membres du couple, ou le membre survivant, peuvent consentir à ce que :

- Leurs embryons soient accueillis par un autre couple
- Leurs embryons ou les cellules dérivés de ceux-ci fassent l'objet d'une recherche.
- Il soit mis fin à la conservation de leurs embryons.

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



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

Fiches bioéthique
© Juin 2018

Coût en vies humaines : pour obtenir la naissance d'un enfant, on fabrique en moyenne 18 embryons. Tous ne feront pas l'objet d'un « projet parental ». Fin 2015, 221 538 embryons étaient conservés dans les centres d'AMP en France : 70,7 % des couples concernés avaient à cette date confirmé par écrit leur projet parental, 14,6 % n'avaient pas répondu au courrier annuel ou étaient en désaccord sur le projet et 14,6 % avaient abandonné leur projet parental.

Dissociation entre acte conjugal et procréation par la substitution d'une action technique médicale à l'acte conjugal. Ce n'est pas la même chose d'être conçu lors de l'union des corps de l'homme et de la femme ou d'être conçu par une rencontre de gamètes dans une éprouvette.

Dans le cas d'un tiers donneur, s'y ajoute la dissociation entre la parenté biologique et la parenté sociale.

En séparant la procréation de la sexualité, l'embryon, isolé dans l'éprouvette, 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.

Difficulté du prélèvement d'ovocytes. Ce prélèvement nécessitant un traitement hormonal et une intervention chirurgicale, non sans risques, on en prélève en surnombre. Certains ovocytes pourraient être aussitôt vitrifiés et fécondés l'un après l'autre, mais, le plus souvent, tous sont immédiatement fécondés. Dans ce cas, des embryons sont fabriqués en surnombre et congelés. Ils ne seront pas tous transférés. Avec le recul, on voit se multiplier les témoignages sur le cas de conscience des couples qui savent qu'ils ont un « enfant » dans un congélateur quelque part et qui doivent décider du sort de leurs embryons congelés.

Inégalité provoquée entre des êtres humains : la dignité de la personne est devenue principe constitutionnel en 1994. Mais, dans la même décision, le Conseil constitutionnel a considéré que ce principe applicable aux embryons *in vivo* n'était pas applicable à l'embryon *in vitro* consacrant ainsi l'existence d'êtres humains d'inégale dignité.

Cette inégalité est, de plus, maintenant communément admise pour les embryons *in vitro* : entre ceux qui font l'objet d'un « projet parental » et les autres.

Cette technique crée également une inégalité pour les enfants, dont certains seront privés de leur père biologique dans le cas de tiers donneur dans un couple hétérosexuel, d'autres privés de père dans le cas de couples de femmes, ou privés de père et d'un double lignage parental dans le cas de femmes seules.

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, par un dépistage préimplantatoire généralisé.

Cette sélection entraîne peu à peu la recherche d'un enfant parfait et le refus de toute anomalie.

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Fiches bioéthique
© Juin 2018

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

Ces techniques, notamment l'introduction dans le couple d'un tiers donneur, peuvent créer des attentes chez des personnes ne souffrant pas d'infertilité. Les demandes d'extension d'accès à l'AMP aux femmes célibataires et aux couples de femmes se font de plus en plus pressantes. Si cette demande était acceptée, ce serait créer légalement des enfants sans père connu et, pour les femmes célibataires, favoriser la création légale d'une famille monoparentale.

Ces problèmes éthiques ont un **impact psychologique** :

- lorsqu'il y a un tiers donneur, des enfants privés de leurs origines font état de leurs souffrances.
- Lorsqu'il y a une réduction embryonnaire, peut apparaître un complexe du survivant. Cette réduction est proposée lorsque plus de deux embryons se sont développés in utero. Les parents peuvent décider d'en éliminer pour n'en garder que deux.

La lourdeur des traitements d'AMP rend l'échec très éprouvant.

Cette technique augmente le risque d'accouchement prématuré, en grande partie en raison des grossesses multiples induites ou de l'âge maternel avancé.

Ces techniques ont un **coût financier** non négligeable pour la société :

Insémination artificielle : environ 1500 € par tentative. 6 tentatives sont remboursées par la Sécurité Sociale.

FIV : environ 5000 € par tentative en comptant les frais annexes : arrêts de travail... (hors dépassements d'honoraires) 4 sont remboursées par la Sécurité Sociale.

Quelles sont les demandes d'évolution ?

« 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. » (Proposition de loi enregistrée au Sénat du 19 juillet 2013). Une demande est donc faite d'ouvrir l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes célibataires. Après une large modification de la composition du CCNE en 2016, celui-ci a rendu en juin 2017 un avis favorable (sous conditions), malgré la reconnaissance de nombreux points de butée et l'opposition d'un tiers de ses membres.

- Demande d'**autoconservation** des ovocytes pour des raisons non médicales chez les femmes jeunes, pour procréer au moment souhaité, hors de la contrainte biologique qu'impose le vieillissement ovocytaire.

- Remise en cause de l'interdiction de l'**insémination post-mortem**.

- Remise en cause de l'**anonymat** du don de gamètes.

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)



Fiches bioéthique
© Juin 2018

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 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.

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

Mieux informer les couples sur le caractère éprouvant du parcours, le taux de réussite (environ 25% de réussite par cycle de FIV) 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.

Nos propositions

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 d'autres possibilités de traitements, dont certains donnent des résultats meilleurs que la FIV, comme les NaproTechnologies qui regroupent :

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

Développer les recherches sur les causes de l'infertilité

Réserver les techniques qui relèvent de l'assistance médicale à la procréation aux seuls couples mariés et en capacité de procréer en renonçant au tiers donneur.

Limiter la fécondation aux embryons qui seront aussitôt réimplantés

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