

Les procréations éthiquement assistées sont-elles concevables ?

Sylvie EPELBOIN

Praticien Hospitalier

Centre de Procréation Médicalement Assistée

Service de Gynécologie Obstétrique

Hôpital Saint Vincent de Paul

82 avenue denfert Rochereau

75014 Paris

DEA 1992

I. L'offre et la demande en procréation médicalement assistée

- A. La demande d'enfant
- B. Du raisonnable et déraisonnable de la demande d'enfant quand il existe une pathologie parentale
- C. La quarantaine ou quand l'échec pointe avec la demande
 1. Les résultats des PMA
 2. Qui sont les femmes qui consultent pour FIV à la quarantaine
 3. Les réponses médicales
- D. Les demandes de PMA "substitution de sexualité"
- E. Demandes de PMA et interférence des problèmes d'ordre psychologique
- F. Les demandes d'ordre transculturel

II. Eléments de réflexion sur la réalité quotidienne de l'information et du consentement éclairé...

A propos des grossesses multiples en PMA

- 1. L'information
- 2. L'annonce de la grossesse multiple : la première naissance
- 3. L'annonce de la grossesse gémellaire
- 4. L'annonce de la grossesse triple ou de rang supérieur
- 5. La possibilité d'interruption sélective de grossesse

III. En guise de conclusion :le rôle et la place du thérapeute, lors de ces procréations particulières, dans l'intimité d'un couple, où comment ne pas violer le Serment d'Hippocrate ?

- 1. * Le corps morcelé
- 2. * Le secret médical au sein du couple
- 3. Les mots de la FIV
- 4. Les trops-dits des non-dits en FIV
- 5. Gift et non intimité

IV. Bibliographie

I. L'offre et la demande en procréation médicalement assistée

- **A. La demande d'enfant**
- **B. Du raisonnable et déraisonnable de la demande d'enfant quand il existe une pathologie parentale**
- **C. La quarantaine ou quand l'échec pointe avec la demande**
 1. Les résultats des PMA
 2. Qui sont les femmes qui consultent pour FIV à la quarantaine
 3. Les réponses médicales
- **D. Les demandes de PMA "substitution de sexualité"**
- **E. Demandes de PMA et interférence des problèmes d'ordre psychologique**
- **F. Les demandes d'ordre transculturel**

La pratique collégiale, depuis près de 10 ans , d'une équipe de P.M.A, nous semble pouvoir apporter un témoignage clinique qui s'intègre à la réflexion bioéthique plus générale soulevée par les nouvelles techniques de reproduction humaine.

Cette réflexion ne se prétend , bien entendu, nullement exhaustive, elle souhaite exposer les débats que soulèvent, en fonctionnement pluri-disciplinaire, les expériences humaines auxquelles nous sommes quotidiennement confrontés.

I. L'offre et la demande en procréation médicalement assistée

L'offre et la demande en matière de procréations médicalement assistées, les abus potentiels de l'une ou de l'autre, les dérives de la technique sont un des sujets favoris des médias.

Les procès faits à la technique tendent à nier ce qui était reconnu comme acquis bénéfique, mettant actuellement en avant les dangers, les excès, ou, inversement les manques des technologies. Ces polémiques occultent le fait que les innovations thérapeutiques répondent à une demande de couples de plus en plus forte, conditionnée par l'environnement médiatique. Ainsi en témoigne une campagne de sensibilisation de la population par voie d'affiches qui ont, il y a peu, occupé l'espace publicitaire urbain sur le thème *"On a toujours besoin d'un bébé chez soi, l'Europe aime les bébés"*.

Cette polémique autour de la lutte contre la stérilité, la légitimité des PMA est en continuité avec les luttes du début du siècle pour la libre maternité, détaillées dans le livre de Roger Henri GUERRAND (24) *"Le sexe apprivoisé : Jeanne Humbert et la lutte pour le contrôle des naissances"*, le combat pour la médicalisation de l'avortement du milieu du siècle."

"Un enfant quand je veux, si je veux" était le slogan féministe des années 60. Mais si *"quand je veux"*, je ne peux ? n'avaient-elles pas prévu.

René FRYDMAN (21), dans son livre "l'irrésistible désir de naissance" cite le philosophe Michel FOUCAULT, quand il dit que "*la naissance de la clinique fut fondée sur le "où avez-vous mal ?". "L'art clinique est devenu un que désirez-vous ?" Dans sa pratique, le gynécologue-accoucheur est de plus confronté à ce que l'on pourrait qualifier de "médecine du bien-être, de médecine du désir".*

● A. La demande d'enfant

Le désir de faire un enfant, acte intime mais également social, se présente sous de nombreuses facettes ; se reproduire dans la lignée ancestrale, fabriquer la chair de sa chair, imaginer créer une relation parents/enfant idéale, recréer son enfance éloignée, faire un cadeau à son compagnon ou sa compagne, s'entourer pour éviter la solitude des années à venir, multiples sont les raisons dont la moindre n'est pas, simplement, de se faire plaisir . Il peut s'agir de prouver sa féminité par la maternité, vouloir être parents ou avoir un enfant, rendre un devoir religieux ou familial pour sa propre parenté, combler un deuil. Le poète Paul Eluard écrit du désir d'enfant que c'est "*le dur désir de durer*"

Les psychanalystes reprochent souvent aux médecins l'emploi erroné du terme désir ; certains distinguent le désir du besoin d'enfant, la demande du désir,, le souhait de grossesse du droit à l'enfant. Je suis gynécologue et j'emploierai ici, hors de toute querelle, le terme désir d'enfant dans le sens de la demande des consultants, quand ils disent vouloir un enfant.

Car finalement, en consultation toutes ces motivations sont exprimées ou retrouvées, souvent inextricablement mêlées.

Quand il ne suffit pas de rêver pour que l'enfant survienne, les gens viennent simplement consulter un médecin parce que l'attente leur pèse. Surgissent alors les termes d'hypofertilité, infertilité, stérilité, ces "maladies" de définition bien difficile, car ignorées tant que deux personnes ne cherchent pas à faire un enfant ensemble.

Déjà au XIXème siècle, l'insémination intra-conjugale destinée à pallier certaines formes de stérilité masculine telles que l'impuissance, avait donné lieu à de vifs débats. On s'interrogeait alors sur les conséquences morales et médicales d'un tel acte qualifié d'"injections de paternité" par A. Dumas fils. Trois questions, toujours d'actualité, étaient au coeur du débat : l'intrusion de l'ordre médical dans l'intimité et la sexualité du couple ; le problème moral de la fécondation sans amour physique ; l'hypothèse sur le devenir des enfants conçus par ces techniques. Nous les retrouverons au fil de cet exposé.

N'en déplaise aux nostalgiques de la stérilité tubaire pure de la femme jeune normo-ovulante bilatéralement salpingectomisée, à mari fécond, seule indication de FIV reconnue de tous, puisqu'originelle, les couples qui arrivent donc à l'heure actuelle en consultation de PMA présentent effectivement des pathologies variées, bâtarde, non définitives

Que faire ?

Proposer ou accepter de tenter d'optimiser tous les paramètres en PMA ? Cela signifie, pour certains détracteurs, obtenir des grossesses d'autant plus faciles (enfin, pas toujours si faciles) qu'il n'y avait pas de "véritable stérilité ?"
Ou refuser afin de - pour les mêmes caricaturistes - ne pas grever les statistiques de cas moins fructueux que les tubaires pures ?

Abus de pouvoir et désir de maîtrise, de toute puissance/ ou impuissance médiocre, si l'on comptabilise le nombre de naissances par tentative

● B. Du raisonnable et déraisonnable de la demande d'enfant quand il existe une pathologie parentale

"La technique que nous proposons ne doit pas générer plus de désordres que le trouble qu'elle est censée corriger". (J. MANDELBAUM et M. PLACHOT) (30)

Schématiquement, nous distinguerons quatre cadres de situations cliniques opposant la demande des couples et la réponse médicale potentielle.

1. Les situations qui mettent en jeu la santé de la mère par la grossesse médicalement induite (antécédents gynéco-obstétricaux, ou médicaux graves).

Un exemple en est celui d'une pathologie aggravée par une éventuelle grossesse, tel le déficit congénital en antithrombine III d'une jeune femme dont l'attente d'enfant est supérieure à 5 ans, qui a déjà vécu deux embolies pulmonaires et deux séjours en réanimation, dont la soeur actuellement enceinte vient de faire une phlébite ; cette jeune femme parfaitement prévenue du risque thrombo-embolique qui serait important, vue l'hyperoestrogénie liée à la stimulation ovarienne, puis à l'éventuelle grossesse persiste dans sa demande, soutenue par les hématologues prêts à "tout encadrer".

On ne peut nier l'information reçue, le consentement éclairé. On ne peut lui interdire une grossesse que l'on entourerait de précautions mais le rôle actif clinique et biologique, la médicalisation de la fécondation rendent très difficile la décision : un refus est-il une fuite de responsabilité ? une acceptation, dans ce contexte, est-elle une légèreté impardonnable ?

2. Les situations qui confrontent le désir d'enfant d'un couple à une maladie invalidante de l'un ou de l'autre et posent à terme le problème d'un enfant potentiellement orphelin ou vivant avec un parent handicapé

Nous avons eu à discuter en équipe de cas limites, demandes de femmes atteintes de maladies de système invalidantes ou évolutives (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaque, pathologie cardiaque, antécédents récents de cancer du sein...) dont l'évolution imprévisible ou inéluctable semblait rendre absurde l'arrivée d'un enfant.

Le motif de la demande était souvent associé à un souhait de lutte ou de revanche contre la maladie. Le motif de notre refus pouvait être l'aggravation possible de l'état maternel ou la crainte de contribuer à la naissance d'enfant dans un foyer menacé par la maladie parentale. Ceci ainsi exprimé met brutalement les individus face à leur handicap, introduit un jugement moral de bonne parentalité.

Ce jugement est fortement contesté par les couples qui assurent prendre leur responsabilité en connaissance de cause, et nous somment de participer uniquement par le geste technique. Or, du fait même de l'activisme de ces thérapeutiques, la responsabilité ne peut qu'être partagée, posant le problème de la liberté de choix de tous les intervenants.

3. Les cas particuliers de pathologie maternelle menaçant de retentir sur le bien être foetal, telles que l'hypertension artérielle ou le diabète mal équilibré, sources de morbidité ou mortalité foetale in utéro, ou la séropositivité maternelle pour le VIH menaçant l'enfant d'une transmission par voie placentaire. Certaines anomalies du col ou de la cavité utérine peuvent être facteurs de prématurité.

Dans ces trois types de situation sont mis en question,
s'accordent ou s'opposent de nombreux concepts :

La liberté individuelle

La responsabilité vis à vis d'un enfant à naître (à concevoir...)

Le pouvoir médical (toute puissance d'accepter ou de refuser)

Le consentement éclairé (quelle est l'impartialité des informations données, la possibilité d'analyse objective des informations reçues, que signifie la notion conjugale de consentement éclairé ?

Le secret médical au sein du couple (Nous le reverrons plus loin)

4. Les maladies génétiquement transmissibles avec risque d'atteinte de l'enfant.

L'enjeu du tri génétique des oeufs dans l'éprouvette était de prime abord celui de repérer et réduire le risque de transmission de maladies génétiques.

"Avec l'amélioration de l'efficience technique, écrit Jacques Testard dans le "Magasin des enfants", et l'accoutumance à ces nouveaux procédés, se profile une liste de déviations en permanente expansion. On est en droit de considérer cette démarche comme une perversion, on a le devoir de reconnaître qu'une fois lancée, sa dynamique est irrémédiable"... "qui peut dire quels seront demain les "couples à risque" puisque leur définition est éminemment subjective ? Il est cependant rassurant de constater que dans le quotidien de la consultation pour PMA, la demande "d'enfant parfait" reste dans l'exceptionnel.

● C. La quarantaine ou quand l'échec pointe avec la demande

La fertilité féminine baisse à l'approche de la quarantaine, plus encore au fil des années suivantes.

On peut se révolter, s'insurger contre ce phénomène, constater l'injustice physiologique comparée à la stabilité de la fertilité masculine à cet âge, le fait est là : alors que les femmes de la fin du XXème siècle sont à 40 ans dans la plénitude de leur vie affective, sexuelle, professionnelle, sont aisément regardées comme des femmes jeunes, leurs ovaires "ne suivent pas". Face aux couples de plus en plus nombreux qui consultent à cet âge quand ne se réalise pas spontanément leur désir d'avoir un enfant, il est souvent malaisé de pointer cette réalité, il serait malhonnête de ne pas l'exprimer.

Les nouvelles techniques de procréation peuvent-elles être un palliatif, une thérapeutique efficace de cette baisse de fertilité ? chaque cas est bien évidemment différent.

Avant de réfléchir sur la diversité de ces demandes d'enfant tardives, puis sur les réponses que la prise en charge médicalisée peut apporter, je rappellerai quelques chiffres, toujours présents à l'esprit, qui signent la réalité des résultats obtenus en PMA à 40 ans et plus.

1. Les résultats des PMA

Si les statistiques ne sont pas toujours applicables au cas individuel (chaque individu peut avec un juste optimisme s'espérer à l'avance dans les pourcentages de succès), elles ont le mérite d'être une base d'appréciation de ce que l'on peut ou non proposer ou accepter.

Je citerai les résultats de l'analyse du dossier FIV-NAT (bilan de 1989 cumulant l'analyse de plus de 50 000 tentatives de FIV effectuées en France de 1986 à 1989) qui correspondent à nos propres chiffres.

Qu'en est-il chez les patientes les plus âgées . ?

La réponse ovarienne à la stimulation hormonale est moindre à 40 qu'avant 35 ans (évaluée sur le taux d'oestradiol plasmatique et le nombre de follicules à l'échographie). Le nombre d'ovocytes recueillis et celui des embryons transférés diminuent rapidement quand l'âge de la femme augmente.

Le taux de grossesse débutante par ponction ovocytaire ou par transfert embryonnaire diminue avec l'âge, conduisant à des chances de grossesses cliniques trois fois moindres chez les femmes âgées (19,2 %) de plus de 42 ans (6,9 % par ponction) que chez celles de moins de 35 ans.

On note surtout la fréquence des fausses couches, habituelle après 38 ans puisque l'arrêt de la grossesse vient le plus souvent signer une régulation naturelle d'embryons plus fréquemment porteurs d'anomalie chromosomique telle que le mongolisme. En FIV, la fréquence des fausses couches est de 12 % en deçà de 35

ans, de 28 % à 40-41 ans, de près de 65 % à 42 ans et plus. Si l'on considère le seul chiffre qui intéresse tous les participants - couples et médecins -, le taux de grossesses évolutives par ponction ovarienne, celui-ci est 7 fois moindre que chez les femmes jeunes. (17 % à moins de 35 ans, 11 % à 38-39 ans, 8 % à 40-41 ans, 2,5 % à 42 ans et plus.

Ces chiffres sont globaux, évidemment. D'autres facteurs interviennent dans le pronostic de succès : le type d'infertilité (tubaire ou autre), sa durée, son caractère primaire ou secondaire (accouchements antérieurs, ou grossesses extra-utérines qui prouvent la fertilité du couple, fausses couches dont l'antécédent peut faire soupçonner une difficulté renouvelée à mener une grossesse à terme, etc...). La fertilité du conjoint est, parmi d'autres, un facteur non négligeable.

En GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) ou fécondation intra-tubaire, qui consiste à déposer spermatozoïdes et ovocytes obtenus dans la trompe, de façon à effectuer in vivo la fécondation), les chances de grossesses se maintiennent plus longtemps qu'en FIV à âge égal. Le GIFT a cependant l'inconvénient de ne pas apporter de preuve de fécondation (en dehors de la grossesse) puisqu'on ne visualise pas le stade de formation de l'embryon. Il est bien sûr indiqué uniquement quand les trompes sont saines.

Quand la grossesse obtenue dépasse la fin du premier trimestre, quand on obtient par amniocentèse la preuve de l'absence d'anomalie chromosomique du fœtus, la grossesse des femmes de la quarantaine, nous parlons bien de la quarantaine, et non de la cinquantaine, en dehors d'une pathologie spécifique, et au prix d'un suivi obstétrical régulier, ne pose pas de problème particulier.

2. Qui sont les femmes qui consultent pour FIV à la quarantaine ?

Chacun le sait, la prolongation des études supérieures, l'insertion des femmes dans la vie active, le souhait d'accueillir un enfant dans un cadre de vie familiale stable contribuent à retarder la décision de faire un enfant. La révolution contraceptive des 7 années 60 a permis de dissocier la vie sexuelle de la fécondité. La médicalisation de l'avortement a prolongé ce concept de contrôles des naissances.

En retour, quand un couple prend la décision de faire un enfant et que ce désir ne se réalise pas, le souhait de médicalisation vient vite, face au temps qui passe inéluctablement. Or, le temps est un élément fondamental en termes de fécondité ; beaucoup de nos consultations consistent à tenter de faire prendre patience à des couples pressés, car l'on sait qu'une médicalisation trop précoce ou agressive peut "bloquer" les choses.

A l'inverse, quand rien ne semble devoir empêcher une grossesse mais que la femme est plus âgée, nous n'ignorons pas que les thérapeutiques dont nous disposons seront moins efficaces si l'attente n'a pas permis d'obtenir une grossesse.

Chaque histoire de vie, chaque bilan médical, conduit à une médicalisation plus ou moins brusquée selon les couples. Pour certains, au terme des investigations pratiquées, l'abstention thérapeutique, ou la médicalisation minimale que nous

pouvons proposer, au vu d'un bilan quasi-normal, est vécue comme du temps perdu "puisque'il existe des thérapeutiques radicales".

Certaines femmes racontent de façon très touchante que ce n'est que tardivement qu'elles ont rencontré l'homme avec qui elles peuvent enfin faire un projet d'enfant... qui ne se réalise pas ; 40, 41, 42 ans passent.

D'autres consultent depuis de nombreuses années, estiment "*qu'on n'a rien fait, en dehors de quelques examens*", déplorent de n'avoir pas frappé à temps à la bonne porte, et l'équipe médicale consultée éprouvera la nécessité de réparation quand le couple pense être victime d'une passivité ou d'une erreur médicale antérieure. Proche est la situation d'une femme à qui l'on a pu faire trop hâtivement une ligature de trompes après un accouchement, une césarienne, dont l'enfant est mort, et qui souhaite à nouveau une grossesse qui lui aurait semblé inenvisageable à l'époque.

Les demandes de PMA de la quarantaine viennent souvent de femmes qui ont refait leur vie. Elles ont de grands enfants, ont vécu une longue "traversée du désert" après la séparation d'avec leur conjoint. - ou le décès de celui-ci -, avant de rencontrer un autre homme. Entre temps, a pu survenir une affection de l'appareil gynécologique, telle qu'une infection génitale qui a obturé les trompes. Le désir d'enfant est celui de sceller cette union de milieu de vie. Cette demande d'enfant est d'autant plus impérative, plus pressée dans sa formulation que le nouveau compagnon est plus jeune, et que la femme souhaite lui "donner" un enfant, portant seule la conscience du peu de temps qui lui est imparti, et se projetant dans un avenir de couple menacé si cet enfant ne vient pas.

Douloureuses également sont les demandes d'enfant qui voudraient combler un deuil : perte d'un enfant aîné, interruptions thérapeutiques de grossesses antérieures pour malformation foetale, ou mort foetale in utero. L'on sait combien ces deuils sont difficiles à faire, et combien souvent s'installe une stérilité qui ne permet pas que survienne "l'enfant de remplacement".

Là encore, le temps passe et la fertilité s'amenuise, la FIV est-elle une bonne solution pour bousculer ce temps de deuil ?

Enfin, nous sommes confrontés dans les centres de PMA à la situation de femmes qui ont débuté quelques années auparavant des tentatives de FIV pour une indication indiscutable et qui ont subi des échecs successifs. L'optimisme était présent au départ, à 36, 37, 38 ans... Quand et en fonction de quels critères (autres que la prise en charge actuelle des 4 tentatives) faut-il arrêter ?

3. Les réponses médicales

Quotidiennes sont ces demandes de couples pour lesquels le succès semble plus qu'aléatoire, soit après plusieurs échecs de fécondation, ou en raison de l'âge maternel.

Savoir dire non, est beaucoup plus difficile que d'accepter. Dire non, c'est avouer les limites de la médecine, certaines formes d'ignorance des causes d'échec. C'est cependant parfois la bonne solution.

Il semble effectivement extrêmement difficile, au cours de l'histoire, que l'un des deux exprime son souhait d'arrêter, comme si c'était alors porter seul la responsabilité de l'échec, reconnaître l'avancée des années, accepter le caractère inutile de tous les efforts d'avant.

Il n'y a bien sûr que des réponses au cas par cas.

Bien des enfants nés en FIV ou GIFT de mères de la quarantaine sont là pour équilibrer les statistiques pessimistes. Quelle que soit l'attitude médicale, elle doit être discutée de façon collective, afin de "relativiser" tout ce qui pourrait être de l'ordre de la projection individuelle dans la décision.

Quelle qu'elle soit, notre rôle d'accompagnement semble important. Certains couples désabusés, arrivent pour dire qu'ils souhaitent simplement faire au moins une tentative pour "avoir tout tenté", ne pas regretter de "ne pas avoir tout fait". Il est difficile de trouver à priori la bonne réponse. Avec l'expérience, on constate que, pour certains, cette dernière tentative, même infructueuse, apporte une certaine sérénité, permet de clore une période de vie, et de se tourner vers autre chose : le renoncement total ou l'adoption. Pour d'autres, c'est une catastrophe. Ce dernier épisode fait plonger dans l'échec, dans un trou noir d'où il est long et difficile de sortir, toujours meurtri, alors que s'il n'avait pas été tenté, pouvait rester l'idée fantasmatique du "et si...", source de regrets moins définitifs.

Par l'exposé des techniques, des résultats, leur supposée maîtrise, mais la confrontation au problème posé, un avis négatif peut entraîner un deuil plus doux, permettre d'échapper à l'inacceptable d'en sortir sans enfant.

Si par contre le succès semble possible, si le couple en connaît et en accepte la non certitude, la "quarantaine" ne justifie jamais à elle seule un motif de rejet des nouvelles techniques de procréation.

Il en est bien sûr tout à fait autrement quelques années plus tard

● **D. Les demandes de PMA "substitution de sexualité"**

Ces demandes conduisent à poser la question de la définition de la "norme de sexualité"

Tous les gynécologues connaissent les demandes d'aide à la procréation chez des couples dont la sexualité est pauvre, ou dont la demande d'enfant vise à réparer une mésentente, un éloignement

Un long parcours thérapeutique a également pu user un couple dont la sexualité s'est détournée vers la seule efficacité fécondante.

La PMA semble pour certains de ces couples les délivrer de ces contingences, sans que soit jamais d'emblée évoqué ce motif. Paradoxalement, une enquête auprès d'un certain nombre de couples nous a orientés vers l'idée d'une sexualité souvent retrouvée pendant et entre les tentatives, comme si elle était enfin dédouanée de toute responsabilité dans le projet d'enfant, donc libérée. Ceci pourrait contribuer à expliquer le taux important de grossesses spontanées sur la liste d'attente, ou entre les tentatives qui cristallisent, sous la responsabilité médicale, angoisse et espoir.

Ces demandes peuvent être des problèmes de non rencontre. Ainsi sont venus consulter pour FIV des couples caricaturaux, elle hôtesse de l'air, lui pilote, elle pédiatre, lui obstétricien, couples qui présentent quelques facteurs d'hypofertilité suffisants pour que le temps passe... sans rapports sexuels fréquents "à la bonne période".

C'est aussi le temps qui est en cause dans un exemple récent que nous avons eu à discuter, il s'agit de la demande d'une femme de 45 ans ayant eu deux grossesses, subi deux interruptions thérapeutiques de grossesse pour anomalie génétique venant de perdre son premier fils de 18 ans, adressée par son gynécologue pour une fécondation in-vitro (vite) tant que les gonadotrophines sont encore basses, ce d'autant que le mari, en poste à l'étranger est parti 6 mois par an au-delà des océans Face à la détresse, il **faut** faire quelque chose, et on envisage de bouleverser tout ce qu'on a appris en matière de fertilité : le respect du **temps**.

A des titres divers, quelques exemples soulèvent les mêmes questions
Quelle doit être l'intrusion de la médecine ?
Est-ce un problème "médical" ou social ? mais la médecine ne doit elle être que "médicale" ?
Où est la place d'un enfant au sein de certains de ces couples à vie un peu marginale... mais peut être pas plus marginale que d'autres?

Marginales sont les demandes de couples
dont la femme présente un vaginisme "rebelle au traitement" mais qui clame un autre type de sexualité avec celui dont elle veut un enfant
tel autre couple dont l'homme est récemment paraplégique donc anéjaculateur mais dont la sexualité prise au sens large et le désir d'enfant sont assurés par les deux, le geste de procréation artificielle visant à faire se rencontrer les gamètes

Plus encore les couples de femmes homosexuelles demandeuses d'IAD ou de FIV si la "mère potentielle" a des séquelles tubaires de MST.

Ces fécondations hors de la "sexualité classique" bouleversent aussi les systèmes de parenté intimement liés à la sexualité humaine.

Ils posent le problème majeur de la fabrication médicale d'un enfant "sans père" (mais, dit une patiente homosexuelle, combien d'enfants sont-ils sans père après divorce ?)

Tous ces problèmes sont abordés en équipe pluridisciplinaire sous leurs multiples facettes... mais chacun sait la difficulté de la prise de position collégiale face à la décision individuelle et intime inhérente à la relation médecin-malade.

"A magnifier le mythe d'une toute puissance technologique au mépris de la complexité des êtres, on s'expose aussi à susciter des désirs imprévus, hors norme"
écrit J. Testard. (39)

● E. Demandes de PMA et interférence des problèmes d'ordre psychologique

Si chacun s'accorde pour affirmer l'importance des facteurs psychologiques dans la non-survenue d'une grossesse, il est au quotidien difficile de repérer cette composante, d'imposer un entretien psychologique systématique.

Quand l'enfant désiré n'arrive pas, il est coupable ou négligent de ne pas questionner sur le contexte de la demande, la sexualité du couple, tenter de comprendre un conflit actuel ou passé dont le poids serait lourd dans la non-venue de la grossesse.

Nous nous sommes aperçus que le processus thérapeutique que représentent les PMA ouvrait la porte à une réflexion, une concentration sur soi qui, même à travers la déception, permettait à certains hommes, certaines femmes, de pouvoir dire des choses plus tard, lors de consultations de bilan après échec.

Ainsi, après trois tentatives, une femme, de façon presque anodine, nous révèle l'existence d'une soeur jumelle stérile elle aussi, et la douloureuse séparation imposée dans leur enfance. "Peut-être ne sommes-nous que des demi-mères, dit-elle, en s'y mettant ensemble, peut-être y arriverions-nous ? C'est là que peut être acceptée l'offre d'entretien psychothérapique, pour aller plus loin avec un spécialiste de compétence autre.

Afin de poursuivre en ce sens, j'aimerais évoquer trois cas bien différents illustrant la difficulté d'appréhension du contexte psychologique :

Le premier est celui de Madame A, une de nos plus anciennes patientes, enceinte après de nombreuses tentatives. Avant et pendant sa grossesse, l'ensemble de l'équipe la vivait certes comme un peu "envahissante", mais sans problème psychique particulier. Mais c'est en la revoyant pour une visite systématique ultérieure, ensuite que nous avons soupçonné le malaise familial et la probabilité que son enfant âgé de 3 ans soit maltraité. Peu à peu, nous avons pu l'orienter vers un pédo-psychiatre, lequel a confirmé les difficultés relationnelles de la famille et leur retentissement sur l'enfant. Sa lettre comportait en deuxième phrase, donc en hypothèse et non en conclusion : *"Je vois là, entre autres choses, l'illustration de la catastrophe que peuvent représenter certains périple effectués par les parents en vue d'une PMA"*.

Face à cette stigmatisation, s'il nous paraît évident que les années d'infertilité et de thérapeutique ont pu subrepticement détruire ce couple et/ou le désir d'enfant, il nous semble par contre difficile de repérer à quel moment nous aurions pu jouer la décision d'arrêter, en fonction de quel critère nouveau, de quel pouvoir décisionnel.

Le cas de Madame B. est fort différent, puisque c'est à 45 ans passés qu'elle vient avec son conjoint exprimer sa demande de FIV. Sa détresse est grande à l'exposé

de mon refus et de mes motifs : succès rarissimes et risques pour elle d'une improbable grossesse. Je lui propose de se revoir, et ce n'est que secondairement qu'elle me raconte : Enceinte, à peine adolescente, de ce compagnon, son père l'oblige à avorter, la marie à un autre homme avec qui elle vit pendant vingt cinq ans, avec qui elle fait 4 enfants, grands maintenant, puis une ligature de trompes après la 4ème césarienne. Le hasard de la vie lui fait croiser son premier amour, elle quitte son mari. Toute sa demande semble être celle de la reprise de sa vie, à l'instant où elle a été interrompue des années avant, de la poursuite de sa première grossesse à partir du terme où elle s'est arrêtée, de la naissance de cet enfant -là et non d'un autre.

Le dernier cas est celui d'un couple ayant déjà un enfant, dont la femme présente une stérilité secondaire, couple qui s'est déchiré à l'occasion de la quatrième tentative de FIV, le mari refusant de se présenter au laboratoire malgré toutes les intercessions. Revenant nous voir quelques jours plus tard, sa demande est celle d'une PMA de "réparation". Il nous somme de reprévoir une FIV dans les plus brefs délais, faute de quoi sa femme, acharnée alors qu'il avait souhaité renoncer, demanderait le divorce. Notre refus face à ce contexte le révolte, puisqu'il estimait de notre responsabilité la détérioration progressive de son couple, la divergence croissante de désir entre sa femme et lui au fil des techniques.

La prise en charge psychologique essentielle pour aider les couples à élucider leur demande, leur permettre "d'aller plus loin", est alors du ressort de professionnels.

● F. Les demandes d'ordre transculturel

Nous sommes parfois soumis à la demande d'enfant de la part de couples d'autres cultures, notamment celles où se pratique la polygamie, lui en Afrique avec enfants, elle en France jusqu'à ce qu'elle soit enceinte... sous peine de répudiation. Le profil particulier de ces demandes est le déséquilibre du désir d'enfant entre les deux partenaires, qui modifie la conception du projet parental tel que nous l'entendons habituellement.

Ces demandes reposent également la définition de la stérilité, conçue en milieu africain comme l'état d'une femme sans enfant, soit qu'elle n'ait pu concevoir, soit qu'elle en ait perdu par avortements, à la naissance, ou dans la petite enfance de rougeole ou paludisme. Ayant plusieurs années travaillé (au sein d'une équipe de chercheurs du Centre de Recherches Anthropologiques du Musée de l'Homme, sous la direction d'A. LANGANEY) dans des villages du Sénégal Oriental, sur les représentations populaires de l'infertilité, j'ai pu constater que seul l'état final de maternité définissait la fécondité, et qu'étaient regroupés dans une même étiologie traditionnelle tous les malheurs aboutissant à l'état de femme sans enfant.

Ceci n'est pas si loin du différend qui nous oppose à certains couples que nous jugeons médicalement fertiles puisque plusieurs grossesses, même avortées, ont été initiées, alors qu'ils mettent en avant l'échec final qu'est l'absence d'enfant, afin d'obtenir une PMA.

Nous avons récemment été interpellés par des femmes chinoises qui souhaite une FIV pour bénéficier des 20 % de chances de gémellité escomptés par cette

technique. Pour elles, la grossesse gémellaire serait la seule chance de rentrer dans leur pays avec 2 enfants, puisque seule la gémellité leur permettrait de contourner la politique de naissance coercitive, imposant un enfant par couple sous peine de perte des droits sociaux.

ELEMENT DE REFLEXION SUR LA REALITE QUOTIDIENNE DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT ECLAIREA PROPOS DES GROSSESSES MULTIPLES EN PMA

- 1- L'information**
- 2- L'annonce de la grossesse multiple : la première naissance**
- 3 - L'annonce de la grossesse gémellaire**
- 4 - l'annonce de la grossesse triple ou de rang supérieur**
- 5- La possibilité d'interruption sélective de grossesse**

II - ELEMENT DE REFLEXION SUR LA REALITE QUOTIDIENNE DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT ECLAIRE... A PROPOS DES GROSSESSES MULTIPLES EN PMA.

Les naissances multiples ont toujours été interprétées dans diverses cultures comme une perturbation de l'ordre naturel, bénéfique ou maléfique, ou tout du moins comme un signe du destin.

L'apparition de jumeaux peut être un *événement autonome symboliquement pré-défini*, donc objet d'un traitement culturel précis (comme dans les sociétés Bambara ou Dogon où la naissance de jumeaux est célébrée car elle rappelle la condition heureuse des premiers hommes, couples de jumeaux de sexes opposés qui ont perdu leur gémellité après la faute commise par l'un de leurs ancêtres) (35) ; pour d'autres raisons, d'autres populations rejettent et persécuteront les jumeaux et leur mère (6) . Claude Lévi-Strauss, dans son récent recueil de mythes sur la gémellité (29) souligne l'idée de *la coexistence d'attitudes antithétiques* d'une même population envers ses jumeaux. Dans une population amérindienne, les parents de jumeaux sont fiers de l'immense prestige qui rejaillit sur toute la parentèle, mais sont dans l'obligation rituelle, pour les élever, d'arrêter toute activité productive pendant un long temps. *"Que se passe-t-il chez les gens modestes ?... la mère ordonne à la sage-femme... d'étrangler les enfants". "Pour s'offrir le luxe d'élever des jumeaux, dit Levi-Strauss, il faut donc en avoir les moyens"*.

Cette apparition de jumeaux peut aussi être un événement qui, quoique d'emblée connoté, ne prendra son sens que rapporté à d'autres événements, fausses couches, mort d'enfant et se situe dans une logique de rupture d'agression maléfique, dont l'une des manifestations pouvait être la stérilité.

Sans pouvoir m'attarder sur les traitements que différentes sociétés ont apporté à leurs jumeaux, je voudrais pointer une nouvelle population humaine, celle des PMA, population sans lien initial autre que l'épreuve initiatique du malheur ou de la maladie.

Qu'est-ce qui permet qu'une telle population passée par ce processus initiatique thérapeutique s'identifie ? Fondamentalement, dans l'histoire obstétrico-pédiatrique qui s'ensuit, rien n'est changé, si ce n'est qu'il y a un travail de socialisation anticipée de l'événement jumeaux, avec les mobilisations sociales, psychologiques, économiques des futurs parents et de l'environnement.

Il y a également un travail de communication fait très précocement par le biais de la visualisation des embryons in vitro dès la fécondation

Notre objectif est de centrer nos efforts sur un succès thérapeutique évalué en termes de qualité de vie familiale ultérieure.

1. L'information

Elle est donnée aux couples stériles en consultation ou en réunion collective ; elle porte sur les facteurs de risque des grossesses multiples et sur les données qui conditionnent nos politiques de transfert embryonnaire. Elle témoigne cependant de notre absence de maîtrise totale du risque de grossesse multiple. L'information porte également sur les caractéristiques obstétrico-pédiatriques de ces grossesses. Les couples sont ensuite incités à s'exprimer sur ces informations.

Ce qui est dit, au terme d'un long parcours de stérilité et avant toute offensive thérapeutique, est souvent bien différent de ce qui sera exprimé au cours des tentatives. La plupart des couples se prononce fermement en faveur d'une grossesse gémellaire.

Les arguments avancés sont :

- . le rattrapage du temps perdu,
- . le souhait de la naissance idéale de jumeaux de sexe différent, image de ce que serait la famille idéale, sans avoir à recourir encore à l'aide médicale.

Quand nous rectifions le sens de la discussion vers le vrai problème épineux, celui des grossesses de plus de deux enfants , il est toujours difficile de faire participer les couples à une décision. Il y a ceux qui, malgré tout, persistent à dire que tous les enfants venus seraient les bienvenus. Il y a ceux, surtout, les plus nombreux, qui protestent vigoureusement contre l'idée de trois ou plus, mais ne souhaitent pas diminuer leur nombre de chances par la diminution du nombre d'embryons transférés et nous renvoient le dilemme en nous assurant de leur totale confiance pour que nous fassions au mieux pour que le succès soit là... mais pas triplé.

Ce sont les mêmes qui, au fil des échecs, s'étonneront d'une politique de transfert embryonnaire trop prudente ; les mêmes qui, à l'annonce d'une grossesse triple, agresseront l'équipe médicale : "qu'allez-vous faire pour nous arranger cela ?" dit un couple ; les mêmes qui se résigneront dans la logique de la poursuite du malheur, comme une jeune patiente dont les 2 embryons se sont implantés mais l'un s'est divisé, et qui à l'annonce de la grossesse triple, une fois calmé le tumulte de la première émotion, nous dit "c'est juste, j'ai fait trois grossesses extra-utérines, il fallait trois enfants pour remplacer."

2. L'annonce de la grossesse multiple : la première naissance

L'échographie a bouleversé l'accueil de ces enfants. C'était rarement avant la délivrance que les jumeaux s'annonçaient dans un passé peu lointain.

Rappelez-vous ce que soupirait la mère Barbeau à la mère Sagette qui reçut dans son tablier Landry et Sylvinet : (39)

"On m'a dit qu'il n'y a rien de plus chanceux et de plus malaisé à élever que des bessons. Ils se font tort l'un à l'autre et presque toujours, il faut qu'un des deux périsse pour que l'autre se porte bien".

A présent, c'est bien plus tôt que ces émotions vont affluer chez les futurs parents dont le début de grossesse est monitoré comme le furent ses prémices. *"La naissance"*, dit B. Cyrulnik, ethologue et psychiatre (8) *"est le moment où l'on tombe sous le regard de l'autre"*.

La première échographie, à 6 semaines, faite au sein de l'équipe de FIV, cristallise l'attente du couple, celles des médecins aussi ; elle est précédée de plusieurs dosages hormonaux dont la croissance est surveillée depuis le 12ème jour suivant le transfert embryonnaire. Ses buts sont multiples : confirmer la localisation intra-utérine du ou des embryons, préciser leur nombre, la tonicité et la taille du sac embryonnaire, la présence de l'écho embryonnaire, l'activité cardiaque foetale débutante

Cela fait donc beaucoup d'informations à obtenir puis répercuter, en connaissant, comme pour d'autres examens échographiques, (3) le poids des mots et des silences.

L'annonce de la grossesse unique entraîne la première question sur la vitalité foetale. Plus de la moitié des patientes nous demandent, déçues, de bien chercher "s'il n'y en a pas un autre" et s'en retournent quasi-désappointées de la banalité de la grossesse annoncée.

"Peut-être, dit M. Tournier, dans "les météores"(41) y-a-t-il des mères gémellaires dont chaque enfant est à demi-manqué aussi longtemps qu'il ne naît pas flanqué d'un frère pareil".

Voici aussi la faille de l'information, qui "passe mal" et la rengaine de la question : "mais où sont passés les autres"? Avoir visualisé un embryon sous microscope lui donne déjà vie, le matérialise à tel point que sa disparition intrigue, que la simple explication de son absence d'évolution en cas de non implantation ne suffit pas.

3. L'annonce de la grossesse gémellaire

L'annonce de la grossesse gémellaire est accueillie par tous les couples avec une joie intense ; ceci peut paraître une évidence mais j'insisterai sur le caractère très particulier de cette expression de bonheur chez les couples dont l'attente de la grossesse a été longue. La surprise de la gémellité spontanée à la première échographie entraîne souvent une réaction plus mitigée, un malaise parfois, une recherche frénétique d'antécédents familiaux, d'images de couples de jumeaux connus ou rencontrés, bref la nécessité de s'insérer rapidement dans une norme.

Après PMA, il s'agit là d'une surprise (événement non connu) mais prévue, annoncée, commentée dans ses conséquences.

Très vite, les couples s'interrogent sur l'évolutivité des deux embryons, assurance qu'il est impossible de livrer si tôt, scrutent avec anxiété les deux images échographiques, s'attristant sur un sac ovulaire plus petit qui n'évoluerait pas (15)

Toujours, malgré l'information préalable, revient le même désir de réassurance sur la dizygotie, sur les différences prévisibles entre les deux enfants. A chaque fois ressurgissent les appréhensions pour ce que seraient des vrais jumeaux, les difficultés inhérentes à leur ressemblance, à leurs destins liés.

Les pères nous semblent se réjouir plus encore à l'annonce de la bessonerie. Et il nous faut nous rappeler que dans l'occident du XIX^e, la naissance de jumeaux était considérée comme une gloire de la puissance de l'homme. *"N'est-ce pas là le signe évident d'une vigueur sexuelle hors du commun ?"* s'interroge Jacques Gelis (24); Guy Mocquet de la Motte rapporte dans son traité des accouchements (1765) les célébrations de la virilité masculine à l'occasion de naissances gémellaires dans les villages.

Chez nos messieurs, ce d'autant qu'ils étaient oligo, asthéro et/ou tératospermiques, la théorie des deux supergénétoires ressurgit vite, au mépris de la connaissance du nombre d'ovules fécondés.

La grossesse gémellaire comblera pour eux la honte cachée des années d'infertilité, ayant réussi à faire "coup double".

4. L'annonce de la grossesse triple ou de rang supérieur

L'annonce de la grossesse triple, ou de rang supérieur, entraîne une incroyable mêlée de sentiments avec des interférences importantes médecin/patients. Le silence est plus long et les couples devinent vite, puisque c'était la réponse possible à une des questions posées à l'échographie ; et c'est le mélange des questions : combien ? vont-ils bien ? sont-ils normaux ? que faire ? Etes-vous sûr ?

C'est le bonheur du succès, la fierté du père, la victoire sur le malheur, immédiatement gâchés par les nouveaux soucis à l'horizon, la nouvelle marginalité entrevue (de la stérilité à la naissance triple), l'impossibilité d'envisager cet avenir là, et bien sûr la culpabilité.

De cette première échographie à l'échographie de contrôle, ce sentiment de culpabilité de la femme grandit : culpabilité de ne pas pouvoir assumer la situation, culpabilité de souhaiter (déjà) la mort spontanée d'un embryon, culpabilité vis à vis de celui qui accepterait plus volontiers la grossesse triple (l'homme, dans notre expérience), culpabilité de la non-reconnaissance vis à vis de l'équipe médicale, culpabilité de ne pas se réjouir de cette grossesse-là, d'être donc encore une mauvaise femme, déjà une mauvaise mère, sensation d'être déjà jugée sans le droit à l'ambivalence qui caractérise, nous l'avons tout début de grossesse.

J.Gelis (24) dit de l'histoire des grossesses multigémellaires en France que *"le "part" monstrueux (était) souvent interprété comme le signe de la culpabilité de la femme, la juste punition de sa conduite..."*.

Dans le dilemme d'acceptation de la grossesse multiple, la femme nous dit souvent revivre l'acmé de la culpabilité des années passées, notamment quand il s'agit d'une stérilité d'origine tubaire (tel que dans l'exemple déjà cité). La responsabilité médicale nous semble plus souvent mise en accusation dans les

cas de stérilité primaire idiopathique ou masculine, où, des les affres vécues, émerge souvent la protestation "vous voyez bien que je n'étais pas si stérile", la preuve éclatante de la fertilité représentant un bénéfice secondaire provisoire.

5 . La possibilité d'interruption sélective de grossesse

La possibilité d'interruption sélective de grossesse est évoquée aux réunions d'information de l'équipe, comme un geste technique réalisable dont l'existence ne justifie pas une politique de transfert embryonnaire ou ovocytaire excessive.(13)

Nous pratiquons l'interruption sélective de grossesse vers 12 semaines, le plus tard possible, dans le délai légal d'IVG, afin de permettre une résolution spontanée d'un embryon, et de ne pas bousculer une décision qui nous semble devoir être murie au sein du couple. Parmi les éléments d'information concernant les grossesses triples, nous disposons d'une étude évaluant à St Vincent de Paul la grossesse et la périnatalité de 275 jumeaux, 12 jumeaux après ISG, 16 triples. Le pronostic en terme de poids de naissance et de terme de naissance nous a semblé être intermédiaire entre celui, satisfaisant, des jumeaux et celui, catastrophique des triplés. comme l'ont aussi montré différentes études (35) .

La fragilité du consentement éclairé est évidente entre une équipe médicale dont la responsabilité semble appeler un processus de réparation, et des patients qui cherchent la moins mauvaise solution.

Quand la décision d'interruption sélective est prise, elle est dite motivée "pour le bien-être des enfants qui vivront, "pour la sérénité" d'un éventuel enfant aimé, pour les "difficultés matérielles" de l'accueil de trois enfants..

Il nous semble que le délai de réflexion d'environ 6 semaines a été dans l'ensemble bénéfique, malgré la difficulté pour les couples d'entamer pendant ce temps à la fois l'investissement de la grossesse et le processus de deuil - portant sur un ou deux enfants.

Les questions sur le choix des embryons à supprimer sont peu manifestes. L'impératif de la plus grande accessibilité du fœtus satisfait dans l'ensemble.

Nous n'avons pas eu la demande de choix de sexe.

Nous avons été souvent surpris par l'intensité du soulagement exprimé à la première échographie après la réduction embryonnaire. "*Enfin, je me sens enceinte*", "*enfin, j'ai le droit de me réjouir, d'en parler à mon entourage*", disent tour à tour deux femmes dont la décision avait été particulièrement douloureuse, marquée aussi par des tourments moraux d'origine religieuse. Beaucoup ont du mal à faire entrer dans leur imaginaire la résorption progressive du jumeau supprimé, s'étonnant de ne pas saigner, de n'avoir aucune manifestation physique de cette mort.

Nous avons décrit ailleurs (20), le déroulement ultérieur de ces grossesses, et ne le détaillerons pas ici.

III EN GUISE DE CONCLUSION : LE ROLE ET LA PLACE DU THERAPEUTE, LORS DE CES PROCREATIONS PARTICULIERES, DANS L'INTIMITE D'UN COUPLE, OU COMMENT NE PAS VIOLER LE SERMENT D'HIPPOCRATE ?

- 1- * Le corps morcelé**
- 2- * Le secret médical au sein du couple**
- 3- Les mots de la FIV**
- 4- Les trops-dits des non-dits en FIV**
- 5- Gift et non intimité**

Les méthodes de Procréation Médicalement Assistée (PMA) impliquent l'apparition aux côtés du couple d'un 3^{ème} intervenant qui, comme nous le verrons par la suite, aura d'autant plus tendance à effeuiller les composantes tant psychologiques que somatiques de la situation qu'il aura, au moment thérapeutique, plus qu'un rôle de prescripteur, un rôle d'acteur.

L'intimité de l'individu, comme celle du couple, l'intimité physique, comme l'intimité psychique doivent être forcées lors des dialogues instaurés à deux ou à trois, et ce d'autant que le médecin peut justifier de l'indiscrétion de ses investigations au regard de l'agressivité des techniques proposées, qui ne peuvent l'être à la légère.

Nous le savons tous, s'il peut paraître parfois inquisiteur, de questionner sur le contexte du désir d'enfant, la sexualité du couple, il peut aussi apparaître comme une négligence facile et coupable d'avoir éludé le problème.

Nous sommes partagés entre deux volontés : ne pas passer à côté d'un problème de couple majeur, d'un conflit, ou d'une inégalité de l'un ou de l'autre, d'une difficulté sexuelle, etc. La deuxième volonté est de ne pas obliger un couple à subir un "examen de passage" psychologique au cours duquel, sous prétexte que l'enfant désiré n'est pas venu dans un délai souhaité, le couple doit prouver la véracité de son désir d'enfant et dévoiler les secrets de son intimité.

L'obligation pour le couple de présenter un projet construit limite le droit à l'ambivalence, légitime face à tout projet de reproduction.

Point n'est besoin d'insister sur les autres éléments de cet interrogatoire, au demeurant nécessaire pour poser l'indication thérapeutique la mieux adaptée, la plus efficace et la moins abusive, pour comprendre comment ces réponses peuvent remuer de souvenirs, de regrets, de culpabilité, de gêne aussi entre les deux compagnons. Ce qui est révélé en quelques mots, (habituellement dits au sein du couple par touches progressives quand le moment s'y prête, avec conservation des jardins secrets) au fil de l'évolution de la relation, revêt un caractère brutal qui laisse peu de place à l'affectivité. L'un ne sait plus s'il parle à l'autre ou au médecin.

Je voudrais insister sur 3 axes de réflexion.

1. * Le corps morcelé

Conséquence de tout bilan étiologique, cette appréhension du corps par organe modifie considérablement la représentation que chacun a de son propre corps, du corps de l'autre, connu jusqu'alors dans son entité par l'usage des 5 sens.

2. * Le secret médical au sein du couple

Il est peu de circonstance en médecine où le secret médical soit autant bafoué avec l'acquiescement de tous les intéressés : homme, femme, médecin.

L'analyse des différentes causes d'infertilité, "malheur biologique" du couple, se fait communément devant les deux : résultats du spermogramme commentés devant la femme, explications de l'hystérogographie ou compte-rendu de coelioscopie devant l'homme. La stérilité n'est ni une maladie de l'homme, ni une maladie de la femme, ne se révélant que lorsque les deux veulent faire un enfant, elle n'est d'ailleurs pas une maladie tout court, car en dehors de ce désir, elle ne s'exprimerait jamais.

Qu'est ce donc ? Une pathologie du couple dont il semble logique que les deux soient informés des moindres détails, serait-ce au prix de modifications de l'image de l'un aux yeux de l'autre, puisque de ces détails peut dépendre l'avenir de chacun, et puisque surtout les thérapeutiques proposées en PMA ne pourront s'adresser à l'un sans l'accord et la participation de l'autre. Ceci justifie-t-il que chacun sache tout le fonctionnement biologique de l'autre ? Peut-on masquer un élément à l'un alors que le traitement et son résultat le concernent pour moitié. Il n'y a pas de réponse univoque, mais sûrement une grande prudence face à ce que l'on induit.

Que peut-on donc induire et comment ?

L'épluchage du dossier médical mène à l'expression de conclusions dites avec des mots dont on ne mesure pas toujours la portée. Je suis bien consciente qu'il faut bien dire les choses et je n'ai probablement pas de meilleurs termes à leur proposer. Je voudrais illustrer seulement ces mots par des images, inspirées de commentaires divers entendus en consultation.

D'un organe à l'autre, les jugements de valeur portés sur la fonction de reproduction utilisent une variété inouïe de vocabulaire, souvent flanqué de préfixe privatif : inexistence, incompetence, inadéquation, insuffisance, incompatibilité, malformation.

En une revue :

- * Le fonctionnement ovarien peut témoigner d'une :
 - bonne (ou) mauvaise ovulation ;
 - phase lutéale (ou corps jaune) inadéquat ;

- * La glaire cervicale peut être :
 - insuffisante (ou inexistante) ;

- épaisse donc impénétrable ;
- inhospitalière (ou presque) ;
- opaque (pénétrable avec courage) ;
- louche !

* Le contact sperme/glaire peut donc être nul au test post-coïtal. Plus redoutable au sein de l'union, le test de pénétration croisée peut être positif avec un témoin anonyme, négatif avec son conjoint ; c'est ce qu'on nomme dans les comptes-rendus une incompatibilité sperme-glaire, qui est parfois due à des agglutinats immobilisant les spermatozoïdes.

Les anticorps dits "anti-paternels" sont diagnostiqués comme un obstacle immunologique à la fécondation. Leur simple dénomination n'est elle pas lourde de conséquences ?

La description des trompes fait appel à des registres écolo-physico sportifs variés (trompes en canne de golf, en boule de gui ou tout simplement bouchées ou dilatées) ;

L'utérus, matrice de la vie peut :

- être habité, à défaut d'enfant par une formation inhabituelle, polype, synéchie ; l'isthme peut être en baïonnette ;
- être malformé, inquiétant, et les fantasme abondent sur les utérus bicornes ou même unicornes dont la seule dénomination inquiète ;
- il peut être qualifié d'étriqué après exposition au Distilbène In Utero, une béance cervicale peut entraîner une incompetence cervico-isthmique.

Mais comment se représenter son propre corps, celui de sa compagne, étriqué, grignoté, béant, bouché, dilaté, incompetent ?

3. Les mots de la FIV

Le choc des mots qui évaluent la réussite ou l'échec des différentes phases d'une FIV ou d'un GIFT ont le même poids.

- Au cours de la stimulation ovarienne, en fonction du nombre de follicules ovariens recruté, on évalue les bonnes et les mauvaises (ré)pondeuses. Ce sont les dosages hormonaux qui déterminent la dose d'espoir. S'ils sont trop bas, on signifie l'abandon (de la stimulation, de la tentative, de la technique voire de la patiente).

Au moment de la ponction folliculaire, l'examen des ovocytes au microscope déterminera des oeufs de bonne ou de mauvaise qualité.

Ainsi en serait-il des embryons, si par bonheur ce jour le sperme est compétitif, s'il y a fécondation, qui peuvent être beaux ou fragmentés, comme l'est, du coup, un peu plus, l'espoir que cela aboutisse/.

Reste alors la phase de la nidation où chacun, chacune a sa culture et ses croyances pour inventer des rites, pour que s'accrochent leur progéniture. Certaines demande à se mettre au repos absolu. Médicalement on parle de traitement substitutif ou de substitution (de quoi ?).

Parfois l'embryon ne paraît pas, on dit alors qu'il n'y a pas de clivage, ou bien un trop grand clivage entre l'espoir du début et la détresse du bout du compte.

4. Les trops-dits des non-dits en FIV

L'expression des bouleversements psychiques entraînés ou révélés par ces thérapeutiques, surgit brusquement lors de la ponction folliculaire pour FIV qui, je le rappelle se fait souvent sous neuroleptanalgie.

Un dialogue peut être entretenu pendant l'acte médical très particulier du fait de la levée d'inhibition due aux produits analgésiques utilisés. Si certaines femmes somnolent simplement, nous sommes parfois désarçonnés d'entendre d'autres tenir des propos très personnels, qui peuvent être fondamentaux mais que nous ne pouvons nous permettre d'encourager vue l'amnésie totale ultérieure qui est la règle.

5. Gift et non intimité

Le transfert intra-tubaire des gamètes implique un geste chirurgical coelioscopique sous anesthésie générale, au cours duquel a lieu la fécondation.

En Fécondation In Vitro, le geste final de transfert embryonnaire, souvent assimilé à une insémination, se fait chez la femme consciente souvent en présence du mari, ce qui permet d'expliquer le geste, le nombre d'embryons choisi, etc...

C'est en GIFT peut être qu'on atteint le summum de non intimité entre homme et femme dans ce qui leur appartient en propre, la fécondation. La femme dort pendant qu'est effectué le geste de fécondation par le chirurgien qui introduit dans l'ampoule tubaire ovocytes et spermatozoïdes réunis dans un cathéter par le biologiste. Le mari est dehors. Certes, il pourrait être au bloc opératoire, mais l'intimité conjugale serait-elle favorisée face à un ventre gonflé, recouvert de champs opératoire, percé de divers instruments ? Avec son cathéter magique (matérialisation de la baguette des trois fées de *La belle au bois dormant*) assisté du biologiste, de l'anesthésiste et du reste de l'équipe, le chirurgien se trouve investi d'un bien grand pouvoir de créer la vie presque à l'insu des futurs parents qui, bien que consentants, ne sauront qu'au réveil comment on a fait pour eux, ce qu'ils emportent chez eux.

C'est pourtant paradoxalement au nom de l'intime de la fécondation intra-tubaire (ovocytes et spermatozoïdes se rencontrent pour la première fois dans le corps humain) que beaucoup de couples qui ont fait le choix préfèrent le GIFT à la FIV.

Ceci nous amène, pour en finir, à évoquer l'intimité du couple avec le médecin, la place de ce médecin dans son intimité. Le médecin sera celui qui stimulera (l'ovulation ou le désir d'enfant), induira, transférera...

En consultation, sa place est déjà souvent bien étrange quand deux personnes qui n'arrivaient pas à communiquer se parlent sans se regarder, utilisant un discours qui en apparence ne s'adresse qu'au tiers assis derrière le bureau. Ainsi, un couple

malgache dont la mari m'exposait fort sereinement qu'en vertu de sa religion, le Bouddhisme, il n'envisageait pas d'avoir recours à l'IAD, ni à la FIV car *"Tout est prédestiné, l'enveloppe corporelle du passage sur terre n'est que transitoire et le Karma ou le destin de chaque individu, ne doit pas se troubler"*.

Sur le même ton apparemment disert, sa femme m'exposait sa propre conception du Bouddhisme qui permettrait toutes les libertés, y compris celle de faire une PMA. Toutes ces réflexions philosophico religieuses qui m'étaient destinées sans échange entre les deux, traduisaient en fait une grande détresse et un grand désaccord sur la thérapeutique qu'ils n'avaient jamais exprimés en dehors du cabinet de consultation.

Le médecin est donc un témoin de l'intimité qu'il force parfois, nous l'avons vu, ou favorise ailleurs.

Participant activement à la fabrication de l'enfant, de façon parfois démesurée, nous l'avons vu dans le GIFT, il est étonnamment bien admis dans le déroulement des opérations. Parfois, il gêne, ainsi dans certains transferts embryonnaires où le mari sort de la pièce car il se sent "de trop" comme l'un d'entre eux me l'a formulé. *"On n'a pas besoin d'être trois"*.

Quand l'aventure commune se poursuit par une grossesse que l'on suit, l'intimité s'affine le plus souvent, associée le plus souvent d'une complicité basée sur le secret de ce qui s'est passé avant, mais l'angoisse aussi est partagée pendant cette grossesse. La culpabilité d'une grossesse qui évolue mal est intense, que ce soit une fausse couche ou une grossesse extra-utérine pour laquelle on aurait peut être "poussée trop loin". Plus tard à la moindre anomalie, retard de croissance intra-utérin, suspicion de malformation foetale, notre responsabilité, au delà de la logique, nous apparaît évidente.

Enfin la rupture nécessaire de l'intimité inhérente à ces grossesses, signe la reconstitution du couple autour de l'enfant, le début de l'intimité familiale dont le médecin doit s'effacer.

Un couple avec qui le trajet commun avait été particulièrement intense en émotions de la FIV à l'accouchement, en passant par une grossesse gémellaire, la découverte de malformations puis la mort in utero de l'un des deux foetus, disait quelques jours après la naissance par césarienne d'un bel enfant, ces quelques mots : *"A présent, il faut nous rendre notre histoire"*

C'est parfois plus difficile à dire qu'à faire, au regard de l'intrusion de toutes ces aventures dans l'intimité, celle du médecin cette fois, qui s'en trouve fort envahie.

Ici s'achève provisoirement ce survol du questionnement quotidien engendré par la pratique de la procréation assistée, questionnement qui reflète aussi le souhait

médical que la réflexion éthique ne reste pas l'apanage de quelques spécialistes, que la pratique, la technique, le face à face répété avec les couples en mal d'enfant,- soient des valeurs reconnues comme légitimes dans le débat pluridisciplinaire.

Le mot de la fin revient à G. DAVID, fondateur des C.E.C.O.S

“Entre une demande de couples de plus en plus exigeante, des possibilités techniques toujours plus grandes, d'un corps social de plus en plus réservé à l'égard d'un “pouvoir médical” jugé excessif, nous devons prendre conscience que nous tirerons notre prestige et notre autorité morale moins des prouesses techniques que de la démonstration de notre aptitude à gérer avec mesure et critique ce nouveau pouvoir... celui d'assister la procréation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ARNAL F., HUMEAU C., NDIAYE M.C and al.
Transferts multiples d'embryons en FIV : facteurs de risque de grossesses multiples
Contrac. Fert. Steril. 1989, 17 : 776-9
- 2 - ATHEA N.
la stérilité, une entité mal définie, in *le magasin des enfants*,
(op. cit.), 1990, p. 37-72.
- 3 - BESSIS R.
Nombre, sexe et présentation du foetus
in : *college national des gynécol. et obstet. français*
eds *Apport de l'échographie en obstétrique*, Paris, Vigot, 1987 :
131-48
- 4 - CABAU A.
Pour que l'enfant paraisse, Denoël, 1990
- 5 - CANGHUILHEM G.
Le normal et le Pathologique, PUF, 1966, 86
- 6 - CNRS
La notion de personne en Afrique Noire, Paris 1973
- 7 - CRAFT I. , BRINDSEN P., SIMONS E.G.
How many ovocytes/embryos should be transfered ?
Lancet 1987 ; 109-10
- 8 - CYRULNIK B.
Sous le signe du lien. Une histoire naturelle de l'attachement. Coll. Hist. et Philos. des
Sciences, 320 p., Hachette, 1989.
- 9 - DELAISI DE PERCEVAL G.
Le désir d'enfant géré par la médecine et la loi, in *le magasin des enfants*
(op. cit.) p. 244-281
- 10 - DELAISI DE PERCEVAL G.
L'enfant-prothèse in le supplément *Procréations humaines et société technoscientifique*,
éd. Cerf, n 174, sept. 1990, 200 p.
- 11 - DE MOUZON J. et Coll.
Epidémiologie de l'infertilité , in *Reprod. Humaine et Hormones*, 1991, vol. 3, n 5, p. 295-305
.
- 12 - DURANDEAU A., VASSEUR-FAUCONNEL C.
Sexualité, mythes et cultures,
l'Harmattan (psychologiques), 1990
- 13 - EDWARDS R.G., METTLER L., WALTERS D.E.
Identical twins and in-vitro fertilization.
J. in vitro, Fertil. Embryo transfer, 1986 ; 3 : 114-7

- 14 - EPELBOIN S.
La femme inconcevable: Stérilité chez les Peuls Bandé du Sénégal Oriental, in *Psychosomatique* 1, 1985, p. 67-92.
- 15 - EPELBOIN S., BLONDEAU M.A.
Grossesses multiples après procréations médicalement assistées : devenir obstétrical, comm. aux Journées de Périconceptologie, Rennes, 1989, pub. in *Contraception-Fertilité-Sexualité*, 1989, vol. 17, n 7-8, p. 756-759
- 16 - EPELBOIN S.
Intimité médicalement assistée, comm. aux 1ères Assises de Gynécologie Obstétrique Psychosomatique, Paris, mars 1990, éd. CIFRES, Paris, nov. 1990
- 17 - EPELBOIN S.
Psychosomatique et Procréations Médicalement Assistées in *des maux pour le dire* (op. cit.)p. 12999-143, Flammarion, Paris, 1990.
- 18 - EPELBOIN S.
De l'enfant désiré... à l'enfant né... un si long parcours in *Contraception- Fertilité-Sexualité*, 1991, vol. 19, n 3, pp. 253-259
- 19 - EPELBOIN S., CASTAING O.
Les uns sans les autres - Etude comparative des naissances multiples après ou sans interruption sélective de grossesse
Contracept. Fertil. Sex. 1990, 18 : 7-8, 659-60
- 20 - EPELBOIN S.
Naissances multiples après PMA *Contracept. Fertil. Sex* 1992
Vol 20 - n 5 pp. 571-577
- 21 - FRYDMAN R.
L'irrésistible désir de naissance, PUF, 1986 .
- 22 - FRYDMAN R., FORMAN R. G., BELAISCH-ALLART J.
An obstetric assessment of the first 100 births from the IVF program at Clamart
Am. J. obstet. Gynecol. 1986, 154 : 550-6
- 23 - GAVARINI L.
Experts et législateurs de la normalité de l'être humain : vers un eugénisme discret, in le *magasin des enfants* (op. cit.) p. 157-180
- 24 - GELLIS J.
Accoucheur de campagne sous le Roi soleil Imago 1989
et PMA : facteur de risques et devenir. *Contracept. Fertil. Sex* 1989
- 25 - GUERRAND R. H., RONSIN F.
le sexe apprivoisé Jeanne Humbert et la lutte pour le contrôle des naissances. éd. La découverte, série Hist. Contemp., 1990, 190 p.
- 26 - GUICHARD A., BOYER P., CEDARD L., EPELBOIN S.
Grossesses multiples et P.M.A. : facteurs de risques et devenir
Contracept. Fertil. Sex. 1989, 17 : 7-8 : 753-755
- 27 - HERMITTE M.A.
L'embryon aléatoire, in *le magasin des enfants*, 1990, (op. cit.), p. 238-266.

- 28 - LAGET M.
Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique. Seuil, 1982, 341 p.
- 29 - LEVI-STRAUSS C.
Histoire de lynx
Plon, 1991
- 30 - LOUX F.
Une si longue naissance, Stock 83-IV, 244 p.
- 31 - LOUX F., RICHARD P.
Sagesse du corps : la santé et la maladie dans les proverbes français
G.P. Maisonneuve et Larose, 1979
- 32 - MANDELBAUM J., PLACHOT M.
Génération éprouvette , Flammarion 1991.
- 33 - NYLANDER P.P.S.
Cause of high twinning frequencies in Nigeria in twin research Biology and epidemiology. NY alan R., Liss. . Inc., 1978, 35-43
- 34 - MIMOUN S.
Des maux pour le dire, Flammarion, 1990, 229 p.
- 35 - PAPIERNIK-BERKHAEUER E., PONS J.C.
Les grossesses multiples
Doin, 1991
- 36 - PISON G.
Les jumeaux en Afrique au Sud du Sahara : fréquence, statut social et mortalité.
Paris : Ined 1987
Dossiers et recherches n 11
- 37 - REED E.
Féminisme et anthropologie, Denoël/Gonthier, coll. femmes. 270 p, 80-111
- 38 - ROBIN M., JOSSE D., TOURRETTE C.
Early mother twins interaction
Acta Genet. Med. Gemel. 1988, 37 : 151-9
- 39 - SAND G.
La petite fadette,
n 3550, le livre de poche
- 40 - TESTARD J.
Le magasin des enfants, éd. François Bourin, 338 p, Paris, 1990
- 41 - TOURNIER M.,
Les météores,
1975, nrf, Gallimard
- 42 - VACQUIN L.
L'amère victoire in *Revue Autrement, La mère* n 90, Paris, mai 1987