

ROLE, PLACE ET RESPONSABILITE MEDICALE
DANS
LA REDUCTION EMBRYONNAIRE

Laetitia Le Saché
2004

Remerciements : Marie-Laure Moutard, Christine Pierre et Michèle Souchet

Plan :

| | |
|---|------|
| Introduction | p 4 |
| Problématique | p 4 |
| Méthodologie et critiques | p 5 |
| Résultats et discussion | p 5 |
| <u>I] Rôle du médecin dans l'information donnée en amont de la PMA.</u> | p 5 |
| A] Par qui ? | p 6 |
| B] Quand ? | p 6 |
| 1) Avant le diagnostic de GM | |
| 2) Lors du diagnostic de GM | |
| C] Contenu et comment ? | p 7 |
| 1) Contenu | |
| 2) Modalité | |
| <u>II] Rôle du médecin au niveau de la technique de PMA elle-même.</u> | p 10 |
| A] But : | |
| B] Mesures et dispositifs : | |
| C] Conclusion : | |
| <u>III] Rôle du médecin dans la prise de décision même de RE :</u> | p 12 |
| A] Etat des lieux | p 12 |
| 1) Quels sont les motifs, les arguments pris en compte par les médecins et par les couples pour décider de réaliser la RE ? | p 12 |
| a) La littérature | |
| b) Dans la pratique | |
| ▶ Concernant l'équipe médicale : | |
| ▶ Concernant le couple : | |
| ▶ Autres questions : | |
| 2) Quelles sont les structures décisionnelles pour ces demandes ? | p 14 |
| 3) Pour/contre ? | p 15 |

| | |
|---|------|
| B] Impact psychologique de la PMA et de la RE | p 17 |
| Sur la mère : | p 17 |
| 1) Pendant la grossesse : | |
| 2) Après la grossesse : | |
| Sur l'enfant à terme | p 19 |
| C] Discussion | p 20 |
| | |
| Conclusion | p 22 |
| | |
| Bibliographie | p 23 |
| | |
| Liste des abréviations | p 25 |
| | |
| Résumé | |

Introduction :

Avec l'augmentation de la stérilité et des grossesses tardives, les PMA sont aujourd'hui sur le devant de la scène. Or ces dernières sont les plus grandes pourvoyeuses de GM. En effet, afin d'augmenter les chances de ces femmes désirant un enfant, il paraît préférable de prime abord, de tout mettre en œuvre pour ne pas retomber dans un autre échec qui serait alors une nouvelle douleur. Mais les GM ne sont pas sans risques médicaux et sans retentissement sur les familles.

La solution de RE émerge alors. Elle consiste à éliminer en cas de GM un ou plusieurs embryons, sans interrompre le processus de développement des autres. Celle-ci présente d'évidents " avantages " médicaux, mais le geste est lourd de conséquences psychologiques et éthiques, pour le couple, le médecin et le ou les embryons survivants par la RE.

Entre rôle de neutralité et d'éclaireur, il est difficile pour le médecin de trouver sa juste place. La responsabilité médicale se trouve néanmoins plus qu'engagée et ce à trois niveaux :

- _ en amont de la PMA, au niveau de l'information donnée.
- _ dans la réalisation même de la technique de PMA.
- _ dans la prise de décision avec le couple du choix de RE ou non.

Problématique :

L'enjeu est de rendre cet acte le plus exceptionnel possible et de limiter les indications de RE afin de ne pas dépasser l'acceptable.

Il ne s'agit pas vraiment d'être pour ou contre, mais d'éviter de banaliser la situation et d'en faire un geste routinier.

Le poids de l'équipe médicale dans la décision n'est pas négligeable même si celle-ci revient le plus souvent à la patiente ou plutôt au couple.

La vraie problématique est donc celle de l'information au couple et de son consentement éclairé. D'autres problèmes viennent s'y greffer à savoir la formation médicale et l'éducation de la société.

Méthodologie et critiques :

C'est en raison de tous ces conflits exposés en introduction, que je me suis intéressée à la RE et que j'ai effectué une recherche bibliographique pour analyser à travers la littérature les pratiques et les réponses des professionnels de santé à cette question.

Le choix d'un travail bibliographique permet d'avoir une bonne vision de l'évolution de la situation.

Cependant, nous pouvons lui faire ce reproche de ne pas donner une approche de terrain et de rester trop théorique. La méthode des questionnaires et des interrogatoires l'aurait peut être permis.

Résultats et discussion :

I] Rôle du médecin dans l'information donnée en amont de la PMA :

Notre étude se limitera à celle des GM induites puisque ce sont les plus fréquentes. Nous allons voir les principaux points qui peuvent être source de désaccord à propos des modalités de l'information donnée au couple.

Il importe d'être clair sur le risque de GM (induit par la PMA et le nombre d'embryons transférés dans les FIV) et sur l'existence et la signification d'une RE.

Il y a deux chocs : celui de la GM vécue comme une "monstruosité" [20] et celui de la RE.

Le médecin se doit d'être le moins douloureux possible dans son exposé mais la volonté de ne pas heurter ne doit pas pour autant oublier le principe de non malfaisance sous prétexte qu'elle obéit à celui de bienfaisance. Il y a ici un conflit de valeurs éthiques.

Meilleure sera l'information, mieux la mère pourra assumer l'annonce du diagnostic (pas de discours revendicatifs ni emprunts de souffrance) et faire le choix le plus souhaitable.

Les principales questions soulevées sont :

Qui, quand, comment aborder le problème de la RE ?

Que doit on dire ?

Avec quel terme ?

A] Par qui ?

- 1) En public ? Lors d'une réunion collective.
- 2) Par le médecin ? Lors d'une consultation.
- 3) Les deux ?

La collectivité est-elle la meilleure garante d'une bonne intégration de l'information ? L'information généralisée n'est pas la meilleure solution. C'en est une mais, elle est insuffisante en elle-même.

La relation médecin/patient est vécue comme une relation privilégiée en revanche. Basée sur la confiance, elle est perçue comme le lieu idéal d'information.

La redondance a un intérêt. Si elle peut générer une certaine anxiété, elle permet d'augmenter les chances de compréhension et d'intégration du problème sous jacent.

B] Quand ? [19]

- 1) Avant le diagnostic de GM :

a_ Lors de réunions destinées à tous les couples allant entamer une procédure de PMA. Explication de l'aléa de la technique, de la possible survenue de GM. La RE est évoquée comme une solution, quoique peu satisfaisante.

Et/ou

b_ Lors de la consultation de mise en route de la PMA de façon systématique.

c_ En cours de PMA au moment où il faut décider du nombre d'embryons à transférer et uniquement si l'angoisse quant au nombre à transférer est manifeste (donc non systématique et dispense pour les autres couples)

- 2) Lors du diagnostic de GM :

a_ Risque de GM connu avant la PMA mais RE non abordée auparavant.

b_ GM et RE sont abordées au moment du diagnostic étant donné la rareté de l'évènement.

Il y a un risque pour les couples de perdre l'information au milieu de la somme des autres ou qu'elle ne soit pas acquise.

Comment s'assurer de la bonne réception, compréhension et intégration de l'information ? Quel est le moment le plus opportun ? Faut-il délivrer l'information en une fois dès le départ ?

L'autre problème réside dans le fait qu'à ce stade, s'ils se souviennent à posteriori de l'information, ils ne se sentent pas vraiment concernés par ce problème, occulté par ce désir si fort d'avoir un enfant. (à n'importe quel prix ?)

En réponse à toutes ces questions, l'idéal serait de la fractionner mais toujours dans un souci d'anticipation. La solution a+b du 1) est la plus efficace.

La solution b du 2) est rarement évoquée.

C] Contenu et comment ?

1) Contenu :

Quel genre d'information va-t-on délivrer ? Celle-ci est-elle médicale uniquement ?

De toute évidence non.

Nous verrons plus loin que l'aspect psychologique et social ne doit pas être oublié.

► a) Effets indésirables possibles de la PMA : la GM

b) FR de la GM (mère - enfant) :

_caractéristiques obstétrico-pédiatriques des GM

.Prématurité (50%des grossesses gémellaires ont lieu avant 37 SA et les naissances entre 26 et 30 semaines sont 10 fois plus fréquentes)

.RCUI [16] et risque d'hypertrophie important.

.HTA maternelle [21]

.diabète gestationnel maternel (surtout pour les grossesses dizygotes)

.syndrome transfuseur-transfusé

.foetus acardiaque (1% des G.MZ)

.malformation ou handicap : la paralysie cérébrale est inversement proportionnelle au nombre de semaines de gestation : 8%pour la prématurité extrême, 5,4 pour les grands prématurés, 0,8% pour la prématurité modérée et 0,14 pour les enfants nés à terme. [7]

.mort in utero (27 % avant 20 SA)

.rupture prématurée des membranes (responsable de 11 à 12% des morts précoces chez les triplés) [17]

_autres critères à prendre en compte de l'ordre matériel et psychologique. [3]

c) Explication de la politique de transfert embryonnaire : l'absence de maîtrise totale du risque de GM implique une limitation du nombre réduisant parallèlement la chance de grossesse évolutive alors que celle-ci est ardemment désirée.

Laisse t'on le choix de n'en implanter qu'un afin de ne pas se trouver face à ce dilemme ?

d) Existence de la RE comme geste technique réalisable ne justifiant pas une politique de transfert embryonnaire ou ovocytaire excessive.

On pourrait s'arrêter là dans un premier temps. Le reste pourrait n'être abordé qu'au moment du diagnostic de GM. Mais il semble indiqué de demander au couple s'il souhaite davantage d'informations et d'explications. Il ne faut pas hésiter à les mettre en situation et leur expliquer cette simulation d'épreuve : les modes de pensées sont différents tout au long du processus. Toutes ces informations seront bien entendu à fortiori reprise au moment de la décision ou non de RE si GM il y a.

► e) Demander s'ils souhaitent des explications quand à cette technique ? Leur demander leur tendance actuelle si la situation se présentait ?

f) Explication sur la technique de RE : lieu, déroulement.

g) Présentation des risques de la technique de RE (FC) [16]

h) Devenir des embryons réduits (souvent occulté).

i) Délai de réflexion accordé : il est fonction du terme de la consultation : le plus tôt possible pour un motif psychologique et le plus tard possible pour des arguments médicaux et juridiques (12 SA) tout en sachant que cela majore l'angoisse du couple d'attendre.

► Evoquer les questions qui seront abordées plus tard telles : [20]

j) Choix de l'embryon : Critères : accessibilité, malformation... ?

La malformation survient davantage dans les réductions fœtales. L'accessibilité est le critère clé.

Le couple doit il être impliqué ?

k) Nombre de réduction : de 3 à 2 +++ ou de 3 à 1 ? L'invasibilité minimale est préférable pour des raisons éthiques mais aussi de chance de réussite. [7]

l) La demande de choix de sexe ne pourra pas être satisfaite.

En effet, il faut avoir conscience du décalage suivant : ce qui est dit, ressenti ou vécu au terme d'un long parcours de stérilité et avant toute offensive

thérapeutique, est fort différent de ce qui sera exprimé ou ressenti ou cours des tentatives face à face avec la décision. [20]

Mais la surinformation aboutit bien souvent à la désinformation et il ne faut pas tomber dans l'écueil d'une information généralisée. Il faut au maximum raisonner au cas par cas.

Il paraît donc préférable dans certaines circonstances d'épargner certains points au couple afin de les soulager.

2) Modalité :

Il faut éviter la brutalité et faire attention au choix des mots qui ont une influence; le couple sera toujours sensible à l'introduction d'humanité dans un discours très technique. Certains termes sont douloureux, d'autres mal compris.

Il y a d'autre part bien souvent identification au patient, et le médecin ne doit pas oublier son devoir d'objectivité. Il s'agit de délivrer une information aussi neutre que possible, pour une décision avec un maximum d'autonomie. Ainsi faut il laisser plus de place au couple dans le choix du nombre à transférer, dans le choix du nombre à supprimer ...

Est ce un désengagement alors ?

Il ne le faut surtout pas et il est parfois bon que les options philosophiques personnelles des médecins soient évoquées. Le couple dans la détresse demande parfois un secours et il ne faut pas avoir peur de les éprouver davantage encore avec un peu plus de iatrogenèse. Laisser la décision entre les mains du médecin est une aide à la déculpabilisation pour eux mais les laisser assumer leur choix est également crucial pour la suite.

Enfin, il faut savoir prendre son temps et écouter, leur faire dire ce qu'ils savent et s'assurer de la bonne réception, compréhension et intégration de l'information en faisant le nécessaire à chaque rencontre.

II] Le médecin a un rôle au niveau de la technique de PMA elle-même.

La stimulation ovarienne et la FIV sont responsables de 2/3 des GM et de la majorité de celles de rang élevé.

Parce que le geste de RE est lourd de conséquences médicales, psychologiques et éthiques, il est nécessaire de faire prendre conscience les manipulateurs des thérapeutiques de la stérilité, des risques et conséquences de leur pratique, de les responsabiliser et de mettre en place une prévention efficace.

A] But :

_ Ne pas considérer que la RE est un tribut à payer à l'efficacité et à la rapidité dans l'obtention du résultat escompté.

_ Empêcher que cette technique passe au rang des thérapeutiques complémentaires ordinaires. « S'il y en a trop, on réduira. »

B] Mesures et dispositifs :

_ Compte rendu annuel, par les médecins, de l'usage fait des gonadotrophines (prescriptions, résultats) [14]

_ Différer les traitements chez les femmes fécondes mais pressées (« faites au plus vite docteur »)

_ Prudence dans les posologies [7]

_ Inscription des RE dans le cadre des IMG (c'est à dire avec passage obligatoire par un centre pluridisciplinaire avant réalisation du geste)

_ Faire ressortir au grand jour le % de cas où on a eu besoin d'une RE+++

Le transfert de trois embryons ou plus est une conduite à risque.

Le premier moyen de prévention serait de limiter le transfert à deux embryons lors des FIV. [13] C'est d'ailleurs la perspective européenne. [15]

C] Conclusion :

Certains auteurs espèrent et croient aux progrès, comme le moyen de réduire le recours à la RE. [9]. Il est certain qu'un meilleur contrôle des agents d'ovulation et des techniques de PMA rendront les GM moins communes et feront de la RE un geste obsolète. [12]. Une meilleure formation médicale s'avère donc nécessaire.

Mais l'aléa thérapeutique ne disparaîtra pas pour autant malgré une moralisation fut-elle coercitive de l'induction d'ovulation. La réflexion éthique trouve alors ici toute sa place.

On peut se demander de plus, dans quelle mesure une information touchant le jeune public (collégiens, lycéens) sur les moyens d'éviter le recours à la PMA devrait être envisagée ; une vraie question de société se pose ici sur la place de la femme enceinte, des grossesses tardives et les facilités d'accès à l'IVG qui augmentent le risque de stérilité.

III] Le médecin a un rôle dans la prise de décision même de RE :

A] Etat des lieux :

La démarche médicale diffère selon qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, triple ou de rang supérieur, et ce, qu'elle qu'en soit la cause (spontanée ou induite).

La RE dans le cadre des grossesses quadruples et plus, doit être proposée compte tenu du risque considérable de handicap majeur chez au moins un des enfants. C'est la « politique du canot de sauvetage » de Berkowitz : sauver au moins un fœtus par sacrifice des fœtus normaux. [7]

Elle n'a pas de justification éthique dans le cadre des grossesses gémellaires (hormis les rares indications médicales où une grossesse simple est plus tolérable.)

Pour les grossesses triples, l'incertitude en matière de risques fait, qu'aucune règle préétablie n'est valable. C'est sur ce point que nous nous attarderons.

1) Quels sont les motifs, les arguments pris en compte par les médecins et par les couples pour décider de réaliser la RE ?

a) La littérature [7] semble d'accord pour définir quatre grandes lignes majeures légitimant l'acceptation de la RE de triplés.

- _ La prématurité
- _ L'avortement spontané

Ils sont tous deux plus importants en l'absence de réduction.

- _ Le projet familial dans son ampleur
- _ Les problèmes matériels et psychologiques

b) Dans la pratique se tiennent des staffs dans les hôpitaux afin de faire un point régulièrement. Voici pour exemple les grandes lignes de l'un d'entre eux tenu à la maternité Port Royal à Paris sous la direction de Véronique Fourier.

L'équipe médicale est appelée à se poser un certain nombre de questions soulevées par ce geste. Sa réflexion devrait être centrée sur les quatre grands principes fondateurs de l'éthique à savoir :

- _ La bienfaisance
- _ La non malfaisance
- _ Le respect de l'autonomie d'autrui
- _ La justice

La grille de questionnement est reportée ci-dessous

Le degré d'information et de compréhension du couple est l'enjeu de la consultation.

► Concernant l'équipe médicale :

. Qu'entraîne une RE ?

- _ Est ce une réussite à tous les coups ?
- _ L'embryon à mourir aura-t-il mal ?
- _ L'avez-vous fait ?
- _ Quels sont les conséquences psychologiques pour la famille ? Quelles sont les conséquences pour l'embryon survivant ? (cf. B)
- . A propos des grossesses triples :

- _ Quel désagrément pour la famille ?
- _ Quels sont les risques d'une telle grossesse actuellement (objectifs médicaux)

► Concernant le couple :

. Pourquoi la naissance de triplés peut elle être mal vécue ?

- _ Est ce pour le couple ?
- _ Pour l'enfance ?
- _ Pour le métier ?
- _ Pour l'avenir ?

. Qu'en pense le mari ? (Faut il faire une consultation séparée ?)

. Est ce leur premier enfant ? Le raisonnement est bien sur différent si la famille a déjà quatre enfants.

. Comment la position des soignants est elle reçue ?

► . Pourquoi les soignants ont-ils telle ou telle position ?

- _ Se basent ils sur des arguments médicaux objectifs ?
- _ Est-ce une conviction personnelle de l'équipe ?
- . Etes vous punitifs sur cette famille (chez qui la grossesse a été induite) ?

- . Vous sentez vous instrumentalisés ?
 - . Peut on envoyer sur une autre équipe ?
 - Biologistes
 - Obstétriciens
 - Echographistes
 - . Le clinicien est le plus réceptif à la demande du couple mais il doit prendre l'avis des autres.
- Qui est légitime pour décider ?
- . Qui est le patient ?

_ l'enfant à naître ?

_ la famille ?

_ le couple ?

_ la société ?

Il y a un amalgame fréquent entre la famille et la société.

Le même médecin dans le même temps ne peut pas soigner pour le mieux, et en même temps donner un avis de société.

2) Quelles sont les structures décisionnelles pour ces demandes ? [11]

Les prises de décisions s'expliquent par la façon dont les couples encadrent, construisent, conçoivent leur décision. Il existe deux modèles ou cadres principaux sur lesquels les couples s'appuient et qui se contredisent :

_ le cadre médical : l'influence des professionnels y est très forte. Obsédés par la politique du risque minimum, ils se basent sur les statistiques (résultats et risques maternels, périnataux.)

_ le cadre moral : Il explique et peut altérer l'interprétation des statistiques quand aux risques. C'est celui du couple, mais il peut être suggéré par le médecin s'il a la sensation que dans ce cas précis, sa position ou plutôt ce qu'il ferait est attendu. Ici encore la limite de la place que doit occuper le médecin est floue et il pèse sur lui une lourde responsabilité aussi bien dans l'option interventionniste que dans l'option silence.

3) Ici sont exposés deux états d'esprit opposés avec un ensemble d'arguments plutôt pour et un ensemble plutôt contre.

Pour :

a) La RE s'inscrit dans son principe et dans sa finalité dans la même démarche que la limitation du nombre d'embryons à transférer. Si on limite en amont, pourquoi ne pas le faire aussi en aval surtout quand les couples et équipes médicales sont d'accord.

La législation sur le nombre (2 transférés rarement 3 dans les pays européens) ainsi que la demande de justification pour les cas de plus de 3 sont la preuve de la considération de ces grossesses comme un effet iatrogène peu souhaitable, à éviter.

b) Les données périnatales quand aux perspectives des risques néonataux montrent que la probabilité d'enfants handicapés par les séquelles de leur prématurité et/ou hypertrophie est plus élevée dans le cas des grossesses laissées triples que dans le cas des grossesses réduites.

c) En cas de FC consécutive au geste (opérateur dépendant), les grossesses ultérieures sont incertaines. Le taux de pertes fœtales des GM (FC précoces ou tardives avant 24 SA) est plus faible en cas de RE cependant. (20% contre 6%)

Dans le registre international, le taux le plus récent d'avortement in utero après réduction de 3 à 2 était de 4.5. [13] Le problème principal à présent reste sur le manque de données sur les groupes témoins non réduits.

Une méta analyse de toutes les études de plus de 20 patientes réalisées entre 1984 et 2001 et publiées sur Medline, a permis de comparer un groupe de femmes « réduites » à un groupe de femmes « non réduites » (nous choisirons ces termes pour évoquer le passage de triplés à des jumeaux ou non)

| | Femmes réduites | femmes non réduites |
|------------------------------|-----------------|---------------------|
| Avortement avant 24 SA | 5.1 | 11,5 |
| Prématurité <28 SA | 2.9 | 8.4 |
| Prématurité <32 SA | 10.1 | 20.3 |
| Taux de mortalité périnatale | 26.6/1000 | 92/1000 |
| Taux de « take home baby » | 93 | 79 |

Il faut cependant faire attention car ces études ont été réalisées dans différents centres, à des périodes différentes et certaines sur des échantillons petits (20)

d) Le choix des parents reste l'indication essentielle : la perspective de trois enfants à la fois (non prévu), est difficilement acceptable pour bon nombre de couples.

Leur projet d'enfant est différent de l'obtention de triplés, même après un long parcours d'infertilité.

Pour les couples, la RE est une réponse à l'inadéquation totale entre leur souhait (un ou deux enfants, jamais trois) et le résultat du traitement (une grossesse triple)

Contre :

Certains médecins ne sont pas contre une demande IVSG mais celle-ci n'est pas proposée à des couples dûment informés n'en faisant pas la demande. La démarche est ici plus volontaire reposant sur considérations personnelles en plus des informations médicales.

Ceci évite au couple se réjouissant de l'évolution d'1 grossesse après 1 parcours difficile, 2 traumatismes :

_ la GM avec ses risques

_ la RE avec ses interrogations : Combien, lesquels, les normaux, anormaux ?

a) Il y a une réduction très significative des chiffres de mortalité néonatale, des maladies pulmonaires et aussi des anomalies cérébrales du fait des progrès en obstétrique et en néonatalogie.

Déjà en 97, les données étaient les suivantes :

_ plus de 75% des naissances avait lieu après 33 SA

_ l'assistance respiratoire n'intervenait que dans moins de 10% des cas
_ enfin un retour au domicile d'enfants bien portants peut être envisagé dans 95 % des cas

Une étude sur la mortalité et la morbidité des triplés montre même que la RE n'a désormais plus aucune justification médicale. [18]

b) Des mesures préventives existent et il faut insister dessus dans la prise en charge obstétricale : [8]

-repos et suspension d'activités

-hospitalisation systématique à 28 SA

-tocolyse dès le moindre signe de MAP : β mimétiques, anticalciques, voire Indocid en continu.

-Corticothérapie à visée fœtale si la menace se précise.

c) Discours au couple loyal, clair et intelligent :

Le risque lié au geste est non nul (ce d'autant plus que l'on effectue souvent, avant la RE, un prélèvement à visée cytogénétique)

S'il y a désir et acceptation des contraintes, alors le non recours à la RE est médicalement possible au prix d'un investissement important certes

Une fois toutes les informations délivrées (aussi neutrement que possible et c'est là le point qui doit être commun) par rapport à une grossesse et une suite un peu moins facile, il y a une autonomie de choix des couples à respecter

C'est une affaire de cas par cas.

B] Impact psychologique de la PMA et de la RE sur la mère :

1) Pendant la grossesse :

a) Il y a plusieurs paradoxes qui sont difficiles à vivre :

La RE consiste à supprimer un enfant d'autant plus désiré à l'origine, que le couple a des difficultés à l'avoir et passe de ce fait par la PMA. Ceci rejoint le paradoxe « tuer avant de donner la vie ».

Il y a un malaise à sacrifier un embryon sans doute normal, pour augmenter les chances de survie ou diminuer les risques de morbidité des fœtus survivants.

Dans le refus de RE, elle risque de tous les perdre si elle choisit de tous les garder.

Dans le geste de RE, elle risque à court terme une FC et à long terme une stérilité.

b) Il y a également un niveau d'anxiété tout au long du processus. [10]

Une étude américaine, réalisée sur 66 femmes ayant choisi l'option de la RE, a montré que cette angoisse était fluctuante et de nature différente en fonction des étapes.

En prenant le niveau d'anxiété de début (au démarrage du traitement contre la stérilité) comme niveau de référence, il s'agissait de faire une auto évaluation de leur état émotionnel aux différents stades de la grossesse.

| Stade | Niveau d'anxiété | Sens |
|------------------------------------|------------------|--|
| Annonce du diagnostic de grossesse | - | Désir enfin satisfait |
| Annonce du diagnostic de GM | +++ | Grossesse mais complication |
| Consultation | - | Situation salvatrice de la RE |
| Durant la procédure de RE | +++ | Solution difficile moralement |
| Fin | - | Retour à une grossesse « normale », nouveau départ |

Les professionnels doivent comprendre et prendre en compte l'anxiété maternelle pour la meilleure prise en charge possible. Mais ont-ils réellement conscience de sa variation et du sens associé à chaque étape ? Ils doivent s'interroger sur les mesures à mettre en œuvre pour aider la femme dans ce dilemme moral qui jalonne son parcours.

2) Après la grossesse :

La culpabilité et la difficulté sont présentes dans les deux décisions :

Si la décision de RE a été prise, il y a culpabilité [6], et de plus, relation difficile à terme avec le survivant.

Si la RE est refusée, des complications psychologiques, maternelles, sociales et familiales peuvent survenir. On relève d'ailleurs des apparitions de dépressions.

Il y a culpabilité et frustration de ne pas se sentir heureuse et comblée après une telle grossesse.

La relation mère enfant est perturbée: les besoins des trois enfants ne peuvent être simultanément satisfaits. La mère souffre de cette indisponibilité et du manque d'amour donné.

L'isolement social du aux difficultés matérielles renforce le sentiment « d'anomalie. » [7]

Les difficultés domestiques créent une fatigue et un stress.

L'accroissement trop rapide de la famille non forcément en accord avec le projet parental initial peut poser des difficultés pour la vie conjugale (passage brutal du "sans" aux 3 enfants)

La responsabilité du médecin dans le bien être de la mère est donc engagée dans les deux situations. Ces réactions peuvent survenir avant la naissance d'ailleurs, après la décision de RE ou non, vers la fin de la grossesse. Il doit savoir les déceler.

Conscient des problèmes psychologiques et éthiques, il a un rôle dans l'écoute, le conseil et l'orientation de la patiente dans son choix puis dans son suivi.

sur l'enfant à terme (souvent occulté par celui de la mère)

Faut il en parler ?

Faut il en faire prendre conscience les professionnels qui pratiquent la RE en l'intégrant dans le cursus de la formation continue?

Fort de ces connaissances, faut il instaurer une prise en charge psychologique des parents qui choisissent cet acte?

La FIV avec transfert multiple d'embryons pose la question du syndrome « du survivant conceptuel ». [1] La surproduction de zygotes du fait du faible taux de réussite de la FIV a pour corollaire une destruction de masse dont quelques enfants seulement survivent.

Quel sera le devenir de ces survivants ?

Cette notion de programmation, de distinction entre enfant désiré ou non sera-t-elle sans conséquences pour l'avenir ?

La réflexion et l'observation psychopathologique dans le domaine des PMA a un intérêt clinique pour ces enfants qui en sont issus. Leur développement psychologique peut être marqué par les circonstances de leur conception qui peut être vécue comme un drame

L'expression de sa particularité (commune à plusieurs enfants) est différente selon les individus (en fonction de la sensibilité, de sa constitution physique et psychique et de l'environnement psychoaffectif dans lequel il évoluera) mais prend deux formes principales :

- _ L'expression de la toute puissance
- _ La culpabilité

L'idéalisation parentale du triplé disparu atténue la culpabilité maternelle. En effet, en considérant cet enfant innocent (sans infirmité, sans malformation mais juste en trop), dont elle est responsable de la mort, comme un héros s'étant sacrifié pour les autres, l'étape de déculpabilisation est facilitée.

Mais, cette image du « c'était lui le meilleur » qui peuple l'imaginaire des parents, entraîne à terme des difficultés relationnelles avec les enfants survivants, en déplaçant la culpabilité sur eux. Les embryons survivants sont la problématique tridimensionnelle du « syndrome du survivant » et peuvent en venir plus tard, à penser que leur mort aurait été plus justifiée.

Claude Huriet parlera de la « nidification psychique de l'être conçu » : il y a bien un développement psychologique de l'être humain avant la naissance. Nous « sommes », dès la conception.

C] Discussion

Les positions par rapport à la RE ont toujours été très controversées et le seront toujours. Il ne peut y avoir de dichotomie pour contre et on aura toujours cette attitude de condamnation ou d'acceptation totale.

On sait que la RE améliore les résultats mais il ne faut pas faire de généralisation sur la sûreté de cette technique. La variation est grande d'un centre à l'autre en fonction des opérateurs [9] et il existe des risques sur la poursuite de la gestation.

Faut il alors accepter la RE en considérant en plus les critiques éthiques qui lui sont faites ?

Faut il assumer les responsabilités obstétricales d'une situation finalement pas complètement inattendue ?

Il est montré qu'il y a moins de RE dans le cas des GM spontanées. Celles-ci ne sont en effet pas précédées d'une information. Les couples stériles connaissent l'existence de la RE avant traitement. On peut donc s'interroger sur l'effet pervers de l'information.

Le cas de triplés ne trouve plus sa justification uniquement dans le médical. Les motifs sont sociaux, affectifs, financiers, éducatifs, psychologiques, en relation avec un projet parental et une qualité de vie familiale et conjugale.

Dans quel mesure incombe t'il au médecin de répondre à une demande sociale des patientes ?

N'est ce pas une dérive de la médecine ? Quel est le rôle du médecin ?

Devant l'importance des motivations sociales de la RE, n'y a t'il pas amalgame avec l'IVG ?

A qui revient la décision alors ?

Il faut à ce titre bien faire la différence entre IVG et RE :

_il y a un désir de grossesse initial : la demande est quantitative et non qualitative ;

_la GM n'est pas une pathologie

_la détresse de la femme est différente

Attention, il ne s'agit pas de faire de la RE une IVGS mais une IMG et la confusion est volontiers faite.

Il faudrait discuter au sein du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal des indications de RE.

Il est difficile d'avoir une opinion franchement tranchée. Le débat à venir n'est pas tant sur doit on faire une RE sur des grossesses triples voire plus mais sur la légitimité d'offrir la RE en routine. [12]

Mais il faut savoir qu'un médecin est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi. Il se doit par contre de l'aider et l'orienter vers une autre équipe médicale. [5]

Conclusion ;

La RE améliore certes les résultats. Mais de quels résultats parlons nous ? L'impact psychologique et la douleur morale que peuvent éprouver un couple face à cette décision sont ils des résultats pour autant moins importants que les objectifs purement médicaux ? Même pluridisciplinaire, encadrée et protocolisée, une interruption de grossesse reste un acte brutal. [2]

Une des issues serait donc bien d'effectuer un travail de prévention et d'anticipation en amont. Celui-ci passe par l'information, l'échange, les discussions et une meilleure gestion des PMA. Le médecin a donc une lourde responsabilité. Parce que la décision est multidisciplinaire (demande médicale, physique, mentale et sociale) il faut bien sur impliquer l'ensemble de l'équipe soignante.

C'est finalement ici beaucoup plus qu'un problème médical qui se pose : la pression sociale est indéniable et un gros travail de prévention dans ce domaine reste à faire.

Bibliographie :

Œuvres :

- 1- Bayle B. L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine
- 2- Mirelesse V. De l'interruption de Grossesse

Avis et codes :

- 3- CCNE. Avis n° 24 du 24 juin 91 sur la réduction embryonnaire et fœtale.
- 4- CCNE. Avis n°42 du 30 mars 1994 sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation.
- 5- Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale. Edition juillet 2001

Revues :

- 6- Flis Treves M. Que sont les autres devenus ? Réflexion sur la réduction embryonnaire et les grossesses multiples. Revue française de psychanalyse
- 7- Contraception, fertilité, sexualité, 1997-06, v.25, n°6, pp. 423-428, 41
- 8-Boulot P/ Oury J.F. Réductions des grossesses triples : pour ou contre ? Gynécologie obstétrique et fertilité, 2001-04, pp.324-328

Articles

- 9- Bush MC, Eddleman KA. Multifetal pregnancy reduction and selective termination. Clin Perinatol. 2003 Sep; 30 (3): 623-41
- 10- Britt DW, Risinger ST, Mans M, Evans MI. Anxiety among women who have undergone fertility therapy and who are considering multifetal pregnancy reduction: trends and implications. J Matern Fetal Neonatal Med. 2003 Apr; 13(4): 271-8.

11- Britt DW, Evans WJ, Mehta SS, Evans MI. Framing the decision: determinants of how women considering reduction as a pregnancy-management strategy frame their moral dilemma. *Fetal Diagn Ther.* 2004 Mar-Apr; 19 (3): 232-40

12- Evans Mi, Krivchenia EL, Gelber SE, Wapner RJ. Selective reduction. *Clin Perinatol.* 2003 Mar; 30(1): 103-11.

13-Wimalasundera R.C, Trew G, Fisk N.M. Reducing the incidence of twins and triplets. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.* Vol. 17, No 2, pp. 309_329, 2003

14- Reducing the risk of high-order multiple pregnancy after ovarian stimulation with gonadotrophins.

15- Brinsden PR. Controlling the high order multiple birth rate: the European perspective. *Reprod Biomed Online.* 2003 April-May,6(3):339-44

16- Should multifetal pregnancy reduction be used for prevention of preterm deliveries in triplet or higher order multiple pregnancies?

17- Kristensen S, Salihu HM, Alexander GR. Premature rupture of membranes and early mortality among triplets in the United States. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Jan 15;112(1):36-42.

18- Barr S, Poggi S, Keszler M. Triplet morbidity and mortality in a large case series. *JPerinatol.* 2003 Jul-Aug;23(5):368-71.

Mémoires

19- Boucaya V. Relation médecin couple dans la réduction embryonnaire.

20- Epelboin S. Les procréations éthiquement assistées sont elles concevables ?

21- J.C.Pons. Les complications des grossesses gémellaires.

Liste des abréviations :

FIV = fécondation in vitro

FC = fausse couche

FR = facteur de risque

GM = grossesse multiple

G.MZ = grossesse monozygote

G.DZ = grossesse dizygote

HTA = hypertension artérielle

IMG = interruption médicale de grossesse

IVG = interruption volontaire de grossesse

IVSG = interruption volontaire sélective de grossesse

MAP = menace d'accouchement prématuré

PMA = procréation médicalement assistée

RCIU = retard de croissance intra utérin

RE = réduction embryonnaire

SA = semaine d'aménorrhée

Résumé :

Avec l'augmentation de la stérilité et des grossesses tardives, les PMA sont aujourd'hui sur le devant de la scène. Or ces dernières sont les plus grandes pourvoyeuses de GM lesquelles ne sont ni sans risques médicaux, ni sans retentissement sur les familles.

La solution de RE émerge alors. Celle-ci présente d'évidents "avantages" médicaux, mais le geste est lourd de conséquences psychologiques et éthiques, pour le couple, le médecin et le ou les embryons survivants par la RE.

Entre rôle de neutralité et d'éclaireur, il est difficile pour le médecin de trouver sa juste place. La responsabilité médicale se trouve néanmoins plus qu'engagée. Information, consentement éclairé, formation médicale sont indispensables pour avancer sur ce terrain et lutter contre une banalisation de cet acte.

Le poids des motivations sociales dans ce domaine nous amènera également à nous interroger sur les limites que nous entendons donner à notre métier afin que celui-ci ne perde pas tout son sens.