

## Éditorial

# Doit-on diaboliser la FIV ?

## Should one demonise IVF?

*L'acharnement procréatif* est dans toutes les bouches. Les médecins en charge de l'assistance médicale à la procréation (AMP) seraient des irresponsables, touchés par *une soif de notoriété et d'antériorité* et indifférents au devenir des enfants qu'ils contribueraient à créer. Tels sont les propos retrouvés dans la bouche de notre ministre de la Santé dans l'édition du 22 janvier 2003 du journal *Le Monde*.

Plus récemment, le Comité national d'éthique publiait un avis sur l'ICSI. Ce texte d'une grande qualité critiquait à nouveau notre spécialité : « *Il serait hasardeux de faire de cette technique (l'ICSI) un danger excessif pour le futur et il n'est nullement dans les intentions du CCNE de réclamer quelque moratoire que ce soit à son propos. Mais c'est justement ce silence et cette relative indifférence à l'élargissement des indications, à la transmission de certaines anomalies qui font courir des risques imprévisibles et soulèvent des questions éthiques... Mais l'existence de quelques faits, la discrétion qui entoure cette activité, son élargissement invitent à un rappel de quelques repères forts. Il serait en effet désinvolte de reporter à l'avenir la mission d'établir un état critique de ces indications.* »

On ne peut rester sans réaction à de tels propos lorsqu'ils donnent de l'AMP une image négative. En effet, on peut regretter que nous n'ayons pas réussi à montrer que notre pratique est soumise à une constante évaluation. Il est clair que les enjeux de l'AMP sont importants : ils touchent à l'enfant, à la filiation et donc, de fait, à la société. Les dérives de nos pratiques, bien qu'elles soient souvent le fait d'équipes étrangères, suscitent un engouement médiatique qui nuit considérablement à la crédibilité de notre activité. Il n'existe pourtant pas de discipline médicale mieux évaluée que l'AMP. Nous rapportons aux instances administratives l'ensemble de nos activités par le biais de rapports obligatoires. Ces rapports comportent, outre une description détaillée des actes, des informations sur les enfants à la naissance, leurs éventuelles malformations etc. Un registre national (FIVNAT) collige l'ensemble des tentatives de FIV et pourrait permettre une analyse en profondeur de nos pratiques. Les pratiques sont encadrées par une loi qui définit les conditions d'exercice de cette médecine, les couples qui peuvent en bénéficier et même les locaux dans lesquels elle s'exerce ! L'information des couples est également une obligation légale même s'il est possible qu'elle ne soit faite de

manière aussi exhaustive que nécessaire. Il n'existe aucune autre spécialité médicale assujettie à un tel encadrement et une telle évaluation de ces pratiques.

En ce qui concerne les critiques vives qui se font jour sur l'ICSI, il est vrai que la micro-injection de spermatozoïdes (ICSI) a débuté sans recherche animale avancée, mais beaucoup de médecins s'en sont émus et de très nombreuses publications scientifiques rapportent le suivi de ces enfants. Il serait mensonger de laisser entendre comme l'a fait M. Matteï, que ces enfants vont « *payer les exigences de leurs parents* » comme si la plupart d'entre eux seraient atteints de maladie ou de handicaps. Le résultat des différentes études est controversé. Il y a autant d'études qui montrent une augmentation des malformations que d'études qui montrent le contraire. De plus, l'augmentation des malformations rapportées par les plus pessimistes se trouve à 5 ou 7,5 % au lieu de 2,5 % dans la population générale. Il est évident qu'une vigilance est indispensable, et l'on ne peut que regretter que rien n'ait été fait en France pour l'organiser. Cependant plus de 90 % des enfants sont « normaux » dans les études disponibles. La majorité des études rapportées retrouve de plus un développement psychomoteur comparable à celui des enfants conçus spontanément.

Concernant l'éventuelle stérilité dont serait atteinte la descendance masculine conçue par ICSI et qui justifierait l'arrêt de l'ICSI, les propos sont à mon sens scandaleux. Moins de 10 % des stérilités traitées par ICSI ont une cause génétique identifiée, et aucune étude ne permet d'affirmer que cette stérilité sera transmise aux garçons y compris dans ces causes génétiques. Mais quand bien même le serait-elle, la stérilité masculine serait-elle une tare qui ne donnerait pas le droit de naître ? Doit-on proposer un dépistage in utero de la stérilité masculine et proposer des avortements pour les fœtus atteints ? La médecine permet sans cesse d'améliorer les chances de procréation d'hommes et de femmes atteints de maladies génétiques sans que personne ne songe à leur interdire la reproduction. L'amélioration des chances de grossesses de femmes diabétiques entraîne de fait, la naissance d'enfants qui pourraient être de futurs diabétiques. Songe-t-on à l'interdire ? Va-t-on expliquer à un homme stérile qu'il n'a pas le droit d'avoir un enfant car cet enfant risquerait d'être comme lui ! L'ensemble des couples doit être informé (et le sont pour la plupart) des risques de trans-

mission de leur infertilité, certains (très peu) décident de ne pas s'engager dans ce chemin.

On peut cependant éviter un auto satisfecit à la française pour pointer tout de même quelques travers. La France a aujourd'hui accumulé un retard conséquent sur les autres pays européens en matière de résultats de FIV [1]. Par rapport à de nombreux pays européens et en particulier par rapport aux pays scandinaves, les taux de grossesse moyens sont inférieurs alors que le nombre moyen d'embryons transférés ainsi que le taux de grossesse multiple est supérieur. Beaucoup d'équipes françaises ont tout d'abord refusé (et refusent toujours !) de croire les résultats des meilleures équipes américaines qu'ils accusent de tricherie sans jamais avoir été vérifier sur place si des différences existent. Aujourd'hui que nombre de centres européens affichent des résultats se rapprochant des « tricheries » américaines, les critiques pleuvent à nouveau évitant une remise en question qui serait salutaire. FIVNAT ne publie qu'un rapport global et les résultats par centres restent secrets. Sous prétexte qu'il ne serait pas possible de comparer des centres aux pratiques différentes, on préfère le cache-misère de résultats globaux alors qu'il serait tellement simple de définir une population de référence ou des tranches d'âge. C'est ce que font les américains avec le rapport du CDC (*Center of Disease Control*) [2] dans un pays où les différences de résultats ont des conséquences immédiates du fait de l'approche très mercantile de l'AMP. En France, les patientes n'ont pas accès à ces résultats, ce qui constitue un scandale éthique absolu. Même la Commission de biologie ne joue pas son rôle et les rumeurs enflent sur le nombre de centres aux résultats catastrophiques mais qui ne sont ni évalués, ni menacés et qui continuent à offrir des résultats éthiquement contestables. Bien sur les moyens humains et matériels des centres d'AMP sont indécentes, en particulier dans le secteur public. Mais la politique de l'autruche ne sert à rien et est préjudiciable à nos patientes. Une méthode de publication des résultats des centres doit être trouvée rapidement. Il en va de la crédibilité de notre spécialité. Pour ma part j'en fait aujourd'hui une condition sine qua non à la remise des fiches FIVNAT. FIVNAT est un outil d'évaluation extraordinaire sous-utilisé par manque de temps et de moyens. Il faut en séparer le recueil et l'exploitation scientifique. Une équipe solide et nombreuse doit être chargée de constituer une base irréprochable et contrôlée. Il faut y associer des équipes de recherche pour l'exploitation de données. On ne peut que constater la baisse de l'influence de la recherche française en matière d'AMP qui est très loin dans la participation aux revues spécialisées si ces publications sont rapportées au nombre d'habitants, au PIB ou au nombre total de publications [3] alors que la France a joué un rôle de tout premier plan au début de l'épopée de la FIV.

La focalisation des critiques sur la FIV pointe le caractère très symbolique de ces techniques. De plus il faut rappeler qu'il existe un jugement moral critique de l'AMP. La FIV reste condamnée par le Vatican et certains se demandent si ces pratiques « contre nature » sont bien utiles. Cette

« condamnation » plus ou moins consciente de ces méthodes participe à la diabolisation de ces pratiques qui si elles ne sont pas du côté de Dieu sont peut-être du côté du Diable. Pourquoi dépenser tant d'argent alors que « *tant d'enfants sont abandonnés* » entend-on souvent de la bouche des détracteurs de l'AMP. « *Vouloir à tout prix procréer, quelles que soient les anomalies chromosomiques ou génétiques dont on est porteur, engage l'avenir des enfants et donc privilégie à l'excès le désir d'une filiation biologique par rapport au droit d'un enfant à naître dans des conditions qui lui donnent toutes ses chances* » rapporte l'avis du CNE. Qui peut juger de l'excès du désir de filiation biologique d'un couple ? Et c'est là qu'est, je pense, le cœur du débat sur les techniques d'AMP. Il faut bien sûr regretter que certaines femmes puissent faire des dizaines de tentatives de FIV en dissimulant leur prise en charge antérieure ou en « bénéficiant » du manque de sérieux de certains d'entre nous. Il y a là, il est vrai, un véritable acharnement condamnable. Établir la limite au-delà de laquelle les incertitudes l'emportent sur les avantages est cependant extrêmement délicat. Il est clair que le plus grand ennemi de la médecine est la triade dramatique du « *Power, Money, Glory* » (Pouvoir, argent, gloire). Force est de constater que des techniques nouvelles d'AMP semblent faire l'impasse sur le devenir des enfants. L'utilisation des spermatozoïdes, le transfert de cytoplasme ou de noyau ou le clonage appliqués à des couples en mal d'enfant sont un crime alors que des études rapportent des anomalies chez les animaux ou même dans les quelques cas réalisés chez l'homme. On peut alors légitimement diaboliser la FIV si ces techniques sont réalisées au mépris de la santé de l'enfant à naître. Elle ne font qu'exaucer le désir de toute-puissance du Médecin incapable de dire à un couple : « *désolé mais je ne peux rien pour vous* », constat d'impuissance qui semble impossible à assumer pour certains. Comme le rapporte le CNE : « *Dans la découverte et la mise en œuvre des différentes techniques d'AMP, l'espérance des couples est renforcée par une offre médicale croissante qui privilégie l'efficacité de la technique, et relègue au second rang les incertitudes et les risques qu'elle fait courir.* »

L'AMP n'est donc pas sans défaut, le principal aujourd'hui est le nombre inacceptable de grossesses multiples. Mais là encore, le sujet est débattu à longueur de congrès et des progrès nets ont été faits (même s'ils restent insuffisants) dans le nombre d'embryons transférés. De meilleures pratiques médicales dans ce domaine mériteraient peut-être d'être imposées. Mais une bonne partie de ces grossesses multiples (près de la moitié) proviennent des traitements hors fécondation in vitro et ces pratiques ne sont absolument pas évaluées.

Un couple sur sept consulte pour infertilité. La stérilité est un problème de santé négligé par les pouvoirs publics successifs. Les médecins s'adressent à des couples en souffrance qui demandent une prise en charge médicale éthique mais surtout humaine et psychologique. C'est ce que nous essayons de faire avec des succès certains que confirme le million d'enfants nés par FIV dans le monde. L'AMP reste

victime des dérives de savants fous plus intéressés par l'argent et la gloire que par le sort des couples et des enfants à naître. Les médias se font malheureusement trop souvent l'écho de ces pratiques marginales. La plupart des médecins et biologistes français de l'AMP font de leur mieux, parfaitement soucieux des risques pour les couples et pour les enfants et tentent sans cesse de diminuer les complications et d'augmenter les chances de succès. Nous pourrions sûrement faire mieux, mais je n'ai pas rencontré beaucoup de mes collègues très rouges et portant cornes, trident et longue queue...

## Références

- [1] Nygren KG, Andersen AN. Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2002 Dec;17(12):3260–74.
- [2] Kremer JA, Braat DD, Evers JL. Geographical distribution of publications in Human Reproduction and Fertility and Sterility in the 1990s. Hum Reprod 2000 Aug;15(8):1653–6.
- [3] <http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/ART99/index99.htm>.

F. Olivennes \*

*Responsable de l'unité de Médecine de la reproduction,  
hôpital Cochin, 123, boulevard de Port-Royal,  
75014 Paris, France*

*Adresse e-mail : francois.olivennes@cch.ap-hop-paris.fr*

\* Auteur correspondant.