

PMA, AMP et périnatalité : apprendre à nous connaître

ART and Perinatal Care: Getting to Know Each Other

L. Roegiers

© Lavoisier SAS 2022

La procréation médicalement assistée (PMA) fait-elle partie de la médecine périnatale ? Le seul fait de se poser la question indique que la réponse n'est pas (encore ?) gravée dans le marbre. Pourquoi cette mise à l'écart des PMA ? Peut-être parce que l'infertilité est généralement mal reconnue dans la société. Le désir de parentalité non finalisable est une souffrance avant tout morale et donc discrète, souvent culpabilisée, parfois honteuse. Comme le met en lumière Neyrand dans son article, l'évolution culturelle a diffracté les modèles familiaux [1] et peut-être a-t-on tendance à réduire la PMA à la promotion des multiples épanouissements personnels que notre société occidentale de luxe aurait générés, en semant sur son passage un certain désordre dans la filiation avec de nouveaux repères qui incommode certains. Dans les options extrêmes comme en gestation pour autrui, Autin aborde la problématique des bases de notre droit de la famille qui se trouvent sollicitées [2]. Par ailleurs, l'infertilité ne vient pas toujours d'une pathologie, et même si c'est le cas ce n'est pas vraiment une maladie mortelle. Cependant, Paquet et al. rappellent que la PMA permet de sauvegarder la fertilité dans les indications de chimio- ou de radiothérapie, depuis l'enfance [3]. Mais ce type d'interventions aux allures particulièrement « légitimes » ne concerne qu'une minorité des demandeurs, et l'on ne considère de façon générale pas le traitement de l'infertilité comme une cible sanitaire prioritaire en périnatalité. On estime plus noble de travailler à la diminution de la morbidité maternelle et infantile qu'à une PMA génératrice de situations nouvelles parfois de grandes vulnérabilités comme le présente l'article d'Amirgholami et Delbaere [4]. Et puis, même si la médecine est faite d'artifices, on renonce difficilement à l'image d'Épinal d'un bébé conçu « sous la couette ». La PMA, c'est si froid, si intrusif... et parfois, c'est presque industriel : commercial et déshumanisé. D'ailleurs, la PMA est nommée en anglais ART, *assisted reproductive technology*. La filiation — sémantique — en est donc claire : il s'agit de « tech-

noscience ». Ce néologisme fut introduit en 1977 (un an avant la naissance de ce qu'on appelait alors le premier « bébé éprouvette ») par un Belge, Gilbert Hottois. La Belgique est un des creusets de la bioéthique, car au carrefour d'influences polymorphes, elle se présente comme un champ euristique significatif. La PMA s'y est développée précocement et plusieurs grandes « premières » s'y sont déroulées comme l'ICSI ou la greffe de tissus ovariens. Ce n'est donc pas un hasard si ce dossier PMA a des couleurs très belges. Mais ce n'est pas qu'un motif de fierté. L'enthousiasme des victoires technologiques comporte sa part de dysphorie : la dynamique de concevoir en labo soulève une sourde inquiétude. Qui régule ces pratiques surtout lorsqu'elles ont tendance à s'isoler ? Et que dire de leur justification a posteriori traduisant une fuite en avant utilitariste : « Si ça fonctionne, alors c'est bon », même si on ne comprend pas tout du fonctionnement. La tradition de la médecine expérimentale introduite par Claude Bernard est mise en question. À présent, la thérapeutique ne dérive plus forcément de la connaissance du pathologique et en amont de la physiologie. En connaissant très imparfaitement le processus naturel de la fécondation et celui de l'implantation de l'embryon, on arrive à rendre fertiles des personnes qui ne le seraient pas sans cette technique « de contournement ». Les expérimentations animales ont fait défaut dans la genèse des PMA, en particulier sur les primates. Et, à l'instar de Bouazzaoui et al., on en est encore aujourd'hui à se demander si les enfants issus de la FIV se portent aussi bien que les autres [5].

Les professionnels des PMA trouvent injustes les critiques et parfois l'isolement dont on les accuse. Ils s'estiment mal connus, mal reconnus au même titre que leurs usagers. Roegiers relaie les aspirations d'ouverture des professionnels de la PMA à l'interdisciplinarité qui rejoignent les préoccupations des usagers [6]. Ceux-ci font d'ailleurs entendre de plus en plus leurs voix et leurs attentes (voir le site du BAMP ! <https://bamp.fr/>).

Comment sortir de l'isolement les PMA et les réintégrer à la médecine périnatale qu'elles n'auraient jamais dû quitter puisqu'il s'agit en somme de la préface préconceptionnelle du livre de la famille ? Dans son article Riethof met en lumière l'abord des couples dans les limbes de leur

L. Roegiers (✉)

Psychopérinatalité, Cliniques universitaires Saint-Luc,
avenue Hippocrate, 10, B-1200 Bruxelles, Belgique
e-mail : luc.roegiers@uclouvain.be

parentalité face à leurs projections déposées sur leurs embryons encore in vitro [7].

Comment sortir des marginalisations, des frustrations, des inquiétudes, des projections ? Comment se rapprocher pour travailler mieux ensemble à la prévention dans les situations vulnérables ? Eh bien comme d'habitude, en tentant de nous connaître un peu mieux ; en approchant ce monde certes très technique des PMA mais paradoxalement pétri d'émotions, replié sur lui peut-être, et pourtant riche de possibles anticipations. Celles-ci nécessitent une connexion entre les professionnels de ce parcours parfois long et dur, une ouverture aux ressources préventives psychologiques et un vrai dialogue avec les équipes obstétricales et pédiatriques d'aval comme le rapporte le recueil de témoignages de Molénat et al. [8].

Ce dossier est une petite contribution au désenclavement des PMA vers une ouverture interdisciplinaire.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Neyrand G (2022) Évolution de la parentalité et rapport à l'enfant — Enjeux théoriques et débats sociaux. *Périnatalité* 14:95-103
2. Autin C (2022) Devenir parents par une gestation pour autrui altruiste : expérience multidisciplinaire du CHU Saint-Pierre de Bruxelles. *Périnatalité* 14:73-6
3. Paquet I, Kanbar M, Wyns C (2022) Considérations cliniques pour la préservation de la fertilité chez la jeune fille et le jeune garçon. *Périnatalité* 14:87-94
4. Amirgholami S, Delbaere A (2022) De l'implantation embryonnaire au devenir obstétrical et néonatal, les coulisses de l'après FIV. *Périnatalité* 14:51-8
5. Bouazzaoui A, Launay E, Lokchine A, et al (2022) Aide médicale à la procréation, malformations congénitales et santé postnatale. *Périnatalité* 14:77-85
6. Roegiers L (2022) PMA, de l'enclavement à la responsabilité interdisciplinaire. *Périnatalité* 14:67-71
7. Riethof S (2022) Choisir sans renoncer. Les décisions des couples en parcours de fécondation in vitro concernant l'usage de leurs embryons. *Périnatalité* 14 :59-66
8. Molénat F, Raguene-Vandebroucke L, Tutunovic C, Grolier C (2022) Comme un chemin sans fin... Témoignage à plusieurs voix. *Périnatalité* 14:104-7