

CHAPITRE 7

Item 38 – UE 2 – Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques

- I. Pour comprendre
- II. Bilan préthérapeutique
- III. Définition et technique d'insémination artificielle
- IV. Définition et techniques de fécondation in vitro avec transfert embryonnaire
- V. Place de l'AMP en oncofertilité

Objectif pédagogique

- Argumenter la démarche médicale et expliquer les principes de l'assistance médicale à la procréation.

I. Pour comprendre

A. Définition

Les procédés d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont « l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryon et l'insémination artificielle » (article 31 de la loi de bioéthique du 07/07/2011).

Ces techniques ont pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. Plus récemment, l'indication des techniques d'AMP s'est étendue au domaine de l'oncofertilité, avec pour objectif la préservation de la fertilité avant utilisation de traitements stérilisants.

Les techniques d'assistance médicale à la procréation incluent :

- les inséminations artificielles (IAC avec sperme du conjoint, ou IAD avec sperme de donneur(s));
- la fécondation in vitro (FIV) simple ou assistée (ICSI : *intra-cytoplasmic spermatozoa injection*, IMSI : ICSI avec spermatozoïde morphologiquement sélectionné) et le transfert d'embryon(s).

Dans la pratique quotidienne, la prise en charge thérapeutique des couples peut être initialement une induction simple de l'ovulation avec des rapports sexuels « programmés ».

Ces techniques nécessitent au préalable la réalisation d'un bilan complet dans le but d'optimiser la prise en charge par des choix éclairés. Elles sont, en France, encadrées par les lois de bioéthique du 29 juillet 1994 révisées le 6 août 2004 puis le 7 juillet 2011, et le Guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation (GBP-AMP) (arrêté du 12 janvier 1999).

B. Conditions d'accès

1. Favorables

Ont accès aux techniques d'AMP les couples hétérosexuels :

- vivants ;
- en âge de procréer ;
- après consentement préalable aux différentes techniques.

2. Défavorables

Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons :

- le décès d'un des membres du couple ;
- le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie ;
- ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation.

II. Bilan préthérapeutique

A. Bilan médical

Un examen clinique complet des deux membres du couple est requis. Pour chacun, il est nécessaire de vérifier le statut sérologique : sérologie VIH 1 et 2, avec accord du patient ; sérologies hépatite B et C, syphilis.

À noter qu'en cas de risque viral chez l'un des deux partenaires, la prise en charge en AMP sera pluridisciplinaire et effectuée en centre spécialisé.

Les bilans spermatiques doivent dater de moins de 3 mois et les sérologies de moins de 6 mois pour une première prise en charge. Dans le cadre d'une technique de FIV, un prélèvement vaginal récent (< 6 mois) à la recherche de germes banaux, *Chlamydiae*, mycoplasmes chez la femme, et une spermoculture récente (< 6 mois) chez le conjoint sont également demandés.

B. Bilan psycho-social

Une consultation auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue doit éliminer toute contre-indication d'ordre psycho-social au don, notamment dans le cadre d'un recours au sperme de donneur.

Les couples infertiles présentent souvent un profil psychologique particulier, sous-tendu par le vécu de l'infertilité et des échecs antérieurs. En outre, les techniques d'AMP impliquent un investissement important en termes de temps, de disponibilité et de compliance et sont le plus souvent intrusives et invasives. Si le couple semble ne pas pouvoir assumer cet investissement ou un éventuel échec des techniques ou encore semble en péril, l'AMP peut ne pas être proposée en première intention.