

Fiche 6 – L'AMP : les fausses idées, les vraies réponses ¹⁴

Les activités d'assistance médicale à la procréation ont connu un essor rapide dû au progrès des connaissances et des techniques d'une part, et à la demande de la société d'autre part. Face à ce développement, un ajustement constant des connaissances est nécessaire notamment pour lutter contre les idées reçues.

AMP : qui est concerné et comment ?

Après 40 ans, il est difficile d'être enceinte, mais, avec les techniques d'AMP, il n'y a plus de problème.

Faux.

Certes, l'AMP est possible après 40 ans, et les statistiques montrent même que les femmes de 40 ans et plus représentent une proportion croissante des patientes bénéficiant d'une FIV ou d'une ICSI. Mais il faut savoir que les chances de succès (naissance) sont considérablement diminuées. Le taux moyen d'accouchement est de 10 % par tentative à 40 ans¹⁵.

Les techniques d'AMP s'adressent uniquement aux couples pour lesquels il existe une infertilité féminine.

Faux.

Les techniques d'AMP sont également indiquées en cas d'infertilité masculine, d'infertilité inexpliquée ou en cas de risque de transmission d'une maladie grave à l'enfant ou l'un des membres du couple. Avec la mise en place de l'ICSI, il est même devenu possible de traiter les infertilités masculines. En 2007, 61% des tentatives de FIV pratiquées en France ont été réalisées en ICSI.

Lorsque l'infertilité reste inexpliquée, on ne peut pas recourir à l'AMP.

Faux.

Les infertilités qui restent inexpliquées peuvent être traitées par insémination artificielle. Dans certains cas d'infertilité inexpliquée, la FIV peut jouer un rôle diagnostique en plus de son rôle thérapeutique. Il arrive en effet que l'on découvre au cours de la procédure des anomalies passées jusque-là inaperçues (comme, par exemple, des spermatozoïdes non féconds malgré un spermogramme apparemment normal, ou des ovules anormaux). Les indications sont posées en fonction de l'ensemble des informations du dossier médical du couple.

Il faut toujours faire d'abord une insémination artificielle, puis une FIV, puis une ICSI.

Faux.

L'insémination artificielle n'est pas systématiquement proposée avant une FIV. Le recours aux différentes techniques d'AMP dépend d'un ensemble d'éléments dont on doit tenir compte. On peut proposer l'insémination dans certains cas d'infertilité inexpliquée, d'insuffisance spermatique peu

¹⁴ Source : "Fausses idées vraies sur l'assistance médicale à la procréation" réalisée par la Lettre du Gynécologue et coordonnée par le Dr J. Belaisch-Allart, Chef du service de gynécologie obstétrique et reproduction humaine, Centre Hospitalier des Quatre Villes de Sèvres. Mars 2006.

¹⁵ FIVNAT 2006.

sévère ou de problème de glaire au niveau du col de l'utérus. Dans d'autres types d'infertilité, la FIV, voire l'ICSI, est le premier traitement proposé, par exemple quand il existe une anomalie des trompes (pour lesquelles l'insémination artificielle est sans espoir puisqu'elle ne permet pas de court-circuiter les trompes) ou une insuffisance spermatique sévères, qui relève alors d'emblée de l'ICSI.

AMP : de la première consultation à la réalisation

En France, l'AMP n'est autorisée que chez les couples mariés.

Faux. La loi française prévoit également la possibilité d'une AMP chez les couples non mariés, à condition qu'ils fournissent une preuve de vie commune d'au moins deux ans. Elle précise en outre que le couple comprend un homme et une femme et que ses deux membres doivent être vivants et en âge de procréer au moment de la mise en œuvre du traitement proposé.

L'AMP est proposée à des couples fertiles, pour preuve le nombre de grossesses naturelles chez les femmes ayant eu une naissance suite à une AMP auparavant.

Faux. L'AMP est proposée à des couples en hypofertilité qui n'arrivent pas à concevoir d'enfants de façon naturelle malgré des rapports fréquents et réguliers. L'hypofertilité ne signifie pas pour autant qu'une grossesse spontanée ne peut pas survenir.

Il faut respecter un délai de 6 mois entre deux tentatives d'AMP.

Faux. Les inséminations artificielles peuvent être théoriquement réalisées à chaque cycle. La FIV classique et l'ICSI, plus contraignantes en termes de traitement hormonal, sont habituellement proposées de façon plus espacée. Il est habituel de laisser passer au moins deux ou trois mois entre deux tentatives, ce qui revient à faire au maximum deux ou trois essais par an. S'il reste des embryons congelés à l'issue de la tentative, ils peuvent être repris très rapidement, voire dès le cycle suivant. Les délais entre les tentatives d'AMP dépendent également des données médicales concernant chaque couple et des conditions d'organisation des centres.

La loi limite le nombre de tentatives d'AMP.

Faux. Il existe un nombre limité d'essais remboursés par la Sécurité sociale (Journal Officiel du 30 mars 2005). Ce nombre est de six pour les inséminations artificielles et de quatre pour les FIV et les ICSI pour l'obtention d'une naissance, à condition que la femme soit âgée de moins de 43 ans.

AMP : Quels sont les résultats ?

L'ICSI, c'est mieux que la FIV classique.

Faux. Les résultats de l'ICSI sont légèrement supérieurs à ceux de la FIV classique, mais ce n'est pas dû à la technique. Cela est lié au fait que l'ICSI concerne une population différente, dans laquelle les femmes sont en moyenne plus jeunes et n'ont, dans la plupart des cas, aucun problème personnel de fertilité. L'ICSI concerne en effet en priorité des couples dans lesquels il existe un problème d'infertilité masculine.

En FIV, toute grossesse qui débute se termine par un accouchement.

Faux. Comme dans la nature, toutes les grossesses n'aboutissent pas forcément à un accouchement. Le taux de fausses couches moyen est de 17 % mais il augmente avec l'âge. Il est de l'ordre de 30 % des grossesses débutantes à 40 ans. En 2007, 80% des grossesses de FIV ont abouti à un accouchement.

AMP : et après ? Doit-on être plus surveillé après une AMP ?

La majorité des FIV aboutissent à des naissances multiples.

Faux. Seules 15 % des grossesses réalisées par FIV sont des grossesses gémellaires. On constate d'ailleurs en 2007 une légère diminution du pourcentage d'accouchements multiples et du nombre de transferts réalisés en FIV avec plus de deux embryons. Dans des indications ciblées, les bonnes pratiques de stimulation ovarienne et une politique de transfert embryonnaire en FIV plus adaptée devrait permettre de diminuer davantage les taux de grossesses multiples sans pour autant diminuer les chances de grossesses des couples.

L'ICSI est une méthode plus dangereuse que les autres pour l'enfant à naître.

Faux. L'ICSI n'est pas une méthode d'AMP plus dangereuse que les autres. Les craintes portent sur le fait qu'elle s'adresse principalement à des couples dont l'homme est infertile et peut, en raison de son infertilité, être porteur d'anomalies chromosomiques transmissibles (il peut en particulier transmettre à son garçon l'anomalie responsable de sa stérilité). Il existe par conséquent, lors des procédures d'ICSI, un risque très légèrement accru d'anomalies chez les enfants à naître. En pratique, la plupart des situations problématiques sont anticipées par les tests préalables, ces tests permettant, si besoin, de programmer une surveillance du fœtus. On constate globalement que le taux des enfants en bonne santé nés suite à une FIV avec ICSI est comparable à celui des enfants conçus naturellement.

La stimulation ovarienne peut conduire à une ménopause précoce.

Faux.

Les petites filles naissent avec un stock de 400 000 ovules. Un seul ovule est émis à chaque cycle et, si l'on considère qu'une femme est normalement réglée pendant 40 ans, ce sont à peine 500 ovules qui seront utilisés. La stimulation ovarienne, lorsqu'elle est répétée, par exemple, trois ou quatre fois, ne fait qu'aboutir à la production de 20 ou 25 ovules supplémentaires, ce qui est quantité négligeable par rapport aux réserves initiales. Quand la femme aborde la quarantaine au moment de la FIV, la question peut éventuellement se poser, mais, à l'heure actuelle, aucune étude scientifique ne permet de conclure à un risque particulier.

Après stimulation ovarienne, il y a un risque de cancer des ovaires.

Faux.

Ce risque a été beaucoup étudié depuis les débuts de l'utilisation de la stimulation ovarienne, notamment à la suite d'une étude américaine, parue en 1992, qui a semé le doute. Les données actuelles sont rassurantes puisqu'il en ressort qu'il n'y a pas plus de cancers des ovaires chez les femmes stimulées que chez les autres. C'est l'infertilité en elle-même qui serait cause d'une très légère augmentation des cancers de l'ovaire. Les inducteurs de l'ovulation ont un rôle protecteur s'ils permettent d'obtenir une grossesse.