

Faculté de médecine
Département de médecine
Module II : Droit médical (Année universitaire : 2019-2020 ; Troisième rotation, Avril 2020)
Pr. ZERAÏRIA Yacine, maître de conférences en médecine légale, droit médical et éthique.
Courriel : zerairia.yacine@gmail.com

Intitulé du cours : L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

Objectifs :

A la fin du cours, l'étudiant doit être capable de :

- 1- Définir l'AMP.
- 2- Enumérer les méthodes utilisées.
- 3- Reconnaître les principes déontologiques et juridiques de réalisation de l'AMP

Plan du cours :

- I-** Définitions.
- II-** Contexte.
- III-** Inconvénients de l'AMP
 - III-1- Inconvénients physiques.
 - III-2- Difficultés psychologiques.
 - III-3- Inconvénients amoureux.
 - III-4- Inconvénients sociaux.
 - III-5- Inconvénients sur le fœtus.
- IV-** Méthodes utilisées :
 - IV-1- Méthodes communément admises.
 - IV-2- Méthodes non admises :
- V-** Principes déontologiques de réalisation
- VI-** Conclusion.
- VII-** Références bibliographiques.

I- Définition

L'AMP consiste en des pratiques cliniques, biologiques et thérapeutiques permettant la stimulation de l'ovulation, la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle. Elle est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple (article 370 de la loi relative à la santé (LRS)).

Elle a pour objet de remédier à l'infertilité pathologique médicalement constatée (pour établir un diagnostic de stérilité il faut environ 2 ans.), ou d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité.

II- Contexte :

- Entre 10 et 15% des couples algériens, légalement mariés, souffrent du problème de la stérilité. Le ministère de la santé quantifie ce taux à 300 000 couples stériles en 2010. Au-delà de ces statistiques, la stérilité est vécue comme un véritable drame pour les époux qui ne parviennent pas à concevoir un enfant de manière naturelle.

- La science a, en effet, ouvert une grande porte aux couples stériles, en leur donnant les moyens d'exaucer le désir de devenir parents. En Algérie, l'AMP est circonscrite au secteur privé. L'activité peine, en effet, à démarrer dans le secteur public, en dépit de la volonté des autorités sanitaires à faire aboutir trois centres d'AMP à Alger (hôpital Parnet), Constantine et Oran. Probablement pour cette raison, l'opération demeure relativement coûteuse. À quelques différences près, la dizaine de cliniques investies dans l'AMP pratiquent une insémination artificielle pour 20 000 DA, la fécondation in vitro à 80 000 DA et une micro-injection à 100 000 DA. Si l'acte lui-même n'est pas remboursable, la CNAS prend en charge le traitement y afférent.

- Un taux de réussite de 20 %, correspondant environ à la moyenne observée en France, signifie qu'une femme a 20 % de probabilité de tomber enceinte après une FIV classique.

III- Inconvénients de l'AMP

1- Inconvénients physiques : une augmentation du risque de cancer de l'ovaire due aux stimulations n'est pas établie mais ne peut pas être écarté.

2- Difficultés psychologiques: un traitement influant sur les hormones, caractère nerveux, attente, espoir, déception en cas d'échec, le désir d'enfant devient un besoin d'enfant.

3- Inconvénients amoureux : le couple est fortement ballotté : rapport sexuels exigés à certains moments inopportuns, ou interdits aux meilleurs moments.

4- Inconvénients sociaux : retard fréquents au travail, sans compter les inconvénients au travail des effets des traitements.

5- Inconvénients sur le fœtus : le risque de malformations congénitales est légèrement majoré.

IV-Méthodes utilisées :

1- Méthodes communément admises :

C'est l'insémination avec le conjoint au sein du couple (FIV).

Article 371 de la LRS : « Il ne doit être recouru qu'aux spermatozoïdes de l'époux et à l'ovule de l'épouse à l'exclusion de toute autre personne. »

La technique habituelle doit être pratiquée dans un centre agréé respectant les règles déontologiques (article 372 de la LRS). Les établissements pratiquant l'AMP sont soumis au contrôle des services de santé compétents, et sont tenus de transmettre à l'autorité sanitaire concernée un rapport annuel de leurs activités. (article 373 de la LRS)

2- Méthodes non admises :

- Insémination avec donneur : don d'ovocytes et don de spermes.
- Les mères porteuses : la création de banques d'embryons risque d'entraîner une dérive vers le choix du sexe, le clonage, l'eugénisme, etc.

Article 375 de la LRS : « Sont interdites toute reproduction d'organismes vivants génétiquement identiques, concernant l'être humain et toute sélection du sexe. »

V- Principes déontologiques de réalisation

Les recommandations déontologiques et éthiques concernant la PMA s'appuient sur les principes suivants :

- **Venir en aide au couple :** la demande doit être faite par un couple hétérosexuel, stable, marié, vivant (le législateur a estimé que cette pratique ne respectait pas l'enfant), en âge de procréer (éviter les grossesses chez des femmes de plus de 60 ans; Ces grossesses présentent des risques élevés.) consentent préalablement (alinéa 1 de l'article 371 de la LRS).

L'alinéa 2 de l'art. 371 stipule que « L'époux et l'épouse présentent, de leur vivant, cette demande d'AMP par écrit qui doit être confirmée par eux à l'issue d'un (1) mois, à compter de la date de sa réception par la structure ou l'établissement concerné. »

- **Respecter l'embryon dès la conception :** la conception d'un embryon à des fins d'étude, de recherche, de don, de vente, d'expérimentation et à des fins commerciales ou industrielle et toutes autres formes de transaction est strictement interdite.

Respect de la filiation : L'AMP au sein du couple marié aboutit à des enfants dont l'identité génétique est celle de ses deux parents.

Article 374. de la LRS : « Sont interdits, la manipulation dans un but de recherche scientifique, le don, la vente, et toutes autres formes de transaction :

- de spermatozoïdes ;
- d'ovocytes, même entre coépouses ;
- d'embryons surnuméraires ou non à une mère porteuse ou une autre femme, soeur ou mère ou fille ;
- de cytoplasme. »

- **Penser à l'enfant qui va naître** : comme le stipule l'article 373 de la LRS, des dispositions spécifiques à l'égard des couples à risque viral doivent être prise en compte : L'accès des couples à l'AMP est conditionné par le statut immunovirologique du (ou des) partenaire(s) infecté(s), qui doit être évalué avec le médecin référent pour le VIH.

Pour l'homme comme pour la femme, la prise en charge est déconseillée en situation d'échec thérapeutique ou en cas d'infection à VIH évoluée non traitée de façon optimale (CD4 > 200/mm³ à deux reprises pendant quatre mois ; ARN-VIH plasmatique stable sans augmentation > 0,5 log pendant quatre mois) :

- **Cas des couples séro-différents dont l'homme est séropositif pour le VIH-1 et la femme séronégative** : Critères biologiques:

- charge virale séminale < 10 000 copies/ml avant traitement du sperme
- absence de détection virale (ARN-VIH et ADN proviral) après traitement du sperme
- suivi trimestriel de l'homme (après réalisation de PMA)
- femme séronégative pour VIH dans les deux mois précédant la demande et à l'inclusion
- pour la femme : suivi sérologique à deux semaines, trois et six mois de grossesse et à l'accouchement
- pas de suivi spécialisé de l'enfant si la mère est séronégative à l'accouchement.

- **Cas des couples séro-différents dont la femme est séropositive pour le VIH-1 et l'homme séronégatif**

Le liquide folliculaire ou le liquide ovocytaire sera traité dans les mêmes conditions ; les dispositions de suivi de couples sont identiques du précédant cas ; par contre le risque de contamination de l'enfant à naître et les conséquences éventuelles des thérapeutiques spécifiques pendant la grossesse doivent être prise en compte lors de la demande de la PMA.

VI-Conclusion :

Malgré les contraintes qu'elle impose, la possibilité d'accéder à l'AMP pour les couples concernés par l'infertilité et le VIH représente un progrès considérable.

Les médecins doivent observer les recommandations déontologiques et éthiques concernant la PMA, et informer et orienter leurs patients intéressés par cette prise en charge.

VII- Référence bibliographique :

Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. JORADP n°46 du 29 Juillet 2018.