

# Avis sur les réductions embryonnaires et foetales.

N° 24 - 24 juin 1991

---

Sommaire

## Avis

### Considérations scientifiques

#### La réduction embryonnaire précoce

1. Causes de l'apparition d'une telle technique
2. Les indications de la réduction embryonnaire
3. Le nombre de réductions

#### La réduction foetale (au-delà de six mois)

1. Les indications de cette technique
2. La conduite actuelle
3. Le nombre de réductions

### Considérations juridiques, déontologiques, éthiques

---

## Avis

Les réductions embryonnaires ou foetales consistent à éliminer, en cas de grossesses multiples, un ou plusieurs embryons ou fœtus sans interrompre le processus de développement des autres. Elles ont donc pour effet la suppression d'une personne humaine potentielle et peuvent entraîner pour la femme et la famille de lourdes conséquences morales et psychologiques. Elles ne sauraient être entreprises, à défaut de toute autre possibilité, sans motif d'une exceptionnelle gravité.

Ces considérations conduisent le Comité consultatif national d'éthique à formuler l'avis suivant :

1) Il est hautement souhaitable que les cas de recours nécessaires à la réduction embryonnaire ou foetale se raréfient. Aussi, dans un souci de prévention, les recherches en vue d'une meilleure compréhension et d'un meilleur contrôle de l'ovulation et des transferts d'embryons doivent-elles être attentivement poursuivies.

C'est ainsi que, sauf exception justifiée par des arguments solides et strictement médicaux et en l'état des connaissances, le nombre des embryons transférés ne devrait pas dépasser trois.

2) Les traitements qui sont de nature à entraîner des grossesses multiples et, par suite, conduisent à envisager des réductions embryonnaires ou foetales, tels que stimulations ovariennes, transferts d'embryons, ne doivent pas être engagés sans une information complète destinée à provoquer chez les patientes auxquelles il appartient de prendre une décision, avec le concours de l'équipe médicale, une réflexion approfondie sur leurs suites possibles.

3) Les médecins qui utilisent ces techniques doivent être parfaitement formés, prendre pleine conscience de leurs prolongements éventuels tant pour le couple que pour les enfants à naître et tenter d'éviter que les grossesses multiples provoquées par un geste médical ne soient plus nombreuses que dans la nature. La possibilité d'opérer une réduction embryonnaire ou foetale ne saurait excuser ou légitimer un manque de prudence dans la mise en oeuvre de ces techniques.

4) L'application éventuelle de la loi du 17 janvier 1975 sur l'interruption de grossesse, à la réduction embryonnaire ou foetale, pose un problème juridique non encore résolu.

Néanmoins, le Comité estime que la réduction embryonnaire ne devrait pas trouver sa justification hors du cas de détresse ou de nécessité thérapeutique. Quant à la réduction foetale, son indication ne saurait être que strictement thérapeutique.

5) Une disposition législative devrait être élaborée pour encadrer ces réductions comportant notamment deux conditions :

- L'acceptation ou le refus écrit de la patiente concernant une réduction embryonnaire,
- Une déclaration obligatoire
- anonyme pour les patientes,
- nominative pour les praticiens.

## Considérations scientifiques

- Les réductions embryonnaires ou foetales sont des arrêts volontaires du développement d'un embryon, ou d'un fœtus, ou de plusieurs, lors de grossesses multiples.

- Elles se font généralement autour de 2 à 3 mois de grossesse. Elles peuvent, exceptionnellement, être pratiquées plus tardivement.

- Les réductions, réalisées sous échographie, sont pratiquées, soit par aspiration si la grossesse est de moins de 2 mois, soit par injection d'un produit hyper-tonique dans l'embryon ou le fœtus. Cette dernière technique est la plus employée, même en cas de grossesse débutante, car elle entraîne peu de risques d'avortement spontané des embryons restants. Actuellement, dans les grossesses débutantes, les embryons dont on stoppe le développement sont les embryons les plus accessibles : il n'y a pas de choix délibéré. Il en va différemment dans les réductions foetales.

Aussi, il paraît utile de traiter d'une part, de la réduction embryonnaire précoce, et d'autre part, de la réduction foetale.

## La réduction embryonnaire précoce

### 1 - Causes de l'apparition d'une telle technique

Grâce à l'échographie, les grossesses multiples sont décelées très tôt, elles ont un mauvais pronostic et elles ont considérablement augmenté ces dernières années.

LES GROSSESSES MULTIPLES ONT UN MAUVAIS PRONOSTIC OBSTÉTRICAL , SURTOUT POUR LES ENFANTS MAIS AUSSI, DANS UNE MOINDRE MESURE, POUR LES FEMMES.

- *Pour les enfants* : les risques de prématurité et d'hypotrophie importants entraînent un risque de décès et, en cas de survie, un risque de retard mental et moteur. Quelques chiffres pour traduire cette situation : en 1987 une étude anglaise, reconnue valable pour la France par le Ministère de la Santé, donne les chiffres suivants de mortalité périnatale, (mortalité durant les 6 jours après la naissance, comprenant les morts-nés)

- grossesse mono-foetale : 9,4°/°°
- grossesse gémellaire : 42,8°/°°
- grossesse triple et plus : 126,9°/°°.

Une étude française, portant sur des grossesses de 4 embryons ou plus, complète ces chiffres en montrant un taux de mortalité de 50% de ces cas avec un risque sensible de handicap majeur pour les enfants survivants.

D'ailleurs, les enfants nés de grossesses multiples ne vont pas tous en réanimation mais tous restent un mois en centre de néonatalogie.

- *Pour les femmes*, les risques majeurs augmentent ; sur le plan gynécologique, risque de rupture utérine, hémorragies cataclysmiques ; sur le plan général, risques de complications cardio-vasculaires graves.

Aucune statistique n'existe dans ce domaine mais tous les accoucheurs sont formels sur la réalité de l'augmentation des risques.

Il faut d'ailleurs souligner que ces grossesses multiples obligent les femmes à rester alitées 4 à 6 mois.

Donc, aux grossesses multiples correspondent des grossesses à risques.

#### LES GROSSESSES MULTIPLES ONT UN MAUVAIS PRONOSTIC FAMILIAL

Des études faites à l'INSERM, par des pédiatres, montrent que les problèmes posés aux familles par des naissances multiples (3 et au-dessus) sont réels et lourds.

D'ailleurs, les familles se sont réunies en associations pour essayer de s'apporter un soutien mutuel.

- *Les problèmes sont d'ordre psychologique.*

Les mères, même les mieux organisées, ont la sensation intense d'être incapables de faire face aux événements.

Elles sont débordées sur le plan matériel ; un exemple : pour les triplés 18 biberons sont à préparer et à donner à raison d'une demi-heure par biberon, c'est-à-dire plus de 9 h 00 de travail seulement pour nourrir les enfants.

Elles sont débordées sur le plan éducatif : il leur faut apprendre à connaître trois enfants ou davantage simultanément.

Elles regrettent de ne pouvoir le faire pour chacun avec autant de soin, de présence, qu'elles le souhaiteraient, de n'avoir pas le temps de les bercer.

Elles ont l'impression d'être devenues des machines à élever.

Paradoxalement, elles rêvent d'avoir un seul enfant qu'elles pourraient élever tranquillement.

Ces mères se sentent aussi dépossédées d'elles-mêmes : aucun temps libre ne leur reste pour elles-mêmes.

Ces problèmes n'épargnent pas les pères :

- quelques uns abandonnent avant la naissance ; sur 49 triplés dont s'occupe la Caisse d'Allocations Familiales de Paris, trois sont de familles monoparentales.

- un certain nombre, au bout de 2 à 3 ans, ne tolèrent plus cette vie et s'en vont.

- *Les problèmes sont d'ordre économique et financier*, aggravés par la disparition d'un salaire ; si la mère travaillait, il lui est impossible de continuer son travail à l'extérieur.

Le logement : "on peut agrandir son cœur, mais pas la chambre" disait une mère.

- *Les problèmes sont aussi d'ordre social.* L'isolement est grand :

Il est difficile de se déplacer avec 3 ou 4 enfants : ne serait-ce que pour aller au jardin public, ou faire accepter 3 enfants dans une crèche.

Il est difficile d'avoir une garde ; par exemple, une babysitter viendra une fois, mais ne reviendra pas. La famille plus ou moins proche accepte difficilement de recevoir un tel nombre d'enfants ; même les crèches, les garderies, sont réticentes à recevoir 3 à 4 enfants d'une même famille.

Les aides spécifiques, face à ces problèmes, sont minimales : la seule aide légale est la prolongation de l'allocation jeune enfant de 3 mois à un an. Des aides éventuelles peuvent être apportées par les Caisses d'Allocations Familiales qui font généralement très peu. En outre, il n'existe aucune priorité pour le logement et la crèche.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner que de nombreuses mères subissent des dépressions ou que des couples se dissolvent.

Nous n'avons pas encore d'étude sur l'état psychologique des enfants de ces familles, mais si les conditions familiales sont si difficiles, on ne peut que s'inquiéter sur leur avenir.

OR, LES GROSSESSES MULTIPLES ONT NETTEMENT AUGMENTÉ CES DERNIÈRES ANNÉES.

Quelques chiffres communiqués par le Ministère de la Santé concernant l'accouchement gémellaire et plus

1970 : 800

1986 : 8160

1989 : 8630

L'INSERM précise concernant les accouchements triples et plus

1970 : 80 ;

1987 : 197, pour un nombre de naissances stable.

D'après cet organisme, les grossesses de 3 et plus augmentent depuis 1987 de 30% chaque année.

*Cette augmentation de grossesses multiples semble due surtout aux thérapeutiques employées dans le traitement de la stérilité : la stimulation ovarienne et la FIV.*

- *La stimulation ovarienne* consiste à provoquer une ovulation chez les femmes n'ayant pas d'ovulation, ou une ovulation de mauvaise qualité.

Le déclenchement de cette ovulation doit être contrôlé par des dosages hormonaux et des échographies afin d'éviter que trop d'ovocytes ne parviennent à maturité en même temps et ne soient fécondés dans le même cycle.

Cette technique, quoique bien codifiée de nos jours, est de maniement délicat. De l'avis des praticiens les plus expérimentés, le risque de grossesses multiples ne peut jamais être éliminé totalement avec une telle thérapeutique.

-*La Fiv*- Généralement plusieurs embryons sont transférés "in utero" pour augmenter les chances de grossesse, les échecs étant dûs surtout, semble-t-il, à la non-implantation de l'embryon.

Après des excès indiscutables, le nombre d'embryons transférés par les équipes de référence est le plus souvent de 3, cette limitation posant d'ailleurs de manière plus aiguë le problème des embryons surnuméraires.

C'est aux stimulations ovariennes que le nombre des grossesses multiples semble surtout dû, comme le prouve une enquête récente.

Sur 107 grossesses triples :

5% sont spontanées

37% sont dues à la FIV

54% sont dues à la stimulation ovarienne

6% sont d'origine inconnue.

sur 138 grossesses quadruples :

0% sont spontanées

22% sont dues à la FIV

74% sont dues à la stimulation ovarienne.

L'INSERM confirme ces données concernant la grossesse triple et plus

- 1/4 spontanée

- 1/4 FIV

- 1/2 stimulation ovarienne.

## **2 - Les indications de la réduction embryonnaire**

LES INDICATIONS SONT THÉRAPEUTIQUES , ACTUELLEMENT, DANS LA TRÈS GRANDE MAJORITÉ DES CAS. CETTE TECHNIQUE EST PROPOSÉE PAR LE MÉDECIN À LA PATIENTE DANS DEUX SITUATIONS :

*Dans les grossesses de 4 embryons et plus*

Les risques sont tels, pour les futurs enfants et pour leurs mères, que les accoucheurs sont d'accord pour proposer une réduction embryonnaire aux femmes : en général le nombre d'embryons est ramené à 2 .

La réduction embryonnaire, par contre, n'est pas proposée aux patientes dans les grossesses de 3 embryons, le risque de prématurité étant, certes, important mais bien moindre. Une étude, faite à Port-Royal, donne, dans ce cas, les chiffres suivants :

- Accouchements

entre 5 mois 1/2 et 6 mois 1/2 6%

entre 6 mois 1/2 et 7 mois 1/2 28%

entre 7 mois 1/2 et 8 mois 1/2 61%

au-delà de 8 mois 1/2 5%

Il y a donc risque de prématurité, mais pas de grande prématurité, la majorité des accouchements se faisant entre 7 mois 1/2 et 8 mois 1/2.

*Dans certaines pathologies utérines (utérus mal formé), ou générales*

*(diabète, hypertension),*

LES INDICATIONS PEUVENT ÊTRE DE CONVENANCE , DEMANDÉES PAR DES FEMMES QUI S'ESTIMENT EN SITUATION DE DÉTRESSE. DES PATIENTES PENSENT NE PAS POUVOIR ÉLEVER EN MÊME TEMPS PLUSIEURS ENFANTS.

Ces demandes peuvent être formulées dans des grossesses multiples (3 - 4 embryons) induites par la thérapeutique, mais elles sont rares car les patientes stériles désirent ardemment des enfants. En outre, celles-ci sont préparées à une telle éventualité, connaissent les effets de leurs traitements.

Ces demandes peuvent être faites lors de grossesses gémellaires ou multiples survenues spontanément. Les femmes sont d'autant plus demanderesses dans ces cas, qu'elles ont déjà un ou plusieurs enfants et qu'elles ne s'attendaient pas à une telle éventualité.

MAIS, QUELLES QUE SOIENT LES INDICATIONS DE LA RÉDUCTION EMBRYONNAIRE, LA DÉCISION EST TOUJOURS DIFFICILE À PRENDRE.

*Pour la future mère, car celle-ci souhaite un enfant et même souvent des enfants.*

- Or, recourir à la réduction embryonnaire :

- C'est accepter de faire le deuil d'un ou plusieurs futurs enfants en se référant à des statistiques médicales et pour éviter de futurs problèmes matériels et psychologiques.

La tentation est forte alors de se culpabiliser pour n'avoir pas le courage d'accepter le risque médical et les problèmes à venir.

- C'est accepter de porter pendant 6 ou 7 mois un ou plusieurs embryons morts.

- C'est accepter, pour les futurs enfants restants, peut-être des problèmes psychologiques importants. Comment vivront-ils plus tard le fait que, pour qu'ils soient vivants et en bonne santé, l'on ait détruit leurs frères ou soeurs ?

- Ne pas recourir à la réduction embryonnaire :

C'est prendre le risque de perdre 1 ou 2 ou tous les enfants à la naissance. C'est accepter aussi, pour de longues années, des problèmes matériels et financiers.

*Pour le médecin, ne pas faire une réduction embryonnaire c'est faire prendre des risques obstétricaux à ses patientes. Mais, faire une réduction embryonnaire, c'est un geste mortifère.*

Aussi, certains gynécologues refusent-ils catégoriquement.

Certains acceptent sous condition : réduction thérapeutique ou réduction d'un embryon sur 3 si le couple n'a pas d'enfant ou réduction de 2 embryons si le couple a déjà des enfants.

D'autres enfin acceptent toute demande si elle est faite avant dix semaines de grossesse, estimant que l'on entre alors dans le cadre de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse.

La décision de réduction, ou de non réduction, peut être source de conflit entre les médecins et leurs patientes, certaines femmes reprochant aux médecins leurs pressions "inadmissibles", certains médecins reprochant aux femmes leur "irresponsabilité". Il reste souhaitable que la mère et le couple responsables de leurs enfants prennent la décision avec le concours de l'équipe médicale.

### **3 - Le nombre de réductions**

Il n'existe pas de statistique et nous n'avons aucun chiffre dans ce domaine.

Une indication émanant en 1988 de la Maternité de l'Hôpital de Clamart est à noter ; sur 1600 grossesses à leur début, il y a eu 7 réductions embryonnaires, toutes faites à la suite de stimulations ovariennes, réalisées dans le service pour un cas, en province et à l'étranger pour les autres.

D'ailleurs, le problème de leur déclaration se pose : faut-il les soumettre aux conditions de la loi du 17 janvier 1975 ?

## **La réduction foetale (au-delà de six mois)**

### **1 - Les indications de cette technique**

Elle est envisagée dans trois cas :

- l'un des embryons est porteur d'une maladie létale "in utero".
- l'un des embryons est porteur d'une anomalie mettant en jeu le ou les autres foetus, par exemple, excès de liquide d'un oeuf comprimant les autres embryons et empêchant leur développement. Ainsi, un foetus malade menace un ou des foetus apparemment en bonne santé.
- l'un des embryons est porteur d'une anomalie majeure : trisomie 21, spina bifida. Dans les grossesses monofoetales, ces anomalies sont généralement une indication à une interruption thérapeutique de grossesse.

### **2 -La conduite actuelle**

Dans le premier cas (foetus porteur d'une maladie létale), la conduite habituelle consiste à ne rien faire, tout en surveillant étroitement l'autre foetus. En effet, le décès d'un foetus "in utero", dans la grande majorité des cas, a des répercussions négatives sur l'autre, ou les autres foetus, des anatosmoses vasculaires pouvant expliquer ce phénomène.

Dans le second cas (un foetus porteur d'une anomalie mettant en jeu le, ou les, autre(s) foetus), les médecins pensent qu'ils se doivent de sauver le foetus en bonne santé. Ils opèrent une réduction tout en sachant que dans 15% des cas ce geste entraîne la mort de l'autre foetus.

Enfin, dans le troisième cas (un foetus porteur d'une anomalie majeure non létale), les accoucheurs envisagent une réduction, tout en connaissant le risque de mortalité pour le foetus normal.

### **3 - Le nombre de réductions**

Nous n'avons aucun chiffre officiel, mais il semble que leur nombre soit faible.

A titre indicatif : dans le centre de diagnostic anté-natal de Port-Royal, le plus important de France, le Professeur Dumez indique que 30 réductions ont lieu chaque année. Il est regrettable qu'on ne puisse disposer que de renseignements fragmentaires.

Il semble donc, actuellement, que la très grande majorité des réductions embryonnaires, qu'elles soient précoces ou tardives, soient à visées thérapeutiques et tendent à prévenir la mort ou le handicap d'un ou plusieurs embryons ou foetus, parfois même de la mère.

## Considérations juridiques, déontologiques, éthiques

La réduction embryonnaire ou foetale ne pouvait être envisagée à l'occasion du vote de la loi du 17 janvier 1975 sur l'interruption de grossesse. Cette technique médicale était inconnue à l'époque. On doit maintenant se demander s'il s'agit d'une interruption de grossesse et, par suite, s'il convient d'appliquer, en la circonstance, les dispositions de cette loi. La question est d'abord juridique, elle est également déontologique. Elle comporte aussi des implications éthiques.

Sur le plan juridique, nous nous bornerons à poser le problème sous ses différents aspects.

S'agissant de la réduction embryonnaire avant la dixième semaine, on peut penser qu'une grossesse multiple provoque parfois chez la femme l'état de détresse prévu par la loi et ce, pour des raisons physiques, psychologiques, économiques, sociales.

S'agissant d'une intervention plus tardive, dès lors qu'un des foetus est atteint d'une affection incurable, à la naissance, d'une particulière gravité, on se trouve dans la situation de l'article L162-12 du Code de la Santé Publique.

Dans les autres cas, si la demande de la femme ne répond pas à la notion de détresse, ou si l'affection décelée n'est pas majeure, on se trouve hors du champ de la loi.

Quelle que soit l'hypothèse, il faut se demander si la suppression d'un embryon ou d'un foetus, dans ces conditions, constitue un avortement. S'il en est ainsi, les deux premières situations envisagées entraînent l'exigence d'une conformité aux dispositions légales. Dans la troisième, l'interruption est légalement impossible.

Mais s'agit-il d'une interruption de grossesse au sens de la loi ?

On peut dire, contre cette interprétation, que la grossesse n'est pas interrompue et, en sa faveur, que l'article 1er de la Loi de 1975 énonce que l'être humain a droit au respect dès le commencement de la vie. En la circonstance, ce qui est véritablement interrompu c'est le développement de cet embryon ou de ce foetus. Quoi qu'il en soit, la réponse n'est actuellement contenue, ni dans la loi, ni dans la jurisprudence.

Il faut, sur ce point, se borner à noter que la réduction embryonnaire ou foetale s'applique à une femme qui désire procréer, alors que c'est une motivation inverse qui anime la femme dont on doit interrompre la grossesse.

Sur le plan de la déontologie, une partie des considérations scientifiques qui précèdent montrent quels dangers la grossesse multiple fait courir aux embryons ou aux foetus. Le sacrifice de l'un peut être la sauvegarde de l'autre. C'est un problème thérapeutique.

Sur le plan de l'éthique de la recherche, il convient d'examiner surtout la source des grossesses multiples et dans la mesure où les conséquences en sont néfastes, de déterminer les meilleurs moyens de les éviter.

Ainsi qu'il est relaté dans le rapport scientifique, deux origines peuvent être repérées pour les grossesses multiples : la stimulation ovarienne et les transferts d'embryons constitués "in vitro". Dans le premier cas, il s'agit d'améliorer l'ovulation chez les femmes en vue de remédier à leur stérilité. Dans le second cas, il s'agit d'accroître les chances de grossesse en vue de pallier la stérilité des femmes qui se prêtent à la technique de procréation médicalement assistée.



Le danger réside dans le manque de mesure de praticiens qui stimulent, ou qui transfèrent, parfois dépourvus d'une suffisante connaissance, ou prise de conscience de l'acte médical auquel ils se livrent. On peut craindre également que, la technique étant appliquée en toute lucidité quant aux suites éventuelles, la réduction ne soit considérée, non sans légèreté, comme une manière de résoudre la difficulté. Ces attitudes reviendraient à méconnaître, par ignorance ou par inconséquence, les graves effets possibles tant physiques que psychologiques, pour la femme, de la réduction embryonnaire.

Dans ces divers cas, de louables efforts de recherche et le désir de réussite pourraient, s'ils n'étaient tempérés par la vision de certaines conséquences, entraîner des effets néfastes. Pareille mise en garde est bien du ressort de l'éthique.