

Le rapport médecin – patient en PMA: une brève approche éthique

Si le seul élément qui soit d'importance pour un couple candidat à une PMA (procréation médicalement assistée) est la naissance de l'enfant dont les conditions naturelles de conception semblent interdire l'occurrence, le premier pas tient au contact avec l'homme de l'art, le « spécialiste » dont la compétence connue ou suspectée est sensée faire émerger LA solution attendue. On sait souvent que ce « premier pas », quel que soit le chemin parcouru, est souvent celui qui est le plus déterminant. Le parcours des PMA n'échappe pas à la règle.

Vouloir un enfant relève d'un désir généralement partagé par un couple engagé sur la voie d'une vie à deux. Cette « pulsion » à l'enfantement tire ses racines d'une pression évolutive traduite dans nos gènes et l'expression hormonale de ceux-ci, mais aussi – et dans une mesure normalement moindre – d'une pression sociale qui mène à attendre d'une couple qu'il ait un ou plusieurs enfants. Le mode de conception naturel est, en toute normalité physiologique, acquis aux couples, encore qu'il soit surprenant parfois de découvrir ce que les intéressés ont retenu de ce qu'ils ont appris, souvent à l'occasion de discussions informelles et à connotation grivoise, du processus reproducteur. On est en effet parfois étonné, au contact d'adultes avertis en attente d'une PMA qu'ils ont, croyant bien faire, mis en œuvre la meilleure méthode anticonceptionnelle qui soit, attendant par exemple l'occurrence du pic ovulatoire pour avoir, à partir de ce moment seulement, les rapports supposés féconds. On sait aussi que le sexe demeurant tabou pour beaucoup et connoté comme un mal nécessaire dans l'éducation reçue, les relations sexuelles n'ont de sexuel que le nom et mènent à consulter un médecin dont la principale fonction consiste, parfois et en dehors de toute intervention thérapeutique, à lever l'inhibition ou, au moins à rendre le nécessaire rapprochement possible et acceptable. On sait aussi – malheureusement – que la pratique des PMA sait offrir une alternative médicalisée à ceux des couples qui ne peuvent ou ne veulent franchir le pas. Restent donc les autres; ces femmes et ces hommes qui ont consenti aux rapprochements physiologiques nécessaires et qui, les tentatives se succédant, se retrouvent à chaque cycle confrontés à un même constat d'échec. Passé le cap du temps raisonnablement nécessaire pour concevoir, la consultation d'un spécialiste s'impose.

Une triple réalité

Le choix s'avère primordial, pour trois raisons au moins:

- la compétence d'abord,
- la richesse du rapport de confiance ensuite,
- l'approche pertinente du traitement enfin.

La compétence médicale semble souvent aller de soi et il est sûr qu'aux yeux des patients - le plus souvent non avertis de la chose médicale – tout médecin est normalement le dépositaire d'un savoir nécessaire. C'est loin d'être vrai, tant il paraît évident que le savoir en matière de PMA comme en tout autre matière médicale est affaire de spécialistes et que la compétence, dans ce domaine-là peut-être plus que dans d'autres, connaît un réajustement obligatoirement fréquent; que celui-ci soit lié

aux équipements, aux méthodes elles-mêmes ou aux moyens pharmacologiques (essentiellement hormonaux) nécessaires à certains des traitements mis en œuvre.

La question éthique qui se pose par conséquent à tout homme de l'art consulté par un couple « infertile » est celle qui est rappelée par B. Cadore¹ : « *que faire pour bien faire, pourquoi et comment* ». Bien faire, dans ce contexte revient aussi, si la chose est nécessaire, à reconnaître ses propres limites de compétences et à renvoyer le couple consultant à un confrère plus à même d'apporter la solution la plus adaptée au problème posé; cela n'empêche que quelques jalons d'une mise au point pertinente soit effectuée, permettant un gain de temps et d'énergie dans la poursuite du cheminement auquel le couple sera immanquablement confronté. D'une manière générale et quel que soit le spécialiste consulté, l'éthique de ce dernier doit consister en ... « *une interrogation sur la concordance ou la discordance que produirait chacune des éventualités au regard de la visée cohérente du bien faire auquel les soignants pensent qu'il leur faut accorder valeur dans leur action* ». (Cadore, op.cit).

Lorsque le spécialiste consulté est celui qui est potentiellement à même de répondre de façon adéquate et opportune à la demande des patient, il doit le faire en se reposant sur les capacités opératoires les plus adaptées et les mieux validées en relation avec la situation clinique dégagée à la fois par le dialogue avec les patients et par le résultat des examens cliniques de mise au point nécessaires à l'établissement du diagnostic.

Le médecin doit donc, à ce stade, proposer la méthode la plus adaptée à la gravité de la situation évoquée et, dans une mesure moindre, à la demande explicite ou implicite des patients. Ces derniers veulent, le plus souvent, un enfant « tout de suite »; le rôle du spécialiste peut être de proposer une méthode conceptionnelle à effet moins immédiat, mais dont la visée est plus en accord avec la problématique dégagée; celle qui tient à la cause de l'infertilité, à l'âge des patients ainsi qu'à tout autre élément limitant éventuel³. S'il faut viser l'efficacité, celle-ci doit être la « plus juste » possible, tenant compte d'une prise en charge aussi harmonieuse que possible, en fonction de ce que les capacités médicales permettent.

Un rapport singulier

Les rapports « humains » établis entre les patients et le spécialiste consulté prennent également une importance qui n'est toutefois que secondaire. Les premiers cités attendent surtout du second qu'il apporte « la » solution à ce qui constitue leur fin de non concevoir. Il n'empêche qu'en dehors de toute empathie éventuellement reçue de façon très positive par les couples en état de souffrance², les deux parties en présence gagnent à l'honnêteté de la démarche dans le *dire* et le *faire*. Si l'homme de l'art peut ne pas évoquer certaines réalités dont il perçoit qu'elles risqueraient de déstabiliser ses interlocuteurs, il a le devoir de la vérité pour ce qu'il annonce. L'interdit du mensonge est en effet un des principes fondateurs de l'humanité qui doit transparaître dans le colloque singulier. Si l'attitude du « non dit » met le médecin en infraction avec le droit du patient de connaître tout ce qui le concerne (comme l'impose la loi dite *du droit du patient* du 22 août 2002), le mensonge – on y reviendra – enfreint le principe kantien faisant de l'homme une fin en soi et non un moyen; une *fin* qui justifie des égards, lesquels excluent notamment la perversion fondamentale de la vérité.

On conviendra également qu'on doit retrouver dans le discours et l'approche médicales l'application des quatre principes fondamentaux de la bioéthique que sont le respect de l'autonomie, le souci de bienfaisance, le refus de malfaisance et un sens aigu de la justice. Si ces principes semblent s'inscrire dans la pratique médicale

- et plus largement, dans celle du soin – de façon apparemment évidente et fondamentale, on verra pourtant qu'ils peuvent être mis à mal dans la pratique – et notamment celle des PMA – pour des raisons qui échappent à la pratique de l'art de guérir elle-même.

Des limites

L'approche pertinente du traitement est, enfin, la troisième disposition qui doit éclairer le choix d'un spécialiste. Cet élément se distingue des deux autres par le fait qu'il n'appartient plus de façon exclusive au spécialiste mais dépend pour une large part, dans la perspective du traitement à apporter, de l'institution dans laquelle il œuvre, des moyens techniques mis à sa disposition et de la philosophie - éventuellement à caractère confessionnel - dans laquelle sa pratique s'inscrit. Ces éléments sont autant de limites, de freins éventuels – d'excuses parfois – qui réduisent, face aux solutions que le médecin peut offrir à une problématique dégagee, le *degré de liberté* de celui-ci.

Quel que soit ce contexte opérationnel, on peut toutefois en revenir au concept éthique fondamental du soin en matière de santé; il doit viser au respect de la personne – ici la dualité du couple – dans toutes ses dimensions existentielles. Elle doit donc tenir compte des paramètres organiques qui justifient le recours aux PMA, du contexte psychologique dans lequel se trouve le couple - en tenant compte, notamment, du trouble relationnel que la confrontation à l'infertilité a peut-être généré – de la dimension sociale et, dans certains cas, spirituelle.

Il va de soi que la pratique médicale est, par essence, orientée vers la bienfaisance (au sens éthique du terme), le « bien » ou le « mieux » constituant la visée du praticien dans le domaine sollicité de la quête de conception. Il n'empêche que cette orientation peut connaître une déviance, faisant opter l'homme de l'art pour une solution thérapeutique qui ne poursuit pas de façon exclusive le bien des patients, mais qui inclut une dimension qui échappe à la visée thérapeutique elle-même. C'est dans ce contexte qu'on peut situer la recherche d'un profit financier (par la mise en œuvre d'un traitement plus long, plus lourd, plus onéreux) ou celle de candidats à inscrire dans une étude prospective dont l'objectif réel s'écarte de l'intention seule et unique du couple d'avoir un enfant. Dans ce cas et en matière d'éthique se pose alors la question de la concordance ou de la discordance de la solution retenue avec la visée fondamentale et cohérente du « bien faire » dans lequel les consultants fondent tous leurs espoirs. Comme le rappelle plus directement B. Cadoré (*op.cit*) : « *on s'interrogera sur la cohérence de l'action envisagée par rapport à l'axe établi entre les principes fondamentaux et les normes pour l'action* ».

Des écarts

Tout écart par rapport à une pratique « thérapeutique » logiquement attendue peut encore trouver une justification dans une information objective, non biaisée, « éclairée » des patients. Proposer une fécondation in vitro (FIV) quand de simples inséminations utérines (IAC) pourraient suffire, peut trouver – par exemple - une justification dans un succès statistiquement plus immédiat ou une meilleure maîtrise des paramètres de la fertilité, chez des couples dont l'âge pousse à un gain de temps ou dont on connaît l'une ou l'autre prédisposition contrariant la fécondation. En revanche, on comprend mal comment on peut proposer une ICSI (insémination mécaniquement assistée) à un couple dont le seul problème tient à des fausses couches à répétition. Quant bien même, dans ce dernier cas (réel), le couple serait d'accord pour tenter une « autre » méthode de conception pour en tester l'éventuel

bénéfice, se pose la question pour le praticien de la déontologie à laquelle il doit normalement souscrire.

L'information complète et circonstanciée des couples qui doit mener à l'obtention du « consentement éclairé » est non seulement requise par cette même déontologie, mais imposé par la loi du 15 février 1999 qui fixe l'agrément des centres de PMA et celle du 22 août 2002 qui définit le droit du patient. On sait néanmoins dans quel contexte parfois difficile se situe l'annonce d'un diagnostic lorsque les personnes qui le reçoivent manquent de la définition sémantique nécessaire pour en maîtriser le contenu. Le médecin est souvent, dans de tels cas, investi de la décision à prendre, du « bon » choix à opérer dans la visée évoquée du bien. En aucun cas, néanmoins, cette délégation de responsabilité ne doit contrevenir au principe fondamental d'autonomie des patients. En d'autres termes, l'option prise doit être celle que ces derniers auraient eux-mêmes retenue s'ils avaient été à même de saisir toute la portée des informations cliniques qui leur ont été objectivement rapportée. Or, on sait que c'est aussi une occasion – parfois inconsciente – de faire accepter une solution qui, sans forcément être contraire au bien fondamental du couple, sait aussi servir l'intérêt du médecin et, à travers lui, de l'équipe qu'il représente⁴.

Et enfin

En matière de PMA comme dans bien d'autres domaines de la pratique médicale, le rapport médecin – patient est un rapport d'êtres humains placés dans un contexte émotionnel, social, psychologique particulier. On peut y adjoindre des paramètres culturels, ethniques, financiers, spirituels et confessionnels qui peuvent ne pas être constants à l'épreuve du temps et qui donnent à la relation une connotation à chaque fois différente. On peut y ajouter les non-dits, tant de la part des consultants que du consulté, qui ne font que complexifier la portée du choix opéré, de l'option retenue pour solutionner le problème posé. Cela ne rend que plus riche la portée éthique de ce colloque singulier.

Jean-Michel Debry

Bibliographie

1. B. Cadoré. Une éthique de la prise de décision.
Soins, formation, pédagogie, encadrement, 1997; n°21: 12-17
(NB : ce texte a largement inspiré le développement de cet article)
2. L. Ravez. Les amours auscultées. Une nouvelle éthique pour l'assistance médicale à la procréation.
Cerf éditions, 2006; 390 pp.
3. J-M. Debry & L. Ravez. Quelle pratique pour les PMA aujourd'hui?
Ethica clinica mars 2006 : 4-12.
4. J-M. Debry. PMA: la tentation financière?
Ethica clinica, mars 2006: 44-49.