



RENÉ FRYDMAN

***“L’ENJEU DE LA PMA,
C’EST L’AUTONOMIE
DES FEMMES”***

Il est le père du premier bébé-éprouvette français. Depuis quarante ans, le Pr René Frydman aide les femmes à faire des enfants. Interview d'un iconoclaste humaniste.

Par Isabelle Duriez Photo Yann Rabanier

SES MAINS IMMENSES ONT MIS AU MONDE DES MILLIERS

d'enfants. Des naissances qui, en quarante ans de carrière, n'ont cessé d'évoluer au gré des techniques et des combats : à la pointe de la procréation médicalement assistée (PMA), le Pr René Frydman, qui a rejoint aujourd'hui l'hôpital Foch à Suresnes, est aussi un militant. L'obstétricien s'est battu pour que la douleur, les choix et les désirs des femmes soient pris en compte. Dans « La Plus Belle Histoire de la naissance »* (éd. Robert Laffont), il raconte les révolutions de la naissance qu'il a accompagnées. L'occasion d'interroger ce pionnier sur ce qui continue de le guider.

ELLE. Qu'est-ce qui fait que vous vous empariez de telle technique de procréation assistée et pas de telle autre ?

RENE FRYDMAN. Je suis avant tout un clinicien. Ce qui me guide, c'est la volonté d'apporter des solutions à des situations médicales et humaines complexes. Par exemple, pour la fécondation in vitro (FIV), c'est en lisant une revue médicale que j'ai découvert par hasard, en 1976, le travail du Britannique Robert Edwards. Il avait obtenu un embryon par fécondation en laboratoire. Cela a provoqué un déclic car, depuis des années, je m'acharnais sans beaucoup de succès à opérer au microscope pendant quatre à cinq heures d'affilée des trompes de Fallope bouchées. Lorsque j'ai réalisé qu'Edwards court-circuitait les trompes, je me suis dit : il faut y aller. Amandine, le premier bébé-éprouvette français, est née après une vingtaine de tentatives, le 24 février 1982. Depuis, mon regard se porte toujours vers l'avant. Il y a tant à faire.

ELLE. Quoi, par exemple ?

R.F. La greffe de l'utérus. On sait greffer des organes vitaux, pour-quoi ne pas greffer l'utérus d'une femme à une autre ? Il y a deux ans, j'ai déposé une demande auprès du Comité consultatif national d'éthique. On m'a répondu que ce n'était pas une priorité. Quinze jours plus tard, les Suédois réalisaient leur première greffe, ils en sont à la dixième. Encore une fois, la France est en retard. Or, depuis que j'en parle, je reçois des dizaines de témoignages de femmes souhaitant en bénéficier...

ELLE. Est-ce chaque fois comme ça : vous explorez une technique et les femmes s'en saisissent ?

R.F. Toujours. Pour la FIV, nous avons réussi grâce aux équipes formidables de l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart, mais surtout grâce à des femmes volontaires. Ce n'était pas évident pour elles. Au tout début, nous n'avions aucun résultat. Il fallait ponctionner l'ovocyte à travers l'abdomen, anesthésier la patiente... Le personnel se posait des questions, mais les femmes étaient déterminées.

ELLE. Ce sont elles qui vous poussent à avancer ?

R.F. Et notre volonté d'obtenir de meilleurs résultats. Par exemple, nous avons commencé à congeler les ovocytes de patientes atteintes d'un cancer, mais le temps qu'elles soient traitées et prêtes à avoir un enfant, il fallait attendre cinq ans pour voir le résultat et savoir si on ne s'était pas trompés, alors que les Japonais travaillaient sur une technique prometteuse de congélation ultra-

* Coécrit avec Jacques Gélis, Henri Atlan et Karine Lou Matignon.

LA GESTATION
POUR AUTRUI EST UNE
RÉGRESSION. UNE
EXPLOITATION DU
CORPS DE LA FEMME.
UNE GROSSESSE,
ÇA LAISSE DES TRACES.

rapide, la vitrification. Nous avons donc proposé à une femme, qui n'avait pas de cancer, de congeler ses ovocytes pour éviter les embryons surnuméraires. Ainsi sont nés, en 2010, les premiers jumeaux par congélation ovocytaire en France, ce qui a ouvert la voie à la légalisation de la vitrification en juin 2011.

ELLE. Chaque nouveau pas provoque une levée de boucliers. Doutez-vous parfois du bien-fondé de vos recherches ?

R.F. Jamais. Parce que ces débats révèlent en général l'affrontement de deux pensées : la première considère que la loi de la nature prévaut ; la

seconde – que je défends – estime que la médecine est au service du bien-être des patients. La maîtrise de la reproduction doit donner l'autonomie la plus grande aux femmes quant à l'organisation de leur vie et leur désir d'être mères.

ELLE. A quel moment vous êtes-vous forgé cette conviction ?

R.F. Pendant le débat sur l'avortement dans les années 70, que j'ai pris de plein fouet en tant que jeune médecin. Nous partions à quelques-uns en bus avec 50 femmes pour pratiquer des IVG en Angleterre, parce que, en France, c'était illégal. Nous militions pour que cela se fasse dans de bonnes conditions médicales. Pareil pour la péridurale, je ne voyais pas pourquoi c'était une fatalité de souffrir pour enfanter. On avait contre nous les réactionnaires et les communistes, qui défendaient l'« accouchement sans douleur » imaginé par les Russes...

ELLE. Ces débats sont très idéologiques...

R.F. Ce qui les rend passionnants, c'est qu'ils sont en prise avec la société. Avec toujours les mêmes questions éthiques : toutes les demandes sont-elles acceptables ? Tout ce qu'il est possible de faire doit-il être fait ? Pour moi, la ligne à ne pas franchir est de savoir si ce qu'on fait ne met pas en danger une tierce personne et si l'on protège le plus vulnérable.

ELLE. Ainsi, vous refusez de vous pencher sur la gestation pour autrui. Pourquoi ?

R.F. La GPA est une régression plutôt qu'une avancée. D'abord, c'est une exploitation du corps de la femme : vivre neuf mois de grossesse, sur le plan de la santé comme sur le plan psychologique, ça laisse des traces. Et puis, quand on a vu autant d'accouchements que moi, y compris des accouchements sous X, on sait quel drame cela peut représenter de se séparer de l'enfant qu'on a porté.

UN HOMME, UNE VOIX
RENE FRYDMAN

ELLE. Vous dites pourtant que ce n'est pas forcément un drame pour l'enfant, à partir du moment où une mère est là pour l'accueillir...

R.F. Du point de vue de l'enfant, oui. Mais je ne suis pas psy. Je ne me prononcerai pas sur les conséquences pour l'enfant. Je me place davantage du point de vue de la femme porteuse, qui me semble la plus vulnérable. C'est une situation à risque. Pourquoi le prendre ? Je n'ai encore jamais vu de manifestations de femmes réclamant de porter l'enfant d'une autre !

ELLE. Elisabeth Badinter prône une GPA éthique encadrée, qu'en pensez-vous ?

R.F. Sur quels critères une commission jugerait-elle que, quand une femme accouchera, mettons un an plus tard, après avoir rencontré les psys et le juge, sa vie n'en sera pas affectée ? Parce que c'est une bonne « laitière », bien solide ? Cette vision m'horripile ! Surtout, on développe un discours contradictoire : d'un côté, on dit aux femmes de 45 ans ou aux femmes jeunes sans ovaire que, si elles recourent à un don d'ovocyte, l'enfant ne sera pas d'elles génétiquement mais qu'en le portant elles le feront leur. Et de l'autre, on tient le discours inverse : cet enfant sera le vôtre parce que ce sont vos ovocytes, même si une autre femme est instrumentalisée pour le porter. D'un côté, on valorise la relation avec l'enfant ; de l'autre, on valorise le génétique à outrance !

ELLE. On vous a reproché, avec le premier « bébé-médicament », Umut, né en janvier 2011, d'« instrumentaliser » la vie d'un enfant pour en guérir un autre. Comment avez-vous réagi à ces critiques ?

R.F. Mal, parce qu'elles sont déplacées. Le terme de « bébé-médicament » est déjà biaisé, alors qu'il est défini dans les textes comme « bébé du double espoir ». Mais posons-nous la question : quand une femme donne le sang du cordon de son enfant, utilise-t-elle ce dernier ? Non, car le cordon est de toute façon jeté. Ce qui gêne est d'imaginer que les parents donnent la vie à un enfant dans l'unique but d'en soigner un autre. Ce n'est pas le cas : ils ont d'abord un désir d'enfant. Avec le DPI [diagnostic préimplantatoire, ndlr], on choisit un embryon sain et compatible avec le frère ou la sœur. Mais si aucun ne l'est, on poursuit quand même la FIV. Pour Umut, deux embryons ont été implantés : l'un sain, l'autre non... Je ne vois pas en quoi participer au bien-être de sa famille entraînerait une instrumentalisation de l'enfant.

LES HOMMES PEUVENT
CONGELER LEUR
SPERME. POURQUOI
LES FEMMES NE
POURRAIENT-ELLES
PAS CONGELER
LEURS OVOCYTES ?

ELLE. Vos propres parents pensaient qu'une grossesse protégerait votre mère de la déportation. Cela a-t-il influencé votre réflexion sur ce sujet ?

R.F. Je suis content que mes parents aient pensé qu'une naissance protégerait ma mère et que cet enfant soit moi. Mais ce n'est pas ce qui l'a sauvée. Parmi les survivants de ma famille, certains de mes cousins sont nés comme moi en 1943, pour les mêmes raisons sans doute... Je ne me sens aucune dette envers mes parents, et inversement. Un couple peut faire un enfant pour des raisons égoïstes : rester ensemble, transmettre un patrimoine, avoir un statut social... L'enfant ne développe pas de pathologie pour autant.

ELLE. Vous regardez toujours vers l'avenir, qu'y voyez-vous ?

R.F. Une meilleure compréhension de ce qui différencie un embryon qui arrive à se développer d'un autre qui ne se développe

pas. Les biologistes ne peuvent, pour l'instant, se baser que sur l'aspect des embryons pour décider si cela vaut le coup de les implanter ou pas. Les recherches en cours nous permettront de reconnaître les « bons » grâce à leur appareil génétique. On pourra n'implanter qu'un embryon pour éviter les grossesses multiples, les congeler seulement s'ils en valent la peine ou conseiller à un couple d'arrêter les fécondations in vitro parce qu'il n'y a plus d'espoir. Il faut absolument que la recherche clinique sur l'embryon, en débat au Parlement, soit autorisée en France.

ELLE. Vous militez aussi pour que toutes les femmes

puissent congeler leurs ovocytes. Pourquoi ?

R.F. Les hommes peuvent congeler leur sperme, il leur suffit de faire un spermogramme et de demander à conserver leurs paillettes. Pourquoi les femmes ne pourraient-elles pas congeler leurs ovocytes ? Elles font des enfants plus tard, elles se remarient... Or, s'il y a une chose que l'on n'a pas réussi à modifier, c'est la physiologie : plus on avance dans la vie et plus la fertilité baisse. L'enjeu, c'est toujours l'autonomie des femmes.

ELLE. Vous avez proposé à la ministre de la Santé que l'on envoie aux femmes systématiquement vers 33-35 ans un message de prévention sur la baisse de la fertilité...

R.F. Un message d'alerte et d'information : attention, après 35 ans, la fertilité diminue, ce que beaucoup de femmes découvrent encore trop tard. Il faut rappeler que, à 42 ans, les probabilités d'avoir un enfant sont de 5 %. On pourrait leur proposer un bilan de fertilité : une échographie et une prise de sang. A partir de là, à elles de décider : soit d'aller sous la couette avec leur jules, soit de congeler leurs ovocytes. Beaucoup de femmes me le demandent et je suis obligé de les envoyer à l'étranger, notamment en Espagne.

ELLE. A-t-on assez de recul avec la vitrification ?

R.F. Un millier de bébés sont nés pour l'instant. C'est peu, il faut rester prudent. Comme avec toutes les nouvelles techniques, il faut la surveiller. Le problème, c'est que, du fait que les Françaises congèlent à l'étranger, on ne peut mener aucune étude. On ne surveille pas assez la PMA, en France. On ne connaît même pas les taux d'échecs ou de succès des différents centres de fécondation in vitro. Avant d'accéder aux demandes non médicales des femmes seules ou des couples de lesbiennes, il faudrait un Plan PMA cohérent, comme on a su faire un Plan cancer.

ELLE. Vous êtes entendu ?

R.F. On peut toujours l'espérer.

I.D.