



- **ETHIQUE ET DON D'OVOCYTE**

Jean-Marc MAYENGA

Joëlle BELAISCH-ALLART



Pas de conflits d'intérêt mais.....

- DES TENSIONS ETHIQUES

Les acteurs

- La femme
- Le couple
- L'OVOCYTE
- L'enfant à venir
- Les autres
 - LEGISLATEUR
 - LES RELIGIONS
 - CCNE
 - ACADEMIE DE MEDECINE
 - MEDIA
 - GROUPES DE PRESSION
 - LE MONDE

Tensions

- RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE HUMAINE
- BIENFAISANCE/NON MALFAISANCE
- JUSTICE

Tensions

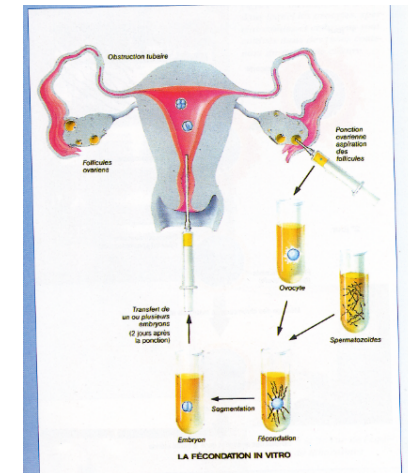
- NON UNIVERSALISABILITE
- MONDE POREUX(cross-border)
- (contre?)-EXEMPLE AMERICAIN(sanctity of the autonomy)

Depuis la naissance de Louise Brown, 1978, l'AMP fascine, elle a rendu tout ou presque possible

Tout ... ou presque: les fonctions parentales peuvent être dissociées, 3 mères: biologique (ovocyte), gestante (utérus) et sociale et 2 pères : biologique et social et combinaisons...

Maternité sans ovaire ou sans utérus, paternité sans spermatozoïde et parentalité sans embryon

Don d'ovocyte, accueil d'embryon, prêt d'utérus (GPA) font partie de notre quotidien du moins dans les médias car dans la loi française sont autorisés don d'ovocyte et accueil d'embryon mais pas la GPA, aide à l'homoparentalité sont interdites en France, au nom des «grands principes» non commercialisation du corps humain, un enfant doit avoir un père et une mère ...



PARENTALITE

MATERNITE

PARENTALITE

QUID DES GESTATIONS TRANSGENRE?

DISSOCIATION MATERNITE – GENRE

Paternité utérine!!

Plan

- *Rappel: indications et techniques du don d'ovocyte*
- *Situation du don d'ovocyte en France en 2016*
- *Questions éthiques posées par la législation actuelle*
- *L'avenir ?*

Indications du don d'ovocyte

▶ Indications absolues : rares, soulevant peu de questions : les femmes ovarioprives

- Dysgénésies ,agénésies gonadiques
- Castrations chirurgicales , post radiothérapie ou chimiothérapie
- Insuffisance ovarienne prématurée (<40ans)
- Risque de transmission d'une maladie génétique d'une particulière gravité

▶ Indications relatives :

- Insuffisances ovariennes débutantes
- Echec de FIV (qualité ovocytaire)
- Age ...les femmes de 40 ans et plus

▶ Conditions

- Un couple hétérosexuel
- Dont les 2 membres sont vivants
- En âge de procréer
- Âge limite de remboursement:
43 ans (pour toute AMP)

Loi Bioéthique

du 29 Juillet 1994 révisée le 07 Juillet 2011 (n°2011-814)
(articles L. 1244-1 à 1244-9)

Volontaire

- Il est réalisé **librement et sans pression** d' aucune sorte
- La donneuse est **informé** des modalités de prise en charge et de la technique mise en œuvre
- La **donneuse** ainsi que son **conjoint** signe un **consentement** révocable à tout moment

Anonyme

- Donneuse et receveuse/receveur ne peuvent connaître leurs identités respectives.

Un médecin peut accéder aux informations **non identifiantes** en cas de nécessités thérapeutiques concernant l' enfant.

La loi limite à **10** le nombre d' enfants issus du don d' ovocytes d' une seule et même donneuse. Article L. 1211-5

Gratuit

- Le don de gamètes est réalisé dans des **centres agréés** publics ou privés à but non lucratif
 - La loi interdit toute rémunération en contrepartie du don d' ovocytes.
- Les donneuses bénéficient de la **prise en charge des frais** occasionnés par le don. (PEC 100% pour 6 mois)
L' employeur doit dégager du temps pour les donneuses (Article L.1244-5)

Techniques du don d'ovocyte

- **Simple pour la receveuse**

- ❖ Préparation endométriale oestro-progestative puis transfert d'embryon frais si cycle synchronisé avec celui de la donneuse soit d'embryons congelés si cycles différés
- ❖ Depuis 2011 la vitrification ovocytaire étant autorisée les ovocytes de la donneuse sont majoritairement congelés le jour de la ponction, puis décongelés et mis en fécondation avec le sperme du mari de la receveuse lors d'un cycle artificiel ce qui facilite l'organisation mais fait chuter les taux de succès en France (technique non complètement maîtrisée ..)

- **Lourd pour la donneuse**

- ❖ Stimulation de l'ovulation, dosages hormonaux, échos
- ❖ ponction sous AL ou AG
- ❖ Risques estimés <1 % (Bodri, 2008)

Situation du don en France en 2016

- Anonyme ,gratuit ,volontaire
- ❖ Donneuses <38 ans ,prise en charge à 100% pour 6 mois
- ❖ Aucun défraiement n'est prévu, contrairement à d'autres pays tel l'Espagne où la donneuse touche une indemnité d'environ 1000 euros.
- ❖ Paradoxe si une femme de moins de 43 ans se rend à l'étranger elle peut demander à l'assurance maladie une prise en charge (au moins partielle) de ses frais au titre de la prise en charge des soins en Europe et ce alors même que sa donneuse va être indemnisée ce qui est interdit en France !
- Ayant déjà procréé jusqu' au 8 janvier 2016 ...

LOI DE 2011: LES DONNEUSES SANS ENFANTS

Art L.2141-1 La technique de congélation ultra-rapide des ovocytes est autorisée.

8 juillet 2011

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 1 sur 163

« Art. L. 1244-1-1. – Les médecins gynécologues informent régulièrement leurs patientes sur le don d'ovocytes.

« Art. L. 1244-1-2. – Les médecins traitants informent régulièrement leurs patients sur le don de gamètes. »

II. – L'article L. 1244-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le début de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « Le consentement des donneurs et, s'ils font partie d'un couple,... (le reste sans changement). » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est majeur, le donneur peut ne pas avoir procréé. Il se voit alors proposer le recueil et la conservation d'une partie de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, dans les conditions prévues au titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie. Ce recueil et cette conservation sont subordonnés au consentement du donneur. »

III. – Après l'article L. 1244-4 du même code, il est rétabli un article L. 1244-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 1244-5. – La donneuse bénéficie d'une autorisation d'absence de son employeur pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires à la stimulation ovarienne et au prélèvement ovocytaire. Lorsque la donneuse est salariée, l'autorisation est accordée dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 1225-16 du code du travail. »

L'autoconservation sociétale autorisée en échange d'un don partiel d'ovocyte ?
le Décret en Conseil d'Etat précisant les nouvelles conditions relatives au donneur a été attendu 4 ans

Pourquoi ?

Ouverture à l'autoconservation sociétale

DECRET

Décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes

NOR: AFSP1513121D

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2015/10/13/AFSP1513121D/jo/texte>

Alias: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2015/10/13/2015-1281/jo/texte>

Art. R. 1244-2.-I

V.-La donneuse d'ovocytes n'ayant pas procréé qui souhaite conserver une partie de ses gamètes en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à son bénéficiaire, d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au titre IV du livre Ier de la deuxième partie du présent code est informée :

« 1° De ses chances ultérieures de procréation à partir des ovocytes conservés à son bénéficiaire ;

« 2° Qu'au moins la moitié des ovocytes matures d'un même prélèvement seront orientés vers le don ;

« 3° De l'éventualité d'une impossibilité de conservation d'ovocytes à son bénéficiaire en cas d'obtention d'une quantité insuffisante de gamètes. »

....

8 janvier 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 13 sur 50

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 24 décembre 2015 pris en application de l'article L. 2141-1 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

NOR : AFSP1532457A

« – jusqu'à 5 ovocytes matures obtenus, tous les ovocytes sont destinés au don et la conservation au bénéficiaire de la donneuse n'est alors pas réalisée : « – de 6 à 10 ovocytes matures obtenus, au moins 5 ovocytes matures sont destinés au don ; « – au-delà de 10 ovocytes matures obtenus, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don.

2016

- Les nouvelles donneuses (celles qui veulent auto conserver) sont apparues timidement au 1 er semestre et réellement et sans se cacher depuis l'automne 2016

Ce changement de loi...

- ❖ But de l' IGAS : augmenter le nombre de donneuses sans risquer de leur nuire
- ❖ But des donneuses sans enfants: réaliser une auto conservation gratuite en France mais nombre moyen d'ovocytes matures recueillis par ponction 8 à 10 ovocytes

Nombre moyen d'ovocytes autoconservés : 3 à 5

Quel espoir ?



Donc mauvaise réponse à une bonne question

- ❖ Cette possibilité d'autoconservation (très) partielle est ressentie comme du chantage par nombre de femmes et de professionnels (donnez vos ovocytes et en contrepartie vous pourrez bénéficier d'une auto conservation gratuite et légale) et une discrimination puisque elle ne concerne que les femmes sans enfants

Les résultats du don d'ovocyte en France :ABM 2016 données de l'année 2014

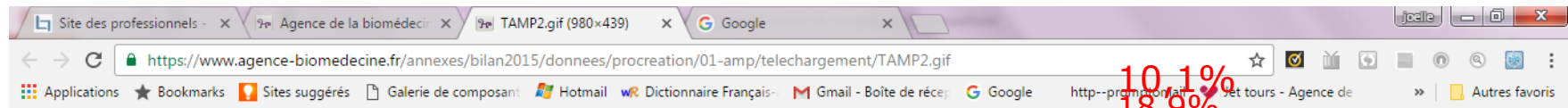


Tableau AMP2. Résumé de l'activité et des résultats d'AMP en 2014

	Nombre de centres actifs*	Tentatives**	Grossesses échographiques	Accouchements	Enfants nés vivants
Intraconjugal					
Insémination intra-utérine	188	52731	6586	5344	5839
FIV hors ICSI	100	20425	4856	3869	4404
ICSI	100	39349	9800	7931	9069
TEC	100	24536	5673	4199	4524
Spermatozoïdes de donneur					
Insémination intra-utérine	99	3618	760	659	728
Insémination intra-cervicale	3	119	25	20	20
FIV hors ICSI	36	213	49	37	39
ICSI	80	946	250	193	225
TEC	69	454	108	86	95
Don d'ovocytes					
FIV hors ICSI	5	79	19	15	19
ICSI	27	882	188	153	185
TEC	25	285	46	35	35
Accueil d'embryons					
TEC	18	141	27	21	26
Total	194	143778	28387	22562	25208

10,1%
18,9%
20,1%
17,1%

19%
17,3 %
12,3%

*Les centres actifs sont les centres ayant déclaré une activité et envoyé leur rapport d'activité à l'Agence en 2014

**Tentatives : cycles d'insémination artificielle (IIU, IIC) + ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations in vitro (FIV, ICSI) + transferts d'embryons congelés (TEC) + mises en fécondation (don d'ovocytes)

27 Centres autorisés au DO actifs

501 prélèvements d'ovocytes⁶ ont été effectués en vue de don et 1 052 transferts embryonnaires ont été réalisés pour 861 couples

Taux d'accouchement : 17,3 % en ICSI, 18,98 % en FIV et 12,3% en TEC

Les résultats du don d'ovocyte en Europe en 2013 ,ESHRE 2016

IMG_2277.JPG - Photos

Afficher toutes les photos

Egg donation

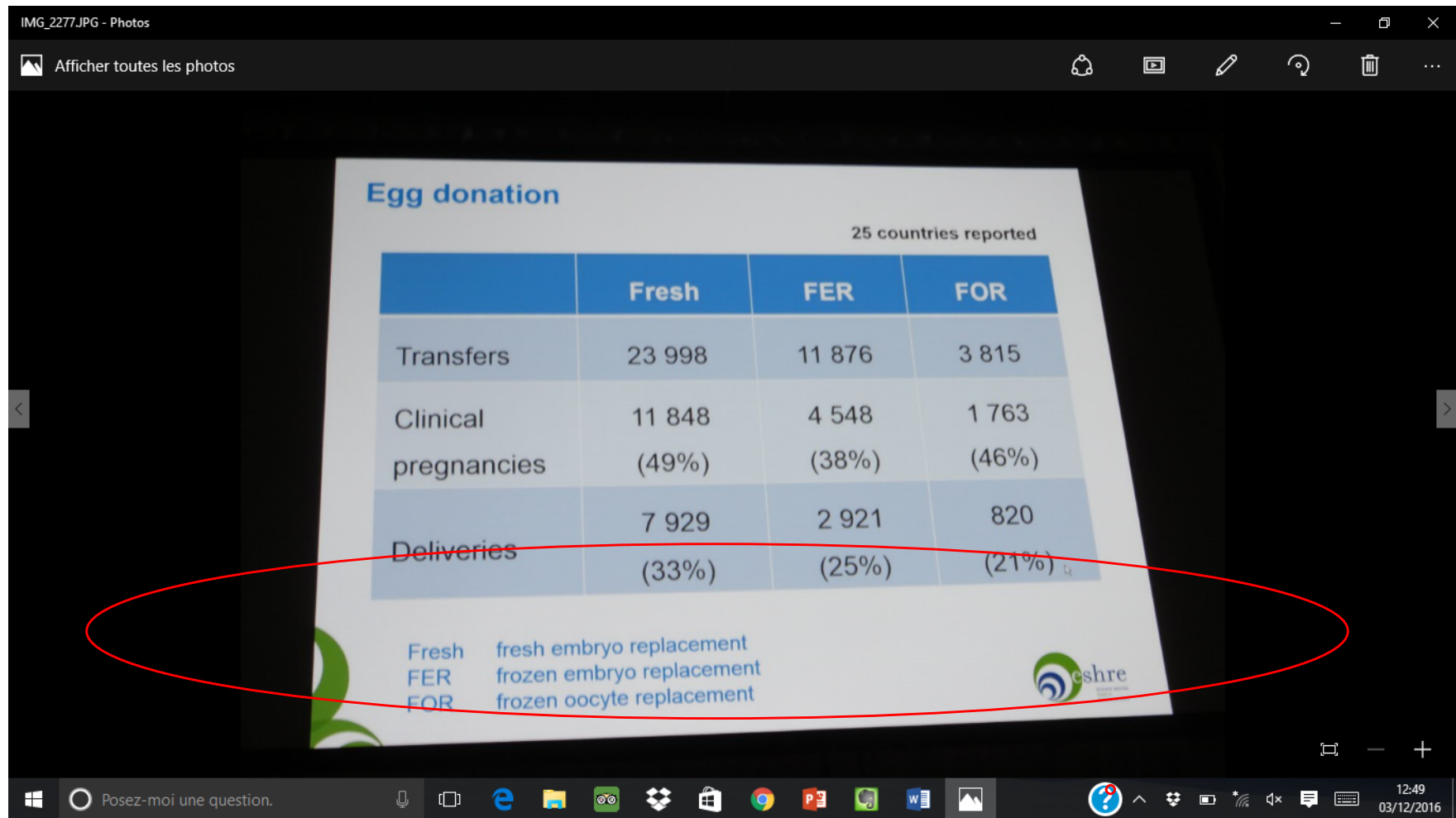
25 countries reported

	Fresh	FER	FOR
Transfers	23 998	11 876	3 815
Clinical pregnancies	11 848 (49%)	4 548 (38%)	1 763 (46%)
Deliveries	7 929 (33%)	2 921 (25%)	820 (21%)

Fresh fresh embryo replacement
FER frozen embryo replacement
FOR frozen oocyte replacement

eshre

12:49 03/12/2016



D'après le rapport ABM 2016

- 74% des donneuses seraient âgées de plus de 35 ans ... ce qui explique les résultats français
- 27% des tentatives (FIV hors ICSI, ICSI, TEC) ont été réalisées pour des femmes de 40 ans et 42% pour des femmes de 38 ans et plus
- Couples en liste d'attente mais ne veut rien dire, bcp de couples vont directement à l'étranger

Questions éthiques soulevées par le don d'ovocyte

- Anonymat
- Gratuité
- Risques pour la donneuse et pour la receveuse
- Le devenir des enfants
- *Est il éthique de faire des dons d'ovocytes avec nos résultats actuels ?*
- *Nos pratiques ne devraient elles pas être remises en question ?*

ANONYMAT

Anonyme et gratuit

dogmes du don en France

Le don de gamète est mis sur le même plan que tout don d'organe ou de sang

Image idéalisée de la générosité anonyme : personne ne choisit personne, personne ne privilégie personne, personne n'instrumentalise personne.

La spécificité du « don d'engendrement » n'est pas reconnue en France, et pourtant un don d'ovocyte ne peut pas, ni dans les faits ni dans l'imaginaire de la donneuse, être comparé ni à un don de sang ni à un don d'organe.

Anonymat ?

- ❖ L'anonymat n'existe pas dans tous les dons ex le don entre proches (reins, foie)
- ❖ L'anonymat du don de gamète est remis en question du fait du droit à ses origines de chaque individu.
- ❖ Les militants du droit d'accès aux origines, les enfants nés avec tiers donneurs considèrent que ce don est spécifique et ne peut pas être décrit sur le modèle du don de sang
- ❖ La cohabitation des 2 systèmes le don anonyme et non anonyme (ce que certains ont appelé le double guichet) n'est une solution qu'en apparence car si les parents peuvent choisir l'anonymat ou non du don , les enfants eux n'auront pas le choix et devront assumer le choix fait par leurs parents.

LA GRATUITE

- ❖ La gratuité n'est souvent qu'apparente
(donneuses relationnelles très probablement payés par les couples receveurs).
- ❖ Le principe de gratuité est mis à mal pour les femmes qui vont à l'étranger, ou les prix dépassent 6000 euros plus le traitement de la donneuse dans certains pays.
- ❖ En France, le don d'ovocyte a été considéré, par la loi, sur le même plan que le don de sperme, ce qui est logique sur le plan du concept mais aberrant sur le plan pratique. (Donner son sperme : geste noble mais techniquement facile, Donner ses ovocytes : geste noble , physiquement très lourd !)

LA GRATUITE

- ❖ 60 % des gynécologues français sont d'accord pour une indemnisation de la donneuse (enquête GEF-BLEFCO-CNGOF-SFG-FNCGM , 2010)
- ❖ 42,5 % à une véritable rétribution (49,8 % parmi les médecins qui pratiquent eux même l'AMP et qui donc connaissent la lourdeur du don).
- ❖ La société américaine de Médecine de Reproduction accepte la notion de compensation en lui fixant des limites
- ❖ Certains pays où l'AMP n'est pas prise en charge par la solidarité nationale proposent une AMP gratuite si la femme partage ses ovocytes (chantage ou indemnisation?)

Les risques du don

- ❖ Pour la donneuse
- ❖ Pour la receveuse ... sujet peu connu
- ❖ Pour les enfants

Risques physiques pour la donneuse, la non indemnisation , non reconnaissance financière de l'effort fourni, droit aux origines pour l'éventuel enfant

Sujet peu connu : les risques de la grossesse pour la receveuse.

Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review (Van Der Hoorn ,2010)

- Review of the literature showed that women who conceived by ED have an increased risk of **pregnancy-induced hypertension** (Serhal and Craft,1989;Blanchette, 1993;Abdalla,1998;Soderstom-Antilla,1988;Salha,1999;Sauer,2001;Klein and Sauer,2002;Scheffer-Mimouni,2002;Wigginsand Main ,2005;Keenan,2007) an increased rate of **Caesarean section deliveries** (Blanchette,1993; Sauer,1996; Abdalla,1998;Soderstrom-Antilla,1998;Yaro,1998,Kavic and Sauer,2001;Klein and Sauer ,2002; Sheffer-Mimouni,2002), an **increased risk of post-partum haemorrhage** (Sheffer-Mimouni,2002), and **an increased risk of first trimester vaginal bleeding** (Pados,1994,Abdalla,1998; Soderstrom-Antilla,1998)

High risks pregnancies even if it does not show an increased complication rate for the fetus or newborn ...

Les grossesses après don d'ovocyte

- Risques obstétricaux liés à des phénomènes d'immuno intolérance à ce fœtus totalement étranger (hypertension artérielle, pré-éclampsie et éclampsie) augmentés quel que soit l'âge de la femme par rapport à des grossesses spontanées ou obtenues par AMP intra conjugales .
- Risque de mort pour les femmes atteintes du syndrome de Turner par dissection aortique,

IN VITRO FERTILIZATION

FERTILITY AND STERILITY®
VOL. 80, NO. 3, SEPTEMBER 2003
Copyright ©2003 American Society for Reproductive Medicine
Published by Elsevier Inc.
Printed on acid-free paper in U.S.A.

Risk of death in pregnancy achieved through oocyte donation in patients with Turner syndrome: a national survey

Megan Freebury Karnis, M.D., Allison Elizabeth Zimon, M.D.,
Sasmira Indru Lalwani, M.D., Lorna Smink Timmreck, M.D., Sigal Klipstein, M.D.,
and Richard Henry Reindollar, M.D.

risk of death from rupture or dissection of the aorta in pregnancy may be 2% or higher

- Un « traitement » à haut risque est-il éthique ?

Les enfants du don d'ovocyte

- Rares études sur les femmes enceintes et les enfants nés après don d'ovocytes.
- Grossesses sereines (grâce au « déni » de la stérilité), des relations parents—enfants de bonne qualité, un développement socio-émotionnel des enfants normal, et des parents satisfaits
- Limites méthodologiques : utilisation d'auto-questionnaires, faibles effectifs

L'avenir ?

Le désir de plus en plus tardif d'enfant ,la chute de la fertilité avec l'âge, l'inefficacité de l' AMP intraconjugale ,
les difficultés ou le refus du don d'ovocyte

Tout se conjuguepour que se pose la question de la préservation de la fertilité (*d'indication dite non médicale ou sociétale...*)

AGE banking....

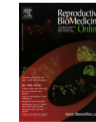
(*Préservation liée à l' age*)

Reproductive BioMedicine Online (2014) 28, 548–551



ELSEVIER

www.sciencedirect.com
www.rbmonline.com



COMMENTARY

Oocyte banking for anticipated gamete exhaustion (AGE) is a preventive intervention, neither social nor nonmedical



Dominic Stoop ^{a,*}, Fulco van der Veen ^b, Michel Deneyer ^c,
Julie Nekkebroeck ^a, Herman Tournaye ^a

- Congeler à 20 ans un fragment de cortex ovarien ?

En cancérologie mais ... greffe quand on rencontre l'homme de sa vie à 40 ,50 ou 60 ans

Résultats actuels trop limités

Depuis les années 2000, la vitrification ovocytaire se développe dans le monde

- 2011 :la vitrification ovocytaire est autorisée en France
- 2016 l'autoconservation n'est plus un mythe

En France, les lois de Bioéthique, de 2004 et 2011 (décret d'application du 22 décembre 2006), prévoient qu'« en vue d'une réalisation d'aide médicale à la procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinale [...] lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée ».

2016 ,en pratique ...

Chez l'homme

- **Préservation avant traitement potentiellement stérilisant**
- **Préservation avant vasectomie**
- Préservation avant AMP en cas de « panne » ou de risque d'absence le jour J
- Préservation si OAT extrême « au cas où et/ou pour l'avenir si le sperme se détériorait »

Chez la femme

- **Préservation avant traitement potentiellement stérilisant**
- etsi fertilité menacée (famille de ménopause précoce , endométriose)
(ABM FFER 2012/ responsabilité de chaque praticien)

Dans le monde ? Ce n'est plus de la fiction...

Human Reproduction, Vol.36, No.3 pp. 455-461, 2011
A Special Access publication on January 5, 2011 doi:10.1093/humrep/daq367

human reproduction ORIGINAL ARTICLE *Psychology and counselling*

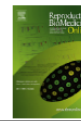
A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age

D. Stoop*, J. Nelkebroeck, and P. Devroey

Centre for Reproductive Medicine, Universitair Ziekenhuis Brussel, Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan 101, B-1090 Brussels, Belgium

*Correspondence address. Email: dominic.stoop@uzbrussel.be

Submitted on September 14, 2010; resubmitted on November 19, 2010; accepted on November 30, 2010



SYMPOSIUM: OOCYTE CRYOPRESERVATION
REVIEW

Social egg freezing: the prospect of reproductive 'immortality' or a dangerous delusion?

Gillian M Lockwood

Midland Fertility Services, Aldridge, W59 8LT, UK
E-mail address: Gillian.lockwood@midlandfertility.com



Gillian Lockwood, MRCOG, DPhil, MA (Oxon) is Medical Director of Midland Fertility Services. She has published widely on all aspects of fertility, and lectures and broadcasts on ethical and social issues in reproductive medicine. She qualified in medicine from Oxford in 1986 and subsequently trained in reproductive medicine and IVF. She is the vice-chair of the Royal College of Obstetrician and Gynaecologist's Ethics Committee and a spokesperson on ethics for the British Fertility Society. In 2004 she became a special advisor to the Select Committee on Science and Technology which undertook a review of the Human Fertilisation and Embryology Act.

g.en.e.r.a.
Fertility preservation for social reasons

Social egg freezing

1. Increasing trend in delaying marriage
2. Higher levels of educational attainment
3. Need for economic independence
4. Replaces the tick of the *biological* clock
5. Mass Media influence...

Time to come in from the cold
Gillian Lockwood, 2009

Rieni ESHRE 2011

The status of oocyte cryopreservation in the United States

Briana Rudick, M.D., Neisha Oppen, M.P.H., Richard Paulson, M.D., Kristin Bendikson, M.D., and Karine Chung, M.D., M.S.C.E.

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, University of Southern California, Los Angeles, California

Middle East Fertility Society Journal (2012) 17, 8-11



Middle East Fertility Society
Middle East Fertility Society Journal

www.mefsjournal.org
www.sciencedirect.com



OPINION ARTICLE

Oocyte cryopreservation, will it be a real social choice and family solution?

Hossam Hassan Soliman, Amir Afshin Khaki, Tahani Al-Azawi, Safaa Al-Hasani *

clínica eugin

HOME INFORMATION PROGRAM TALKS SPEAKERS REGISTRATIC

Barcelona, Spain
February 1st
2013

1st INTERNATIONAL SYMPOSIUM
ON
SOCIAL EGG FREEZING

FAMILY PLANNING THROUGH OOCYTE FREEZING



ORIGINAL ARTICLE: ASSISTED REPRODUCTION

Outcome of cryotransfer of embryos developed from vitrified oocytes: double vitrification has no impact on delivery rates

Cobo, Ph.D., Damià Castellò, Ph.D., Begoña Vallejo, M.L.T., Carmela Albert, Ph.D., María de los Santos, Ph.D., and José Remohí, M.D.
alencia, Institut Universitari IVI, Valencia, Spain

Aux USA :64 % des congélations réalisées le sont dans le cadre dit du confort ,18% au cours des tentatives de FIV et seulement 18 % dans le cadre d'un traitement anti cancéreux.

« L'assurance procréative »

La société française ne peut plus éviter la réflexion en 2016

Pour

- ❖ *Le recul de l'âge du désir d'enfant et la chute de la fertilité avec l'âge
- *L'allongement de la durée de la vie
- *L'autorisation de la vitrification
- *La pénurie du don d'ovocytes
- *L'échec des campagnes d'information sur la chute de la fertilité
- *La liberté individuelle
- *L'égalité homme femme
- *Mieux valent ses propres ovocytes que ceux d'une autre femme ... Génétique ? Le don d'ovocyte est source de complications obstétricales

Contre

- *Le cout et l'éventuelle inégalité sociale
- *Les risques de la stimulation de l'ovulation puis de la ponction (Bodri, 2008, < 1 %)
- *Faux espoir ? La non garantie de succès (nombre d'ovocytes conservés limité)
- **Ne risque t on pas d'encourager encore plus les grossesses tardives qui sont à **risques** pour la femme pour le bébé pour l'enfant ?



On ne peut plus éviter la réflexion CNGOF ,CCNE ,Académie de médecine ...

Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation

de succès

Ana Cobo, Ph.D.,^a Juan A. García-Velasco, M.D.,^b Aila Coello, Ph.D.,^a Javier Domingo, M.D.,^c Antonio Pellicer, M.D.,^d and José Remohí, M.D.^a

^a IVI-Valencia, Institut Universitari IVI, Valencia; ^b IVI-Madrid, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid; ^c IVI-Las Palmas, Las Palmas; and ^d IVI Foundation, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Spain

- ❖ 1468 femmes ayant fait une préservation de la fertilité (PF) pour age (n=1382) ou raison médicale hors cancer (n=86) de janvier 2007 à avril 2015
- ❖ Age moyen PF pour age 37.7 ans vs. 35.7 pour raisons médicales
- ❖ 137 femmes ont utilisés leurs ovocytes (9.3%) lors de 191 cycles ,age moyen de 39,2 ans après une durée de conservation moyenne de 2,1 ans
- ❖ **Taux de grossesse évolutive (>12 SA):** **27,0% / femme**
25% / cycle

Taux de naissance
Cumulatif selon le
nombre d'ovocyte
et l' age

≤35 years old		≥36 years old	
N°oocytes	CLBR (IC95%)	N°oocytes	CLBR (95% CI)
5	15,4 (-4.2-35.0)	5	5,1 (-0.6-10.7)
8	40.8 (13.2-68.4)	8	19,9 (8.7-31.1)
9	50,6 (31.6-79.6)	9	25.8 (12.7-38.9)
10	60,5 (34.5-89.5)	10	29,7 (15.2-34.2)
15	85,2 (60.5-100)	11	35,6 (18.4-52.8)

Kaplan-Meier plotting of the cumulative live birth rates (CLBR) of at least one baby, depending on the total number of consumed oocytes and categorized by age (≤35 y and ≥36 y). Overall comparisons: log rank (Mantel-Cox); $P=.003$; Tarone-Ware; $P=.011$. The table shows the CLBRs and 95% confidence intervals (CI) when 5–15 oocytes were consumed, according to age.

Les risques des grossesses tardives ...

- 40-45 ans: la plupart des femmes peuvent espérer une grossesse normale et une issue favorable
- 45-50 ans : nette augmentation des complications :HTA, diabete , césariennes, mortalité périnatale
- >50 ans grossesses à très haut risque

Le risque de mort maternelle est 3 fois plus élevé à 35 / 39 ans qu'à 20 ans, 5 à 6 fois plus à 40 / 44 ans et 15 fois plus au delà de 45 ans

Tableau 2 Effectifs des décès maternels, répartition en % et taux pour 100 000 naissances vivantes par groupes d'âges, France, 2001-2003 et 2004-2006 / Table 2 Number of maternal deaths, percentage of maternal deaths by age group and maternal mortality ratios per 100,000 live births, France, 2001-2003 and 2004-2006

Âge (ans)	Effectifs		Répartition en %		Taux pour 100 000 naissances vivantes (IC)	
	2001-2003	2004-2006	2001-2003	2004-2006	2001-2003	2004-2006
< 20	7	7	2,8	3,3	12,8 [5,2 ; 26,4]	13,1 [5,3 ; 27,1]
20-24	27	15	10,8	7,0	7,9 [5,2 ; 11,5]	4,3 [2,4 ; 7,2]
25-29	30	47	12,0	22,1	9 [2,6 ; 5,5]	6,2 [4,7 ; 8,4]
30-34	80	55	32,0	25,8	10,2 [8,1 ; 12,8]	6,9 [5,2 ; 8,9]
35-39	72	54	28,8	25,4	20,2 [15,8 ; 26,5]	14,0 [10,5 ; 18,3]
40-44	26	31	10,4	14,6	32,9 [21,5 ; 48,3]	34,2 [23,2 ; 48,5]
≥ 45 ans	8	4	3,2	1,9	201,5 [86,8 ; 396,2]	80,8 [16,5 ; 159,9]
Tous âges	250	213	100,0	100,0	10,4 [9,2 ; 11,8]	8,7 [7,6 ; 9,9]

Source : Inserm Unité 953



Avoir un enfant à l'âge d'être grand mère ?

- Quelles conséquences individuelles et sociétales?
- Quelles conséquences à long terme sur l'enfant ?
de données

pas

cf les pères agés

*Effet cognitif démontré sur les rats et les conscrits (Auroux , 2000)

* Effets psychologiques :dans l'enfance tout va bien mais tout se gâte à l'adolescence

Mais cela concerne les pères vraiment agés (>50 ans)

**«Ce n 'est pas la vie qui est prolongée c'est la
vieillesse»**

F Queré



Aspects éthiques

- Il serait juste et équitable que la technique d'autoconservation ovocytaire soit potentiellement offerte à toutes les femmes, quel que soit leur statut professionnel, social, financier ou géographique.
- Une telle éventualité n'entraînerait probablement pas, et de loin, que toutes les femmes y aient recours.

(INSEE 2016: 76 % des naissances en 2015 provenaient de mères < 35 ans...)

Comment l'autoriser sans l'encourager ?

Aspects financiers

- Les mutations de la société doivent-elles être prises en charge par l'Assurance Maladie ?
- Problème spécifique français... réponse américaine ...
- L'autoconservation évitera des prises en charge coûteuses et inefficaces ...
- Si l'AMP est prise en charge (ex France) il serait logique de prendre en charge jusqu'à 43 ans l'ICSI avec les ovocytes congelés jeunes plutôt qu'avec les ovocytes de 40 ans (cost effectiveness)

Baby budgeting: oocyte cryopreservation in women delaying reproduction can reduce cost per

SD 18 Search Results - AUTH x ac.els-cdn.com/S0015028: x Google x

ac.els-cdn.com/S0015028215001594/1-s2.0-S0015028215001594-main.pdf?_tid=690f1e8c-f00b-11e4-904c-00000aacb361&acdnat=1430489432_ff2e964fa4d6e1d0ed3d

Applications Sites suggérés Galerie de composa... Hotmail W Dictionnaire Françai... Gmail - Boîte de réc... Google http--promptomail Jet tours - Agence d... Autres favoris

Kate Devine, M.D.,^a Sunni L. Mumford, Ph.D.,^b Kara N. Goldman, M.D.,^c Brooke Hodes-Wertz, M.D., M.P.H.,^c Sarah Druckenmiller, B.S.,^c Anthony M. Propst, M.D.,^d and Nicole Noyes, M.D.^c

^a Program in Reproductive and Adult Endocrinology and ^b Epidemiology Branch, Division of Intramural Population Health Research, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health; ^c New York University School of Medicine, New York, New York; and ^d Texas Fertility Center, Austin, Texas

Objective: To determine whether oocyte cryopreservation for deferred reproduction is cost-effective per live birth using a model constructed from a randomized clinical trial.

Design: Decision-tree mathematical model with sensitivity analyses.

Setting: Not applicable.

Participants: Simulation on oocyte cryopreservation was limited to women planning childbearing until age 40 years.

Intervention(s): Not applicable.

Main Outcome Measure(s): Cost per live birth.

Results: Our primary model predicted that oocyte cryopreservation at age 35 years by women planning to defer pregnancy attempts until age 40 years would reduce the cost per live birth from \$39,946 to \$39,046 and increase the odds of live birth from 2.0% to 2.1% by the end of the model, indicating that oocyte cryopreservation is a cost-effective strategy relative to foregoing in vitro fertilization-assisted reproductive technology (ART) was added at age 40 years, before thawing oocytes. 74% obtained a live birth, and cost per live birth increased to \$1,087 if ovocyte sensitivity analyses demonstrated that oocyte cryopreservation was most cost-effective as long as performed before age 38 years, and more than 89% of those women not obtaining a spontaneous live birth returned to thaw oocytes.

Conclusion(s): In women who plan to delay childbearing until age 40 years, oocyte cryopreservation before 38 years of age reduces the cost to obtain a live birth. (Fertil Steril® 2015; ■: ■-■. ©2015 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Oocyte cryopreservation, vitrification, fertility preservation, cost analysis, ART

Supplemental digital content is available for this article. Direct URL citations appear in the text and any supplemental digital content is available in the HTML text. For more information on accessing supplemental digital content, please see the Instructions for Authors on the journal website.

Received October 8, 2014; revised January 24, 2015; accepted February 16, 2015.
K.D. has nothing to disclose. S.L.M. has nothing to disclose. K.N.G. has nothing to disclose. B.H.-W. has nothing to disclose. S.D. has nothing to disclose. A.M.P. has nothing to disclose. N.N. has nothing to disclose.

The opinions and assertions contained in this article are the expressed views of the authors and are not necessarily endorsed by the Department of Health and Human Services, Texas Fertility Center, or the National Institutes of Health. This research was supported by the National Institutes of Health, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.

Correspondence: Kate Devine, M.D., 10 Center Drive, MSC 1109, room 1-3140, Bethesda, Maryland 20892-1109 (E-mail: kate.devine@nih.gov).

© 2015 American Society for Reproductive Medicine. All rights reserved. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.02.011

Use your smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article.

* Download a free QR code scanner by searching for "QR scanner" in your smartphone's app store or app marketplace.

In recent years, there has been an increase in the number of women delaying childbirth for educational, professional, and personal pursuits (1). The Organization for Economic Cooperation and Development recently reported that among member countries, 27.8 years was the average age of first birth. This statistic has risen steadily since the 1970s (2). (The U.S. fertility rate is now the lowest ever

Simulation du cout et de l'efficacité de 3 stratégies pour une femme qui souhaite reporter sa maternité à 40 ans

N° 1 cryoconserver au moins 16 ovocytes matures à 35 ans , à 40 ans essayer spontanément 6 mois et si échec 2 FIV avec les ovocytes congelés

N° 2 essais spontanés puis 2 FIV avec ovocytes frais si échec FIV avec ovocytes congelés

N° 3 pas d'autoconservation ,6 mois essais puis FIV avec ovocytes frais

Stratégie N° 1 cout de la naissance vivante 39 946 \$, 62 % de chance d'obtenir une naissance vivante (la plus cout efficace)

Stratégie N° 2 1 887 \$ et 74 %

Stratégie N° 3 55 060 et 42 %

ac.els-cdn.com/S0015028215001594/1-s2.0-S0015028215001594-main.pdf?_tid=690f1e8c-f00b-11e4-904c-00000aacb361&acdnat=1430489432_ff2e964fa4d6e1d0ed3d

FR 97% 16:17



Traitements de fertilité

Conservation d'ovocytes

Enregistrer ovocytes

Unités FIV sont autorisés à garder les embryons

La Fécondation In-Vitro - FIV

Don de sperme

Le processus de conservation d'ovocytes (également connu en tant que "congélation de gamètes féminins") est destiné à maintenir la possibilité de femmes d'être enceintes à l'avenir (grâce à une [Fécondation In Vitro \(FIV\)](#)). Au cours de la procédure, des ovocytes sont prélevés du corps de la femme et sont maintenus en état de congélation.

La conservation d'ovocytes est permise à des femmes dans les circonstances ou les situations suivantes:

Préservation de la fertilité pour des raisons médicales

La conservation d'ovocytes est permise à des femmes dans les circonstances ou les situations suivantes:

Préservation de la fertilité pour des raisons médicales

- Traitements de fertilité que la femme / le couple subit....; endométriose
- Danger accru de ménopause précoce dû à l'une des causes suivantes:

Préservation de la fertilité pour des raisons non médicales

La préservation de la fertilité pour des raisons non médicales, **pour des femmes de plus de 30 ans, et de moins de 41 ans...**

Où peut-on réaliser le processus?

Le processus ne peut être réalisé que **dans les [Unités de Fécondation In Vitro \(FIV\) ayant obtenu une autorisation du Ministère de la Santé.](#)**

Financement de la procédure

- **Préservation de la fertilité pour des raisons médicales** – . Dns ces cas uniquement, la Koupat Holim (caisse maladie) financera la procédure, médicaments inclus.
- **Préservation de la fertilité pour des raisons non médicales** – financée par la femme de manière privée

Aspect bénéfique : impact sur le don d'ovocyte

- ❖ En cas d'infertilité à la quarantaine, les femmes ayant réalisé une autoconservation de leurs gamètes n'auraient pas besoin de solliciter un don, réduisant ainsi l'écart entre l'offre et la demande.
- ❖
 - Si ces femmes ayant réalisé une autoconservation, ne souhaitaient plus utiliser leurs ovocytes congelés et conservés (grossesse spontanée, âge limite dépassé, désir de maternité disparu), elles pourraient y renoncer officiellement augmentant ainsi le nombre d'ovocytes disponibles destinés au don.
- ❖ Pour respecter le principe d'autonomie, il conviendrait d'obtenir, dès le moment de l'autoconservation, l'accord explicite (le consentement réellement éclairé) de l'intéressée acceptant qu'on utilise ses ovocytes pour le don dès lors qu'ils ne lui seraient plus utiles ou qu'elle n'en pourrait plus faire usage.



Paris, le 12 décembre 2012

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

L'autoconservation sociétale des ovocytes :

la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

La récente maîtrise de la conservation ovocytaire par le procédé de vitrification amène à envisager son application à l'autoconservation. Plusieurs arguments plaident en faveur de l'autoconservation ovocytaire :

- L'autoconservation d'ovocytes constitue un progrès médical car elle est, avec le don d'ovocytes, la seule méthode de traitement de l'infertilité réellement efficace à 40 ans et plus. Elle permet aux couples d'utiliser leur propre capital génétique, ce qui n'est pas le cas du don d'ovocytes qui souffre d'une réelle pénurie en France nécessitant le recours, pour de nombreuses femmes, à des centres étrangers.
- Elle est autorisée par la loi de bioéthique de juillet 2011 pour raison médicale. Sa pratique est devenue courante lorsque la fertilité est menacée par un traitement stérilisant (en cas de cancer).
- L'âge de la maternité ne cesse de reculer et les femmes qui consultent pour infertilité sont, elles aussi, de plus en plus âgées.
- L'autoconservation de convenance est possible pour les hommes. Il n'y a pas de raison particulière pour que cela ne soit pas autorisé aux femmes.
- Il ne serait pas admissible, comme la loi le prévoit pourtant, de limiter la possibilité d'autoconservation aux seules femmes qui accepteraient de donner une partie de leurs ovocytes. Un tel chantage nous paraît éthiquement inacceptable.

- De nombreux pays acceptent la conservation d'ovocytes dans le cadre de la convenance. La société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) vient de rendre un avis favorable

Le CNGOF est conscient des problèmes soulevés par cette technique :

- Risque d'encourager les grossesses tardives.
Les risques des grossesses tardives sont réels pour la mère et l'enfant : ils augmentent dès 40 ans et sont franchement majorés après 45 ans.
- Risque de donner de faux espoirs aux femmes. Une récente étude étrangère souligne que, dans le meilleur des cas, le taux de naissances est de 62 %. Le déclin du taux de succès de l'AMP s'amorce dès 35 ans et s'accroît à partir de 37 ans. Il faudrait donc réaliser la conservation avant 35 ans pour un maximum d'efficacité. L'âge limite à partir duquel l'autoconservation rendrait illusoire les chances de grossesse doit cependant encore être déterminé par un groupe de travail.
- Problème du financement (qui toutefois éviterait à l'assurance maladie des prises en charge inefficaces de l'infertilité).

Le Conseil d'Administration du CNGOF, soucieux de la vie des femmes et de leur santé reproductive, s'est majoritairement prononcé en faveur de la conservation sociétale. Un groupe de travail doit encore faire le point pour situer l'âge limite jusqu'auquel il serait acceptable qu'une grossesse puisse être induite par ce procédé. En effet, il ne serait pas raisonnable de ne pas fixer de limite en raison de l'augmentation importante des risques gravidiques liés à l'augmentation de l'âge maternel.

En conclusion le CNGOF est favorable à l'autorisation de l'autoconservation ovocytaire sociétale. Il rappelle qu'il est indispensable que les femmes soient dûment informées de la chute de la fertilité avec l'âge, des risques des grossesses tardives pour elles-mêmes et leurs enfants à naître, ainsi que des chances incertaines de réussite de l'autoconservation.

Service de presse et de communication :

CNGOF les limites

Âge de conservation (2 points adoptés avec une très grande majorité lors du CA du 29 mars 2013):

- L'autoconservation est optimale avant 35 ans, possible jusqu'à 39 ans (selon la réserve ovarienne) mais les femmes doivent être informées qu'au delà de 35 ans les chances d'obtenir ultérieurement une grossesse diminuent notablement.
- Il n'est pas souhaitable de faire une autoconservation avant l'âge de 30 ans sauf indication médicale avérée

- **Age limite pour reprendre ses ovocytes**

(très longue discussion, CA du 29 mars et du 7 juin 2013)

Optimal avant 45 ans, éventuellement possible entre 45 et 50 ans sous réserve que l'état de santé de la femme ne soit pas incompatible avec le bon déroulement d'une grossesse et que la femme soit dument informée des risques tant pour elle que pour l'enfant.

Le CCNE

- Questions du 1^{er} groupe de travail (2012/2013) :
 - *Lutter contre les conséquences du vieillissement est-il éthique?
 - *L'autoconservation est-elle une prévention?
 - *Peut-on l'autoriser sans l'encourager tout en informant toutes les femmes de cette possibilité faute de quoi elles n'auraient pas toutes les mêmes chances ?
- Semblait plutôt favorable...*(nous ne voyons aucune raison d'interdire cette pratique, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il faille l'encourager* André Conte Sponville (CCNE 01/2013)
- *Les débats sur la « PMA pour les couples homosexuels puis sur la fin de vie sont venus tout perturber*

Conclusions (1)

- La préservation ovocytaire réduirait les demandes de don d'ovocyte, augmenterait l'offre ,et permettrait probablement des grossesses plus faciles que les grossesses après don mais n'est toujours pas autorisée en France (sauf pour les donneuses d'ovocyte sans enfants)
- Les françaises qui se rendent à l'étranger payent mais ont plus de chance de succès que celles qui attendent 1 à 2 ans en France

Quelle éthique ?



Conclusions 2

- **Des lois variables dans chaque pays obligent à s'interroger sur leurs raisons d'être.**
- Pourquoi un couple d'homosexuelles peuvent-elles avoir un enfant en Belgique et non en France ?
- Pourquoi dans des conditions bien définies une femme qui naît avec des ovaires mais sans utérus peut-elle avoir un enfant en Angleterre et non en France ?
- Pourquoi une femme peut-elle recevoir les ovocytes de sa sœur en Belgique et non en France (alors que les chromosomes qu'elle reçoit sont alors ceux de ses propres parents, ceux qu'elle aurait pu avoir) ?
- **Ces interrogations sont sources du malaise français.**
- Quelle est la valeur d'une loi qui n'est vraie que d'un côté de la frontière ? Elle n'est basée que sur des croyances sans fondements scientifiques, elle ne peut pas être acceptée par tous, encore moins être respectée !
- Le don d'ovocyte, l'autoconservation ovocytaire sont des sujets de réflexions où l'éthique de chaque pays amène à des conclusions différentes, ce qui remet en cause la valeur de chacune et n'est plus compatible à l'ère des communications modernes.