



FEDERATION FRANÇAISE DES CECOS

**Conservation des ovocytes pour
convenance personnelle : point de vue
de la Fédération Française des CECOS**

Janvier2013



FEDERATION FRANÇAISE DES CECOS

Contacts

Président

Pr L. BUJAN
CECOS Midi Pyrénées
Groupe de Recherche en Fertilité
Humaine
CHU Paule de Viguier TSA 70034
31059 TOULOUSE Cedex 09
Tél 05 67 77 14 35
Fax 05 67 77 10 49
bujan.l@chu-toulouse.fr

Vice-présidents

Dr J. M. RIGOT
CECOS Lille
Hôpital Calmette
59037 LILLE Cedex
Tél 03 20 44 66 33
Fax 03 20 44 69 48
jm-rigot@chru-lille.fr

Pr D. LE LANNOU
CECOS de l'Ouest
Hôpital Sud 16 Bd de Bulgarie
35000 RENNES
Tel 02 99 26 59 11
Fax 02 99 26 59 12
dominique.lelannou@chu-rennes.fr

Trésorière

Dr E. SZERMAN
CECOS Caen
CHU Côte de Nacre
BP 95182
14033 CAEN Cedex 9
Tél 02 31 06 45 06
Fax 02 31 06 45 08
szerman-e@chu-caen.fr

Secrétaire Général

Dr F. EUSTACHE
CECOS Paris Jean Verdier
CHU Jean Verdier
93140 BONDY Cedex
Tél. 01 48 02 58 72
Fax 01 48 02 58 64
florence.eustache@jvr.aphp.fr

Secrétaire Général Adjointe

Dr S. MIRALLIE
CECOS de Nantes
Hôpital Mère-Enfant CHU Nantes
38, Bd jean Monnet
44093 Nantes cedex 01
Tél: 02.40.08.32.40
Fax : 02.40.08.32.28
sophie.mirallie@chu-nantes.fr

Conservation des ovocytes pour convenance personnelle : point de vue de la Fédération Française des CECOS

Depuis le début des années 1970, les méthodes de congélation de spermatozoïdes ont permis à des milliers d'hommes de préserver leur fertilité lorsqu'ils se trouvaient en situation à risque de devenir infertiles, du fait d'un traitement toxique pour la spermatogenèse (par exemple les radiothérapies ou chimiothérapies dans le traitement du cancer) ou de tout autre acte médical ou chirurgical comportant un risque pour la fertilité. Ces conservations de spermatozoïdes répondaient à une demande médicale en accord avec la loi qui pose avant toute AMP la nécessité d'une indication médicale. Elles n'ont jamais répondu, sauf exception anecdotique, à des demandes de convenance personnelle.(1)

Très récemment de grands progrès ont été réalisés dans les techniques de congélation d'ovocytes, et leur vitrification permet aujourd'hui d'envisager efficacement la prévention de l'infertilité féminine. Tout comme chez l'homme, la conservation des ovocytes trouve tout naturellement sa place, à côté de la conservation du tissu ovarien, chez les patientes jeunes confrontées au risque d'infertilité suite à un traitement toxique pour la fonction ovarienne comme la radiothérapie ou la chimiothérapie. Il s'agit d'une indication médicale, et sa pratique, comme celle de la conservation de spermatozoïdes ou de tissu germinal (ovaire ou testicule) est autorisée depuis la loi de bioéthique de 2011.

Mais est-il envisageable d'élargir les indications de conservation d'ovocytes pour des raisons non plus médicales mais sociétales, dites de convenance personnelle ?

La loi de Bioéthique a déjà fait une avancée dans cette direction en permettant à toute donneuse d'ovocyte, sans enfant, de conserver une partie de ses ovocytes pour elle-même. Cette disposition a été pour certains mise en place au cas où la donneuse n'ayant pas procréé présenterait suite à son don un problème de stérilité. Pour d'autres, cette disposition avait pour objectif d'augmenter le nombre de donneuses en leur assurant une compensation en nature. Quoiqu'il en soit, cet article de la loi, qui n'est pas encore entré en pratique, dans l'attente de son décret d'application, est déjà le sujet de nombreuses critiques : certains le jugent trop permissif, en arguant qu'il n'y a aucune justification médicale à proposer cette autoconservation d'ovocytes chez les donneuses, et que cette possibilité de conservation, pour soi, est davantage du domaine d'une indemnisation cachée, dans le but (non démontré) d'augmenter le recrutement des donneuses. D'autres le jugent trop restrictif, en imposant une limitation des possibilités de conservation aux seules femmes qui accepteraient de donner une partie de leurs ovocytes. Cette proposition peut paraître comme étant un chantage. Indemnisation en vue d'un don d'ovocyte ou chantage en vue d'une conservation d'ovocytes pour la donneuse elle-même, semblent dans tous les cas des propositions éthiquement très discutables.

Si le risque d'infertilité secondaire à un traitement stérilisant est une indication indiscutable de la conservation d'ovocytes, il existe une autre forme d'infertilité secondaire que l'on ne peut ignorer, et qui, bien que naturelle, va concerner un grand nombre de femmes, c'est l'infertilité physiologique liée à l'âge. Toutes les études ont montré la baisse de la fertilité liée à l'âge, déjà visible dès 35 ans, mais qui devient très marquée au-delà de la quarantième année. Le concept de préservation de la fertilité chez une femme jeune par conservation de ses ovocytes devient donc un sujet d'actualité, d'autant que toutes les études épidémiologiques montrent que l'âge de la première maternité ne cesse de reculer (de 24 ans dans les années 70 à 28 ans dans les années 2010, rapport INSEE 2012 (2)). La conservation des ovocytes chez les femmes jeunes leur permettrait de conserver leur possibilité de grossesse plus tardivement. Cette

conservation d'ovocytes accessible à tous sort du champ de l'indication médicale *stricto sensu*, pour devenir une indication sociétale. La femme, pour des raisons de convenance personnelle, liée à des raisons professionnelles ou psychosociologiques pourra retarder la survenue de sa grossesse, jusqu'à un âge tardif, bien au-delà de 40 ans.

Cette possibilité, de conservation pour convenance personnelle, pose un grand nombre de questionnements et il est difficile aujourd'hui de mesurer les conséquences d'une telle pratique sur la société.

Les arguments pour cette pratique sont évidents : éviter à une femme de se retrouver en situation d'infertilité, situation toujours vécue de manière traumatisante : ne pas pouvoir avoir l'enfant que l'on désire.

Mais cette seule affirmation ne saurait masquer toutes les réserves qu'elle suscite :

- **Médicalisation excessive de la procréation**

Toutes les jeunes femmes atteignant la trentaine (âge à définir) et n'ayant toujours pas d'enfant pourraient conserver leurs ovocytes sans indication médicale, mais il est évident que seulement une faible partie d'entre elles (1-5% ?) seront dans la nécessité de les réutiliser. Ainsi une majorité de femmes devraient subir inutilement les traitements agressifs d'une stimulation de l'ovulation et d'une ponction d'ovaire (traitements classiques de FIV avec incidents et effets indésirables en rapport).

- **Favoriser les grossesses tardives**

Cette conservation d'ovocytes chez les femmes jeunes risque d'encourager les grossesses tardives, avec les complications bien connues pour la mère et l'enfant au-delà de 45 ans.

- **Coût d'une telle mesure**

Il sera important de prendre en compte le coût d'une conservation d'ovocytes : bilans préalables nécessaires, stimulation hormonale, ponction des ovaires, préparation des ovocytes et congélation auquel viendra se rajouter le coût annuel de la conservation. Rappelons qu'une telle pratique reviendrait à environ 3000 euros.

En fonction du nombre de femmes qui voudraient recourir à cette méthode le coût de la mesure peut être très important pour la société si une prise en charge est envisagée. Prise en charge par la solidarité nationale ou non, un nouveau marché économique serait créé.

Enfin pour les cas où la femme désire utiliser ses ovocytes il faudra inclure le coût de la mise en fécondation et du transfert d'embryon.

- **Problème de l'égalité d'accès aux soins**

Cette conservation d'ovocytes, qui sortirait du champ médical, poserait la question de sa prise en charge. Est-ce le rôle de la Société, via l'Assurance Maladie de couvrir cette pratique qui ne répond pas à une indication médicale? Ou bien doit-on laisser cette prise en charge aux patientes elles même, mais dans ces conditions il est évident que ceci créerait une inégalité d'accès aux soins, puisque seules les plus aisées financièrement pourraient se le permettre ?

- **Efficacité de l'autoconservation d'ovocytes**

Aucune technique ne peut garantir avec certitude l'obtention d'une grossesse. Une étude récente a montré qu'il fallait au moins 8 ovocytes vitrifiés pour obtenir un taux de naissances de 46% : en clair 8 ovocytes pour qu'une femme sur 2 ait un enfant. En dessous de ce nombre, le taux de naissances chute de manière importante (3). Cette efficacité sera à mettre en rapport avec le risque médical si cette pratique est réalisée chez de nombreuses femmes ainsi qu'avec le coût d'une telle activité.

Et pourtant

La baisse de la fertilité liée à l'âge est variable d'une patiente à l'autre, certaines conservant une bonne fertilité au-delà de 40 ans, alors que d'autres sont déjà en insuffisance ovarienne dès l'âge de 30 ans. Des études récentes ont montré que le dosage de l'AMH, qui est fortement corrélée à la réserve ovarienne, pourrait prédire les difficultés futures pour avoir un enfant, et ces résultats pourraient nous conduire à définir des populations de femmes à risque pour qui l'autoconservation d'ovocytes deviendrait une réelle indication médicale (4). Cependant aujourd'hui ces critères sont probablement insuffisants car ils nous informeraient tardivement de l'utilité d'une conservation d'ovocytes, la diminution de la réserve ovarienne étant déjà présente.

D'autres études sont encore absolument nécessaires pour définir des critères précoces prédictifs de l'insuffisance ovarienne. Le véritable défi scientifique et médical se situe à ce niveau. Identifier en amont la survenue d'une insuffisance ovarienne permettrait de poser réellement l'indication de la préservation de la fertilité féminine.

Il est également très important de rechercher les causes de ces insuffisances ovariennes précoces dont certaines pourraient être dues à des expositions environnementales / mode de vie.

CONCLUSIONS

L'autoconservation d'ovocytes pour toutes semble prématurée et non pertinente à ce jour. Une analyse de J. Hirshfeld-Cytron, sur un modèle de patientes âgées de 25 ans et qui désireraient un enfant seulement à 40 ans, a conclu que cette technique n'était pas du tout justifiée chez les femmes jeunes en bonne santé, avec un coût financier important pour la société (5).

Les moyens doivent, en premier lieu, être mis dans la recherche afin de définir au mieux les populations à risque d'insuffisance ovarienne prématurée, avant de proposer cette technique. Ainsi cette conservation des ovocytes sera mise en place à bon escient dans ces populations à risque de stérilité précoce. Les critères d'innocuité et de bienfaisance ainsi que d'équité pourraient être mieux respectés dans ces indications précises.

Par ailleurs, il est de la responsabilité de chacun et, particulièrement dans ce cas, du corps médical, d'être attentif au message qui peut être perçu par la société. Une conservation des ovocytes pour convenance personnelle pourrait entretenir l'illusion que les limites d'âge pour procréer sont grandement éloignées et que la science peut tout. Malheureusement, la réalité quotidienne montre qu'il n'en est rien et que de nombreux couples n'ont toujours pas d'enfants malgré les progrès en médecine de la reproduction (6,7). Favoriser la grossesse chez les femmes jeunes est également une alternative qui a déjà fait la preuve de son efficacité.

Enfin, la Fédération des CECOS suggère que soit mise en place, en France, une vraie politique de recherche en reproduction humaine. Ce n'est que grâce aux progrès scientifiques que les pouvoirs publics pourraient initier des plans de santé publique dans ce domaine et notamment agir sur la prévention de l'infertilité, l'amélioration de sa prise en charge médicale et la préservation de la fertilité chez la femme et chez l'homme.

Notes :

(1)

- Certaines conservations de spermatozoïdes ont été réalisées avant vasectomie, en particulier avant les années 2000, période pendant laquelle cette technique n'était pas « officiellement » autorisée. L'indication de vasectomie était le plus souvent posée chez un couple qui avait déjà eu des enfants, et qui n'en désiraient plus, et chez qui l'utilisation d'une contraception était contre-indiquée chez la femme. Les urologues pratiquant cette intervention souhaitaient atténuer son caractère irréversible en proposant systématiquement une autoconservation de sperme, au cas où le couple changeait d'avis ultérieurement.
- Les autoconservations de sperme sont aujourd'hui rarement proposées à des couples qui sont dans un parcours d'Assistance Médicale à la procréation, et dont l'homme a peur de se retrouver en situation d'échec de prélèvement de sperme le jour de l'insémination ou de la ponction d'ovocytes chez sa conjointe ou parfois lorsque le nombre de spermatozoïde est si faible que l'équipe médicale craint que le jour de la ponction des ovocytes, chez sa conjointe en vue de fécondation in vitro, l'homme ne puisse plus avoir de spermatozoïdes.
- Il est difficile dans ces deux cas de parler de conservation de convenance personnelle.

(2) Rapport de l'INSEE 2012 : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419#inter1

(3) L. Rienzi et al. Consistent and predictable delivery rates after oocyte vitrification: an observational longitudinal cohort multicentric study. *Hum. Reprod.* 2012 Jun; 27(6):1606-12

(4) JS Loh and A Maheshwari. Anti-Mullerian hormone—is it a crystal ball for predicting ovarian ageing? *Hum. Reprod.* 2011, 26:2925-32

(5) J. Hirshfeld-Cytron et al. Fertility preservation for social indications: a cost-based decision analysis. *Fertil; Steril.* 2012, 97 : 665-70

(6) Walschaerts et al. Cumulative parenthood rates in 1735 couples: impact of male factor infertility. *Hum. Reprod.* 2012,27 :1184-90.

(7) E De la Rochebrochard et al. Quels sont les chances d'avoir un enfant durant ou après une prise en charge pour FIV ? Une enquête de cohorte rétrospective en France. *BEH* 2011, 23-24 : 274-277