



HAL
open science

L'autoconservation des ovocytes : une réponse aux troubles de l'infertilité liés à l'âge ?

Valentine Burucoa

► **To cite this version:**

Valentine Burucoa. L'autoconservation des ovocytes : une réponse aux troubles de l'infertilité liés à l'âge ? . Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01588148

HAL Id: dumas-01588148

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01588148v1>

Submitted on 15 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **19 juin 2017**

par

Valentine BURUCOA

Née le 21/04/1993

L'autoconservation des ovocytes :

Une réponse aux troubles de l'infertilité liés à l'âge ?

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame MALMANCHE Hélène

Sage-femme DE (2011), doctorante en sociologie à l'EHESS, titulaire d'un master en sociologie « Santé, populations, politiques sociales ».

JURY :

Mme CHALAS Céline
Mme BLANCHET Valérie
Mr BERTHO Baptiste

Praticien hospitalier, biologiste du CECOS
Sage-femme spécialisée en AMP
Sage-femme enseignant

Mémoire N°2017PA05MA06

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à ma directrice de mémoire, Hélène Malmanche, pour son aide précieuse, ses conseils avisés et pour l'intérêt communicatif porté à ce sujet. Merci également de m'avoir permis de participer à la « journée débat » organisé par le CEC de Cochin le 25 novembre dernier.

Je tiens également à remercier toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude dont je ne peux pas citer les noms. Merci pour votre enthousiasme, votre investissement et votre dynamisme lors des débats organisés.

De façon plus personnelle, je ne peux pas ne pas remercier ma sœur Claire ainsi que mon beau-frère Benoît pour m'avoir offert une deuxième maison, m'avoir permis de trouver un lieu propice au déroulement de mes focus groups, m'avoir aidé à trouver des participantes, m'avoir réparé mon ordinateur et j'en passe... Et je remercie également mon super oncle Guillaume pour le sauvetage de dernière minute.

Enfin, je remercie également mes « camarades de promotion » qui m'ont accompagnée ces quatre dernières années, et particulièrement Alice, Adèle, Sarah et Laura.

Table des matières

Liste des annexes	1
Lexique	2
Introduction	3
Première partie : Cadre Conceptuel	5
1. La conservation des ovocytes en France	5
1.1. <i>Encadrement légal du don d'ovocytes en France</i>	5
1.2. <i>Naissance de la vitrification ovocytaire</i>	8
1.3. <i>Légalisation de la vitrification d'ovocytes</i>	9
2. Contexte actuel en matière de reproduction en France	11
2.1. <i>Baisse de la fécondité</i>	11
2.2. <i>Recul de l'âge à la première grossesse</i>	11
2.3. <i>Augmentation de l'infertilité avec l'âge et place de l'AMP</i>	12
3. Comprendre l'émergence de l'autoconservation des ovocytes	16
4. La vitrification ovocytaire à l'étranger	17
5. Un débat d'actualité	18
5.1. <i>Etat de la question au niveau des professionnels de santé</i>	18
5.1.1. <i>Evolution des avis professionnels</i>	18
5.1.2. <i>L'avis du CNGOF</i>	20
5.1.3. <i>Résultats de l'étude du CEC</i>	23
5.2. <i>Place des médias</i>	23
Deuxième partie : L'étude	26
1. Problématique et hypothèses	26
1.1. <i>La problématique</i>	26
1.2. <i>Les objectifs de l'étude</i>	26
1.3. <i>Les hypothèses</i>	26
2. La méthodologie	27
2.1. <i>Le focus group : généralités (20)</i>	27
2.2. <i>Etude de discours</i>	28
2.3. <i>L'étude réalisée</i>	28
2.3.1. <i>Le choix de la méthode</i>	28
2.3.2. <i>La population d'étude</i>	29
2.3.3. <i>Déroulement des focus group</i>	31
3. Résultats et discussion	32

3.1.	<i>Hypothèse 1 : Les femmes ne sont pas conscientes de la baisse de la fertilité....</i>	32
3.2.	<i>Hypothèse 2 : L'autoconservation des ovocytes est connue des femmes particulièrement susceptibles d'être concernées par une première maternité plus tardive que la moyenne</i>	33
3.3.	<i>Hypothèse 3 : Une des principales motivations des femmes pour avoir recours à l'autoconservation ovocytaire serait l'importance accordée à leur carrière.....</i>	35
3.4.	<i>Autres résultats apparus au cours de cette étude</i>	38
3.4.1.	Les freins au recours à l'autoconservation ovocytaire	38
3.4.2.	S'affirmer en tant que femme et non en tant que mère	40
3.4.3.	Un enfant au « bon moment »	41
3.4.4.	Place de l'orthogénie dans le recul de l'âge au premier enfant.....	42
3.4.5.	Les femmes concernées vivent principalement dans des grandes agglomérations ? 43	
3.4.6.	Inégalités hommes-femmes.....	43
3.4.7.	Méconnaissance du don d'ovocytes	45
3.5.	<i>Limites de l'étude.....</i>	45
	Conclusion	48
	Bibliographie	54
	Annexes	57
	Titre et Résumé	73
	Title and Abstract.....	73

Liste des annexes

Annexe I . Dons de gamètes entre 2009 et 2012 (Source : Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France – Agence de la biomédecine)	57
Annexe II. Délais d'attente d'une FIV, déclarés par les centres de la fédération des CECOS selon la présence ou l'absence de donneuse présentée par le couple receveur.	58
Annexe III. Parcours d'une donneuse de gamète (selon l'Agence de la Biomédecine)	59
Annexe IV. Campagne de l'Agence de la biomédecine pour la promotion du don d'ovocytes	60
Annexe V. Principe simplifié de la vitrification ovocytaire.....	61
Annexe VI. Age moyen de la mère à l'accouchement en 2016 (Insee).....	62
Annexe VII. Répartition des premières naissances selon l'âge de la mère (Insee)	63
Annexe VIII. Age moyen à la première maternité selon le diplôme de la mère, en 2006 et en 2012 (Insee).	64
Annexe IX. Manifeste d'un collectif de 130 médecins, mené par le professeur René Frydman, publié dans le journal Le Monde le 18 mars 2016.	64
Annexe X. Programme de la journée-débat organisé par le CEC de Cochin le 25 novembre 2016.....	66
Annexe XI. Fréquences par cycles de stimulation-ponction des évènements indésirables modérés et sévères chez les donneuses d'ovocytes (étude rétrospective sur la période 2001-2007).....	67
Annexe XII. Introduction faite aux participantes avant le début du focus group	68
Annexe XIII. Grille d'entretien. Questions articulant le focus group	69
Annexe XIV. Evolution de l'âge moyen au mariage selon l'Insee (Bilan démographique 2016)	70
Annexe XV. Part des enfants nés hors mariage en 2016 selon l'INSEE (bilan démographique 2016).....	71
Annexe XVI. Courrier d'Emmanuel Macron adressé aux sages-femmes	72

Lexique

Infertilité : L'infertilité correspond à une aptitude diminuée à concevoir et à engendrer une descendance. De manière plus spécifique, elle correspond à l'absence de conception après une année de rapports sexuels réguliers et non protégés.

Stérilité : Incapacité totale et définitive de concevoir (diagnostic ne pouvant être posé que devant une cause évidente et non curable d'infertilité).

Don autologue : Se dit d'un tissu ou de cellules provenant de son organisme à soi et administré à soi.

CECOS : Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

PMA : Procréation Médicalement Assistée

Introduction

En France, depuis le décret du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes, la congélation des ovocytes est proposée aux femmes exposées à une pathologie ou un traitement potentiellement stérilisants. En dehors de l'existence d'une raison dite « médicale », le recours à la conservation d'ovocytes n'est pas autorisé en France. Pourtant, depuis quelques années, émerge l'idée d'une nouvelle pratique : « l'autoconservation des ovocytes pour raisons non médicales », également appelée « autoconservation des ovocytes pour convenance personnelle » ou encore « conservation sociétale des ovocytes »¹. Si elle n'est pas légalisée en France, elle l'est cependant depuis plusieurs années dans certains pays limitrophes : Espagne, Belgique, Italie, Grande-Bretagne... De plus en plus de françaises se rendent alors à l'étranger pour sauvegarder leurs ovocytes. C'est d'ailleurs grâce à un reportage sur la chaîne TF1 portant sur ces femmes qui quittent la France pour congeler leurs ovocytes que je me suis intéressée à ce sujet.

Les médias ainsi que des professionnels de la reproduction se sont emparés de la question de l'autorisation de cette pratique dans notre pays, lançant un nouveau débat : faudrait-il légaliser l'autoconservation des ovocytes en France ?

Cette pratique s'inscrit dans un contexte dans lequel le désir d'enfant est de plus en plus tardif : les couples semblent vouloir attendre un certain équilibre affectif et professionnel avant de s'engager dans un projet de grossesse. Par ailleurs

¹ Face à cette diversité de dénominations s'est posée, lors de la rédaction de ce mémoire, la question du terme le plus « adapté » pour désigner cette pratique. Compte-tenu de la complexité du parcours que doit entreprendre une femme pour congeler ses ovocytes et de ses contraintes, le terme « convenance » ne semble pas adapté ; la désignation « conservation sociétale des ovocytes » ne convient pas non plus car paraît connotée à l'idée que cette volonté des femmes correspond à une « tendance éphémère », un « effet de mode » ; la conservation des ovocytes « pour raison non médicale » ne semble pas être l'expression consacrée car elle renvoie à l'idée que l'autoconservation est du ressort de la médecine de confort. Or, d'après la définition de l'OMS, l'infertilité, même physiologique car liée à l'âge, est une maladie à proprement parlé (« L'infertilité est une maladie du système reproductif défini par l'incapacité pour un couple de concevoir après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés »). Finalement, pour cette étude, nous avons décidé de désigner simplement cette pratique par l'expression « autoconservation des ovocytes », indiquant bien une volonté de conservation de ses ovocytes pour soi-même, sans nécessité de motif.

l'allongement du temps des études, notamment pour les femmes, a fait notablement reculer l'âge au premier enfant, or on sait que la fertilité féminine chute à partir de 35 ans, entraînant une augmentation au recours de l'AMP qui ne se solde pas toujours par un succès.

L'autoconservation des ovocytes soulève de nombreuses questions éthiques. S'il semble que cette pratique fasse l'objet de nombreuses réflexions du côté des professionnels de santé, il apparaît cependant qu'une minorité de femmes françaises en âge de procréer soient au courant de son existence en Europe. Le but de ce travail est de connaître les points de vue de ces femmes, directement concernées, sur la possibilité de conserver leurs ovocytes pour un usage personnel différé.

Quels intérêts perçoivent-elles quant à l'autoconservation des ovocytes ? Quelles sont leurs réticences, leurs hésitations ? Seraient-elles prêtes à se saisir de ce débat, en vue de la révision de la loi de bioéthique prévue en 2018 ? Sont-elles même simplement au fait de l'existence de cette pratique ?

Première partie : Cadre Conceptuel

1. La conservation des ovocytes en France

1.1. Encadrement légal du don d'ovocytes en France

En France, le don de gamètes obéit à des principes éthiques constants, conformes à ceux qui régissent notre droit de la santé et du corps humain : anonymat, gratuité, consentement. Il est régi par la loi de bioéthique du 29 juillet 1994, qui définit l'AMP² et précise que la donneuse doit être majeure, âgée de moins de 37 ans, en bonne santé et doit avoir déjà procréé³. En ce qui concerne le don d'ovocytes, si la donneuse vit en couple, le consentement de son partenaire doit également être recueilli par l'équipe médicale⁴.

La loi de bioéthique du 6 août 2004 maintient ces principes éthiques et crée l'Agence de la Biomédecine à qui elle demande « de promouvoir le don d'organes, de tissus et de cellules issus du corps humain, ainsi que le don de gamètes »⁵. C'est dans ce cadre que s'inscrit la promotion du don d'ovocytes car celui-ci est caractérisé par un important déséquilibre entre besoin croissant dans le cadre de l'AMP et un nombre insuffisant de donneuses. Les femmes demandeuses font face à un délai d'attente très long, parfois plusieurs années (Cf. Annexe I). Cette loi a été révisée par la loi de bioéthique du 7 juillet 2011 qui, espérant augmenter le nombre de donneuses, élargit les critères auxquelles celles-ci doivent répondre : les femmes n'ayant jamais eu

²AMP : pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel.

³ Art. L. 673-2 de la loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

⁴ Art. L. 1244-2 du code de la santé publique.

⁵ Art. L. 1418-1 de la loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

d'enfant peuvent désormais être candidates au don⁶. Cependant le décret d'application de cette loi tardera à être publié.

D'après l'agence de la biomédecine, le nombre de prélèvements effectués en 2012 est très largement insuffisant pour résorber la liste d'attente des couples demandeurs et assurer les nouvelles demandes : encore 2110 couples en attente de don d'ovocytes au 31 décembre 2012 (Cf. Annexe I). Cette situation de pénurie de donneuses a fait émerger le principe du « don relationnel croisé » : confronté à la longueur des délais liés à l'attente de dons, le couple demandeur recrute lui-même une donneuse dans son entourage (il permet ainsi d'accroître la ressource ovocytaire du centre) dont il ne pourra pas se voir attribuer les ovocytes (maintien du principe d'anonymat) mais voit ainsi son temps d'attente raccourci. Une contrepartie largement critiquable qui ne respecte pas l'esprit initial du texte de loi⁷. La majorité du recrutement des donneuses en France est aujourd'hui relationnel (Cf. Annexe II). D'après le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, qui a mené une étude approfondie sur le don d'ovocytes en France en 2011 (1), cette situation de pénurie est due en premier lieu au fait que le don d'ovocytes implique un parcours contraignant qui nécessite une réelle implication pour la donneuse (Cf. Annexe III). Ce parcours est par ailleurs, d'après ce rapport, difficile d'accès pour les couples ce qui contribue aussi à rallonger les délais d'attente de plusieurs années : « Un tiers des régions ne disposent pas des autorisations pour pratiquer le don d'ovocytes en France. Parmi celles qui en disposent, l'essentiel de l'activité est concentré sur cinq régions qui peinent à la développer ». Enfin, l'IGAS pointe aussi du doigt le fait que les couples demandeurs s'orientent très rapidement vers des structures étrangères où les délais sont moins longs et le cadre moins contraignant, ce qui n'incite pas à améliorer le développement des structures françaises. En novembre 2014, l'Agence de la biomédecine, avec l'appui des professionnels de santé, a alors lancé une campagne nationale autour du don d'ovocytes et du don de spermatozoïdes avec un message-clé : "Les plus beaux

⁶ Art. L. 1244-2 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

⁷ « Le bénéfice d'un don de gamètes ne peut en aucune manière être subordonné à la désignation par le couple receveur d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un couple tiers anonyme ». Article L1244-7 du code de la santé publique

cadeaux ne sont pas forcément les plus gros" (Cf. Annexe IV). La promotion du don d'ovocytes se veut renforcée.

Il faudra attendre la publication du décret d'application du 15 octobre 2015, relatif au don de gamètes, pour que la loi de 2011 soit applicable.⁸ Ce décret offre alors la possibilité aux femmes n'ayant jamais procréé de faire don de leurs ovocytes. Il offre également à celles-ci, et uniquement à celles-ci, la possibilité de conserver une partie de ces ovocytes pour elles-mêmes, au cas où elles devraient un jour avoir recours à une assistance médicale à la procréation. Cependant la conservation au bénéfice de la donneuse reste secondaire, la priorité étant donnée au don. En effet, le nombre d'ovocytes matures recueillis conditionne la répartition des ovocytes entre le don et la conservation au bénéfice de la donneuse :

- Jusqu'à 5 ovocytes matures obtenus, tous les ovocytes sont destinés au don et la conservation au bénéfice de la donneuse n'est alors pas réalisée.
- De 6 à 10 ovocytes matures obtenus, au moins 5 ovocytes sont destinés au don. Pour ce qui est des ovocytes restant, ils sont repartis entre don et/ou autoconservation de façon arbitraire selon les pratiques du centre dans lequel la patiente a réalisé la ponction. Autrement dit, si 10 ovocytes matures sont obtenus, le nombre d'ovocytes conservés au bénéfice de la donneuse (ne pouvant dépasser le nombre de 5) dépendra du choix du centre.
- Au-delà de 10 ovocytes matures, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don.⁹ De la même façon, la répartition entre don et autoconservation dépend ensuite des pratiques du centre.

A ce jour, ce décret est la seule possibilité en France pour une femme de conserver des ovocytes en dehors d'une indication dite « médicale ».

Les donneuses sont ensuite consultées chaque année par écrit pour savoir si elles souhaitent toujours conserver leurs ovocytes pour leur propre utilisation. Il est précisé dans l'article de loi correspondant que la conservation de ces gamètes, en vue d'un don, est poursuivie pour quatre motifs :

⁸ Décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes.

⁹ <http://www.juridique-biomedecine.fr/uploads/documents/arrt-du-24-dcembre-2015-pris-en-application-de-l-article-l-2141-1-du-code-de-la-sant-publique-et-modifiant-l-arrt-du-3-aot-2010-modifiant-l-arrt-du-11-avril-2008-relatif-aux-rgles-de-bonnes-pratiques-.pdf>

- « - A la demande du donneur de ne plus maintenir de gamètes à son bénéfice
- En l'absence de réponse du donneur consulté à plusieurs reprises, lorsque la durée de conservation a dépassé dix ans
- En cas de décès du donneur
- Si le donneur n'est plus en âge de procréer. »

Il conviendra de s'interroger sur le sens de ce dernier point : à partir de quel âge la donneuse n'est plus considérée comme « en âge de procréer » ? A cette question, le seul élément de réponse trouvé se situe dans le livre du docteur René Frydman¹⁰ qui écrit que « l'âge physiologique de procréation » est 48 ans « selon le législateur », mais aucun article de loi ne permet de confirmer cette indication.

1.2. Naissance de la vitrification ovocytaire

Avant la mise au point de la vitrification, les techniques de congélation « lente » des gamètes n'offraient qu'un taux limité de survie de celles-ci. Un échantillon de sperme offre suffisamment de spermatozoïdes pour que ce faible taux aboutisse mais, en ce qui concerne les ovocytes, ils sont plus rares et plus difficiles à obtenir : une stimulation ovarienne permet de récupérer une dizaine d'ovules seulement. Par ailleurs, du fait de leur structure, les ovocytes sont plus sensibles et résistent plus difficilement aux processus de congélation-décongélation : l'eau contenue dans l'ovocyte se transforme en cristaux de glace dont les arêtes tranchantes peuvent déchirer les parois cellulaires. La congélation lente des ovocytes se heurte donc à un réel problème technique.

Une autre méthode de congélation a alors émergé : la vitrification. Bien que rapportée dès les années 1990 dans l'espèce humaine¹¹, cette technique de congélation ultra-rapide n'a connu un véritable essor que bien plus tard : c'est en 2005 que les japonais ont mis au point la vitrification ovocytaire. Des ovocytes mûrs sont sélectionnés après ponction ovarienne. Ils sont ensuite brièvement exposés à une concentration importante de cryoprotecteurs, permettant ainsi d'éviter la formation de

¹⁰ FRYDMAN René. *Le droit de choisir – Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*. Editions Seuil - Janvier 2017.

¹¹ *Pregnancies after vitrification of human day 5 embryos*. Vanderzwalmen P, Deval A, Chatziparasidou A et al 1997.

cristaux de glace. Les ovocytes, contenus dans une « paille », sont plongés dans l'azote liquide à une température de -196°C et sont ainsi vitrifiés en quelques secondes. Ils sont ensuite conservés dans une cuve d'azote liquide jusqu'à réchauffement et réhydratation (Cf. Annexe V). Grâce à l'utilisation de concentrations importantes de cryoprotecteurs associée à une descente en température ultrarapide, cette technique permet de s'affranchir des problèmes techniques que rencontrait la congélation lente. Ce procédé révolutionne la conservation ovocytaire.

De nombreuses données de la littérature ont clairement démontré que la vitrification est aujourd'hui une méthode efficace et validée permettant d'augmenter de façon significative les taux de survie ovocytaire et les chances de grossesses évolutives, par comparaison avec la congélation lente¹². Ces études ont également permis de rassurer quant aux craintes concernant la santé des nouveau-nés et des mères. On peut citer par exemple l'étude du Dr Mukaida : en 2009, il a rapporté, lors d'une communication orale au congrès ESHRE d'Amsterdam, sa grande expérience de vitrification des blastocystes humains de janvier 2000 à décembre 2008. Pour les 6574 blastocystes décongelés après vitrification, le taux de survie est de 93%, le taux de grossesse est de 49,2% avec un nombre d'embryon transféré par cycle de 1,5. Le suivi néonatal des 458 garçons et des 451 filles issues du transfert de ces blastocystes vitrifiés ne montre pas d'augmentation du taux d'anomalies congénitales comparé au transfert des blastocystes frais (2). La vitrification est désormais la meilleure technique de cryoconservation ovocytaire.

Si la première naissance obtenue à partir d'ovocyte humain vitrifié date de 1999 par Kuleshova au Japon, il faudra attendre le 4 mars 2012 pour qu'un bébé naisse grâce à ce procédé en France, à l'hôpital Robert-Debré. En effet, ce procédé a d'abord été interdit en France.

1.3. Légalisation de la vitrification d'ovocytes

¹² « Les protocoles actuels de congélation lente donnent pour l'ovocyte mature des taux de survie et de fécondation de 70 à 80% [...] Après vitrification, la survie est de l'ordre de 90%. » L. Dessolle et al. 2009.

Cette méthode n'est pas légalisée immédiatement en France. Pendant de nombreuses années seule la congélation lente est autorisée par la loi de bioéthique du 6 août 2004. Celle-ci précise que ce procédé ne pourra être utilisé qu'à des fins médicales : « toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité »¹³. La vitrification, elle, est assimilée à des recherches sur l'embryon et donc interdite. Dans son rapport (1), l'IGAS s'exprime en faveur de sa légalisation, expliquant que cette technique « permettrait d'alléger le parcours du don et de diversifier le recrutement des donneuses ».

Ce n'est qu'en 2011, avec la loi de bioéthique du 27 janvier, que la vitrification ovocytaire est autorisée.¹⁴ Cependant, son utilisation est également limitée aux indications médicales. Autrement dit, seules les femmes exposées à une pathologie ou à un traitement stérilisant ainsi que les femmes dont la fertilité est menacée (antécédent familial de ménopause précoce, endométriose...) peuvent avoir recours à la congélation de leurs ovocytes. Avec le décret d'application du 15 octobre 2015¹⁵, le recours à cette méthode est élargi aux femmes n'ayant jamais procréé et faisant don de leurs ovocytes : celles-ci peuvent conserver des ovocytes pour leur bénéfice personnel si le nombre d'ovocytes matures recueilli le permet.

La conservation ovocytaire a donc connu un véritable essor grâce à la mise au point de la vitrification. Celle-ci facilite grandement la congélation des gamètes, elle représente donc une révolution pour le domaine de l'assistance médicale à la procréation. La naissance de ce procédé rapide et efficace ferait émerger la volonté d'un élargissement d'accès à cette pratique : l'autoconservation ovocytaire pour raison dite « non médicale ».

¹³ Art. L. 2141-11 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

¹⁴ Art. L. 2141-1 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

¹⁵ Décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes.

2. Contexte actuel en matière de reproduction en France

2.1. Baisse de la fécondité

Si depuis une dizaine d'année la fécondité en France était relativement stable, avec un indicateur conjoncturel de fécondité oscillant autour de 2 enfants par femme, on observe depuis deux ans une baisse de celle-ci : en 2006, l'ICF était de 2,00 enfants par femme, il était ensuite de 1,96 en 2015 et s'établit à 1,93 en 2016¹⁶. Il est intéressant de noter que cette baisse récente de la fécondité est plus marquée chez les femmes âgées de 25 à 29 ans. D'après l'INSEE, leur taux de fécondité a nettement diminué depuis 2014 : « A cette date, 100 femmes de ces âges ont 12,3 enfants ; elles en ont 11,9 en 2015, puis 11,5 en 2016. Ce mouvement de baisse, qui a démarré pour cette tranche d'âges dans les années 2000, s'est ainsi accentué sur les deux dernières années ». Cette tendance à la baisse est également valable pour les femmes de 15 à 24 ans mais de façon moins importante : leur taux de fécondité est passé de 2,7 enfants pour 100 femmes en 2015 à 2,6 en 2016. Pour ce qui est des femmes de plus de 30 ans, le taux de fécondité n'a pas cessé d'augmenter ces dernières années mais reste relativement stable depuis 2014 (3).

Ces 20 dernières années sont donc marquées d'une part par l'augmentation du taux de fécondité des femmes au-delà de 30ans, et d'autre part par une baisse du taux de fécondité des femmes de moins de 30ans, en particulier celui des femmes entre 25 et 29ans.

2.2. Recul de l'âge à la première grossesse

Depuis une quarantaine d'années, en France, l'âge moyen à la maternité (toutes tranches d'âge confondues) augmente progressivement. En 2016, il poursuit encore sa hausse et atteint 30,4 ans, contre 30,3 ans en 2014 et 24 ans en 1970 (Cf. Annexe VI). Une récente étude de l'Insee (4) a également montré que l'âge à la première maternité ne cesse d'augmenter depuis 1974 : en 2015, en France, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne, contre 24 ans en

¹⁶ Bilan démographique de 2016 publié par l'INSEE le 17 janvier 2017.

moyenne en 1974 soit quatre ans et demi de différence (Cf. Annexe VII). Cet âge moyen à la première maternité est d'autant plus élevé plus la femme est diplômée. Autrement dit, plus les femmes sont diplômées, plus elles retardent l'arrivée de leur premier enfant (Cf. Annexe VIII).

Depuis 1980, on observe une réelle augmentation du nombre de grossesses tardives (au-delà de 40 ans). En 2004, le nombre de naissance après 40 ans était de 3,7% soit déjà 4 fois plus qu'en 1980¹⁷. En 2015, d'après l'Insee, 41 000 nouveau-nés ont une mère de 40 ans ou plus, soit 5,1 % d'entre eux (5). Autrement dit, 1 nouveau-né sur 20 a une mère de 40 ans ou plus en 2015. Cette augmentation du nombre de grossesses tardives s'accompagne également d'un recul de l'âge au premier enfant. D'après l'INSEE, en 2014, 26,4 % des naissances de mères de 40 ans ou plus sont des premières naissances, 29,3 % des deuxièmes naissances et 44,3 % des troisièmes naissances ou plus. La proportion de premières naissances parmi les naissances « tardives » reste donc certes minoritaire, mais elle ne cesse d'augmenter depuis une cinquantaine d'année (Cf. Annexe VII). L'âge moyen à la maternité poursuit sa hausse : il atteint 30,4 ans en 2016 contre 30,3 ans en 2014 (et 24 ans en 1970).¹⁸

Le nombre de grossesses dites « tardives » n'est donc pas négligeable, et de plus en plus souvent ces naissances tardives sont des premières naissances. Il apparaît ainsi que les femmes décalent progressivement l'âge auquel elles vivent leur première grossesse. Ce phénomène n'est pas sans conséquence, il incite à réfléchir à la question de la baisse de la fertilité avec l'âge, à l'information qu'en ont les femmes et aux solutions que peuvent leur proposer l'assistance médicale à la procréation. Ces femmes qui retardent leur maternité sont plus susceptibles de connaître des difficultés à obtenir une grossesse. Aujourd'hui, les gynécologues constatent une augmentation du nombre de consultations pour infertilité dans leur cabinet : « 15% des couples en âge de procréer consultent » indique René Frydman dans son dernier ouvrage¹⁹.

2.3. Augmentation de l'infertilité avec l'âge et place de l'AMP

¹⁷ Données INED (Institut National d'Etudes Démographiques), 2005.

¹⁸ Bilan démographique de 2016 publié par l'INSEE le 17 janvier 2017.

¹⁹ FRYDMAN René. *Le droit de choisir – Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*. Editions Seuil - Janvier 2017.

La diminution de la fertilité est un réel sujet de préoccupation aujourd'hui, c'est pourquoi la loi de bioéthique du 7 juillet 2011 demandait à l'INSERM d'établir un rapport consacré à la recherche sur les causes de la stérilité : « Les troubles de la fertilité. État des connaissances et pistes pour la recherche » (6). La première cause mise en évidence est l'âge.

Chez les femmes, la fécondabilité féminine diminue de façon importante avec l'âge. En effet, la probabilité de concevoir à chaque cycle est de 25% par cycle à 25 ans, puis passe à 12% par cycle à 35 ans et seulement 6% par cycle à 42 ans (7). Cette décroissance est due à un déclin de la réserve ovarienne (diminution du pool folliculaire) ainsi qu'au vieillissement ovarien entraînant une altération de la qualité ovocytaire. Cette réserve ovarienne décroît de la vie fœtale jusqu'à l'âge de la ménopause, avec une accélération de la vitesse de décroissance après 38 ans (8). Dans un contexte marqué par le recul de l'âge à la première grossesse, cette chute physiologique de la fécondabilité implique une augmentation des situations d'infertilité dans les couples d'aujourd'hui. Cependant, en France, les données sur l'infertilité des couples sont partielles ou incertaines : impossible aujourd'hui d'objectiver une augmentation des troubles de la fertilité. Les gynécologues, eux, soulignent une augmentation des consultations pour infertilité mais aucun chiffre ne permet d'illustrer cette tendance. Dans son dernier ouvrage²⁰, René Frydman relate le témoignage du docteur Olivennes qui exerce en cabinet libéral à Paris : « Les femmes de 40 ans privées de reproduction pour des problèmes liés à l'âge sont de plus en plus nombreuses. Aujourd'hui, elles représentent 40% de mes patientes ». Il explique également dans ce livre : « Aujourd'hui nous sommes face à un véritable échec de l'AMP. Un sur dix-huit suit un traitement pour remédier à l'infertilité, en raison d'une faible production de spermatozoïdes, d'anomalies d'ovulation ou de l'appareil reproductif, de maladies génétiques ou de l'âge. »

Si l'AMP a connu de réels progrès, elle ne peut cependant pas offrir la certitude d'une grossesse. L'INSERM rappelle dans son rapport (6) que le taux de succès des fécondations in-vitro, variable en fonction du couple et de l'âge, se situe autour de 20%

²⁰ FRYDMAN René. *Le droit de choisir – Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*. Editions Seuil - Janvier 2017.

par cycle. Ce risque d'échec est d'autant plus important que le recours aux techniques d'AMP(FIV, ICSI, IAC) concerne principalement des femmes ayant dépassé la trentaine²¹ et dont la fonction ovarienne est susceptible d'être déjà altérée. Ces techniques se soldent par une réussite pour 2 femmes sur 3 entre 30 et 35 ans ; à 38-39 ans, pour 1 sur 3 et cela après plusieurs tentatives. Lorsqu'une femme atteint la quarantaine, le taux d'avortements spontanés est augmenté en raison d'une chute de la réceptivité endométriale ou en raison d'une qualité ovocytaire diminuée (8). On peut également penser aux interruptions médicales de grossesse liées aux aberrations chromosomiques dont la fréquence augmente avec l'âge. L'AMP ne peut palier à ces évènements « physiologiques ». L'âge de la femme est le premier facteur de succès quel que soit le traitement d'infertilité envisagé. Le taux de succès des techniques d'AMP diminue donc avec l'âge : il chute à partir de 35 ans et de façon plus importante à partir de 37 (8). Dans l'ouvrage intitulé *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*, le docteur Joëlle Belaïsh-Allart indique ainsi : « La chute réelle des taux de succès débute vers 38-39ans. L'idéal serait donc que les patientes, qui auront besoin de recourir à la FIV, arrivent à l'AMP avant cette date fatidique, ce qui sous-entend une prise en charge différente du désir d'enfant dès 35 ans ».

Pour ces femmes confrontées à une diminution importante de leur stock folliculaire et une mauvaise qualité ovocytaire, la solution proposée est celle du don d'ovocytes. D'après le rapport annuel publié en 2015 par l'Agence de la biomédecine (9), 5% des 254 000 enfants qui naissent annuellement en France grâce à une technique d'AMP sont issus d'un don de gamètes. Pour autant, les délais d'attente pour un don sont longs, parfois plusieurs années, et cela malgré les campagnes de promotion du don de l'Agence de la biomédecine. Cette pénurie de dons limite donc considérablement cette pratique. L'autoconservation des ovocytes pourrait-elle être une réponse à cette problématique ? Car en conservant leurs propres ovocytes à un âge où leur qualité est préservée, ces femmes n'auraient plus à recourir au don d'ovocytes hétérologue et pourraient alors bénéficier d'un auto-don.

Par ailleurs, le recours au don d'ovocytes peut avoir un réel impact sur le plan psychologique des patientes car il implique une rupture de la filiation génétique (10) :

²¹ En France, l'âge moyen de l'AMP varie entre 32 et 34 ans.

peuvent en découler une difficulté à accepter cette grossesse, à reconnaître l'enfant à venir comme « le sien », ce qui va leur demander un travail psychique particulier... Cette absence d'hérédité peut également poser une difficulté d'identification à l'enfant né d'un don (11). L'autoconservation des ovocytes permettrait de conserver cette filiation génétique chère ces couples et ainsi éviter les conflits psychiques que peut entraîner le recours au don de gamètes.

C'est dans ce contexte que le concept de préservation de la fertilité chez les femmes devient inmanquablement un sujet d'actualité. L'autoconservation d'ovocytes pourrait-elle alors ouvrir un nouveau champ dans ce domaine ? Elle pourrait être une réponse à cette réalisation de plus en plus tardive du désir d'enfant : ce serait un moyen de palier les faiblesses de l'assistance médicale à la procréation passés 35 ans (peu efficace à partir de cet âge là et coûteuse pour la société²²), et ce pourrait être une alternative au don d'ovocytes (aujourd'hui compliqué par une situation de pénurie). Les chances d'obtenir une grossesse évolutive avec des ovocytes congelés diminuant également avec l'âge de la femme, la vitrification serait une solution d'autant plus efficace que la femme congèle ses ovocytes tôt, si possible avant l'âge de 35 ans (la réponse à la stimulation ovarienne sera plus satisfaisante si la réserve ovarienne est importante et si la qualité des ovocytes est bonne (8)).

²² Les tentatives d'AMP (IIU ou FIV) sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale dans les limites suivantes : la femme doit être âgée de moins de 43 ans, le nombre maximum d'inséminations remboursées est de 6, les tentatives de FIV sont remboursées au maximum de 4 (tout transfert d'embryons congelés n'est pas considéré comme une nouvelle tentative). Notons que ce « compteur » est remis à zéro en cas d'accouchement.

3. Comprendre l'émergence de l'autoconservation des ovocytes

Pour comprendre comment a émergé progressivement l'idée de l'autoconservation ovocytaire pour raison non « médicale », plusieurs « phénomènes » sont donc à prendre en compte.

Tout d'abord, la conservation ovocytaire a connu un véritable essor grâce à la mise au point de la vitrification. Ce procédé rapide et efficace facilite grandement la congélation des gamètes, représentant une révolution pour le domaine de l'assistance médicale à la procréation. Il permet d'envisager efficacement la prévention de l'infertilité féminine. Conserver ses ovocytes est désormais une pratique accessible, réalisable, de la même façon que la congélation de sperme.

Parallèlement, comme nous venons de le voir, le contexte actuel en matière de reproduction est marqué par une baisse de la fertilité, en particulier pour les femmes entre 25 et 29 ans, et un recul de l'âge au premier enfant, impliquant une augmentation des troubles de l'infertilité liés à l'âge. Pour ces couples, le don d'ovocytes ne semble plus être une réponse satisfaisante. En effet, celui-ci, comme dit précédemment, est confronté à un réel problème de pénurie, et pose par ailleurs le problème de la non conservation de l'hérédité qui peut représenter un obstacle pour les couples concernés. Il semble donc répondre de façon imparfaite à la problématique de l'infertilité pour raison d'âge. Par ailleurs, l'ouverture du don aux personnes n'ayant jamais procréé et l'offre de préservation pour soi d'une partie des ovocytes ouvre la porte à la préservation des ovocytes dite « pour raison non médicale ».

Dans ce contexte, l'autoconservation ovocytaire semblerait ouvrir de nouveaux horizons pour répondre à cette nouvelle problématique de santé publique. C'est ainsi que l'on a progressivement vu émerger une volonté d'élargissement de l'accès à la vitrification ovocytaire.

4. La vitrification ovocytaire à l'étranger

Depuis plusieurs années les Etats-Unis, le Canada mais aussi plusieurs pays européens tel que l'Espagne, la Belgique, la Grande-Bretagne, l'Italie... ont légalisé la conservation des ovocytes dite « de convenance ». Les femmes sont désormais autorisées à congeler leurs gamètes, afin de s'assurer plus de chances de grossesse dans le futur, si leur projet d'enfant était retardé pour des raisons quelconques. En Espagne par exemple, dans la clinique IVI, la vitrification est utilisée depuis 2007 dans le cadre du don d'ovocytes, de l'AMP intraconjugale, ainsi que dans le cadre de la préservation de la fertilité même en dehors de toute indication médicale. Si la congélation « pour raison d'âge » y est minoritaire²³, environ 2% de l'activité du groupe, celle-ci ne cesse d'augmenter : cette activité a été multipliée par 7 entre 2007 et 2015²⁴. En Belgique, il n'existe pas non plus de limitations d'indication pour la congélation ovocytaire.

Si cette pratique s'étend en Europe, la France en limite toujours l'accès. Pourtant, il semblerait que de plus en plus de femmes, pour des raisons personnelles, souhaitent y avoir recours. Depuis quelques années, des femmes françaises contournent cette interdiction en se rendant à l'étranger pour congeler leurs ovocytes. Difficile de connaître le nombre de femmes concernées, cependant Valérie Vernaève, la directrice médicale de la clinique Eugin à Barcelone, indique qu'il a augmenté de 60 % entre 2013 et 2014 « grâce au bouche-à-oreille ». « Nous faisons de la vitrification sociétale depuis 2011. En 2014 nous en avons pratiqué 230, dont 58 % sur des Françaises » précise-t-elle également²⁵. La fréquentation française de ce type de clinique en Europe aurait notablement augmenté ces dernières années (cliniques Eugin et IVI principalement, en Espagne et en Belgique)²⁶.

²³ Ceci peut être un élément rassurant pour le législateur, montrant que l'autoconservation « pour raison d'âge » resterait probablement une pratique marginale.

²⁴ Données présentées, lors de la « Journée débat » organisée par le Centre d'Ethique Clinique de Cochin en novembre 2016, par Cécile GALLO, médecin de la reproduction formé en France et travaillant à la Clinique IVI en Espagne.

²⁵ Propos recueillis par le journal *Libération* en décembre 2015.

²⁶ Selon Cécile GALLO, médecin de la reproduction à la Clinique IVI en Espagne, et Dominic STOOP, médecin de la reproduction à l'Université VRIJE, en Belgique, tous deux intervenants

Dans ces pays européens, cette pratique, accessible en dehors de toute indication médicale, est cependant encadrée : en Belgique par exemple, la limite d'âge pour la vitrification est de 38 ans, tandis que la limite d'âge pour le transfert d'embryons est de 47 ans. A noter que la décongélation n'est remboursée que si la vitrification a lieu avant 43 ans et pour raisons dites « médicales ».

Le déplacement de ces femmes vers des pays limitrophes de la France dont la législation sur la vitrification est soumise à des règles moins contraignantes pose à l'évidence la question de la légitimité de l'autorisation de cette pratique en France.

5. Un débat d'actualité

5.1. Etat de la question au niveau des professionnels de santé

5.1.1. Evolution des avis professionnels

Depuis plusieurs années, la question de l'autoconservation des ovocytes fait l'objet de nombreuses réflexions de la part des professionnels de santé. Peu à peu, années après années, ils se sont intéressés à ce sujet, cherchant à identifier les arguments s'opposant à l'utilisation de cette pratique et justifiant son interdiction en France.

En janvier 2012 l'ESHRE (la société européenne de reproduction humaine et d'embryologie), après avoir d'abord rendu un avis négatif en 2004, se montre finalement favorable à l'élargissement de la congélation d'ovocyte en dehors d'une indication médicale. Il estime qu'aujourd'hui aucun argument convaincant ne s'oppose à la légalisation de cette pratique (12).

En juillet 2012, les membres de l'Agence de la biomédecine se sont concertés sur le sujet de l'autoconservation de gamètes. Un groupe de travail était chargé de réfléchir à une « proposition d'avis sur la préparation du décret fixant les conditions de

à la « Journée débat » organisée par le Centre d'Ethique Clinique de Cochin en novembre 2016.

l'autoconservation des gamètes, dans le contexte du don, chez des personnes n'ayant pas procréé » (13). Ils recensent les « avantages » et « inconvénients » de l'élargissement des donneuses aux nullipares, donnent leurs premières recommandations, et font état de la difficulté à trouver un consensus sur ce sujet.

Le 12 décembre 2012, le CNGOF (Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français), après avoir d'abord lui aussi rendu un avis défavorable en 2003, se positionne également en faveur de cette pratique à travers un communiqué de presse (14). Il la présente comme une alternative à la pénurie de don d'ovocytes et va jusqu'à estimer qu'il s'agirait d'une « méthode de traitement de l'infertilité réellement efficace à 40 ans et plus », tout en reconnaissant les craintes que sa légalisation implique et la réelle réflexion qu'elle demande.

La Fédération des Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (Fédération des CECOS) ne partage pas la même opinion que le CNGOF. Elle reconnaît que « les arguments pour cette pratique sont évidents », exprime les mêmes craintes, mais juge cependant que la question de l'autoconservation d'ovocytes semble « prématurée et non pertinente à ce jour ». Elle craint par ailleurs une « médicalisation excessive », jugeant que la majorité des femmes qui auraient recours à cette pratique ne décongèleraient pas leurs ovocytes et auraient alors subi des traitements agressifs (stimulation, ponction...) inutilement (15).

En septembre 2014, le docteur Joëlle Belaisch-Allart publie un article intitulé « AMP « sociétale » : pourquoi tant de peur ? » (16). Dans ce texte, elle appelle ses collègues ainsi que la société à réfléchir à ce sujet ainsi qu'à d'autres thèmes ayant trait à la reproduction, regrettant une interdiction jugée trop « radicale » de certaines pratiques pourtant légalisées dans d'autres pays : « L'autoconservation ovocytaire de convenance, l'homoparentalité, la GPA existent d'ores et déjà autour de nous. La question n'est donc plus de les refuser, mais que les institutions de notre pays, en collaboration avec les médecins de la femme et de la reproduction, la société civile et les personnes concernées, y réfléchissent sans arrière-pensées religieuses ou autres, en ne prenant en compte que le bien des couples et des enfants ». Un an plus tôt, en 2013, le docteur Belaisch-Allart et plusieurs de ses collègues gynécologues avaient

déjà publié un article sur le sujet intitulé « Réflexions sur les indications sociétales de la préservation de la fertilité féminine » (17).

Le 18 mars 2016, un manifeste est publié dans une tribune du journal *Le Monde* dans lequel un collectif de 130 médecins, mené par le professeur René Frydman, liste 4 propositions dont une sur l'autoconservation ovocytaire. Il réclame « que cette pratique soit accompagnée, mesurée et encadrée » mais dénonce son interdiction qu'il n'estime « pas fondée » (Cf. Annexe IX).

En janvier 2017, René Frydman publie un livre intitulé « Le Droit de choisir » qui vient prolonger et argumenter plus en détails ces propositions. Dans cet ouvrage, il propose la création d'un « Plan contre l'infertilité » qui remettrait la recherche à l'honneur en France et qui développerait la prévention des problèmes d'infertilité en ayant recours, entre autres, à l'autoconservation ovocytaire qu'il considère comme de la médecine préventive.

Le 25 novembre 2016, une étude du Centre d'Ethique Clinique (CEC) de Cochin a présenté une étude exploratoire sur le thème « enjeux éthiques et sociétaux de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge », prouvant encore l'intérêt grandissant que suscite ce sujet (Cf. Annexe X). Cette étude conclue qu'aucun argument ne s'oppose à la légalisation de cette pratique sur le plan éthique.

Enfin, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), présidé par le professeur Jean-François Delfraissy, a annoncé qu'il donnera un avis consultatif sur ce sujet au printemps 2017 et ce en vue de la révision de la loi de bioéthique de 2018. A ce jour, il ne s'est pas encore exprimé sur le sujet...

5.1.2. L'avis du CNGOF

Dans son communiqué de presse publié en 2012 (14), le CNGOF s'attaque au décret de 2015 qui permet aux femmes n'ayant jamais procréé et faisant don de leurs ovocytes d'en conserver une partie pour leur bénéfice personnel. Cette nouvelle disposition semble alors rompre avec le principe d'égalité d'accès aux soins puisque les femmes ayant déjà des enfants ne peuvent y avoir recours. Elle est également

perçue comme un « chantage » jugé « éthiquement inacceptable ». C'est aussi l'avis que le docteur René Frydman exprime dans son ouvrage²⁷ : « Je n'approuve pas ce système que j'assimile à une forme de chantage ». Ceci illustre la polémique suscitée par ce point du décret : certains le voient comme un chantage ou comme une « indemnisation cachée » mise en place pour augmenter le nombre de donneuses et bafouant le principe de gratuité du don, tandis que les législateurs se défendent de mettre en place cette disposition comme protection au cas où les donneuses sans enfant présenteraient par la suite un problème d'infertilité (de façon « naturelle » ou bien s'agissant d'une infertilité secondaire au don²⁸ (Cf. Annexe XI)). Notons que l'Agence de la biomédecine voit un autre avantage à cette disposition : elle incite au recrutement de donneuses plus jeunes et augmente ainsi la qualité des ovocytes obtenus et l'efficacité du don²⁹.

Par ailleurs, des spécialistes de la reproduction soulignent que le petit nombre d'ovocytes qui serait consacré au bénéfice de la donneuse serait insuffisant pour laisser à celle-ci de réelles chances de succès en cas d'utilisation plus tard, un nombre plus important d'ovocytes étant nécessaire à l'obtention d'une naissance. Ils craignent alors qu'un « faux espoir » soit fait aux donneuses. Enfin, le CNGOF précise qu'il n'y a « pas de raison » pour que l'autoconservation soit accessible aux hommes et non aux femmes, expliquant que « pour les hommes l'autoconservation de sperme en paillettes peut-être réalisée sur simple ordonnance dans tout laboratoire de ville agréé ». Sur ce point, il est nécessaire de rappeler que le cadre juridique encadrant l'autoconservation des gamètes en France est strictement le même pour les hommes que pour les femmes. S'il est vrai qu'en pratique les hommes peuvent conserver leur sperme sur délivrance d'une « simple » ordonnance, il est cependant de la responsabilité du médecin et du laboratoire agréé par l'Agence de la biomédecine de

²⁷ FRYDMAN René. *Le droit de choisir – Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*. Editions Seuil - Janvier 2017.

²⁸ Bien que le risque soit théoriquement très faible, une infertilité secondaire au don peut résulter de complications infectieuses, hémorragiques, de torsions d'annexes... Etude de Bodri et al, 2008. (Cf. Annexe X)

²⁹ En 2012 déjà, concernant le don d'ovocytes, l'Agence de la Biomédecine recommandait de « ramener à 36 ans l'âge limite supérieur de prise en charge des donneuses d'ovocytes afin de maintenir l'efficacité du don en cas d'autoconservation d'une partie la cohorte recueillie ». Conseil d'orientation du 6 juillet 2012 (13).

n'accéder à la demande de ces hommes que dans le cadre d'une indication dite médicale. Des « dérives » au niveau de la délivrance de ces ordonnances sont peut-être existantes compte-tenu de la facilité des processus de recueil et de congélation du sperme, mais la fréquence de ces pratiques reste difficile à objectiver... Cependant, on peut s'interroger sur le fait que l'infertilité masculine soit jugée comme n'étant pas liée à l'âge, étant donc qualifiée de « pathologique » et prise en charge. Des études récentes prouvent pourtant que la fertilité des hommes se dégrade également en vieillissant, de manière plus progressive³⁰. Cette distinction hommes-femmes vis-à-vis de l'autoconservation est-elle alors vraiment légitime ? Le fait que l'infertilité masculine soit jugée pathologique bien plus facilement que pour les femmes n'est-il pas lié à une moins bonne connaissance des fonctions de reproduction chez l'homme âgé, tandis que l'effet du vieillissement sur la fertilité féminine est bien documenté ?

S'il se place clairement en faveur de la légalisation de l'autoconservation des ovocytes, le CNGOF n'omet cependant pas de signaler quelques « craintes ». Celles-ci concernent d'une part les risques liés aux grossesses tardives (grossesses plus à risque de complications), et d'autre part le risque de donner de faux espoirs aux femmes compte tenu du fait que le taux de succès de l'autoconservation n'est pas de 100%. Un autre problème souligné est celui du financement de cette pratique. En effet, le prix final de ce procédé (stimulation, ponction, vitrification, conservation sur plusieurs années...) ne serait certainement pas abordable pour toutes les femmes, ce qui implique une inégalité d'accès à cette pratique car une prise en charge par la sécurité sociale semble difficilement concevable³¹.

³⁰ « Les études histologiques et endocriniennes les plus récentes mettent en évidence des altérations progressives avec le vieillissement des fonctions endocrine et exocrine testiculaires. [...] Une revue de la littérature présentée dans cet article permet de conclure à une baisse du volume spermatique et une diminution de la mobilité des spermatozoïdes ainsi que du pourcentage de formes normales. [...] L'étude de la fertilité masculine en reproduction assistée (Assistance Médicale à la Procréation) est mieux documentée. Les différentes séries publiées mettent clairement en évidence une diminution des résultats avec le vieillissement paternel. » L.Wagner (2004). *Fertilité de l'homme vieillissant*.

³¹ D'après la publication de la fédération des CECOS sur la conservation des ovocytes (15) : le coût d'une conservation d'ovocytes serait autour de 3000 euros, si l'on comprend les bilans préalables nécessaires, la stimulation hormonale, la ponction des ovaires, la préparation des ovocytes et la congélation, ainsi que le coût annuel de la conservation.

La question du financement ainsi que celle de l'établissement d'un « âge limite » sont donc relevées par le CNGOF, conscient qu'elles devront faire l'objet d'une vraie réflexion si cette pratique devait être légalisée et introduite dans la prochaine révision de la loi de bioéthique en 2018.

5.1.3. *Résultats de l'étude du CEC*

Le Centre d'Ethique Clinique de Cochin est allé à la rencontre de femmes âgées de 25 à 45 ans ainsi que de leurs gynécologues pour savoir quelle est leur position sur le sujet et connaître les arguments la motivant. Vingt-huit entretiens ont été menés avec des femmes qui répondent aux différents critères d'inclusion fixés, et 3 entretiens ont été menés avec des gynécologues. L'objectif de cette étude était donc de comprendre les positions des personnes directement concernées ainsi que de leurs prescripteurs, mais aussi de répondre à la question suivante : « Quels arguments médicaux et éthiques, dans le contexte sociologique actuel, peuvent justifier d'interdire aux femmes d'accéder à cette technique pour préserver leur fertilité ? ».

Lors de la présentation des résultats de cette étude à laquelle j'ai pu participer, le 25 novembre dernier, le CEC dit n'avoir trouvé « aucune bonne raison éthique » qui justifie d'interdire cette pratique. Selon les professionnels ayant réalisé cette étude, le don d'ovocytes présente plus d'enjeux éthiques que l'autoconservation, s'agissant d'une pratique qui ne concerne que la femme et son propre corps et ne faisant pas intervenir une tierce personne. Il dénonce ce « choix » français absurde qui consiste à interdire un procédé peu problématique au plan éthique en autorisant d'autres beaucoup plus complexes à cet égard. A condition que celui-ci soit encadré, ils ne voient donc pas d'obstacle à l'élargissement de la congélation des ovocytes à des raisons dites « non médicales ». Partant de cette idée, Ils se sont interrogés sur la légitimité de l'intervention de la société dans ce choix personnel qui ne concerne théoriquement que la femme demandeuse. Selon le CEC, voici la question que l'on peut se poser : si la femme était bien informée des tenants et des aboutissants qu'implique le recours à cette pratique bien encadrée, pourquoi la société lui interdirait-elle d'y avoir recours ? L'autoconservation de ses ovocytes pourrait lui conférer son « autonomie reproductive ».

5.2. Place des médias

Depuis plusieurs années, les médias ont commencé à s'intéresser à ces femmes qui partent à l'étranger pour congeler leurs ovocytes et à s'interroger sur la loi en vigueur. Peu à peu, la presse web, des journaux papiers, ainsi que des émissions de télé populaires s'emparent du sujet.

Le magazine *ELLE* a publié plusieurs articles entre 2013 et aujourd'hui. Nombreux sont écrits par la journaliste Isabelle Duriez qui dit vouloir « que les femmes se saisissent de ce débat ». Dans ces articles, la parole est donnée aux femmes ayant conservé leurs ovocytes mais également aux femmes n'ayant pas eu recours à ce procédé, ainsi qu'à des gynécologues tels que le Docteur Joëlle Belaisch-Allart. En mars 2016, le magazine va plus loin et lance une pétition « PMA : pour la légalisation de l'auto congélation des ovocytes » qu'il souhaite remettre à François Hollande (alors Président de la République), Marisol Touraine (Ministre de la Santé) et Laurence Rossignol (Ministre des Familles). Cette pétition compte aujourd'hui plus de 1800 signatures (18).

En octobre 2014, le sujet de l'autoconservation des ovocytes est mis en avant par la proposition de Facebook et Apple, aux Etats Unis, de faciliter l'autoconservation ovocytaire en prenant en charge partiellement les frais de procédure, ce afin que leurs employées n'aient pas à décider entre famille et carrière. Cette proposition fait polémique et relance le débat en France (19).

Avant de publier le manifeste de 130 gynécologues en mars 2016 (Cf. Annexe IX), le journal *Le Monde* a également consacré plusieurs articles à ce sujet. Il en est de même pour de nombreux autres journaux, via internet : *L'express*, *Grazia*, *Cauzette*, *Slate*, *Buiseness O Feminin*, *Magic-maman*... Des émissions très populaires se sont aussi intéressées à ce débat, on peut citer par exemple *Les Maternelles* sur France 5 ou *Sept à Huit* sur TF1 (reportage en septembre 2014).

Cette diffusion médiatique a-t-elle permis aux femmes, premières concernées, de prendre connaissance de ce débat ? Vont-elles s'en emparer ? Quelle en est leur perception ? Y voient-elles une possibilité d'acquérir une autonomie, une liberté

procréatrice supplémentaire ? Autant de questions auxquelles cette étude va essayer de répondre.

Deuxième partie : L'étude

1. Problématique et hypothèses

1.1. La problématique

L'autoconservation des ovocytes pour raison non médicale, nous l'avons vu, est réellement devenue un débat de société. Médias et professionnels de santé tendent à faire connaître cette polémique aux femmes, premières concernées. Le but de l'étude menée est donc de répondre à la problématique suivante : Quels intérêts et quelles limites les femmes en âge de procréer perçoivent-elles quant à l'autoconservation des ovocytes à visée non médicale ?

1.2. Les objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est d'identifier d'une part les arguments qui motiveraient le recours à l'autoconservation des ovocytes chez les femmes en âge de procréer, et d'autre part les réticences et obstacles qui les freineraient.

1.3. Les hypothèses

Les hypothèses formulées au début de cette étude ont été construites à partir de la revue de presse effectuée en amont de ce travail, des articles publiés par divers gynécologues, ainsi que par l'avis que semblait avoir l'opinion publique sur ce sujet.

- Hypothèse 1 : Les femmes ne sont pas conscientes de la baisse de la fertilité avec l'âge.
- Hypothèse 2 : L'autoconservation des ovocytes est connue par les femmes particulièrement susceptibles d'être concernées par une première maternité plus tardive que la moyenne, à savoir les femmes vivant dans les grandes agglomérations et ayant fait des études supérieures longues.
- Hypothèse 3 : Une des principales motivations des femmes pour avoir recours à l'autoconservation ovocytaire serait l'importance accordée à leur carrière.

2. La méthodologie

2.1. Le focus group : généralités (20)

Pour cette étude, nous avons choisi de procéder par entretiens collectifs. Il s'agit d'une étude qualitative participative. En effet, la méthode des focus group est une technique d'entretien de groupe qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance. Cette technique d'entretien repose donc sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Cette confrontation des différentes opinions de chacune se fait sans préjugés ni jugement de valeur. En outre, chaque opinion ou idée émise est valide : « même une seule idée minoritaire est « vraie » ».

L'entretien est guidé par un modérateur et un observateur. Le modérateur a pour rôle d'animer la discussion, de gérer la dynamique de groupe, de gérer le temps et de tendre à répondre aux objectifs de l'étude. L'observateur est responsable de surveiller le bon fonctionnement du matériel d'enregistrement, de prendre des notes et d'être vigilant aux réactions non verbales des participants.

Dans un premier temps, il est nécessaire de réaliser un « échantillonnage » pour constituer le groupe des participantes à l'étude. Le nombre de participantes doit idéalement être situé entre 5 et 10 maximum, toutes volontaires, « recrutées » à partir de mon réseau de connaissances, puis par effet « boule de neige ».

Il faut ensuite élaborer le guide d'entretien. Ce guide est composé de trois ou quatre questions ouvertes, suffisamment générales pour ouvrir le débat, mais contenant assez d'éléments précis permettant d'orienter la discussion sur les thématiques évoquées dans la problématique ci-dessus. Ces questions sont posées à l'oral à l'ensemble du groupe, et font l'objet d'un débat libre entre les participantes. Celui-ci doit voir lieu dans un endroit neutre, agréable et convivial. L'analyse de la discussion permettra de faire émerger les idées exprimées par le groupe.

Un questionnaire individuel écrit sera soumis à chaque participante et permettra de recueillir les caractéristiques socio-économiques de celles-ci (âge, catégorie socioprofessionnelle, lieu de résidence, niveau d'étude, statut marital...). Il est court, neutre et anonyme.

2.2. Etude de discours

Afin d'enrichir ma réflexion autour de ce sujet, une étude préalable des discours de la presse écrite autour de la conservation des ovocytes a été nécessaire. La lecture de nombreux articles de presse féminine m'a permis de cerner l'intérêt grandissant de l'opinion publique pour ce sujet et m'a donné des premiers éléments de réflexions. Cela m'a également permis de me rendre compte de la teneur des messages et des informations transmises aux lectrices autour de ce sujet. En dehors de la presse féminine, il était indispensable également de lire des publications de spécialistes de la reproduction concernant l'autoconservation des ovocytes afin de connaître leurs avis sur cette pratique et d'étoffer là encore ma réflexion. De la même façon, une étude de publications scientifiques sur des thèmes tels que la vitrification, le don d'ovocytes ou les troubles de l'infertilité m'a permis de cerner le contexte dans lequel s'inscrit ce débat sociétal. Par ailleurs, j'ai eu la chance d'être présente lors de la journée organisée le 25 novembre 2016 par le Centre d'Ethique Clinique de Cochin, m'offrant l'occasion de prendre connaissance des résultats de leur étude et d'assister aux discussions entre les divers acteurs : juristes, médecins, sociologues, psychologues, sages-femmes, patientes, ou encore journalistes.

2.3. L'étude réalisée

2.3.1. *Le choix de la méthode*

La méthode des focus group permet, par l'expression directe des participantes, de faire émerger des idées diverses, parfois inattendues, reflet des valeurs sociales, culturelles et/ou religieuses de chacune. (20) Cette méthode semblait par conséquent la plus adaptée pour aborder ce sujet et répondre à la problématique dans le temps restreint de l'élaboration du mémoire de fin d'études de sage-femme. Ce type d'étude

n'a vocation ni à la représentativité ni à l'exhaustivité mais a pour but de témoigner des différences de point de vue, de faire état de leur diversité.

Un premier focus group, dit « groupe test », a été organisé pour permettre une première mise à l'épreuve de la grille d'entretien, et pour permettre au modérateur et à l'observateur de s'essayer à cet exercice. Celui-ci, ayant été tout à fait productif, a également été analysé et inclus dans les résultats de cette étude. Un deuxième focus group a ensuite été réalisé après quelques adaptations de la grille d'entretien et surtout une meilleure expérience du modérateur. L'analyse de ces débats repose sur l'enregistrement des discussions et la retranscription verbatim de celles-ci.

2.3.2. *La population d'étude*

Pour cette étude, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisis de sorte que la population étudiée soit la plus représentative de celle qui serait probablement ciblée par l'autoconservation des ovocytes : des femmes d'une trentaine d'années, habitant dans une grande ville, ayant fait des études supérieures et ne souhaitant pas d'enfant à l'heure actuelle³². A nouveau, rappelons cependant que cette étude n'a pas vocation à être exhaustive ni représentative.

Les femmes interrogées étaient des femmes de nationalité française et résidant en Ile-de-France, volontaires et bénévoles, âgées de 18 à 37 ans, nullipares et n'ayant pas de désir de grossesse dans l'immédiat, ayant fait des études supérieures (> Bac+3), et indifféremment en couple ou non. Ces limites d'âge (18-37 ans) ont été choisies car il s'agit de celles encadrant à ce jour le don d'ovocytes, avec ou sans autoconservation.

³² Cécile Gallo, médecin de la reproduction à la Clinique IVI en Espagne, a présenté, lors de la journée-débat organisée par le CEC de Cochin en novembre 2016, le profil majoritaire des femmes conservant leurs ovocytes « pour raison d'âge » : ce sont des femmes célibataires ou sans conjoint « stable » entre 36 et 39 ans ; 75% ont un niveau d'éducation universitaire.

Ont été exclues les femmes présentant au moins l'un des critères parmi les suivants :

- Travaillant dans le milieu médical (la réflexion serait faussée par des connaissances médicales qui ne sont pas à la portée des autres femmes)
- Ayant déjà un ou plusieurs enfants et/ou exprimant un projet de grossesse au moment de l'inclusion
- Ayant une pathologie ou un traitement pouvant affecter sa fertilité
- Ayant déjà fait un don d'ovocytes
- Ayant déjà eu recours à la congélation d'ovocytes à l'étranger.

Le « recrutement » de ces femmes s'est fait à partir de mon réseau de connaissances, puis par effet « boule de neige ». Un recours au réseau social Facebook a également été utilisé mais ne m'a permis de recruter qu'une seule participante : les femmes accessibles via mes propres contacts Facebook sont principalement des femmes entre 22 et 25 ans et nombreuses sont celles qui, même si elles exprimaient leur intérêt pour ce sujet, ne se sentaient pas concernées par ce débat. Finalement, les femmes qui se sont portées volontaires étaient majoritairement des femmes entre 25 et 30 ans.

Après recrutement, deux groupes ont été formés : un premier groupe de sept femmes et un deuxième groupe de cinq femmes (initialement constitué de huit femmes, trois se s'étant désistées in fine).

Composition du Focus Group 1³³ :

- Amélie, 29 ans, consultante, a été recrutée car il s'agit d'une amie proche de ma sœur.
- Julie, 29 ans, est avocate. Elle a également eu connaissance de ce focus group grâce à ma sœur.
- Clémence, 29 ans, ingénieur en aéronautique, recrutée de la même manière.
- Chloé, 30 ans, fait du conseil et est une amie de mon beau-frère.

³³ Pour garantir l'anonymat des participantes tout en conservant le côté « vivant » du discours, les prénoms utilisés ici sont fictifs.

- Hortense, 29 ans, ingénieur, est une amie de Chloé.
- Alice, 29 ans, travaille dans la finance (master de finance). Elle est aussi une amie de mon beau-frère.
- Claire, 27 ans, est ingénieur dans le biomédical recrutée grâce à ma sœur qui est une de ses anciennes collègues.

✚ Composition du Focus Group 2³⁴ :

- Emilie, 23 ans, assistante économiste, a eu connaissance de ce focus group par mon réseau social Facebook, faisant partie de mes amies de longue date.
- Clara, 24 ans, étudiante en dernière année de psychologie, recrutée au décours d'une conversation, faisant partie de mon cercle d'amis proches.
- Agathe, 26 ans, étudiante en dernière année de psychologie, recrutée grâce à Clara.
- Maude, 31 ans, travaille dans la finance, a été recrutée grâce à ma sœur dont elle est une amie.
- Estelle, 30 ans, travaille dans une association consacrée au développement durable, a été recrutée de la même façon que Maude.

2.3.3. *Déroulement des focus group*

Les focus group ont eu lieu dans un appartement parisien, en dehors de toute structure « médicale », de sorte à mettre à l'aise les participantes et à créer un climat de confiance, propice à la discussion. Les deux débats ont duré en moyenne 1h30. Un enregistrement audio des discussions a été réalisé, après accord oral préalable de chaque participante. Avant chaque débat, une introduction était faite afin de permettre aux participantes de bien cibler l'objectif et de l'étude et de comprendre le contexte dans lequel elle s'inscrit (Cf. Annexe XII). Le débat s'est ensuite articulé autour de 4 à 5 questions (Cf. Annexe XIII).

³⁴ Pour garantir l'anonymat des participantes tout en conservant le côté « vivant » du discours, les prénoms utilisés ici sont fictifs.

3. Résultats et discussion

3.1. Hypothèse 1 : Les femmes ne sont pas conscientes de la baisse de la fertilité

Dans les articles de presse féminine ainsi que dans les articles publiés par des gynécologues, revient souvent l'idée que les femmes ne sont pas conscientes de la baisse de la fertilité avec l'âge (17). Or, que ce soit dans le premier ou le deuxième groupe interrogé, toutes les participantes déclarent avoir en tête que la fertilité féminine décroît progressivement en vieillissant, que ce soit grâce aux cours de biologie qu'elles ont eu étant jeunes, grâce à leur gynécologue, grâce à la presse féminine ou grâce aux discussions qu'elles ont avec leur entourage. Si elles ont conscience de ce phénomène, elles se sentent cependant « trop jeunes » pour concrètement s'en inquiéter : « là j'ai 23 ans j'ai le temps mais c'est vrai que je trouve qu'on est confronté à ça hyper souvent, que ce soit dans les magazines féminins, chez les gens qu'on connaît... et je me dis bah ne pas pouvoir en avoir ça serait dramatique donc je ferai plus attention vers 32-33ans à ne pas trop tarder » explique Emilie. Elles voient cela majoritairement comme une « préoccupation future ». Toutes déclarent par ailleurs vouloir leur premier enfant avant environ 32 ans, et pensent ainsi ne pas faire partie des femmes « à risque » de connaître des difficultés à obtenir une grossesse. Les réponses à cette question auraient donc probablement été différentes si les femmes interrogées avaient été plus âgées, entre 30 et 35 ans par exemple. Apparaît ainsi l'idée que, malgré une bonne connaissance de la physiologie reproductive féminine et des difficultés qui peuvent être rencontrées pour obtenir une grossesse après 35ans, les femmes de moins de 30 ans ne se sentent pas encore concernées et auraient donc des difficultés à se projeter dans une démarche préventive telle que l'autoconservation des ovocytes. On sait pourtant que cette pratique serait d'autant plus intéressante qu'elle est réalisée jeune, la réponse à la stimulation ovarienne étant meilleure (plus d'ovocytes matures obtenus) et la qualité ovocytaire également.

S'est alors posée la question suivante : quel est le rôle des professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes, médecins traitants...) dans la prévention des troubles de l'infertilité liés à l'âge ? Serait-il légitime, qu'au cours d'une consultation de

gynécologie, le médecin aborde ce sujet avec sa patiente ? La réponse ne semble pas évidente. Certaines femmes interrogées estiment que cela serait déplacé : « L'année dernière ma gynécologue me demandait quel âge j'avais donc j'ai dit 29 ans. Elle m'a répondu " vous savez que vous êtes au pic de votre fertilité ", je me suis dit "mais je t'ai rien demandé ! ", elle ne savait même pas si j'avais un mec ou pas... » raconte Maude. Pour ces femmes là, ce type de discours est perçu comme intrusif, paternaliste. C'est ce qu'explique Clémence : « Je me souviens d'une de mes collègues, à 35 ans, qui m'a dit "moi j'en peux plus ma gynéco à chaque fois elle me dit d'y penser " bah ça la soule quoi, et je la comprends ». A l'inverse, certaines estiment que les professionnels de santé ont là un réel rôle à avoir, estimant qu'il s'agit d'un message de prévention légitime : « c'est un médecin qui te le dit, il te parle concrètement de ta « réserve ». C'est pas en mode norme sociale " olala t'as 30 ans t'as pas d'enfant... ». » explique Julie.

3.2. Hypothèse 2 : L'autoconservation des ovocytes est connue des femmes particulièrement susceptibles d'être concernées par une première maternité plus tardive que la moyenne

Si le débat sur l'autoconservation ovocytaire s'étend depuis plusieurs années dans les médias, il semble pourtant que cette pratique reste relativement méconnue des femmes. En effet, les femmes interrogées ont, pour la grande majorité, exprimé une totale méconnaissance du sujet. Leur profil a beau correspondre à celui des femmes les plus susceptibles d'être concernées par une première maternité plus tardive (ayant fait des études supérieures, situation socio-économique aisée, habitant dans une grande agglomération), il apparaît qu'elles ne se soient jamais questionnées sur l'existence d'une telle pratique et n'en aient pas entendu parlé dans les médias.

Ceci étant dit, il est intéressant de constater que ces mêmes femmes sont très au fait des techniques d'assistance médicale à la procréation qui existent. Elles ont le sentiment que la problématique « troubles de l'infertilité et AMP » est très présente dans les médias ou dans les conversations qu'elles ont avec leur entourage : « Moi dans ma famille on est assez confrontés aux femmes qui n'arrivent pas à avoir d'enfant, qui galèrent pas mal, et bah ça remet un peu en cause... bah tu te dis plus

que ça peut arriver » explique Emilie ; « oui on a le message du "on y arrive moins bien qu'avant" » répond Clara. Une fois de plus on constate qu'elles ont tout à fait notion de la baisse de la fertilité avec l'âge et des difficultés que cela implique aujourd'hui, c'est ce qu'explique Emilie : « j'en parlais à mes parents justement, je disais que si ça se trouve bah j'arriverais pas à avoir d'enfants et... bah nan mais tu vois mes parents me disaient que ça leur paraissait fou que je me demande ça parce qu'à leur époque ils ne se posaient pas du tout la question. »

Agathe, âgée de 26 ans, raconte avoir déjà abordé avec son compagnon l'éventualité de ne pas arriver à faire des enfants naturellement le jour où ils en exprimeront l'envie : « moi j'ai en ai parlé avec mon copain. On a parlé de ce qu'on ferait si on arrivait pas à avoir d'enfant et on s'est dit qu'on se prendrait pas la tête, qu'on verrait, qu'on adopterait... Je verrai où j'en serai d'ici là mais je suis pas trop pour l'idée de me lancer dans un long projet d'AMP, de FIV... mais donc du coup je lui en ai déjà parlé dans l'optique de pas me prendre la tête. [...] je vais avoir 26 en juin. Je pense que c'est pas mal d'en avoir parlé, comme ça le jour où ça t'arrive... ». Cette même participante faisait partie des femmes interrogées qui estimait qu'il serait difficile de se projeter avant la trentaine au point d'envisager de congeler ses ovocytes « au cas où ». On retrouve donc cette idée que les femmes de moins de trente ans ont tout à fait conscience de cette problématique, elles connaissent même relativement bien les techniques utilisées en cas de difficultés à obtenir une grossesse, mais elles ne s'interrogent pas pour autant sur l'existence d'une alternative, d'une solution à ce problème. Elles n'ont pas notion de l'existence de la congélation ovocytaire. Sur toutes les femmes interrogées, une seule connaissait la possibilité de congeler ses ovocytes à l'étranger. Ce débat ne semble pas être parvenu jusqu'à elles. Selon elles, ceci peut être dû au fait que la réflexion autour de ce sujet est encore en cours, que ce sujet est encore trop « flou », ce que Clara résume ainsi : « je trouve que c'est pas encore assez pensé pour que ça puisse être connu... ce n'est pas assez concret ».

Finalement, il semblerait que la question de l'autoconservation ovocytaire soit plutôt une préoccupation des femmes plus âgées, plus concrètement concernées par un risque augmenté d'avoir des difficultés à « tomber enceinte ». Les participantes de cette étude ayant moins de trente ans, étant pour la grande majorité en couple, et s'imaginant avoir un premier enfant autour de 32 ans, peut-être pouvons nous penser que le temps n'est pas encore venu de s'interroger sur leur avenir procréatif et qu'il

leur est difficile de s'identifier aux femmes dont elles entendent les témoignages de situations d'infertilité. En ce sens, il semblerait que ces femmes particulièrement susceptibles d'être concernées par l'autoconservation des ovocytes aient inconsciemment cette impression que « cela n'arrive qu'aux autres ». Tout cela peut être un élément de réassurance des législateurs qui craindraient que la légalisation de l'autoconservation aboutisse à une « déferlante » de demandes.

3.3. Hypothèse 3 : Une des principales motivations des femmes pour avoir recours à l'autoconservation ovocytaire serait l'importance accordée à leur carrière

Un des objectifs principaux de cette étude était d'identifier les arguments qui motiveraient les femmes à avoir recours à l'autoconservation des ovocytes. L'hypothèse qui paraissait la plus plausible était de dire que les femmes d'aujourd'hui, qui accordent une réelle importance à leur réussite professionnelle, souhaiteraient pouvoir s'y consacrer et verraient alors dans l'autoconservation ovocytaire la possibilité de s'affranchir de leur « horloge biologique ».

Les années consacrées à leurs études puis au développement de leur carrière feraient reculer l'âge auquel elles souhaitent construire une famille et devenir mère. Cette idée de la femme carriériste est de plus en plus répandue : en 2016, un sondage réalisé en France par Qapa, première plateforme digitale de travail, révèle que 34% des femmes se disent « carriériste » contre 26% des hommes, à noter que 1 220 860 personnes âgées de 18 ans et plus ont été interrogées (21). Cependant, on peut s'interroger sur le sens donné par les hommes et les femmes au qualificatif « carriériste » : les femmes se jugent peut-être carriériste à partir du moment où elles souhaitent s'investir dans leur activité professionnelle, ce qui peut sembler « normal » pour les hommes, expliquant ainsi qu'ils se déclarent moins carriéristes. On retrouve aussi cette nouvelle image de la femme dans de très nombreux articles de presse féminine, présentant la femme comme investie, déterminée, prête à plus de sacrifices qu'avant pour réussir sa vie professionnelle. Par ailleurs, en 2014, la proposition de Google et Facebook de soutenir financièrement les femmes qui désirent congeler leurs ovocytes pour se concentrer sur leur carrière renforce encore cette idée que la femme

d'aujourd'hui priorise dans un premier temps son activité professionnelle. Est-ce bien cet argument qui inciterait en premier lieu ces femmes à avoir recours à l'autoconservation de leurs ovocytes ? Ne dit-on pas des femmes de notre société actuelle qu'elles sont carriéristes simplement parce qu'elles n'intègrent pas le modèle dominant de la « future mère » ?

Lors des deux focus group organisés, la question de la carrière a effectivement été rapidement évoquée. C'est le premier élément de réponse donné dans les deux groupes lorsqu'il leur a été demandé pour quelles raisons, selon elles, les femmes retardent désormais leur maternité. Toutes sont d'accord pour dire que ce recul de l'âge au premier enfant résulte en partie du fait de la durée des études et du développement de leur carrière : « tu sors de tes études tu as grosso modo entre 23 et 25 ans donc après tu te dis "je vais travailler" » donc tu ne fais pas un enfant tout de suite... ». Il est intéressant de voir que ce n'est pas la crainte de la réaction de l'employeur à l'annonce de la grossesse qui inquiète et incitent ces femmes à retarder leur maternité ; il s'agit plutôt d'une vraie volonté de prouver leurs capacités professionnelles, d'assouvir leur ambition professionnelle et de s'épanouir à travers son travail : « t'as le côté carrière. 'fin c'est au début que tu dois faire tes preuves, les trois premières années... tu ne vas pas déjà te mettre en congé mat' » dit Alice avant de rajouter « mine de rien au niveau de la carrière... tu vois si tu veux changer de boulot tu te dis "faut pas que je tombe enceinte maintenant parce qu'après faut que j'attende le temps de la grossesse, du congé mat nininin..." ». Cependant, sur toutes les femmes faisant partie de cette étude, une seule se qualifie de « carriériste » et estime que ce serait la principale raison qui l'amènerait à reculer l'âge auquel elle aurait son premier enfant. Finalement, si toutes estiment que la réussite professionnelle joue à l'évidence un rôle dans ce recul de la maternité, la très grande majorité pense qu'il ne s'agit pas de la raison première. C'est aussi ce qui est ressorti de l'étude du CEC présentée en novembre dernier, et ce que l'on peut depuis peu lire aussi dans les articles de presse féminine.

Finalement, la principale raison évoquée par ces femmes, qui justifie le recul de l'âge au premier enfant, est la recherche d'une stabilité affective, d'un équilibre dans le couple. Ces femmes disent vouloir prendre le temps de trouver un conjoint avec qui elles se voient construire une famille, en qui elle voit à la fois un compagnon aimant et

un bon père pour leurs enfants. Certaines expliquent qu'aujourd'hui, contrairement aux générations de nos parents et grands-parents, les femmes n'ont plus cette « pression sociale » qui veut qu'elles trouvent rapidement un homme avec qui se marier puis faire des enfants : « il y a avait peut-être plus de pression sociale à l'époque "allez faut que t'y ailles, faut que te marries..." » explique Louise. Libérées de ce schéma traditionnel et de cette pression, elles disent ne pas vouloir se précipiter : « tu ne t'arrêtes pas au premier mec que tu rencontres et où tu te dis " ok" » déclare Claire. Plusieurs d'entre elles s'accordent pour dire que les femmes d'aujourd'hui sont peut-être plus « exigeantes » sur ce qu'elles recherchent : « on a peut-être plus d'exigences sur le couple qu'avant » pense Emilie. Il apparaît donc, à travers leurs discours, que la première raison à ce recul de l'âge de la maternité est la volonté de trouver un conjoint qui leur corresponde vraiment, qui ne soit pas uniquement un géniteur. Certaines participantes ont d'ailleurs mis en lien le recul de l'âge à la première maternité avec le recul de l'âge au mariage. Il est vrai que, d'après l'Insee, l'âge moyen auquel les femmes se marient en France a reculé progressivement depuis les vingt dernières années : il était de 30 ans en 1996 et a progressivement reculé jusqu'à 35,1 ans en 2015 (3) (Cf. Annexe XIV). Cependant cette comparaison, même si elle illustre probablement en partie cette volonté « d'attendre » avant de s'engager, a ses limites compte-tenu du fait que la part des enfants nés hors mariage n'a cessé d'augmenter ces dernières années : en 2016, toujours selon l'INSEE, 59,7% des enfants sont nés hors mariage, contre 37,2% en 1994 (Cf. Annexe XV). Le recul de l'âge au mariage ne peut donc être uniquement interprété comme un souhait des femmes de s'engager plus tardivement, il reflète aussi l'évolution des mœurs de notre société actuelle dans laquelle le mariage ne représente plus une étape préalable à la parentalité. Même si cette étude ne se veut pas représentative de toutes les femmes d'aujourd'hui, notons tout de même que pour la grande majorité des participantes de cette étude, le mariage semble rester une condition importante et garde encore une symbolique forte.

Pourquoi cette difficulté à trouver le « bon partenaire » ? Cette volonté de vouloir prendre son temps avant de s'engager ? Peut-être est-ce dû au fait que les femmes de la société actuelle sont plus libres de leurs choix, qu'elles se sont affranchies de toute pression familiale, de toutes normes sociales ? Puisqu'elles « s'engagent » plus tardivement que les générations passées, cela leur permet de connaître plusieurs expériences amoureuses, ce qui les rend progressivement plus exigeantes sur leurs

attentes, sur ce qu'elles veulent et ne veulent pas dans leur relation de couple. Par ailleurs, on peut peut-être aussi penser que ces femmes sont désormais plus « frileuses » à l'idée de s'engager dans une vie à deux compte-tenu de l'augmentation du nombre de divorces et de séparations ces dernières années. Cette labilité du couple peut ainsi contribuer à renforcer les exigences et les réticences des femmes, ce qui explique qu'elles souhaitent dans un premier temps s'assurer de la « solidité » de leur couple. Ce désir de stabilité affective implique ainsi une phase de vie commune sans enfant.

3.4. Autres résultats apparus au cours de cette étude

3.4.1. *Les freins au recours à l'autoconservation ovocytaire*

La principale crainte qu'ont exprimée les femmes interrogées lors de cette étude concerne le risque de donner des faux espoirs aux femmes qui décident de congeler leurs ovocytes. Hortense déclare : « enfin il ne faut pas faire croire aux femmes que c'est la solution miracle qui marchera. La femme de 32 qui n'arrive pas à avoir de gamins et qui met tous ses espoirs dans son ovocyte congelé alors qu'en réalité... elle met pas tous ses espoirs dans une solution qui potentiellement ne la mènera à rien ». Elles ont ainsi souligné l'importance, selon elles, d'informer correctement les femmes sur le procédé, ses enjeux et ses limites.

La deuxième crainte majoritairement exprimée au cours du débat concerne les risques encourus par les femmes ayant recours à cette pratique. Hortense formule ainsi cette inquiétude : « repousser la limite en te disant que techniquement on peut te mettre un ovocyte quand tu veux, ça pose un peu la question de « qu'est-ce que ça fait pour ton corps de vivre une grossesse qu'il n'aurait pas dû vivre » ? Est-ce que c'est possible d'avoir cette grossesse ? Enfin quels sont les risques ? ». Toutes s'inquiètent des risques liés aux grossesses dites « tardives ». Par ailleurs, leurs craintes se portent aussi sur la santé des enfants issus de cette pratique. C'est ainsi qu'Alice demande très simplement : « est ce que ça peut avoir une incidence aussi sur le développement de l'enfant ? », entraînant l'appui de toutes les participantes dans son questionnement.

Elles ont également exprimé une inquiétude liée à l'âge auquel les couples peuvent avoir recours à cette pratique. Sans limitation d'âge, l'autoconservation des ovocytes pourrait permettre aux couples d'avoir des enfants tardivement et être ainsi des parents « plus âgés que la normale ». Ces couples pourraient ainsi devenir parents à l'âge auquel certaines deviennent de « jeunes grands-parents ». Or certaines d'entre elles estiment, pour le vivre personnellement ou bien connaître cette situation dans leur entourage, que cette différence d'âge parents-enfants peut être difficile à vivre pour les enfants. Elles expliquent ainsi qu'il n'est pas forcément évident pour des enfants jeunes et dynamiques d'avoir des parents « plus âgés que les autres » et donc plus fatigués, moins en forme. Par ailleurs, elles expriment aussi la crainte de voir vieillir leurs parents trop « rapidement » à un âge où, elles, sont encore jeunes : « Ma maman a 63 ans, j'en ai 25 donc elle m'a eu à 38 ans et je trouve ça tard déjà. Aujourd'hui elle a 63 ans et je préférerais qu'elle en ait 50. Quand je me projette dans 15 ans... Je pense qu'il faut penser à ses enfants. » raconte Agathe. Elles craignent ainsi des « décalages de génération » comme le dit Julie. Si ces parents avaient des enfants à un âge dit « tardif », la génération des grands-parents n'existerait que sur une courte durée pour les enfants. Cependant, toutes pensent que cette pratique ne serait probablement pas utilisée de cette façon : « mais bon est ce que les gens auraient envie d'être parents vieux ou est-ce que c'est juste un bonus que tu t'offres « au cas où » tu vois, un joker ? » se demande Alice. Finalement, à partir de cette discussion, toutes se sont accordées pour dire qu'il paraît indispensable de fixer un âge limite pour l'utilisation des ovocytes congelés si cette pratique venait à être légalisée, même si peu de couples seraient probablement tentés par l'idée de devenir parents à un âge très reculé.

D'elles-mêmes, elles ont également abordé le problème du financement de l'autoconservation ovocytaire, comprenant qu'une telle pratique aurait un coût et ne pourrait donc être abordable que pour une certaine catégorie de femmes aisées. Même si elles-mêmes font partie de cette catégorie, elles ne sont pour la plupart pas à l'aise avec cette inégalité d'accès à l'autoconservation ovocytaire : « moi je trouve ça bizarre que du coup ce ne soit « autorisée » qu'à des gens qui peuvent se le permettre (financièrement) en fait » dit Amélie. Elles souhaiteraient « un accès à cette technique sans distinction de ressources » et se sont donc interrogées sur une possibilité de remboursement par la sécurité sociale ou autrement par les mutuelles.

Enfin, une autre réticence exprimée par certaines au cours de ces discussions réside dans ce sentiment que ce procédé semble « contre-nature ». Elles ont du mal à mettre des mots sur ce sentiment : elles expriment une certaine ambivalence entre penser que cette pratique peut être utile et bénéfique aux femmes qui le souhaitent, et penser que cette pratique repousse les limites de la nature de façon dérangeante. Chloé l'exprime ainsi : « Si la nature a décidé qu'il fallait qu'on arrête d'être fertile c'est qu'il y a quelque chose certainement dans notre corps qui fait qu'on n'est plus capables de le supporter. »

Finalement, les craintes et réticences exprimées au cours des deux débats sont pour la plupart des points abordés par les professionnels de santé et qui font l'objet de réflexions de leur part. Dans l'idée où cette pratique serait donc encadrée et bien réfléchie, aucune d'entre elles ne s'opposent à la possibilité que l'autoconservation ovocytaire soit plus largement légalisée.

3.4.2. *S'affirmer en tant que femme et non en tant que mère*

Interrogées sur les raisons pour lesquelles les femmes ont leur premier enfant plus tard, les participantes ont également fait émerger une notion intéressante : elles sont plusieurs à faire part de leur souhait de « profiter » de ces années où elles n'ont pas la responsabilité d'un enfant : « ce n'est pas forcément une histoire de carrière, c'est aussi avoir envie de profiter de la vie, d'avoir la liberté de prendre du temps pour toi tout simplement » explique Amélie. L'enfant apparaît comme synonyme de contraintes : « c'est vraiment le côté "je suis trop égoïste" je pense. Genre mes potes, mes activités, mes trucs... t'as moins de libertés le jour où t'as un enfant, tu lèves le pied sur plein de trucs... » déclare Julie. Cette notion « d'égoïsme » est revenue plusieurs fois dans leur discours : « on a plus envie de penser à soi que la génération de nos parents, on est plus indépendantes » ajoute-t-elle. Il semblerait que, pour la majorité des femmes interrogées, le schéma de « projet de vie » ait évolué par rapport aux générations précédentes : désormais l'épanouissement personnel n'est plus directement lié à la construction de la famille et on peut concevoir un épanouissement personnel (temporaire ou définitif) sans enfants. Elles privilégient d'abord la « femme » à la « mère » : « la famille c'est moins notre priorité qu'avant » dit Chloé. Elles

souhaitent s'affirmer seules en tant qu'individu, non pas à travers le rôle de mère. Elles se veulent indépendantes et autonomes. A travers ce discours, ces femmes semblent héritière du féminisme d'Elisabeth Badinter, philosophe qui s'est beaucoup intéressée à cette distinction de « femme » et de « mère » (22). On retrouve là son idée qu'une femme peut s'épanouir en dehors de son rôle de mère. Il semblerait que la maternité crée un clivage dans la vie des femmes : elles basculent ensuite dans un monde de responsabilités et d'investissements à la fois financier et temporel. Ceci explique qu'elles souhaitent dans un premier temps « profiter » de l'insouciance et de la liberté que leur confère le fait de ne pas avoir d'enfant. Pour Elisabeth Badinter une « bonne mère » est « une femme qui a trouvé la bonne distance entre les besoins réels de l'enfant et ses désirs à elle : ni trop présente, ni trop absente. ».

3.4.3. *Un enfant au « bon moment »*

Après avoir exprimé leur volonté d'obtenir une stabilité affective et professionnelle avant de devenir mère, certaines évoquent aussi le souci des impératifs matériels. Ces impératifs concernent principalement l'aspect financier ; ces femmes souhaitent s'assurer que le couple ait une situation professionnelle stable, des revenus réguliers et sûrs, ainsi qu'un logement adapté pour accueillir un enfant. Alice explique : « Il y a aussi la question matérielle je trouve, à Paris. Je trouve que c'est hyper cher de se loger, tu n'as pas forcément l'argent pour un trois pièces, pour la nounou à payer, la crèche... ».

Le couple souhaite donc se donner le temps de trouver cet équilibre multiple, anticiper pour être capable d'assumer l'arrivée de l'enfant et de répondre au mieux à ses besoins. Le projet d'enfant est réfléchi, programmé, afin que les futurs parents choisissent le « bon moment ».

Pour conclure sur les raisons qui expliquent ce recul de l'âge au premier enfant, on peut dire que la réalisation du désir d'enfant a lieu quand toutes les « conditions » sont réunies et quand les projets et envies du couple – tout au moins ceux jugées non conciliables avec un enfant - sont satisfaits. Si l'on veut hiérarchiser ces conditions à partir de tout ce que nous venons de voir, il semblerait donc que la première soit de trouver une stabilité affective, de trouver le « bon partenaire ». Cette condition semble

plus difficile à remplir dans une société où les femmes sont peut-être plus exigeantes et les couples plus labiles. Vient ensuite la volonté d'assouvir leur ambition professionnelle. Sans pour autant répondre au mythe de la femme carriériste, il apparaît que ces femmes, qui ont réalisé des études souvent longues, désire prouver leurs compétences et trouver une stabilité professionnelle. Ces femmes souhaitent aussi, en dehors du travail, avoir « pris le temps de profiter de la vie, de la jeunesse » à travers des voyages, des sorties, des loisirs... Enfin, le dernier point qui semble conditionner le « bon moment » pour avoir un enfant est l'aspect matériel. Tout cela nous aide à comprendre l'évolution des mentalités et des envies des femmes d'aujourd'hui, qui se traduit par un recul de l'âge au premier enfant constaté ces dernières années et finalement à une augmentation des problèmes d'infertilité.

3.4.4. Place de l'orthogénie dans le recul de l'âge au premier enfant

Le sujet de la contraception a également été abordé par ces femmes lors d'un des deux focus group. Julie déclare : « tu maîtrises plus le moment où tu peux tomber enceinte donc maintenant c'est plus un choix. Avant si ça arrivait ça arrivait... Je pense qu'il y a un côté contraception complètement balisée, maintenant tout le monde utilise une contraception, une pilule. On peut tous un peu contrôler le moment où ça arrive, donc tu peux reculer... ». Pour ces femmes, cette volonté d'avoir un enfant « quand je veux », c'est-à-dire lorsqu'elles estiment avoir « profité » de la vie sans enfant et qu'elles ont assouvi leurs ambitions autres, et « quand je peux », c'est-à-dire lorsqu'elles ont trouvé une stabilité professionnelle et financière, a pu émerger grâce à la légalisation de la contraception mais également de l'interruption volontaire de grossesse. Elles y voient un élément de réponse concernant le recul de l'âge au premier enfant. Il est effectivement très probable que la diffusion de la contraception ait contribué à cette tendance. D'après l'enquête Fecond, en 2013, seulement 3% des femmes de 15 à 49 ans, ni enceintes ni stériles, et ne voulant pas d'enfant n'utilisent aucun moyen de contraception. La contraception est donc aujourd'hui largement utilisée en France, entraînant une diminution des grossesses dites « non désirées » et une meilleure planification des grossesses. Ceci a donc permis aux femmes qui le souhaitaient de reculer l'âge à la première maternité.

3.4.5. *Les femmes concernées vivent principalement dans des grandes agglomérations ?*

Une autre hypothèse évoquée par plusieurs femmes de cette étude consiste à dire que ce recul de l'âge à la maternité concernerait plus les femmes vivant dans des grandes agglomérations que dans des petites villes de plus petite taille : « je pense qu'en province les gens ont des enfants plus tôt, se mettent en couple plus tôt » dit Chloé. Elles sont plusieurs à penser que le fait de vivre dans une grande ville les expose à plus de possibilités de rencontres amoureuses ou amicales, et plus d'occasions professionnelles : « en province ils ont peut-être moins d'opportunités. Nous on est sollicitées tout le temps. Mais pas juste en "relationnel amoureux" je pense en "relationnel amical", dans le travail... Enfin je ne parle pas des grandes villes mais dans les "villes-campagnes". » explique Chloé. Elles évoquent également la difficulté à trouver un logement adapté à un enfant et à un prix abordable dans une ville comme Paris, ainsi que la difficulté à trouver un mode de garde avec le souci de la pénurie de places en crèche. Est-ce là une réalité ou bien un « cliché » entretenu par ces femmes de milieux aisés et vivant dans une grande ville telle que Paris ?

3.4.6. *Inégalités hommes-femmes*

Au cours de la discussion, dans le premier débat organisé, la question de l'implication du futur père dans la vie familiale a été débattue. Deux discours se sont opposés :

- Certaines désapprouvent le fait que l'arrivée d'un enfant soit perçue comme un clivage plus important dans la vie des femmes que dans la vie des hommes. Elles regrettent cette « idée reçue » selon laquelle il est normal que la mère consacre plus de temps aux tâches domestiques et à l'éducation de leurs enfants que le père : « Faut changer les mentalités quand même ! Ça c'est un autre frein hein. Ça [*le fait d'avoir un enfant*] ne concerne pas que toi, il y a ton mec aussi » déclare Clémence. Aujourd'hui, selon elles, le projet d'enfant concerne aussi bien le futur père que la future mère et il n'y a ainsi pas de raison pour que la réalisation professionnelle et personnelle des femmes dépende plus que celle des hommes des contraintes familiales : « ça pourrait très bien être ton mec qui s'organise en fonction », disait Julie.

En ce sens, la décision de « faire un enfant » doit être réfléchi en couple de sorte à ne pas forcément inclure un changement radical dans la vie de la femme. Si tâches ménagères et temps consacré aux enfants étaient répartis de façon équitable dans le couple, le projet d'avoir un enfant ne serait plus vu comme un frein pour la carrière de la femme et pour le maintien de son « temps personnel ». Pour ces femmes, il est important de changer les mentalités pour que les hommes assument autant que les femmes l'arrivée d'un enfant et que ceci ne soit plus un frein à la volonté de fonder une famille. Lorsque Alice déclare à propos du fait de vouloir un enfant : « C'est quand même TON choix », Clémence lui a répondu de façon claire : « bah nan, c'est le choix du couple ! ».

- En effet, environ la moitié des femmes participant à ce débat n'est pas d'accord avec ce point de vue et déclare que cette inégalité hommes-femmes dans l'investissement du projet d'enfant est inévitable, ne serait-ce qu'à cause de la durée de la grossesse, de l'accouchement et du congé maternité qui entraînent fatigue, arrêt temporaire de l'activité professionnelle, potentiel baby-blues... Alice explique ainsi : « après ton accouchement tu es quand même moins au top. Moi je vois mes collègues... celles qui ont eu la grossesse avec les nausées, la fatigue, l'épuisement... ». Pour ces femmes, la grossesse et l'arrivée d'un enfant vont nécessairement impacter de façon plus importante sur la vie de la mère que sur celle du père.

Par ailleurs, en dehors des débats organisés dans le cadre de cette étude, des discussions autour de ce sujet avec des personnes de mon entourage m'ont permis de me rendre compte que certaines femmes, mais également certains hommes, croyaient en l'existence d'une « vocation maternelle ». Si le modèle de la femme au foyer disparaît peu à peu par rapport aux générations précédentes, il n'empêche que l'idée selon laquelle la femme est plus « qualifiée » pour s'occuper des enfants et des tâches ménagères persiste encore. Une étude de l'Insee publiée en 2017 indique que les interruptions d'activité professionnelle liées aux enfants restent nettement plus fréquentes pour les femmes que pour les hommes : « celles qui travaillent sont quatre fois plus souvent à temps partiel que les hommes » (23). Est-ce vrai que les femmes répondent mieux aux besoins des enfants que leurs pères ? Eprouvent-elles plus de satisfaction à s'investir dans leur vie de famille que n'en auraient les hommes ? N'est-ce pas un stéréotype, une croyance héritée des générations antérieures ? Cette

configuration dans laquelle l'homme continue de travailler pour assurer les revenus du ménage pendant que la femme se consacre plus aux enfants et aux tâches domestiques n'est-elle pas obsolète ? Puisque nous disions précédemment que le profil des femmes d'aujourd'hui évolue et qu'elles souhaitent s'épanouir dans leur carrière et non pas uniquement à travers les enfants, peut-être les mentalités vont-elles continuer à évoluer et l'investissement dans la vie « à la maison » tendra à s'équilibrer dans le couple. Ceci contribuerait à ce que l'arrivée d'un enfant ne soit plus perçue comme un tel clivage dans la vie des femmes. Si la répartition des rôles était plus équitable dans le couple, peut-être que les femmes reculeraient moins l'âge auquel elles souhaitent fonder une famille. Il reste cependant évident que cette volonté n'est pas partagée par toutes les femmes, certaines considérant que leur priorité reste la famille, l'éducation de leurs enfants.

3.4.7. *Méconnaissance du don d'ovocytes*

Enfin, un dernier point que l'on peut souligner suite à cette étude concerne la méconnaissance qui règne autour du don d'ovocytes. Cela reste quelque chose de très « mystérieux » pour ces femmes. Toutes disent ne pas avoir connaissance de la situation de pénurie de dons d'ovocytes que connaît la France depuis plusieurs années ni des campagnes de sensibilisation qui ont été organisées par l'Agence de Biomédecine. Puisqu'elles n'en entendent pas parler autour d'elles et qu'elles ne savent pas comment cela se déroule, elles n'ont jamais imaginé faire un don. Agathe illustre bien l'inconnu que représente le don d'ovocytes : « ce n'est pas assez concret. Et puis faut le faire quoi ! C'est un peu une opération non ? Enfin je ne sais pas comment ça se passe ».

3.5. Limites de l'étude

Il convient de réfléchir aux limites de cette étude qui, rappelons-le à nouveau, n'a vocation ni à la représentativité ni à l'exhaustivité.

Tout d'abord, il faut évoquer les limites inhérentes à la méthodologie du Focus Group. Celles-ci résultent des aspects « bloquants » de la discussion de groupe, de son côté « inhibant » : certaines participantes peuvent être trop timides pour oser

prendre la parole, ou avoir des réticences à exprimer leurs idées personnelles devant un groupe si elles ne vont pas dans le même sens que celles du reste du groupe... Il est donc possible que ne nous connaissions pas l'intime conviction de toutes les femmes interrogées. Par ailleurs, pour constituer les groupes, les femmes recrutées étaient toutes volontaires et intéressées par ce sujet ce qui peut constituer un biais en soit si l'on se dit qu'elles ne sont donc pas, de base, totalement réfractaires à l'autoconservation ovocytaire. Une autre limite de cette méthode réside dans le fait que les résultats issus de ces focus group ne peuvent être extrapolés à toute la population, ils fournissent uniquement un éventail de points de vue et d'opinions des femmes, à partir desquels on peut s'interroger et réfléchir. Enfin, on mentionnera aussi le risque d'orientation des réponses par l'animateur du débat : il est difficile de ne pas amener les participantes vers des points que l'on souhaite aborder dans le débat. Cependant, le fait d'avoir préparé à l'avance les grandes questions servant de « fil rouge » à la discussion limite ce risque.

Dans les deux groupes confondus, l'âge maximal était de 31 ans. Des femmes entre 31 et 37 ans auraient probablement apporté des éléments de réponses supplémentaires. Il est facile d'imaginer que des femmes plus âgées auraient eu un discours différent compte-tenu du fait qu'elles sont plus susceptibles de se sentir concernées par la baisse de la fertilité avec l'âge, d'avoir déjà réfléchi à cette problématique et à des alternatives possibles, et qu'elles auraient un vécu plus long, une expérience de vie plus « riche ». Il aurait été intéressant de connaître leur point de vue, elles qui auraient été à un « autre stade » de leur vie de femme, passée la trentaine. L'avis d'une jeune femme de 20 ans qui a tous les espoirs de trouver « le bon conjoint » rapidement et qui ne s'inquiète pas encore du son futur procréatif ne peut pas être le même que celui d'une femme de 35 ans célibataire. Ceci étant dit, les femmes ciblées par l'autoconservation des ovocytes seraient idéalement des femmes de moins de 35ans³⁵.

Le fait que toutes les participantes soient issues du même milieu³⁶ peut être perçu comme une limite mais à l'heure actuelle, compte-tenu du coût engendré par tout le

³⁵ Plus les femmes ont recours à l'autoconservation jeune, plus leurs chances d'obtenir une grossesse après décongélation sont importantes.

³⁶ Un milieu aisé, des femmes ayant fait des études et n'ayant pas de difficultés financières...

parcours d'autoconservation, il semblerait que la population concernée, si celle-ci était légalisée, correspondrait à celle de cette étude³⁷.

Enfin, un autre point à prendre en compte concerne le fait que certaines participantes se connaissaient avant le débat, de près ou de loin. Ceci pose le problème de l'égalité de participation de chacune pendant le débat car les participantes qui, elles, ne connaissaient aucune femme présente ont peut-être moins osé prendre la parole, n'étant pas aussi à l'aise qu'elles l'auraient été dans un contexte plus familier. Il est possible que la proximité des unes aient « inhibé » les autres. Cependant, le débat a été animé en connaissance de cause, de sorte de donner la parole à toutes les participantes. Par ailleurs, il a semblé que le fait que certaines se connaissent ait aidé au lancement d'une dynamique de groupe productive.

³⁷ Comme indiqué précédemment, Cécile Gallo, médecin de la reproduction à la Clinique IVI en Espagne, a présenté, lors de la journée-débat organisée par le CEC de Cochin en novembre 2016, le profil majoritaire des femmes conservant leurs ovocytes « pour raison d'âge » : ce sont des femmes célibataires ou sans conjoint « stable » entre 36 et 39 ans ; 75% ont un niveau d'éducation universitaire.

Conclusion

Au regard des deux focus group organisés dans le cadre de cette étude, ainsi qu'à la lecture de nombreux articles de presse et publications sur le sujet de l'autoconservation ovocytaire, nous pouvons apporter des éléments de réponse aux questions posées en introduction de ce mémoire.

Inéluctablement, depuis la diffusion de la contraception et de l'avortement, notre société connaît une évolution de la « norme procréative »³⁸. Les femmes souhaitent désormais décider du moment opportun pour devenir mères. Pour la majorité d'entre elles, la réalisation du désir d'enfant ne pourra avoir lieu que lorsque toutes les conditions – tout au moins celles jugées indispensables à la construction d'une famille – seront réunies, la première étant de trouver le « bon partenaire ». Le projet de construire une famille existe donc bien et garde toute son importance, restant pour la majorité une finalité en soit dans leur projet de vie, mais représente « l'étape suivante ». La conséquence de cette évolution des mentalités féminines et des normes socioculturelles se traduit par un recul de l'âge auquel les femmes ont leur premier enfant. De cela découle un constat inévitable aujourd'hui : l'augmentation des troubles de l'infertilité liés à l'âge. A l'heure actuelle nous ne savons pas répondre à cette nouvelle problématique : l'assistance médicale à la procréation a connu de réels progrès mais connaît un taux d'échecs encore important, le don d'ovocytes répondant de façon imparfaite et insuffisante aux besoins actuels. Il devient essentiel de s'adapter à ce nouvel enjeu sociétal.

Si la question de l'infertilité liée à l'âge devient une réelle préoccupation en matière de santé reproductive, n'est-il pas de la responsabilité du corps médical et des législateurs de réfléchir à un moyen de prévention ? L'autoconservation pourrait en être un si on la voit non pas comme une médecine « de confort » mais comme une médecine préventive. Il convient d'ailleurs de rappeler que, d'après l'OMS, l'infertilité

³⁸ Expression utilisée par Nathalie BAJOS dans son ouvrage *L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative*, publié en 2006. Elle désigne ainsi l'existence d'un « bon moment », selon des conditions socialement définies, pour avoir un enfant.

est une maladie à proprement parlé, et cela même si elle est physiologique car liée à l'âge. En cela, l'autoconservation répondrait donc bien à une indication « médicale ». Pour René Frydman, il s'agirait d'une « manière d'épargner à ces femmes un parcours difficile et incertain, de leur éviter une course-poursuite à la PMA qui ne marche pas bien et se révèle coûteuse- à tout point de vue »³⁹. En effet, l'autoconservation utilisée comme moyen de prévention pallierait aux faiblesses de l'AMP et du don d'ovocytes. Les femmes qui conserveraient leurs ovocytes à un âge jeune augmenteraient la probabilité de voir leur parcours d'AMP se solder par un succès, si un jour elles sont confrontées à des difficultés à concevoir. S'agissant par ailleurs d'un don autologue (qui permet le maintien de l'hérédité), ce parcours et son aboutissement seraient vécus de façon plus sereine pour les couples. Qui plus est, ces femmes pourraient ensuite être contactées chaque année à propos du devenir de leurs ovocytes congelés, en ayant la possibilité de continuer à les conserver à leur bénéfice ou bien d'en faire don. Pour favoriser ce don, les femmes décidant de céder leurs ovocytes pourraient se voir indemnisées du coût du parcours de la stimulation et de la congélation, une idée exprimée par le Docteur Frydman : « Je propose de réexaminer la pratique du don d'ovocytes en fonction de sa pénibilité », et déjà mise en place dans des pays voisins tel que l'Espagne. Cette indemnisation ne devrait pas être vue comme une rémunération mais plutôt comme un dédommagement, une compensation financière, compte-tenu des contraintes imposées par le parcours de conservation ovocytaire⁴⁰. L'autoconservation aurait ainsi un intérêt double : celui « préventif » de satisfaire les femmes qui, conscientes de la baisse physiologique de la fertilité avec l'âge mais n'ayant pas le projet de concevoir à l'heure actuelle, souhaitent congeler des ovocytes pour plus tard « au cas où », mais aussi celui « thérapeutique » d'augmenter le nombre de donneuses et qui plus est de donneuses jeunes afin de répondre de manière plus satisfaisante et efficace aux besoins des couples en attente d'un don.

Contrairement à ce que pense la majorité du corps médical, les femmes sont bien conscientes de la baisse de la fertilité avec l'âge et des problèmes d'infertilité qui en résultent. Cependant, à un âge auquel leur priorité est de s'épanouir sur le plan

³⁹ René Frydman. *Le droit de choisir – Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*. Editions Seuil - Janvier 2017.

⁴⁰ En ce qui concerne le don d'ovocytes, la loi prévoit déjà la prise en charge des frais occasionnés par le don, sur justificatif.

personnel, sans enfant, elles ne s'inquiètent pas encore de leur avenir procréatif et ont du mal à anticiper les difficultés hypothétiques qu'elles pourraient rencontrer dans le futur. Si l'autoconservation était autorisée en France, un enjeu serait donc de sensibiliser ces femmes à un âge « jeune », avant 35 ans, afin qu'elles optimisent efficacement cette technique. Comment faire connaître cette possibilité à des femmes qui ne se soucient pas encore de leur fertilité, sans paraître intrusif ou paternaliste ? Quelle serait la place des professionnels de santé (médecins et sages-femmes) dans la « promotion » de cette pratique ? Lors de la journée débat organisée en novembre 2016, le CEC a proposé l'adoption d'un « plan fertilité » qui s'appuierait sur une information renforcée en matière de santé reproductive (milieux scolaires, universitaires, mutualités...), sur une proposition de bilan personnalisé (« check-up fertilité » aux alentours de 33-35 ans dans le cadre des campagnes de prévention de l'Assurance Maladie) et sur l'élargissement des indications de préservation ovocytaire « préventive » au-delà des pathologies ciblées. Peut-être pourrait-on s'inspirer de la proposition faite par le docteur Frydman à propos de la promotion du don d'ovocytes : il souhaite « former un personnel dédié » et « volontaire », composé par exemple de sages-femmes ou de psychologues, qui tiendrait des permanences dans des centres de PMA, afin de sensibiliser les femmes au don, les informer et leur en parler « avec intelligence ». Toujours dans une optique de prévention des problèmes d'infertilité, on pourrait imaginer que l'autoconservation des gamètes soit également un des sujets abordés par ces professionnels. Ils informeraient les femmes et les couples du fonctionnement de cette technique, de son intérêt, de la possibilité (immédiate ou retardée) de faire don d'une partie des ovocytes congelés, mais aussi du risque que cette technique n'aboutisse pas. Cette diffusion de l'information, bienveillante, intelligente et intelligible, aurait ainsi un intérêt multiple : promouvoir le don d'ovocytes (non relationnel), éviter les « faux espoirs » que pourraient créer le recours à l'autoconservation, permettre aux femmes de réfléchir à leur avenir procréatif en ayant toutes les informations nécessaires... Ceci s'inscrirait dans l'idée d'un plan de prévention des troubles de l'infertilité liés à l'âge et irait dans le sens du programme du nouveau Présent de la République – Emmanuel Macron – qui a déclaré dans un courrier adressé aux sages-femmes en mars 2017 que la prévention serait le fil rouge de sa politique de santé et qu'elle se ferait « avec l'appui de tous les acteurs » (Cf. Annexe XVI).

Ce nouveau chef de l'Etat se dit par ailleurs favorable à l'ouverture de la procréation médicalement assistée pour les femmes seules et les couples de femmes, ainsi que pour la reconnaissance des enfants issus de la gestation pour autrui à l'étranger. Peut-on alors imaginer que le droit français de l'AMP soit révisé plus en profondeur et devienne moins contraignant ? Rappelons que la France est un pays très attaché à des lois de bioéthiques strictes et restrictives n'ayant, en matière d'AMP, pas évolué depuis plusieurs années. A tel point qu'aujourd'hui, nombreux sont les femmes et les couples qui se dirigent à l'étranger pour répondre à des besoins auxquels la France ne veut ou ne sait toujours pas répondre : il en est ainsi du don d'ovocytes, de l'AMP pour les femmes seules ou les couples homosexuels, de l'autoconservation ou encore du « screening » embryonnaire... Le départ de ces femmes dans les pays voisins amène à se poser des questions sur la légitimité des restrictions françaises en matière d'AMP. Les avancées en matière de santé reproductive font peur et se heurtent à une « méfiance obsédante »⁴¹ qui craint les dérives. Les médecins déplorent une limitation de leurs pratiques et de leurs recherches et expliquent que la France se situe bien en retard en matière de santé reproductive par rapport aux pays voisins. Peut-on imaginer un assouplissement de nos lois ? Le don de gamètes se calque aujourd'hui sur le modèle du don du sang, mais il s'agit pourtant d'un domaine très différent, aux enjeux non comparables et au parcours bien plus complexe. Ne serait-il pas légitime d'imaginer un cadre spécifique au don de gamètes ?

La mise en place d'un cadre législatif dans lequel évoluerait l'autoconservation ovocytaire est bien évidemment indispensable et fait déjà l'objet de nombreuses réflexions des professionnels de santé, mais aussi de juristes, de sociologues, de psychologues... Il s'agit même d'un prérequis pour toutes les femmes interrogées dans cette étude. Toutes les réticences exprimées par les participantes semblent pouvoir être abolies par l'encadrement vigoureux et vigilant de cette pratique. Cette volonté de vigilance exprimée par tous montre d'ailleurs que cette technique serait très probablement utilisée à bon escient, ce qui doit être un élément rassurant pour le législateur. Comme le dit le Docteur Frydman : « Grâce à l'encadrement des pratiques

⁴¹ Expression employée par Manon VIALLE dans son article publié en 2014 : *L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question.*

et au dialogue, un espace de liberté se crée »⁴². Ce débat a tout à fait lieu d'être aujourd'hui et il est important que tous les acteurs y réfléchissent, tant les professionnels que les citoyens. C'est grâce aux considérations, aux réflexions et aux critiques de chacun que le recours à l'autoconservation des ovocytes pourra émerger dans un cadre adapté et qu'une proposition pourra être faite en vue de la révision de la loi de bioéthique de 2018. Rappelons une phrase de l'INSERM : « si des évolutions législatives venaient à modifier prochainement les possibilités de recours à l'AMP pour des causes non médicales, ceci devrait s'accompagner de recherches en sciences humaines et sociales pour mieux comprendre les éventuelles conséquences de ces situations nouvelles » (6). L'étude du CEC de Cochin a permis de constater qu'aucun obstacle sur le plan éthique ne s'opposait à la légalisation de cette pratique. Finalement, il ne s'agit pas d'un problème sur le plan « éthique » mais sur le plan « moral », révélateur d'une peur de l'opinion publique de « dépasser la nature », de surmédicaliser la santé reproductive, de tomber dans l'eugénisme... Dans son rapport sur les troubles de la fertilité (6), l'INSERM indique qu'il faut « savoir se garder de l'édiction de normes et de contraintes qui constitueraient un frein à l'innovation, tout en s'assurant de l'innocuité, de l'efficacité et de l'efficience des pratiques novatrices ». Par ailleurs, si le don d'ovocytes est autorisé en France, il faut noter que l'autoconservation semble présenter moins d'enjeux sur le plan éthique compte tenu du fait que cette technique d'assistance médicale à la procréation ne fait pas intervenir de tiers donneuse. Lors de la présentation des résultats de l'étude du CEC de Cochin, une des femmes de l'assemblée ayant eu recours à l'autoconservation de ses ovocytes à l'étranger livrait un témoignage expliquant qu'elle ne comprenait pas pourquoi on lui interdirait cette pratique qui ne regarde pourtant qu'elle, n'engage qu'elle et son propre corps, et ne fait intervenir aucune autre personne. Finalement, cela revient à permettre aux femmes de disposer plus librement de leur corps et de leur accorder plus d'autonomie reproductive.

Ce débat sur l'autoconservation ovocytaire, malgré le fait qu'il fasse l'objet de nombreuses réflexions de la part des professionnels de santé et qu'il soit largement relaté dans la presse, reste à ce jour, d'après cette étude, peu connu des femmes.

⁴² René Frydman. *Le droit de choisir – Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*. (2017). Editions Seuil.

Pourtant, lorsqu'elles en prennent connaissance, elles semblent majoritairement en faveur de la levée de l'interdiction d'accès à cette pratique et savent identifier les besoins auxquels elle répondrait, à condition qu'elle soit encadrée. Il est donc important qu'elles s'emparent de ce débat, en tant que premières concernées, et que leur avis soit également pris en compte en vue de la révision de la loi de bioéthique de 2018. Cette étude, réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de maïeutique, ne s'est intéressée qu'à un groupe restreint de femmes et ne s'appuie que sur deux focus group. Il pourrait être intéressant de mener des enquêtes répétées, à l'image de l'étude du CEC, avec un échantillonnage plus important, en s'intéressant peut être aussi à l'opinion des hommes sur toutes ces questions touchant à la reproduction. Ceci permettrait par ailleurs de porter ce débat à la connaissance de l'opinion publique.

Bibliographie

1. P.Aballea, A.Burstin, J.Guedj. Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France. (2011). Rapport de l'IGAS. [Internet]. [Consulté le 11 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000113.pdf>
2. T.Mukaida, S.Nakamura, T.Tomiyama, S.Wada, M.Kadai, K.Takahashi. Successful birth after transfer of vitrified human blastocysts with use of a cryoloop containerless technique. (2001). *Fertility and Sterility* Vol.76, Issue 3. p618-620. [Internet]. [Consulté le 19 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028201019689>
3. V.Bellamy, C.Beaumet. (2017). Bilan démographique 2016. *Insee Première N°1630* [Internet]. [Consulté le 4 avril 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
4. S.Volant. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. (2017). *Insee Première N°1642* [Internet]. [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
5. Vanessa Bellamy. En 2015, un nouveau-né sur vingt a une mère de 40 ans ou plus, comme en 1948. (2016). *Insee focus n°64*. [Internet]. [Consulté le 30 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if64
6. INSERM. Les troubles fertilité - Etat des connaissances et pistes pour la recherche. (2012). [Internet]. [Consulté le 12 mars 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=inserm+troubles+fertilit%C3%A9+%C3%A9tat+connaisances&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=b8YeWalUsv_wB6SJjNAO
7. D.Schwartz, Ph.D, M.J.Mayaux, Federation CECOS. Female fecundity as a function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands. (1982). *N Engl J Med* 1982; 306:404-40 [Internet]. [Consulté le 19 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7057832>
8. Poncelet C, Sifer C. Evaluation du statut folliculaire ovarien. (2011). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Editions Springer. p. 694.
9. L'Agence de la Biomédecine. 10 ans au service de la biomédecine : Rapport annuel 2015. (2015). [Internet]. [Consulté le 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=324/9403/66687&lng=fr>
10. M. Canneaux. Réflexions sur les enjeux psychiques de la survenue d'une grossesse au terme d'un don d'ovocytes. (2009). *L'Esprit du temps*. 228 pages.
11. A.Mirkovic. *Le don de gamètes*. (2014). Collection Droit Bioéthique Et Société. Editions Bruylant.

12. ESHRE, W.Dondorp, G. de Wert, G. Pennings, F. Shenfield, P. Devroey, B. Tarlatzis, P. Barri, K. Diedrich. (2012). Oocyte cryopreservation or age related fertility loss. *Human Reproduction*, Vol.27, No.5. doi:10.1093/humrep/des029
13. Agence de la Biomédecine. Pourquoi et Comment promouvoir le don d'ovocytes ? (2007). Conseil d'Orientation, délibération n°2007-CO-18. [Internet]. [Consulté le 3 mai 2016]. Disponible sur: http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/deliberation_01062007.pdf
14. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français – L'autoconservation sociétale des ovocytes : la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Communiqué de Presse. 12 décembre 2012 [Internet]. [Consulté le 21 mai 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/121212_autoconservation_ovocyttaire_compress.pdf
15. Fédération Française des CECOS – Conservation des ovocytes pour convenance personnelle : point de vue de la Fédération Française des CECOS. (2013). [Internet]. [Consulté le 13 mai 2017]. Disponible sur: http://controverses.mines-paristech.fr/public/promo14/promo14_G4/cecos.cluster005.ovh.net/sites/default/files/files/avis_federation__cecos_conservation_ovocytes_janv_2013.pdf
16. J. Belaisch Allart. AMP « sociétale » : pourquoi tant de peur ? (2014). *Gynécologie Obstétrique & fertilité* Vol. 42, p.557-558 [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/919871>
17. Belaisch Allart J, Darai É, Lévy G, Epelboin S, Hédon B, Merviel P, Tournaire M, Ayel JP, de Vienne C. Réflexions sur les indications sociétales de la préservation de la fertilité féminine. (2013). *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie*. Disponible sur: http://fibrome-info-france.org/wp-content/uploads/2017/02/Vitrification-ovocytes_Dr-Joelle-Belaisch-Allart.pdf
18. ELLE Magazine. Pétition- PMA: pour la légalisation de l'autocongélation des ovocytes [Internet]. [Consulté le 3 mai 2016]. Disponible sur: https://www.change.org/p/pma-pour-la-l%C3%A9galisation-de-l-autocong%C3%A9lation-des-ovocytes?recruiter=37636618&utm_source=share_petition&utm_medium=twitter&utm_campaign=share_twitter_responsive
19. D. Friedman. Facebook and Apple Now Pay for Women to Freeze Eggs. (2014). *NBC News*. [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.nbcnews.com/news/us-news/perk-facebook-apple-now-pay-women-freeze-eggs-n225011>
20. C. Evans. La méthode des focus groups. 2011 [Internet]. [Consulté 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.bpi.fr/files/live/sites/Professionnels/files/Pdf/Etudes/Methodologie%20d%27enquete/PDF_methodo_2011_focus%20groups.pdf

21. S.Delestre. Les femmes sont-elles plus carriéristes que les hommes ? (2016). [Internet]. [Consulté le 19 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.qapa.fr/news/les-femmes-sont-elles-plus-carrieristes-que-les-hommes-618/>

22. Elisabeth Badinter. *Le conflit : La femme et la mère*. (2011). Editions Flammarion. 224 pages.

23. Insee. Femmes et hommes, l'égalité en question. 2017 [Internet]. [Consulté 19 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586548>

Annexes

Annexe I . Dons de gamètes entre 2009 et 2012 (Source : Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France – Agence de la biomédecine)

	2009	2010	2011	2012
Don de spermatozoïdes				
Donneurs				
Nombre de donneurs acceptés dont le sperme a été congelé dans l'année	400	294	231	235
Dons				
Nombre de paillettes congelées dans l'année issues des donneurs acceptés dans l'année	22736	16072	11711	13065
<i>Nombre de paillettes congelées/donneur</i>	<i>56.8</i>	<i>54.7</i>	<i>50.7</i>	<i>55.6</i>
Nombre de paillettes utilisées dans l'année	9396	10168	9687	8797
Nombre de paillettes en stock au 31 décembre de l'année	66125	77894	88922	91443
Couples receveurs				
Nombre de demandes d'AMP avec spermatozoïdes de donneur dans l'année	2228	2854	2718	2426
<i>Nombre de demandes d'AMP dans l'année/donneur accepté dans l'année</i>	<i>5.6</i>	<i>9.7</i>	<i>11.8</i>	<i>10.3</i>
Nombre de couples ayant effectué au moins une tentative d'AMP avec les spermatozoïdes d'un donneur dans l'année	2727	2629	2792	2672
Don d'ovocytes				
Donneuses				
Ponctions réalisées dans l'année	328	356	401	422
Dons exclusifs	318	346	394	416
Dons au cours d'une FIV/ICSI	10	9	7	6
Non renseigné	0	1	0	0
<i>% de dons au cours d'une FIV</i>	<i>3</i>	<i>2.5</i>	<i>1.7</i>	<i>1.4</i>
Couples receveurs				
Nouvelles demandes acceptées	921	806	823	897
Couples ayant bénéficié d'une AMP avec don d'ovocytes	570	620	716	713
Couples en attente de don d'ovocytes au 31/12 de l'année	1673	1238	1723	2110

Annexe II. Délais d'attente d'une FIV, déclarés par les centres de la fédération des CECOS selon la présence ou l'absence de donneuse présentée par le couple receveur.

Région	Centres	délai d'attente sans donneuse	délai d'attente avec donneuse
Alsace	Strasbourg	3 ans	24 mois
Aquitaine	Bordeaux	18 à 20 mois	idem
Auvergne	Clermont	20 mois	14 mois
Bourgogne	DIJON		
Bretagne	Rennes	18 mois	12 mois
Centre	TOURS	12 à 36 mois	12 à 18 mois
Champagne - Ardennes	Reims	Nd.	Nd.
Franche-Comté	Besançon	Nd.	Nd.
Ile de France	Cochin-Saint-Vincent de Paul	2,5 ans	12 mois
Ile de France	Jean Verdier	2 ans	12 mois
Ile de France	Tenon	4 ans	12 mois
Ile de France	Sèvres	2 ans	1 an
Midi -Pyrénées	Montpellier	3-4 ans	1 an
Nord-Pas de Calais	Lille	2 ans	6 mois
PACA	Nice	5 ans	16 mois
Picardie	Amiens	3ans	1 an
Rhône-Alpes	Grenoble	18 mois	18 mois

Source : Fédération des CECOS, données sur 17 centres année 2009

Le don d'ovocytes se déroule en deux étapes

→ Etape 1 :

L'information : Réalisée lors d'une première consultation, cette étape est indispensable pour aborder toutes les questions, y compris celle de la contraception, des contraintes et des risques éventuels liés au don.

Le consentement : La signature d'un formulaire de consentement est obligatoire pour la donneuse et, si elle vit en couple, l'autre membre du couple qui est ainsi pleinement impliqué dans la réflexion et la démarche du don.

Le bilan préalable : L'évaluation de l'état de santé de la donneuse comporte l'étude de ses antécédents familiaux et des examens cliniques et biologiques. Ce bilan permet de mieux connaître la fertilité de la donneuse et d'éliminer toute contre-indication au don.

L'entretien avec un psychologue ou un psychiatre : Pour la donneuse et éventuellement l'autre membre du couple, cet entretien représente un temps de parole libre et propice à la réflexion sur la démarche du don dans un cadre neutre (ni famille, ni amis) et personnalisé. Il est recommandé et peut être renouvelé à la demande.

→ Etape 2 :

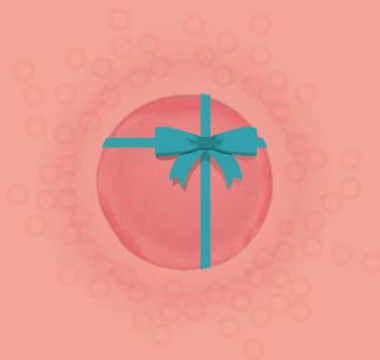
La stimulation des ovaires : Elle dure 10 à 12 jours. Elle permet d'aboutir à la maturation de plusieurs ovocytes. Elle est généralement réalisée par la donneuse elle-même ou par une infirmière grâce à des injections sous-cutanées quotidiennes. Le plus souvent, cette phase de stimulation est précédée d'une ou plusieurs injections pour mettre les ovaires au repos.

Une surveillance attentive : Pendant la période de stimulation, 3 à 4 prises de sang et /ou échographies ovariennes permettent d'évaluer la bonne réponse au traitement. La stimulation est ainsi adaptée au fur et à mesure. Cette surveillance permet également de fixer le jour et l'heure de la dernière injection qui achève la maturation des ovocytes.

Le prélèvement des ovocytes : C'est la dernière étape du don. Il a lieu au cours d'une hospitalisation de un jour, 35 à 36 heures après la dernière injection. Il s'effectue par voie vaginale sous contrôle échographique et sous analgésie ou anesthésie. La donneuse peut ensuite quitter l'hôpital, à condition d'être accompagnée.

Annexe IV. Campagne de l'Agence de la biomédecine pour la promotion du don d'ovocytes

**LES PLUS BEAUX CADEAUX
NE SONT PAS FORCÉMENT LES PLUS GROS**



Offrir des ovocytes

à un couple qui ne peut pas avoir d'enfants,
c'est lui faire un cadeau tout petit
pour un bonheur très grand.

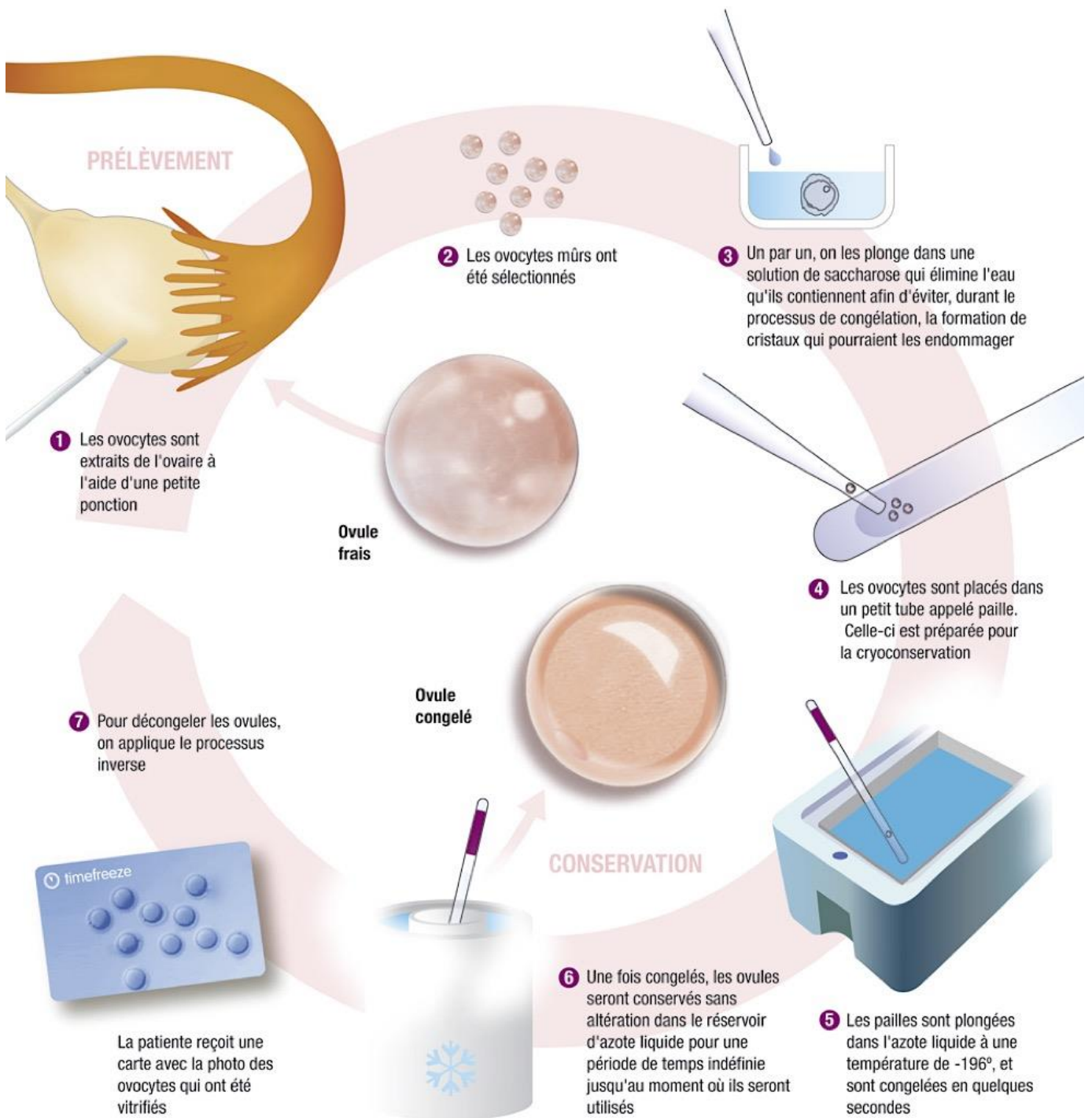
Vous souhaitez devenir donneuse de bonheur :
dondovocytes.fr

 **agence de la
Biomédecine**

Établissement relevant du ministère de la santé

 **N° Vert 0800 541 541**

Annexe V. Principe simplifié de la vitrification ovocytaire



Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2016



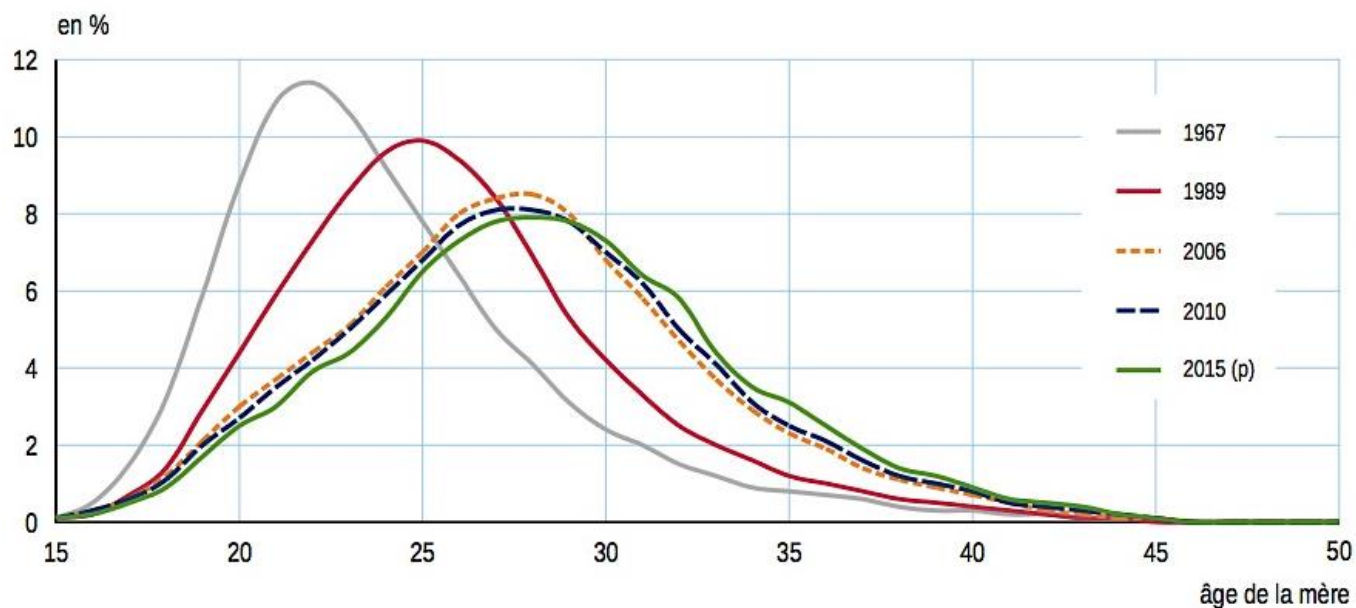
Note : données 2014 à 2016 provisoires ;

âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à chaque âge la fécondité observée pour les femmes du même âge l'année considérée.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Annexe VII. Répartition des premières naissances selon l'âge de la mère (Insee)



Note : calculs d'après les taux de fécondité. Données provisoires (p) pour 2015.

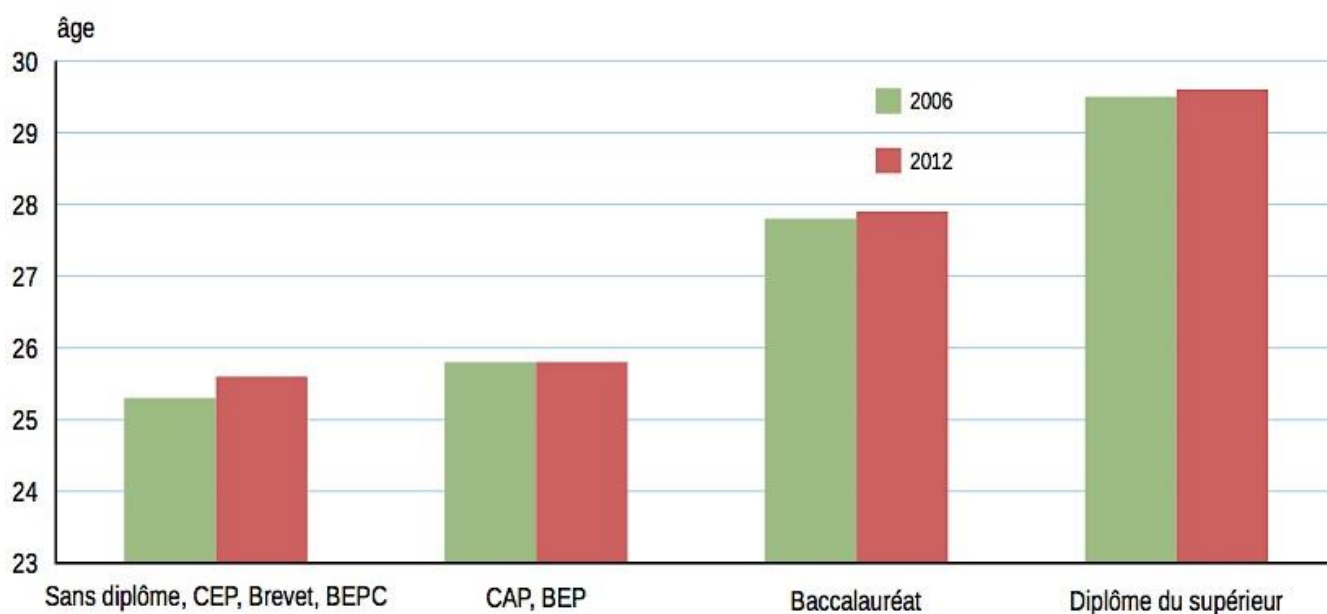
Lecture : en 2015, 8 % des premiers bébés ont une mère âgée de 28 ans. En 1967, c'était 4 %.

Champ : France métropolitaine en 1967 et 1989, France hors Mayotte ensuite.

Source : Insee, statistiques d'état civil et estimations de population. Rangs de naissance redressés à partir des recensements de la population 1968, 1990, 2007 et 2011 et de l'enquête annuelle de recensement 2016.

Annexe VIII. Age moyen à la première maternité selon le diplôme de la mère, en 2006 et en 2012 (Insee).

Annexe IX. Manifeste d'un collectif de 130 médecins, mené par le professeur René Frydman, publié dans le journal Le Monde le 18 mars 2016.



Lecture : en 2012, les diplômées du supérieur mettent au monde leur premier enfant à 29,6 ans en moyenne.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, statistiques d'état civil et recensements de la population 2007 et 2013.

Réunis par le gynécologue René Frydman, plus de 130 médecins et biologistes de la reproduction reconnaissent être sortis du cadre de la légalité afin d'aider des couples et des femmes à avoir un enfant. Ils proposent de changer la loi sur la procréation médicalement assistée

Un manifeste pour accompagner le désir d'enfant

C'est une initiative éthique et médicale inédite, un geste civique et politique majeur. Initiée par le gynécologue René Frydman, plus de 130 médecins et biologistes de la reproduction reconnaissent avoir « aidé [et] accompagné des couples et des femmes célibataires dans leur projet d'enfant dont la réalisation n'était pas possible en France ». Par cet acte, ils s'exposent en théorie à des poursuites judiciaires. Mais cet « outing » collectif s'est imposé à eux afin de placer la France dans ses responsabilités et ses « incohérences ». Trop de couples, trop de femmes, échouent à l'aboutissement d'un désir d'enfant qui gagne des couples différents et des femmes plus âgées que par le passé.

Membre de l'équipe médicale qui permit, en 1978, la naissance du premier « bébé éprouvette » française, Amandine, René Frydman reconnaît que cette démarche est à la fois réfléchie et irrépressible. Elle s'inscrit d'ailleurs dans le droit fil du manifeste « Ous nous avouons », paru en 1973, lancé par de nombreux médecins solidaires des femmes qui ne pouvaient pas avoir recours à IVG. Si leurs propositions étaient validées, reconnaît celui qui lança le programme de fécondation in vitro en France, elles manqueraient une nouvelle

« étape décisive » de la liberté des femmes à disposer de leur corps.

Parmi les messages revendiqués par les signataires, l'ouverture de la procréation médicalement assistée (PMA) ouverte aux couples homosexuels (lésés) à toutes les femmes est celle qui a le plus cristallisé les débats en France depuis l'arrivée au pouvoir de François Hollande. Elle faisait partie des programmes de campagne du candidat. Il n'a depuis cessé de trébucher sur le sujet.

Alors qu'il s'agit précisément pour que les célibataires et les couples de femmes puissent y accéder, il s'est essouffé limité à la seconde partie de la proposition - le tribunal des 130 médecins éluda habilement cette distinction en parlant des femmes seules sans partager de leur mode de vie, manière de dissocier la question des seuls couples homosexuels. Puis le gouvernement a entravé le sujet.

Dès sa prise de fonctions, la ministre de la famille, Laurence Rossignol, s'est exprimée sans ambiguïté : « Je n'ai pas de doute [...] de revenir et discuter à l'Assemblée dans Libération le 16 février. A titre personnel, j'y suis favorable pour les couples lesbiens, et il me semble que toute la gauche l'est. Le problème est clair : jusqu'à où faut-on remonter le niveau d'acceptation ?

1. Les revendications de la loi ont été tout à fait justifiées.

Un changement de pied de l'Assemblée paraît inévitable, tant en force la volonté de ne pas laisser l'attachement qui a entouré l'adoption de la loi sur le mariage pour tous, et surtout, qui soutient le gouvernement de « famille友好 », ont dénoté que leur capacité de mobilisation reste importante.

LES DÉFENSEURS DE LA FAMILLE TRADITIONNELLE ONT DÉMONTRÉ QUE LEUR CAPACITÉ DE MOBILISATION RESTE FORTE

« PLAN CONTRE L'INFERTILITÉ » Par consécration, le gel de ce dossier a viteloté tous les sujets relatifs à la famille et à la bioéthique, malgré des attitudes fortes du monde médical. Pour pallier la pénurie de donneuses d'ovocytes, le gouvernement a autorisé, en octobre 2010, les femmes sans enfants à effectuer un don leur propre ovocyte, avec la possibilité de garder une partie de leurs ovules pour elles-mêmes en vue d'une grossesse future.

Mais cette mesure ne tarra pas le flux des patientes qui vont en Espagne pour bénéficier d'un don d'ovaire ou compléter leurs propres gamètes, selon René Frydman. « Donner et protéger un projet familial sont deux démarches différentes, note-t-il. Elles peuvent leu-

ser différentes pour avoir de bonnes chances d'obtenir une grossesse ultérieure. En face le don et l'autocconservation, ce dernier les chances de la donner car elle concerne moins.

Les médecins signataires ne se prononcent pas pour autant en faveur d'une prohibition de don d'ovaire mais pour le lancement de campagnes plus tactiques, par exemple par l'intermédiaire de tages féminines. Une possibilité plutôt concertée.

En revanche, la possibilité pour les femmes de « mettre de côté » leurs gamètes en vue d'une grossesse future est de nature à susciter un vif débat. Les signataires veulent l'insertion d'un « plan contre l'infertilité » afin d'élaborer sur le site de l'Age dans la limite de formation de l'embryon de l'embryon avant son implantation dans l'utérus, pour décoder des maladies génétiques graves, est aussi un sujet politique. La filiation et, notamment, n'est pas dépeinte en cas de fécondation in vitro, car ces embryons peuvent donner naissance à des enfants viables. Les médecins plaident pour un fait encadré de cette mesure, mais la proposition risque tout de même de relancer les accusations d'exploitation de ses opposants. ■

GABRIELLE DUPONT ET NICOLAS TRUQUET

Mettons fin aux incohérences de la politique d'aide à la procréation

Dans leur texte, les spécialistes et praticiens réclament un « plan contre l'infertilité » émancipateur et soucieux d'éviter la marchandisation des corps

COLLECTIF

Nous, médecins, biologistes, reconnaissons avoir aidé, accompagné certains couples ou femmes célibataires dans leur projet d'enfant dont la réalisation n'est pas possible en France. Nous faisons noter ici à quatre situations qui nous confrontent fréquemment en médecine de la reproduction.

1. Le don d'ovocytes Le désir d'enfant, surtout lorsqu'il est tardif, peut bénéficier du recours au don d'ovocyte. Le système en vigueur dans notre pays ne permet pas de répondre à la demande (pas assez de donneuses) et de très nombreux couples se tournent alors vers l'étranger. Nous regrettons que la totalité des mesures qui permettraient de développer le don d'ovocytes en France ne soient pas prises (possibilité d'une campagne d'information locale et non pas uniquement nationale par chaque centre, participation de tous les centres publics ou privés, dédouanement et prise en charge correcte des donneuses, création de personnel dédié à l'information sur des dons de gamètes...)

Nous souhaitons développer le don d'ovocytes en France dans un cadre de non-commercialisation des éléments du corps humain, ayant conscience que les nombreuses propositions qui sont faites à l'étranger ont trop souvent un aspect mercantile auquel nos patients ne peuvent que se plier.

L'incohérence de la situation est que la Sécurité sociale rembourse, sous certaines conditions, une partie des frais engagés à l'étranger, même s'ils comprennent une déduction de la donneuse, qui n'est pas autorisée dans notre pays.

2. L'analyse génétique de l'embryon avant transfert utérin dans des situations à risques élevés d'anomalies embryonnaires. D'une façon générale, plus de 60% des embryons que nous transférons ont des anomalies génétiques graves ou sont non viables. Dans des situations particulières, ce pourcentage est encore plus élevé et aboutit à une répétition d'échecs d'implantations, à des fausses couches ou à des anomalies chromosomiques qui vont être détectées lors du dépistage prénatal et peuvent conduire à des douloureuses interventions thérapeutiques de grossesses.

Ces fréquents échecs rendent inutilisés nombre de transferts ou de conceptions embryonnaires, ces échecs prévisibles sont sources de déception, de complications et d'une multiplication de peines en charge croissantes et sans bénéfice. Canaliser le statut chromosomique de l'embryon par la technique du diagnostic préimplantatoire (DPI) dans des situations à risques reconnus est devenu courant dans de nombreux pays limitro-

phes (Belgique, Grande-Bretagne, Italie, Espagne) et constitue une règle de bonne pratique médicale que nous ne pouvons appliquer.

La position de notre pays est incohérente, puisque l'analyse du risque chromosomique prénatal est autorisée aux femmes enceintes qui le souhaitent après quelques semaines de grossesse, dans le cadre du dépistage prénatal, alors que ce même examen n'est interdit par préférence d'une cellule de l'embryon avant qu'il soit transféré dans l'utérus. Quelle est la justification de ces positions contradictoires selon l'âge de l'embryon ?

3. L'autocconservation oocytaire ne peut être pratiquée en France que si la femme présente une pathologie à risque pour sa fertilité (chimiothérapie pour cancer, voire endométriose) ou si elle souhaite donner une partie de ses ovocytes. En revanche, une autocconservation oocytaire préventive alors que la fertilité est encore satisfaisante, mais sans projet de grossesse immédiat, est interdite, alors qu'elle est possible en Espagne, Belgique, Grande-Bretagne, etc. Que cette pratique soit accompagnée, mesurée et encadrée est plus que souhaitable, mais le principe d'une interdiction ne nous semble pas fondé. D'autant qu'il y a pour les hommes l'autocconservation de spermatozoïdes qui peut être réalisée sur simple ordonnance dans tout laboratoire de ville agréé, autre incohérence.

4. Le don de sperme pour une femme célibataire, sans préjudice de son mode relationnel actuel ou futur, homo- ou

bi- ou homosexuel, est une autre interdiction qui nous paraît devoir être levée, puis-que une femme célibataire est reconnue dans ses droits pour élever ou adopter un enfant.

À côté de ces incohérences les plus criantes pour lesquelles nous souhaitons notre engagement à aider notre patiente, d'autres sujets de procréation médicalement assistée nécessitent la poursuite de la réflexion. Nous proposons la création d'un « plan contre l'infertilité » comme il existe d'autres plans nationaux tels que « Valer le cancer », « La maladie d'Alzheimer », etc. Ceci est plus que nécessaire dans la mesure où 15% de la population en âge de procréer consulte, que cela à un coût financier collectif, un coût physique et psychique à l'échelle individuelle.

Un « plan contre l'infertilité » permettrait de développer une prévention de l'infertilité qui fait cruellement défaut. Il viendrait à l'indemniser sur l'effet insupportable de l'âge, mais aussi sur les conséquences qu'ont les comportements alimentaires favorisant le surpoids, les addictions (tabac, alcool, drogue) ou encore l'émiettement politique dérivé dont il faut apprendre à se protéger. Ce plan de lutte contre l'infertilité permettrait de réduire les incohérences actuelles et de définir les objectifs prioritaires en tenant compte de leur financement et en s'appuyant sur le progrès des connaissances scientifiques, tout en respectant deux principes éthiques fondamentaux : la non-commercialisation du corps humain et le refus du risque d'utiliser ou d'aliéner une autre personne, adulte ou enfant, à son profit, quelle que soit sa situation. ■

Parmi les plus de 130 médecins et biologistes signataires de ce texte on compte notamment professeur Jean-Marc Antonin (Paris), docteur Catherine Auré, docteur Christine Descartes, professeur Bénédicte Chénouillet, gynécologue Patricia Faugère, docteur Marie-Françoise (Paris), professeur René Frydman (Sarcelles), professeur Michael Godeau (Paris), professeur Hamamah (Paris), docteur Ghada M. Dami (Paris), professeur Ibrahim (Sarcelles), professeur François Givron (Paris), professeur Luc Ponsy (Paris), professeur Nathalie Rives (Paris) et professeur Jean-Philippe Wolf (Paris) auteurs de la liste des signataires sur lemonde.fr



JOURNÉE-DÉBAT

Vendredi 25 novembre 2016

Hôpital Cochin- Maternité de Port-Royal Amphi S1

Enjeux éthiques et sociétaux de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge

Programme

9h00	Accueil Journée modérée par Marine Lamoureux , journaliste à La Croix
9h30	L'historique du contexte français sur la question René Frydman , gynécologue-obstétricien, initiateur du Manifeste « demandant l'assouplissement de l'accès à l'AMP », mars 2016
9h45	L'état de la réflexion et des recommandations à l'ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) Françoise Shenfield , médecin de la reproduction, groupe Éthique et Droit de l'ESHRE, Royaume-Uni
10h00	L'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge en Espagne Cécile Gallo , médecin de la reproduction, Clinique IVI, Espagne
	L'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge en Belgique Dominic Stoop , médecin de la reproduction, Université Vrije, Belgique
10h30	Pause
11h00	L'état du débat en France Frédérique Dreifuss-Netter , Conseiller à la Cour de cassation, Paris, Sylvie Epelboin , présidente de la Fédération française d'étude de la reproduction 2016, Paris, Édith Laplane , ex-présidente du Collège de gynécologie médicale Marseille-Provence, Gérard Lévy , président de la commission éthique du Collège national des gynécologues et obstétriciens Français Animé par Sophie Hudec , avocate, Paris, et Hélène Malmanche , sage-femme, Paris
13h00	Déjeuner libre
14h00	L'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge : une enquête d'éthique clinique Laurence Brunet , Juriste, Centre d'éthique clinique, Hôpital Cochin, AP-HP
14h30	Une lecture sociologique des résultats de l'étude Dominique Mehl , sociologue CNRS, Paris
14h45	Une lecture psychanalytique des résultats de l'étude Geneviève Delaisi de Parseval , psychanalyste, Paris
15h00	Une lecture éthique des résultats de l'étude Véronique Fournier , médecin, Centre d'éthique clinique, Hôpital Cochin, AP-HP
15h15	Débat avec la salle Animé par : Caroline Fabre , éducatrice de jeunes enfants, Paris, et Cécile Tomaszewski , gynécologue, Valenciennes
16h00	Quelles perspectives pour l'autoconservation sociétale en France ? Juliette Guibert , gynécologue, Morlaix, Jacques Milliez , gynécologue-obstétricien, Académie de médecine, Paris, Béatrice Rime , gynécologue, Rambouillet, Frédéric Worms , philosophe, École Nationale Supérieure, Paris
17h00	Conclusion de la journée Camille Froidevaux-Metterie , enseignante-chercheur en science politique, Université de Reims Champagne-Ardenne, Sciences Po Paris

Mise à jour 7 novembre 2016
www.espace-evenementiel.com

ENTRÉE GRATUITE DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES - INSCRIPTION OBLIGATOIRE



Avec le soutien de

fonds de dotation *agnès b.*



Centre Éthique Clinique www.ethique-clinique.com

Annexe XI. Fréquences par cycles de stimulation-ponction des évènements indésirables modérés et sévères chez les donneuses d'ovocytes (étude rétrospective sur la période 2001-2007).

Evènement indésirable	Nombre	Fréquence pour mille cycles	Dont hospitalisation	Fréquence pour mille cycles
Hyperstimulation ovarienne				
Modérée	11	2,7		
Sévère	11	2,7		
Sous total	22	5,4	11	2,7
Ponction				
Saignement intra abdominal	14	3,5		
Douleur sévère	2	0,5		
Torsion ovarienne	1	0,2		
Sous total	17	4,2	14	3,5
Autres				
Infections pelviennes	0	0		
Blessure accidentelle organe pelvien	0	0		
Accident anesthésique	0	0		
TOTAL	39	9,6	25	6,2

Source : Bodri D et al. Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles 2008 *Reprod Biomed Online*. 2008 Aug;17(2):237-43 ; Synthèse IGAS

Annexe XII. Introduction faite aux participantes avant le début du focus group

Depuis la loi de bioéthique de 2011, il est possible en France de congeler/conserver ses ovocytes grâce à une technique qu'on sait aujourd'hui efficace et sans danger : la vitrification. Cette nouvelle technique est actuellement autorisée en France pour les femmes atteintes de pathologies/maladies pouvant affecter leur fertilité (soit directement soit par le biais d'un traitement stérilisant). Depuis 2015, il est également possible aux femmes sans enfant et faisant don de leurs ovocytes d'en garder une partie pour elle-même.

Or, parallèlement, on a remarqué que l'âge auquel les femmes ont leur premier enfant ne cesse d'augmenter, ainsi que le nombre de grossesses dites « tardives », après 40 ans. Il semblerait que les femmes retardent leur maternité. Elles se heurtent alors à la contrainte de l'horloge biologique : la fécondité d'une femme diminue dès l'âge de 25 ans et de façon plus importante à partir de 35 ans (déclin de la réserve ovarienne et altération de la qualité des ovocytes). Les gynécologues observent, dans ce contexte, une augmentation du nombre de consultations pour cause d'infertilité.

La technique de conservation des ovocytes pourrait-elle alors permettre à ces femmes de répondre à cette nouvelle problématique ? Si les femmes congelaient leurs ovocytes avant 35 ans, pourraient-elle s'affranchir du temps et décaler leur projet de grossesse à plus tard plus sereinement ?

Actuellement, l'autoconservation des ovocytes dite « pour raison d'âge » n'est pas autorisée. Cette restriction fait l'objet de nombreuses controverses, d'autant cette technique est autorisée dans plusieurs pays voisins tels que l'Espagne ou la Belgique. Ce débat a peu à peu gagné les professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, psychologues...) ainsi que les médias (presse féminine, télévision...).

La discussion d'aujourd'hui a pour objectif de s'intéresser à l'avis que VOUS avez sur ce sujet qui vous concerne : selon vous ce débat a-t-il lieu d'être ? Etes-vous au courant de son existence ? Quelles sont les questions que cela soulève chez vous ? Vous sentez vous concernées ? Est-ce réellement une réponse aux nouvelles attentes des femmes ?

Vous n'y avez peut-être jamais réfléchi, vous n'êtes peut-être pas au fait de ce débat, à première vue vous ne savez pas si vous êtes « pour » ou « contre », mais c'est tout l'intérêt du débat de ce soir. L'idée n'est pas forcément d'avoir un avis tout fait sur la question mais de réfléchir ensemble et de confronter vos points de vue.

Annexe XIII. Grille d'entretien. Questions articulant le focus group

Question 1 : A votre avis à quoi est dû aujourd'hui ce recul de l'âge auquel les femmes ont leur premier enfant ? Qu'est ce qui fait, selon vous, que les femmes ont des enfants plus tardivement ?

Question 2 : Dans ce contexte-là, si l'autoconservation des ovocytes était autorisée, seriez-vous personnellement intéressée ? Quelles seraient vos motivations, craintes ou interrogations ?

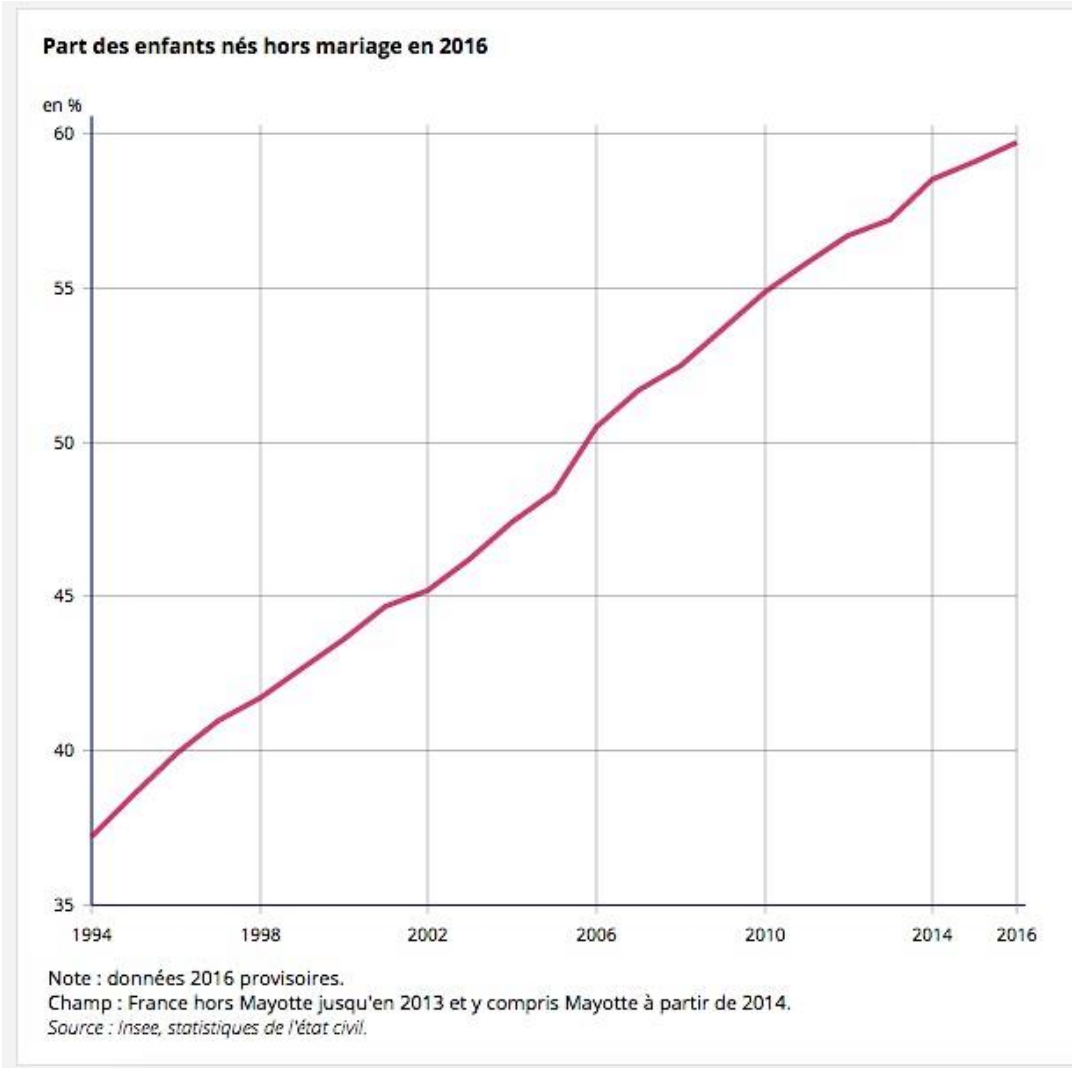
Question 3 : Aviez-vous déjà entendu parler de ce débat ? Vous étiez vous déjà posées ces questions ?

Question 4 : Pensez-vous que l'autoconservation des ovocytes puisse devenir une réalité en France ?

Annexe XIV. Evolution de l'âge moyen au mariage selon l'Insee (Bilan démographique 2016)

Année de mariage	Nombre de mariages de personnes de sexe différent	Âge moyen au mariage ¹	
		Hommes	Femmes
1996	287 144	32,6	30,0
2001	295 720	33,6	31,0
2006	273 914	35,6	32,9
2011	236 826	36,6	34,0
2012	245 930	36,7	34,0
2013	231 225	37,2	34,6
2014	230 770	37,5	34,9
2015	228 565	37,7	35,1

Annexe XV. Part des enfants nés hors mariage en 2016 selon l'INSEE (bilan démographique 2016).



En Marche !

en-marche.fr
@enmarchefr

Paris, le 29 mars 2017

Madame, Monsieur,

La santé et le soin ne sont pas seulement l'affaire des médecins : ils sont celle de l'ensemble des professionnels de santé, qui jouent chacun un rôle décisif. Les sages-femmes ne font pas exception à cette règle. Toutes et tous, vous avez été partie prenante de toutes les révolutions et de tous les progrès de la périnatalité en préservant un humanisme essentiel à la qualité des soins des femmes et de leurs nouveau-nés.

Aujourd'hui encore, nous avons besoin de vous pour relever les nombreux défis de santé. C'est la raison pour laquelle je tenais à vous écrire.

Car ces défis sont historiques : le vieillissement de la population, le développement de maladies chroniques et la forte présence des inégalités bouleversent nos manières de soigner, de nous organiser, de prendre soin de notre santé.

Pour y faire face, les sages-femmes ont une mission particulière. Car la grossesse et la naissance sont des événements de vie, de famille : elles font chaque année le bonheur de milliers de Français et le dynamisme de notre pays.

C'est la raison pour laquelle vous devez encore plus être au cœur de la prévention, qui sera le fil rouge de ma politique de santé. La prévention se fera avec l'appui de tous les acteurs. Elle se concrétisera au plus près des femmes, avant, pendant et après la grossesse, grâce à une meilleure couverture santé et par le refus catégorique du déremboursement de tous les soins utiles.

Cette révolution de la prévention doit également se faire en amont, dès le plus jeune âge. Or vous êtes les garants du parcours de santé des femmes et de leurs nouveau-nés. Vous avez un rôle majeur à jouer pour que dès le début de la vie, les Français soient maîtres de leur santé. Afin que votre expertise et votre autonomie soient utilisées à bon escient, il est fondamental que vos compétences soient identifiées et valorisées. C'est pourquoi je veux renforcer votre mission de promotion de la santé. C'est pourquoi aussi je souhaite que vous puissiez bénéficier pleinement des nouvelles technologies qui vont profondément modifier l'accès aux soins et les comportements des usagers.

J'ai également besoin de vous pour accélérer la réorganisation de notre système de santé. Vous illustrez en effet le décloisonnement nécessaire entre l'hôpital et la ville. Il est en effet indispensable que tous les acteurs soient impliqués dans cette mission et que leurs actions soient pleinement complémentaires, dans le respect du champ des compétences de tous les acteurs de la périnatalité. Je veux vous aider à étendre votre présence en milieu urbain comme dans les zones rurales afin que toutes les femmes qui le souhaitent puissent bénéficier de votre accompagnement.

Notre projet vous donnera les moyens de développer une approche humaine et efficace des parcours de santé des femmes. En assurant une meilleure articulation des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes et en valorisant chacune de vos professions. Soyons ensemble aussi attentifs à la demande qu'à l'offre de soins, afin d'améliorer la qualité du service rendu aux familles et de garantir la pérennité de notre modèle de santé.

La recherche en maïeutique que vous développez est essentielle à l'évaluation des nouvelles formes de promotion de la santé qui sont en marche.

Votre dynamisme, votre jeunesse et la démographie de votre profession vous désignent comme les moteurs de ces révolutions en marche dans la santé !

Je compte sur vous !

En Marche - BP 80 049, 94 801 Villejuif - contact@en-marche.fr

Titre et Résumé

Résumé. En France, depuis le décret du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes, l'autoconservation ovocytaire est proposée aux femmes exposées à une pathologie ou un traitement potentiellement stérilisants, ainsi qu'aux femmes sans enfant faisant don de leurs ovocytes. Se pose aujourd'hui la question de l'élargissement de l'accès à cette pratique, sans nécessité de raison dite « médicale ». En effet, ce pourrait être une façon de s'adapter à l'évolution de la norme procréative de notre société et ainsi répondre à une nouvelle problématique de santé en matière de reproduction : l'augmentation des troubles de l'infertilité liés à l'âge. Les professionnels de santé se sont emparés de ce débat, ainsi que la presse féminine, mais qu'en est-il des femmes, premières concernées ? En connaissent-elles l'existence ? Quelle en est leur perception ? Grâce aux focus groups organisés dans le cadre de cette étude, nous avons pu constater que ce sujet reste encore très méconnu de l'opinion publique, pourtant majoritairement favorable à la levée de l'interdiction de cette pratique.

Mots-clés : autoconservation ovocytaire, préservation de la fertilité, vitrification ovocytaire.

Title and Abstract

Abstract. In France, since the decree of 13 October 2015 on the donation of gametes, oocyte cryopreservation is offered to women exposed to a potentially sterilizing pathology or treatment, as well as to women without children donating their oocytes. The question now arises of extending access to this practice without the need for a so-called "medical" reason. Indeed, it could be a way of adapting to the evolution of the reproductive norm of our society and thus answering a new problem of reproductive health: the increase of the infertility disorders related to the age. Health professionals have taken up this debate, as well as the women's press, but what about the women who are the first to be affected? Do they know about it? What is their perception? Thanks to the focus groups organized in the framework of this study, we have seen that this subject is still very much unfamiliar to public opinion, although the majority favors the lifting of the ban on this practice.

Keywords: oocyte cryopreservation, fertility preservation, oocyte vitrification.