



HAL
open science

Les limites aux dons d'ovocytes en France

Méline Vestu

► **To cite this version:**

Méline Vestu. Les limites aux dons d'ovocytes en France. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02899431

HAL Id: dumas-02899431

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02899431>

Submitted on 15 Jul 2020

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME**

PROMOTION 2020

Les limites aux dons d'ovocytes en France

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Mélaine VESTU

Née le 13 janvier 1997

SOUS LA DIRECTION DE :

Docteur REAL-LHOMMET

Les limites aux dons d'ovocytes en France

Je tiens à remercier,

Le Docteur Audrey Real-Lhommet,

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire,

Pour sa gentillesse et sa disponibilité,

Pour son accompagnement tout au long de cette dernière année d'écriture,

Madame Allix Sandrine,

Pour avoir accepté de guider ce mémoire,

Pour sa gentillesse et sa disponibilité,

Pour son accompagnement depuis le commencement du travail probatoire,

Madame Kermalvezen Audrey,

Pour m'avoir donné des sources bibliographiques,

Mes parents,

Pour avoir cru en moi,

Pour leur soutien sans faille durant ces cinq années d'études supérieures,

Pour avoir, eux aussi, traverser un parcours d'AMP afin de construire notre trio,

Emy, Clémentine, Marie, Anne et Shaya,

Pour avoir embelli la beauté de mon cursus,

Pour leur soutien.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 MATERIEL ET METHODE..... | 4 |
| 2 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE | 6 |
| 2.1 HISTORIQUE DE L'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION | 6 |
| 2.1.1 <i>Égypte antique.....</i> | 6 |
| 2.1.2 <i>Grèce antique.....</i> | 7 |
| 2.1.3 <i>Du Moyen-Âge au XIXe siècle</i> | 7 |
| 2.1.4 <i>XXe siècle.....</i> | 8 |
| 2.2 ESSOR DE L'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION | 9 |
| 2.2.1 <i>Définitions.....</i> | 9 |
| 2.2.2 <i>Début de la prise en charge de l'infertilité.....</i> | 9 |
| 2.2.3 <i>Agence de la biomédecine.....</i> | 13 |
| 2.2.4 <i>Sage-femme et assistance médicale à la procréation</i> | 13 |
| 2.3 DON D'OVOCYTES EN FRANCE | 14 |
| 2.3.1 <i>Le cadre juridique.....</i> | 15 |
| 2.3.2 <i>Le parcours médical d'une donneuse</i> | 21 |
| 2.3.3 <i>Le couple receveur.....</i> | 22 |
| 2.4 DON D'OVOCYTES A L'ETRANGER | 26 |
| 2.4.1 <i>Les donneuses à l'étranger</i> | 27 |
| 2.4.2 <i>Le couple receveur français à l'étranger.....</i> | 28 |
| 3 DISCUSSION ET SYNTHÈSE..... | 32 |
| 3.1 LE CADRE LEGISLATIF FRANÇAIS | 32 |
| 3.1.1 <i>Volontariat</i> | 32 |
| 3.1.2 <i>Anonymat</i> | 32 |
| 3.1.3 <i>Gratuité.....</i> | 33 |
| 3.1.4 <i>Maternité antérieure et autoconservation.....</i> | 35 |
| 3.2 ATTRACTIVITE DES PAYS LIMITOPHES | 36 |
| 3.3 LA CONNAISSANCE DU DON D'OVOCYTES..... | 38 |
| 3.3.1 <i>Plus récent que le don de spermatozoïdes</i> | 38 |
| 3.3.2 <i>Les campagnes de l'Agence de la Biomédecine.....</i> | 38 |
| 3.3.3 <i>Les professionnels de santé.....</i> | 39 |
| 3.3.4 <i>Augmentation de la demande des couples receveurs.....</i> | 40 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 3.4 | ACCES AU PARCOURS MEDICAL DU DON D'OVOCYTES | 41 |
| 3.4.1 | <i>Accès au don</i> | 41 |
| 3.4.2 | <i>Long parcours</i> | 43 |
| 3.4.3 | <i>Comparaison au don de spermatozoïdes</i> | 47 |
| 3.5 | PSYCHOLOGIE ET DONNEUSE..... | 49 |
| 3.5.1 | <i>Motivation intrinsèque de la femme</i> | 49 |
| 3.5.2 | <i>Parcours médical</i> | 49 |
| 3.5.3 | <i>Maternité sociale</i> | 50 |
| | CONCLUSION | 50 |

ACRONYMES

ABM : Agence de Biomédecine

AMP : Aide Médicale à la Procréation

ARS : Agence Régional de Santé

Cecos : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains

Cerfa : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires Administratifs

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMV : Cytomégalovirus

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

FCV : Frottis Cervico-Vaginaux

FIV : Fécondation In Vitro

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'aménorrhées

TGI : Tribunal de Grande Instance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

GLOSSAIRE

Bêta HCG : hormone sécrétée dès le début de la grossesse par le trophoblaste, et par la suite par le placenta, dont le dosage sert pour le diagnostic immunologique de grossesse.

Blastocyste : petit sac observable à un stade précoce du développement de l'embryon, lorsque l'œuf s'est divisé pour former une vésicule remplie de liquide. La nidation de l'œuf se produit à ce stade.

Dysménorrhées : ce sont des menstruations douloureuses.

Georgios Papanicolaou : pionnier en cytologie et en détection précoce du cancer. Lors d'un colloque en 1928 il fait un exposé sur la possibilité du diagnostic du cancer du col utérin au moyen d'un frottis vaginal. Mais, faute d'avoir pu alors reposer sur un nombre de cas suffisants, son travail n'a pas été apprécié à sa juste valeur.

Gonadotrophines : hormones sécrétées par l'hypophyse. Elles stimulent l'activité et la sécrétion des gonades sexuelles (ovaires et testicules). Il en existe deux : hormone folliculo-stimulante (FSH) et l'hormone lutéinisante (LH) qui sont sécrétées chez tous les vertébrés. Ces dernières sont utilisées pour stimuler l'ovulation chez la femme dont les cycles menstruels sont absents et pour stimuler la production de spermatozoïdes chez l'homme atteint de déficit en gonadotrophines.

Idiopathique : se dit d'une maladie qui n'a pas de cause connue.

Nidation : implantation de l'œuf ou du jeune embryon dans la muqueuse utérine de la femme.

Nullipare : femme qui n'a jamais accouché.

Pré-éclampsie : pathologie fréquente de la grossesse associée à une hypertension artérielle (pression artérielle systolique > 140 mmHg et pression artérielle diastolique > 90 mmHg) et l'apparition de protéines dans les urines (> 300 mg/24 heures). Ces manifestations peuvent

s'accompagner de divers symptômes comme des céphalées, des phosphènes, des acouphènes, des douleurs abdominales, des vomissements ou encore la diminution voire l'arrêt des urines. Des œdèmes massifs peuvent apparaître et s'accompagner d'une prise de poids importante en seulement quelques jours.

Semaines d'aménorrhées : ce sont les semaines écoulées depuis l'absence de règles chez la femme.

INTRODUCTION

En tant qu'étudiante sage-femme et m'intéressant au domaine général de l'Aide Médicale à la Procréation (AMP), la pratique du don d'ovocytes a particulièrement attiré mon attention. C'est lors d'un stage au centre d'AMP au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen que j'ai pu me rendre compte de mon manque de connaissances sur le sujet, ce qui m'a mise en difficulté pour la compréhension de certains cas cliniques. J'ai également constaté qu'au planning familial des brochures concernant le don d'organes ou de tissus étaient exposés, mais aucune concernant le don de gamètes et cela m'a interpellé. Ce sont principalement des femmes jeunes qui consultent dans ce service, c'est pourquoi ce type de brochure y aurait pleinement sa place dans le but de pratiquer une diffusion ciblée de l'information.

Le don d'ovocytes se pratique en France depuis un peu plus de trois décennies et fait partie du domaine de l'AMP permettant à des couples infertiles de procréer. Il s'agit d'un acte altruiste réalisé par une femme, qui consiste à donner ses ovocytes à une autre femme présentant une infertilité d'ordre ovocytaire. Une femme donnant ses ovocytes est qualifiée de « *donneuse* » et le couple infertile est dénommé « *couple receveur* ».

L'insuffisance ovarienne nécessitant le recours au don d'ovocytes peut être idiopathique, iatrogène suite à des traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) ou génétique (anomalie chromosomique ou génique). Une femme peut également avoir recours à ce don pour éviter de transmettre une maladie génétique à sa descendance.

D'après le rapport médical et scientifique de l'Agence de la Biomédecine (ABM), le nombre total de donneuses a connu une légère augmentation passant de 500 en 2014 à 741 en 2016 et 756 en 2017. Le nombre de couples receveurs sur liste d'attente a beaucoup augmenté entre 2009 et 2011 mais semble être stable depuis 2014. L'effectif total des donneuses en 2017 reste insuffisant afin de répondre à la demande des couples receveurs puisque depuis 2014 c'est près de 2 700 couples qui sont dans l'attente d'un don d'ovocytes.

La stabilité du chiffre des couples sur liste d'attente n'est pas synonyme d'une stabilisation des besoins, mais plutôt des limites quant à l'accueil des couples en demande de don. Par conséquent, le délai d'attente pour un couple receveur s'étend sur des années, obligeant certains couples à recourir au don d'ovocytes à l'étranger (1)(2)(3)(4).

Les femmes sont-elles bien informées de l'existence de ce don, de ses modalités ? Existe-t-il un manque d'information auprès de la population française ? Ou alors, est-ce considéré comme un geste invasif que les Françaises ont du mal à envisager ? En effet, les différentes étapes d'un don d'ovocytes ne sont pas anodines dans la vie d'une femme, aussi bien au niveau de la procédure médicale qu'au niveau du remaniement psychologique que cela implique.

Avant tout, les professionnels de santé sont-ils eux-mêmes assez informés et sensibilisés à cette méthode ? Et surtout, prennent-ils le temps d'informer leur patientèle ? Selon la révision de la loi de bioéthique de 2011, deux articles (Art. L. 1 244-1-1 et Art. L. 1 244-1-2) ont été rédigés rappelant que « *les médecins gynécologues doivent informer régulièrement leurs patientes sur le don d'ovocytes* » et « *les médecins traitants doivent informer régulièrement leurs patients sur le don de gamètes* ».

Dans son activité, la sage-femme côtoie aussi de nombreuses jeunes femmes. Elle suit les patientes dans un contexte de physiologie tant sur le versant obstétrical que sur le versant gynécologique. La sage-femme peut également participer à la sensibilisation des patientes quant au don d'ovocytes puisqu'elle peut « *concourir aux activités cliniques d'AMP réalisées avec ou sans tiers-donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryons* » depuis le décret du 17 juillet 2012 (5)(6).

La faible notoriété du don d'ovocytes auprès du grand public et son long parcours médical font qu'il reste encore une branche marginale de l'AMP, et pourtant la hausse de la demande est incontestable ces dernières années. En conséquence, la pénurie de donneuses crée une inégalité entre l'offre et la demande. Ainsi nous sommes venus à nous interroger : **Quelles sont les limites au don d'ovocytes en France ?**

L'objectif de ce travail est d'essayer d'identifier les causes potentielles de la pénurie de donneuse en France. En effet, cette pénurie entraînant des délais d'attente considérables, de nombreux couples se rendent à l'étranger afin d'avoir accès à un don d'ovocytes plus rapidement.

Nos hypothèses de travail sont les suivantes :

- **Hypothèse 1** : Le cadre juridique français est une limite au don d'ovocytes ;
- **Hypothèse 2** : Le don d'ovocytes est peu connu ;
- **Hypothèse 3** : L'accès au parcours médical du don d'ovocytes freine de nombreuses donneuses ;
- **Hypothèse 4** : L'impact psychologique du don d'ovocytes freine de nombreuses donneuses.

1 MATERIEL ET METHODE

Ce mémoire a été réalisé sous la forme d'une revue de la littérature, non exhaustive de tous les textes, études, articles et documents lus. Le recueil des données à sa réalisation s'est étendu du 1^{er} octobre 2018 au 10 avril 2020.

Le choix de revue de la littérature a été motivé par plusieurs raisons. Initialement nous avons souhaité interroger les femmes, à l'aide d'un questionnaire, sur leurs connaissances autour du don d'ovocytes en France. Puis suite à de nombreuses réflexions, cette méthode nous a semblé complexe surtout si nous avons interrogé des femmes traversant ce parcours si particulier de l'AMP. A posteriori, au regard de nos recherches informatiques sur le sujet et de notre problématique précédemment citée, il nous a paru nécessaire de s'appuyer sur de véritables sources bibliographiques.

En amont, cette méthodologie a nécessité d'organiser nos lectures. Nous avons décidé de les classer sous forme d'un tableau intitulé « *Lecture critique d'articles* » (ANNEXE I). Nous avons ciblé les idées principales des articles afin de savoir ce qu'ils pouvaient nous apporter comme réponse à notre problématique. Nous avons repéré les éléments essentiels tels l'auteur, le lieu, la date et le titre de la revue, le type de méthodologie utilisé, les objectifs principaux de l'article puis un résumé court mais précis. Cette organisation nous a permis d'écrire ce mémoire sans devoir consulter de nouveau l'article correspondant, cela nous a beaucoup aidés au vu du nombre d'articles lus.

Plus notre travail a avancé plus nous avons eu d'articles alors nous les avons classés en fonction du plan de notre mémoire. Nous avons retranscrit le plan du mémoire et réparti notre tableau dans sa partie respective. Il est arrivé que des articles soient utilisés dans plusieurs parties du plan.

De même, à l'aide du logiciel ZOTERO servant à élaborer la bibliographie, nous avons aussi créé des bibliothèques personnelles en fonction du plan choisi. Ainsi, dans chaque bibliothèque créée se trouvent les articles correspondant.

De nombreux outils numériques ont été employés : les bases de données PubMed, Science Direct et EM Consult, la plateforme numérique de l'université de Rouen et ses ressources en ligne (Lissa), la lecture d'articles en ligne via AtoZ ou bien prêt entre bibliothèques, sites internet officiels du don d'ovocytes en France et à l'étranger et les moteurs de recherche : Mozilla Firefox, Google Scholar.

Pour nos recherches, nous avons utilisé des mots-clés en français et en anglais : « *don d'ovocytes* », « *oocyte donation* », « *législation* », « *loi* », « *rémunération* », « *donneuse* », « *donneur* », « *donors* », « *gamète* », « *psychologie* », « *psychology* », « *don de spermatozoïdes* », « *sperm donors* », « *genetic origin* ».

La population ciblée, que ce soit du côté de la donneuse ou du côté du couple receveur, a été définie selon les critères de la loi de bioéthique française. Pour les couples receveurs nous avons donc ciblé les couples hétérosexuels, et pour les donneuses nous avons ciblé la population féminine âgée de dix-huit à trente-sept ans et en bonne santé.

Les pays choisis ont été sélectionnés en fonction de leur proximité avec la France. Ces derniers possèdent toutefois une diversité au niveau du cadre législatif, c'est ce qui nous amène à les comparer afin de répondre à notre problématique.

2 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Avant de commencer, il semble essentiel de définir des termes spécifiques pouvant être employés dans ce mémoire :

- La fertilité est la capacité de concevoir ;
- La fécondité est le fait d'avoir procréé ;
- L'infertilité est l'incapacité d'un individu ou d'un couple de concevoir naturellement un enfant. La stérilité correspond à une infertilité qui perdure toute la vie de l'être humain. Le terme d'infertilité sera donc privilégié dans la suite de ce travail (7).

Les questionnements autour de l'infertilité sont apparus très tôt. Nous allons reprendre les grandes lignes de l'histoire de l'AMP afin d'en préciser le contexte.

2.1 Historique de l'aide médicale à la procréation

2.1.1 Égypte antique

L'infertilité était définie à cette époque comme un déséquilibre des grands principes fondamentaux que sont le chaud, le froid, le sec et l'humide. C'était le résultat d'une malédiction divine qui reposait essentiellement sur la femme. En conséquence, quand des anomalies du flux menstruel apparaissaient, cela n'annonçait rien de bon pour une future grossesse à venir. Les anomalies comme des dysménorrhées ou une aménorrhée étaient signe d'infertilité féminine.

À cette époque les savants ignoraient l'origine des saignements. Lorsqu'une femme était enceinte, elle n'avait plus ses saignements menstruels. De ce fait, ils ont pensé que cela servait à créer l'embryon. Toutes les femmes, pour lesquelles la grossesse n'aboutissait pas à une naissance d'un enfant vivant et à terme, étaient également considérés comme infertiles et elles risquaient d'être « *répudiées, déshonorées* » (8).

Sur les papyrus égyptiens de Kahoun et d'Ebers était relatée une théorie : « *l'utérus a un orifice ouvert dans la cavité de l'abdomen, permettant de la mettre en communication avec les voies digestives et la bouche* ». Un des premiers traitements médicaux de l'infertilité a donc été des règles d'hygiène alimentaire agissant sur l'utérus en « *captant les odeurs* ». Ils disaient alors : « *si l'odeur [de l'ail] passe dans sa bouche, elle enfantera* » (8).

2.1.2 Grèce antique

Hippocrate a expliqué le premier principe de procréation dans le « *Corpus Hippocraticum* ». Pour lui, l'utérus était l'organe central de la procréation et les maladies pouvant causer l'infertilité ne semblaient pas découler d'une origine divine. L'hypothèse d'Hippocrate a persisté durant cinq siècles jusqu'à Galien.

Entre-temps, Aristote a émis que la femme détenait une place mineure dans la conception puisqu'elle ne possédait aucune semence, c'est-à-dire une semence réelle tels que les spermatozoïdes. Pour lui, cela signifiait que l'embryon ne se formait qu'à partir de la semence masculine.

Puis, Galien a prétendu que « *l'appareil génital féminin est semblable en creux à celui de l'homme et que la femme participe de par sa semence à la procréation, qui résulte du mélange des deux spermes parentaux dans l'utérus* » (8).

Chez les Grecs, la notion des saignements menstruels servant à l'élaboration de l'embryon s'est perpétuée. Cependant, ils disaient que même si une grossesse n'aboutissait pas à une naissance vivante et à terme, c'était tout de même une promesse de fécondité par la suite. Pour eux, il s'agissait d'un défaut des spermatozoïdes.

La sage-femme avait un rôle dans l'accouchement et la naissance. Elle conseillait aussi les hommes dans leur choix d'épouse mais n'intervenait pas dans les problèmes d'infertilité.

2.1.3 Du Moyen-Âge au XIXe siècle

L'infertilité dépendait toujours de la femme car elle était à cette époque définie comme « *inférieure et imparfaite* » (8) selon l'influence de la culture chrétienne.

Louise Bourgeois (1563-1636), connue pour avoir accouché la reine Marie de Médicis, a fait évoluer le rôle de la sage-femme. Elle a montré leur véritable implication dans le traitement des infertilités et a démontré que les hommes pouvaient aussi être responsables de l'infertilité. En rédigeant le premier livre d'obstétrique incluant des données d'anatomie, elle a désigné comme organe principal de la procréation les ovaires plutôt que l'utérus.

Au XVIII^e siècle eut lieu une grande avancée technologique avec l'usage courant du microscope chez les chercheurs. Au XIX^e siècle, les connaissances sur la reproduction restent encore précaires. Ce n'est qu'au XX^e siècle que ces connaissances se précisent.

2.1.4 XX^e siècle

La période du XX^e siècle fut un tournant dans le domaine de la reproduction. Les nouvelles techniques d'imagerie médicale ont évolué et ont permis d'explorer en détail l'appareil génital féminin et masculin.

En 1930, les frottis cervico-vaginaux (FCV) sont apparus afin d'étudier l'évolution des cellules au cours des cycles ovulatoires pour attester de leurs qualités. À cette époque, l'indication des FCV n'était pas celle d'aujourd'hui, à savoir le dépistage du cancer du col utérin. Une méthode de datation de l'ovulation a été mise au point en 1933 par Georgios Papanicolaou.

En 1940, les premières explorations chez l'homme ont débuté avec le spermogramme permettant d'évaluer la qualité du sperme en fonction du volume par éjaculat, du nombre de spermatozoïdes par millilitre, de la vitalité, de la mobilité et de la forme des spermatozoïdes. Durant ces années sont également apparus la laparoscopie et les traitements hormonaux tels que les gonadotrophines pour aider l'ovulation féminine. En 1946, Raoul Palmer a réalisé la première cœlioscopie pour observer l'appareil génital féminin.

Depuis 1950, les dosages hormonaux sont devenus la base de l'exploration de la fertilité féminine. Il s'agit principalement de l'hormone folliculo-stimulante (FSH), de l'œstradiol, de l'hormone lutéinisante (LH) et de la progestérone.

Depuis les années 1980, les échographies ont permis de voir l'état du tractus chez la femme et chez l'homme. Elles ont également permis de suivre la croissance folliculaire et l'ovulation de la femme conjointement aux dosages hormonaux. En 1982, des équipes danoises et suédoises ont effectué le premier prélèvement d'ovocytes sous contrôle échographique.

Avec ces avancées, les professionnels de santé ont pu poser des diagnostics d'infertilité. Par la suite, il a fallu trouver un moyen de pallier cette infertilité pour permettre aux couples de procréer.

2.2 Essor de l'aide médicale à la procréation

2.2.1 Définitions

Auparavant, le terme de Procréation Médicalement Assistée (PMA) était utilisé. Cependant, les sénateurs ont voulu changer de terme et ont remplacé la PMA par l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) afin de mettre en avant l'aide médicale apportée aux couples.

La loi de bioéthique du 7 juillet 2011 définit l'AMP comme :

- *« L'ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryon et l'insémination artificielle, ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel » ;*
- *« Un moyen de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué » (5).*

2.2.2 Début de la prise en charge de l'infertilité

Une fois les explorations réalisées et le diagnostic d'infertilité posé, les techniques proprement dites d'aide de procréation médicalement assistée voient le jour (8)(9).

❖ Insémination artificielle (IA), Fécondation In-Vitro (FIV) et Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme (Cecos) :

À la fin du XVIIIe siècle, John Hunter réalise la première insémination artificielle intraconjugale en Écosse. En France, cela a lieu au début du XIXe siècle. La première insémination artificielle avec donneur s'est faite aux États-Unis à la fin du XIXe siècle.

Il aura fallu attendre près d'un siècle pour que le médecin Georges David crée en 1973 le premier Cecos permettant le don de spermatozoïdes. Il décide de l'implanter au sein de l'hôpital Bicêtre situé au sud de Paris. Un de ses collègues médecin, Albert Netter, met en place la première banque de sperme à l'hôpital Necker.

Ces centres permettent à des couples infertiles ou porteurs d'une maladie génétique de fonder une famille avec l'aide d'une procréation par don. Ils permettent aussi de préserver la fertilité des hommes ou des femmes avant la prise d'un traitement comportant un risque potentiel pour leur fertilité, notamment dans les cas de cancer avec un traitement par chimiothérapie. Ils pratiquent la congélation des gamètes ou des embryons, et ils ont un rôle important de soutien et d'accompagnement auprès des couples.

Les Cecos sont implantés dans des CHU et sont constitués d'une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire comprenant médecins, biologistes, psychologues, généticiens et techniciens de laboratoire. L'Agence Régionale de Santé (ARS) délivre une autorisation d'exercer cette activité pour une durée de cinq ans.

Initialement, la FIV apparaît afin de prendre en charge les couples présentant une infertilité féminine tubaire. C'est en 1978 que cette technique conduit à la naissance de Louise Brown, premier bébé conçu par FIV en Grande-Bretagne. En France, c'est Amandine nommée le « *premier bébé-éprouvette* » qui naît en 1982 à l'hôpital Antoine Béchère de Clamart, grâce à l'équipe du professeur René Frydman, gynécologue obstétricien des hôpitaux de Paris.

Alors que la FIV est mise au point pour les infertilités d'origine tubaire, les médecins constatent que le taux de succès de FIV avec des paramètres spermatiques altérés est inférieur aux FIV avec des paramètres spermatiques normaux. L'infertilité masculine est alors au centre des recherches. Dès lors, apparaît en 1992 la technique d'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) qui consiste en une micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte. En 1994, Audrey est le premier bébé né de ce nouveau procédé en France.

Avec l'émergence de la FIV et des Cecos, les discussions éthiques mènent à la création d'une loi de bioéthique en 1994. L'AMP a su s'enrichir des avancées médicales, grâce auxquelles il est désormais possible d'enfanter. Cela est parfois contradictoire à un grand principe de la République qui est : « *le respect de la personne humaine et de son intégrité personnelle* ». Afin d'utiliser ces méthodes à bon escient, l'AMP est encadrée par

une loi de bioéthique. Elle est révisée régulièrement (2004, 2011 et 2016) dans le but de poser un cadre législatif sur les nouvelles avancées.

❖ Don de gamètes :

Le don de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) a pour but de corriger une infertilité vraie, qu'elle soit masculine ou féminine. La procréation est alors possible grâce à un tiers-donneur. En 1983, la première grossesse après un don d'ovocytes frais est obtenue en Australie et en 1986 en France à l'hôpital Tenon.

Lors d'un don de gamètes, plusieurs ovocytes ou spermatozoïdes sont recueillis mais tous ne peuvent pas être utilisés. Les gamètes peuvent être congelés, et ainsi conservés pour une utilisation ultérieure, mais leur récupération après décongélation est incertaine.

Les premières réussites de grossesse après insémination de spermatozoïdes congelés ont pu se réaliser très tôt dans les années 1950 au Japon et aux États-Unis, mais pour les ovocytes ce n'est pas aussi simple. La technique de congélation des ovocytes est plus complexe que celle des spermatozoïdes puisque l'ovocyte est composé majoritairement de molécules d'eau, dont 30 % sont liées à des macromolécules non congelables. Le reste, soit 70 % de molécules libres, s'échange avec le milieu extracellulaire formant de la glace intra / extracellulaire d'où l'obstacle à la congélation lente ovocytaire. En 1986, une grossesse avec des ovocytes congelés parvient à une naissance en Chine. Mais en France, ce n'est qu'en novembre 2010 que la première naissance se produit.

Le taux de succès de la survie des ovocytes congelés étant de 50 à 80 % au moyen de la congélation lente, une nouvelle méthode de congélation, appelée vitrification ovocytaire, est mise au point. Cette technique de congélation ultra-rapide consiste en une plongée rapide à -196° dans de l'azote liquide avec un taux de survie à 90 %. La première naissance date de 1996 en Australie. En France, la vitrification est autorisée par la loi de bioéthique du 7 juillet 2011 (5).

L'autoconservation préventive par la congélation des gamètes (vitrification pour les ovocytes et congélation lente pour les spermatozoïdes) permet de préserver la fertilité des hommes et des femmes atteints d'une pathologie ou qui doivent subir un traitement susceptible d'entraîner une infertilité.

Par contre, la congélation pour des raisons non médicales n'est pas autorisée aujourd'hui en France. Il s'agit de préservation sociétale pour des femmes souhaitant conserver leurs gamètes afin de pouvoir différer leur projet parental. L'évolution de la société, la durée des études et la vie affective font que l'âge de la première procréation recule, exposant ces femmes à un risque d'infertilité. La congélation pour des raisons non médicales est cependant autorisée dans la majeure partie des pays européens comme l'Espagne, la Belgique, la République tchèque ou la Grande Bretagne.

❖ Don d'embryon :

Ce don est destiné aux couples présentant une double infertilité ou lorsqu'il existe un risque de transmission d'une maladie génétique connue à la descendance. Néanmoins la loi précise que ce don doit rester exceptionnel. En priorité, l'AMP intra-conjugale est privilégiée puis ce sera l'AMP avec tiers-donneur et, uniquement en dernier recours, l'accueil d'embryon sera proposé.

Lors d'une FIV avec ponction ovocytaire, plusieurs embryons peuvent être obtenus, mais tous ne sont pas transférés en frais. Une grossesse multiple est considérée comme une grossesse à risque, compte tenu des complications. Il existe des complications spécifiques tel le syndrome transfuseur transfusé, des malformations fœtales voire une mort fœtale in-utero et des complications non spécifiques comme un accouchement prématuré, un retard de croissance intra-utérin des fœtus ou encore de l'hypertension artérielle chez la mère pouvant aboutir à une pré-éclampsie. Afin de réduire ce risque de grossesse multiple et de donner une chance supplémentaire aux couples d'éviter une nouvelle stimulation ovarienne, les embryons surnuméraires peuvent être congelés avec l'accord du couple.

Chaque année, le centre demande aux couples l'avenir qu'ils souhaitent donner à leurs embryons. Plusieurs choix s'offrent alors à eux : poursuivre la congélation embryonnaire si le couple a toujours un projet parental, détruire les embryons, faire don des embryons à un couple receveur ou donner les embryons à la recherche. Sans retour de leur part, les embryons seront automatiquement détruits par le centre après cinq ans de congélation.

Quand le couple estime avoir accompli son projet parental, il peut décider de faire don de ses embryons congelés, le couple receveur bénéficie alors d'un accueil d'embryon.

La congélation embryonnaire est autorisée depuis la loi de bioéthique de 1994, mais le décret d'application n'a été publié qu'en novembre 1999, soit 5 ans après. La première naissance avec embryon congelé a été obtenue en juin 2004.

Le double don, c'est-à-dire pour un même couple avoir recours à un don d'ovocytes pour remédier à l'infertilité de la femme et à un don de spermatozoïdes pour remédier à celle de l'homme, est jusqu'alors interdit en France (10). En revanche, il ne l'est pas dans certains pays comme l'Espagne ou la République tchèque.

2.2.3 Agence de la biomédecine

L'ABM a été créée par la loi de bioéthique du 6 août 1994. Ses missions consistent à encadrer, développer, sécuriser l'offre de soins et informer. Cet établissement public administratif exerce dans quatre domaines précis :

- Le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus ;
- Le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques ;
- L'assistance médicale à la procréation ;
- L'embryologie et la génétique humaine (11).

L'agence encadre et évalue l'AMP, le diagnostic prénatal et le diagnostic pré-implantatoire. Elle met en œuvre des dispositifs de biovigilance pour l'AMP, gère le registre national des tentatives d'AMP, agréé les praticiens pour le diagnostic pré-implantatoire et surtout promeut le don de gamètes.

2.2.4 Sage-femme et assistance médicale à la procréation

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétence définie. Les activités autorisées sont précisées dans le Code de la santé publique (CSP) et rassemblées dans le code de déontologie des sages-femmes.

La sage-femme a le droit de concourir aux activités cliniques d'AMP. Son exercice est défini par les articles D4151-20 à D4151-24 du CSP :

- *« Elles exercent à ce titre au sein des centres d'assistance médicale à la procréation implantés dans les établissements de santé publics ou privés autorisés à pratiquer ces activités [...] ;*
- *Les sages-femmes font partie de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire [...] ;*
- *Les sages-femmes apportent aux couples les informations et l'accompagnement nécessaires à toutes les étapes de la mise en œuvre de la procédure d'assistance médicale à la procréation, en lien avec les médecins du centre [...] ;*
- *Les sages-femmes peuvent contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse d'ovocytes [...] ;*
- *Pour chaque couple, les sages-femmes concourent à la bonne tenue du dossier médical [...] » (12).*

Parmi ces différentes techniques d'AMP, nous allons aborder plus spécifiquement le don d'ovocytes.

2.3 Don d'ovocytes en France

L'ovocyte est la cellule reproductrice féminine. La femme naît avec un capital d'ovocytes déterminé qui diminue tout au long de sa vie jusqu'à épuisement à la ménopause. Dès les premières menstruations, une dizaine d'ovocytes se développent chaque mois afin d'aboutir à l'ovulation d'un seul ovocyte qui pourra éventuellement être fécondé par un spermatozoïde. L'infertilité chez certaines femmes peut être expliquée soit par l'absence d'ovocytes (ils peuvent être absents depuis la naissance, avoir été détruits lors de traitements médicaux lourds tel la chimiothérapie ou cela peut être dû à un épuisement précoce du stock ovocytaire d'origine génétique ou idiopathique), soit par une mauvaise qualité ovocytaire.

Chez l'homme, la cellule reproductrice est le spermatozoïde. Dès la puberté, il produit continuellement des spermatozoïdes dans ses testicules jusqu'à la fin de sa vie. Un éjaculat peut contenir plusieurs dizaines voire centaines de millions de spermatozoïdes (4)(13).

2.3.1 Le cadre juridique

En France, l'AMP avec don d'ovocytes est pratiquée depuis la loi de bioéthique du 6 août 1994 et s'inscrit dans un cadre législatif bien précis. Cette réglementation s'appuie sur trois piliers principaux que sont la gratuité, l'anonymat et le volontariat. Il se définit comme un acte de solidarité.

Les critères principaux pour être donneuse sont les suivants : avoir entre dix-huit et trente-sept ans et être en bonne santé. La femme donneuse doit avoir une bonne réserve ovarienne, ne pas présenter d'infections virales et / ou bactériennes, ni de maladies génétiques (4)(14)(15).

❖ Volontariat :

Le don est défini comme volontaire. Ce principe fait écho à l'éthique française où l'Homme possède une liberté individuelle de ses choix, sans pression ni contrainte.

Peu de femmes vont faire la démarche de donner leurs ovocytes. D'abord, les patientes doivent être parfaitement informées sur le don, ses effets indésirables et ses risques. Ensuite, elles doivent adhérer à la notion de don de gamètes et être « *capables de dissocier la maternité biologique et la maternité sociale* » (16), ce qui n'est pas toujours le cas. Après avoir reçu les informations nécessaires, si elle maintient sa volonté de réaliser le don, elle doit signer un consentement. Elle peut à tout moment se désister et le résilier.

Il existe différents modes de recrutement des donneuses, ce sont (16)(17) :

- Soit des femmes qui se présentent spontanément dans le but de faire un don pour un motif altruiste ;
- Soit des donneuses dites « *relationnelles* » sensibilisées et motivées par la famille ou l'entourage proche dans le besoin. Cette méthode de recrutement est la plus répandue mais lors de l'entretien, le professionnel de santé doit s'assurer qu'il n'y a pas de pression derrière ce don, ce qui pourrait être une entrave aux valeurs de la loi française créant une « *obligation morale contre nature* ». Le don direct étant interdit en France, ce don relationnel a pour but de réduire le temps d'attente des couples receveurs ayant apporté une donneuse supplémentaire.

- Enfin, il peut s'agir d'un contre-don encore appelé « *don en miroir* » ou « *don par réciprocité* ». Cela concerne un couple ayant bénéficié d'un don de spermatozoïdes et qui souhaite pouvoir aider un autre couple dans le besoin en pratiquant de ce fait un don d'ovocytes. L'adhésion des couples à ce don est généralement excellente puisqu'ils ont déjà accepté psychologiquement la notion de don de gamètes pour eux-mêmes.

En France, le don relationnel est le plus fréquent. Face à la pénurie d'ovocytes, le couple est vivement encouragé à sensibiliser son entourage sur le don de gamète. Souvent la donneuse est une femme de l'entourage familial et amical, voire professionnel. Les ovocytes de la donneuse relationnelle ne sont pas attribués au couple qui l'a sensibilisée, mais cela permet d'augmenter les réserves ovocytaires du centre et donc de diminuer le délai d'attente du couple receveur (3)(18).

Il y a des couples pour qui le don relationnel est difficile. Impliquer une personne de son entourage dans ce parcours n'est pas banal et c'est souvent le sentiment de redevabilité qui prime. Même si le couple receveur ne reçoit pas les ovocytes de cette donneuse relationnelle, elle participe à l'avancement de leur projet car c'est grâce à son aide que l'attente du don est raccourcie. Dans certains cas, le couple receveur fait le choix de ne pas parler de son parcours à son entourage. En effet, le parcours est long et difficile et en parler serait compliqué.

Les femmes qui ont besoin d'avoir recours à un don d'ovocytes sont pour la plupart du temps âgées de trente-cinq ans voire plus. Leurs amies sont potentiellement du même âge, or pour donner ses ovocytes, il faut être âgée de moins de trente-huit ans. La réserve ovarienne diminuant avec l'âge, le professionnel de santé peut être amené à récuser une partie des donneuses du fait d'une réserve ovarienne altérée.

Dans le cadre de ce don relationnel, deux femmes sont à l'origine de la naissance du futur enfant : la donneuse réelle et la donneuse relationnelle ou encore appelée donneuse symbolique. La donneuse réelle est non connue du couple et est choisie par les médecins du centre d'AMP selon les ressemblances phénotypiques avec la femme receveuse. C'est elle qui donne la moitié du capital génétique à l'enfant. Les ovocytes de la donneuse relationnelle seront transmis à un autre couple, en attente d'un don.

Selon une étude nommée *Don d'ovocytes : secrets et mensonges*, 37 % des couples receveurs aimeraient obtenir des informations sur la donneuse réelle. Dans ce pourcentage, la majorité aimerait obtenir des informations d'ordre médical uniquement. Seulement 2 % de ces couples receveurs aimeraient connaître son identité et 2 % la rencontrer. La réticence à motiver une personne de son entourage est due à un sentiment de redevabilité.

Dans cette même étude, les modes de remerciement sont variés. Un peu plus de la moitié des couples ont remercié la donatrice volontaire de manière ponctuelle et matérielle en offrant un cadeau tandis qu'un tiers ont préféré un remerciement continu, c'est-à-dire de lui rendre service tout au long de sa vie. De manière inattendue, 41 % couples ont donné comme place de marraine la donneuse relationnelle qui leur a aidé à attendre moins longtemps. Mais il se peut aussi qu'avec le temps, la relation entre le couple receveur et la donneuse volontaire n'existe plus (18).

❖ Anonymat :

Le don se doit de rester anonyme. La donneuse ne sait pas qui va bénéficier de son don, et à l'inverse, le couple receveur ne sait pas de qui va provenir le don. L'enfant est celui du couple qui l'a désiré, qui l'a vu naître et qui l'a élevé. L'enfant est celui de la femme l'ayant mis au monde. Effectivement, au regard de l'état civil, c'est sur l'acte de naissance que se fonde la filiation (19).

Il n'y a pas de filiation entre la donneuse et l'enfant à venir et elle reconnaît cette absence de filiation à travers le consentement donné avant la réalisation du don. Le couple receveur doit faire établir un document rendant la filiation incontestable entre eux et leur futur enfant, malgré l'absence de lien génétique. Ce document pouvait être établi par un notaire ou par un tribunal de grande instance (TGI), mais, depuis la loi du 23 mars 2019 l'intervention judiciaire prévue jusqu'à présent pour le recueil du consentement à l'AMP avec tiers donneur (don d'ovocytes, don de spermatozoïdes et accueil d'embryon) a été supprimée. Seul le notaire reste désormais compétent pour recueillir le consentement, cela impose donc au couple receveur de financer ces frais alors que le passage devant le TGI était gratuit (20).

Ce principe d'anonymat est actuellement discuté dans la révision des lois de bioéthique, qui devrait se terminer au courant de l'année 2020. En effet, il est débattu que les personnes conçues par don puissent avoir accès à leurs origines (21). Si la modernisation de la loi de bioéthique levait le caractère anonyme du don, les équipes des Cecos se retrouveraient dans une situation complexe :

- Soit les équipes devraient contacter tous les donneurs de gamètes afin de les informer de ce changement. En effet, au début de leur démarche tous les donneurs ont signé un consentement et, par respect il faudrait les informer de cette modification. Cela imposerait donc aux professionnels de santé de recontacter tous les donneurs de gamètes pour obtenir leur accord sur cette levée d'anonymat ;
- Soit les équipes des Cecos seraient dans l'obligation de détruire tous les gamètes congelés avant la loi, puisque ceux-ci ne seraient plus utilisables car non soumis au même régime de loi.

La levée, même partielle de l'anonymat, pourrait aggraver la pénurie de don d'ovocytes et la situation en flux tendu des dons de spermatozoïdes. Ces précédents propos sont tirés d'une table ronde « *Assistance médicale à la procréation : Faut-il lever l'anonymat du don de gamètes ?* » qui s'est tenu au CHU de Rouen le 9 janvier 2020. Elle a été animée par le Professeur Nathalie Rives, présidente nationale des Cecos et responsable du Cecos du CHU-Hôpitaux de Rouen ; Audrey et Arthur Kermalvezen, fondateurs de l'association Origines ; Irène Thery, sociologue et par le Pr. Grégoire Moutel, directeur de l'Espace Régional de Réflexion Ethique de Normandie.

❖ Gratuité :

Le don d'ovocyte repose sur un principe éthique fondamental français : la non-commercialisation de produits issus du corps humain. Cela impose l'interdiction d'une rétribution financière suite à un don d'ovocytes par crainte d'une marchandisation de ces gamètes, qui pourrait ouvrir la porte à un profit des plus vulnérables. La plupart des pays européens ont également adopté ce principe de gratuité (15).

En France, une donneuse ne peut donc pas être rémunérée pour son don mais la loi prévoit une indemnisation à 100 % par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des frais réels occasionnés par la procédure médicale (traitement de la stimulation, dosages hormonaux, échographies ovariennes, hospitalisation pour la ponction).

Ce défraiement doit être basé sur des justificatifs et ne doit être en aucun cas forfaitaire. Les frais de déplacement et d'hébergement sont eux pris en charge, sur pièces justificatives, par l'établissement de santé. Il peut arriver que la donneuse ait à avancer certains frais. L'équipe médicale et paramédicale est alors disponible pour l'aider dans ses démarches de remboursement.

Le législateur français a décidé de mettre en œuvre ce système de prise en charge suite au décret du 11 mai 2000 et du 24 février 2009 fixant les conditions de remboursement des donneuses, par l'assurance maladie ou bien par l'établissement de santé autorisé par l'ARS à pratiquer le don :

- *« À l'occasion du prélèvement d'éléments ou de la collecte de produits du corps humain à des fins thérapeutiques, l'établissement de santé qui réalise le prélèvement rembourse au donneur, sur production des justificatifs nécessaires, les frais de transport et d'hébergement ;*
- *L'établissement de santé qui réalise le prélèvement prend le cas échéant à sa charge l'indemnisation de la perte de rémunération subie par le donneur ;*
- *L'établissement de santé qui réalise le prélèvement prend à sa charge les frais d'exams et de traitement prescrits en vue du prélèvement, la totalité des frais d'hospitalisation, y compris le forfait mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale ainsi que les frais de suivi et de soins qui doivent être assurés au donneur en raison du prélèvement dont il a fait l'objet » (22).*

Cette prise en charge est organisée dans le but de ne pas décourager les donneuses à l'idée d'avoir des frais à déboursier.

❖ Maternité antérieure et autoconservation :

La révision de la loi de bioéthique du 7 juillet 2011 a modifié les indications relatives au don de gamètes en ouvrant la possibilité aux personnes n'ayant jamais procréé de donner leurs gamètes, ce qui tend à élargir le champ de recrutement des donneuses d'ovocytes (5). Le décret d'application suite à cette loi n'est apparu au Journal officiel que le 15 octobre 2015, il précise les informations qui doivent être délivrées aux donneurs de gamètes n'ayant jamais eu d'enfant (23).

L'arrêté du 24 décembre 2015 publié au Journal officiel le 8 janvier 2016, précise les conditions de cette nouvelle mesure. Les donneuses nullipares se voient proposer le « *recueil et la conservation d'une partie de leurs gamètes en vue d'une éventuelle utilisation ultérieure, à leur propre bénéfice* » (24). Cela est une mesure de précaution si jamais la donneuse venait à rencontrer des difficultés à concevoir ultérieurement. Dans ce cas, elle pourra alors utiliser ses gamètes précédemment congelés lors d'un éventuel don.

Il est primordial d'informer les donneuses que la conservation à titre personnel n'est pas toujours possible, cette autoconservation se faisant uniquement sous réserve que la quantité d'ovocytes prélevée soit suffisante. En effet, le « *nombre d'ovocytes matures recueillis conditionne ensuite la répartition 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 six à dix ovocytes matures obtenus, au moins cinq ovocytes matures sont destinés au don ;*
- *Au-delà de dix ovocytes matures obtenus, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don » (24).*

Les donneuses doivent être également informées que la « *conservation à son bénéfice ne garantit pas son succès dans le cadre d'une AMP* ». Souvent, l'autoconservation n'est pas assez conséquente pour garantir une grossesse par la suite. De son côté la donneuse s'engage à « *répondre aux relances annuelles du centre où sont conservés les gamètes et de lui signaler tout changement d'adresse* » (3) (24).

2.3.2 Le parcours médical d'une donneuse

La donneuse doit se soumettre à plusieurs étapes (4)(14)(15)(25) :

- Une première consultation avec un membre de l'équipe médicale est indispensable afin d'informer la donneuse sur les conditions législatives et réglementaires du don, sur les éventuels effets indésirables et les risques liés à la stimulation ovarienne et au prélèvement ovocytaire. Elle est aussi informée, conformément à la loi, « *qu'en aucun cas son don ne constituera un avantage direct individuel et que le don relève d'une démarche altruiste permettant au centre de mieux répondre au besoin des couples infertiles* » (26).

La signature d'un formulaire de consentement est obligatoire pour la donneuse et, si elle vit en couple, l'autre membre du couple doit également le signer puisqu'il est pareillement impliqué dans la réflexion et la démarche du don.

- Les antécédents familiaux et personnels de la femme sont recensés ainsi que ses caractéristiques physiques. Des examens complémentaires sont prescrits pour connaître sa fonction ovarienne, son groupe sanguin et son statut sérologique pour l'hépatite B et l'hépatite C, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la syphilis, le cytomégalovirus (CMV) et le virus des leucocytes humains (HTLV). Un caryotype est réalisé pour identifier les facteurs de risque de transmission d'une maladie génétique au futur enfant.

Ces examens servent à évaluer la fertilité de la donneuse et éliminer une potentielle contre-indication au don. Elles sont informées que ces examens peuvent révéler une anomalie inattendue qui pourra nécessiter d'interrompre sa démarche de don (par exemple une altération de la réserve ovarienne ou une anomalie du caryotype).

- Un entretien avec un psychologue est obligatoire pour échanger sur l'acte de don et peut être renouvelé à la demande. Le professionnel évalue la motivation altruiste de la donneuse et s'assure qu'elle ne soit pas forcée par des pressions psychologiques. Il s'assure que la donneuse ait bien compris et intégré cette démarche de don.
- La stimulation des ovaires de la donneuse dure dix à quinze jours et permet la maturation de plusieurs ovocytes. Cette stimulation s'effectue par des injections de gonadotrophines par la voie sous-cutanée qui peuvent être effectuées par la donneuse elle-même ou bien à l'aide d'une infirmière à domicile. Durant cette période, une surveillance rapprochée est organisée (monitorage hormonal et échographique) et

indispensable afin d'évaluer la réponse au traitement. Si besoin, les doses des gonadotrophines peuvent être ajustées.

- L'étape finale est la ponction ovocytaire qui s'effectue à l'hôpital en ambulatoire, 35 à 36 heures après une dernière injection déclenchant l'ovulation. La ponction s'effectue par voie vaginale, sous contrôle échographique et sous analgésie locale ou sous anesthésie générale, selon le souhait de la donneuse mais aussi selon ses facteurs de risques personnels et selon les pratiques de l'équipe. La procédure est relativement rapide et la femme peut rentrer chez elle après quelques heures de surveillance à condition d'être accompagnée.

Il y a quelques années, les embryons issus des ovocytes ponctionnés et du sperme du conjoint étaient congelés au laboratoire jusqu'au remplacement embryonnaire, qui se faisait au minimum six mois après le prélèvement ovocytaire, afin de vérifier l'absence d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) pour écarter tout risque de contamination de la receveuse. Depuis la loi de bioéthique de 2004, cette mise en quarantaine n'existe plus. Désormais un prélèvement sanguin pour recherche de charges virales pour le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et de sérologies pour la syphilis et le CMV est réalisé au début de la stimulation ovarienne et le remplacement embryonnaire se fait en frais.

2.3.3 Le couple receveur

❖ Les indications :

Actuellement en France, le don d'ovocytes s'adresse uniquement aux couples hétérosexuels infertiles. Les indications majoritairement retrouvées sont les altérations marquées du fonctionnement ovarien, les anomalies ovocytaires démontrées ou un risque de transmission d'une maladie génétique à la descendance (4)(14).

Cette méthode concerne les couples mariés ou concubins pouvant faire la déclaration d'une vie commune. Les couples mariés doivent fournir leur certificat de mariage ou bien leur livret de famille, pour les couples non mariés il est nécessaire de fournir un justificatif de vie commune tel certificat de concubinage, pacte civil de solidarité (PACS) ou un justificatif de domicile commun.

Le couple doit être en âge de procréer et le conjoint doit être vivant au moment de la réception du don. Cette démarche peut se faire jusqu'au premier jour du quarante-troisième anniversaire chez la femme et jusqu'au premier jour du soixantième anniversaire chez l'homme ; au-delà de cet âge ces couples ne peuvent plus être pris en charge pour une méthode quelconque d'AMP.

❖ Le parcours médical :

La démarche pour un couple receveur comporte lui aussi de nombreuses étapes (25)(27) :

- Une première consultation avec un médecin du Cecos est essentielle pour établir l'ouverture de dossier. Le médecin va répondre à toutes les questions sur le déroulement d'une AMP avec don d'ovocytes, ses indications et va recueillir l'histoire de l'infertilité et donc vérifier l'éligibilité du couple au don d'ovocytes. Il va également faire une demande de prise en charge à 100 % au titre de l'infertilité pour les deux membres du couple.
Suite à ce rendez-vous, le couple dispose d'un mois de réflexion.
- De nombreux examens complémentaires doivent être réalisés par chaque membre du couple (groupe sanguin rhésus, sérologies d'IST, dosages hormonaux et échographie pelvienne pour la femme, spermogramme pour l'homme). Les caractères physiques du couple (couleur de la peau, des yeux et des cheveux, le poids et la taille) vont être repérés afin d'ajuster au mieux l'appariement avec la donneuse.
- Uniformément à la donneuse, un entretien psychologique est obligatoire pour les deux membres du couple et renouvelable à la demande. Le psychologue évalue l'acceptation du couple à cette démarche d'AMP avec tiers-donneur. Les professionnels de santé sont en faveur de la levée du secret, ils considèrent qu'un couple ayant complètement accepté la démarche de don est un couple qui révélera à leur enfant son mode de conception sans y voir aucun inconvénient.
- Après le délai d'un mois de réflexion et la signature du consentement pour le recours au don d'ovocytes, les deux membres du couple doivent se rendre devant un notaire pour établir un certificat de filiation. Comme évoqué précédemment, cet acte est à la charge du couple.

C'est ici que commence la longue attente du couple receveur. Le couple receveur est inscrit sur liste d'attente et c'est seulement quand une donneuse leur est attribuée que les étapes suivantes peuvent se succéder.

- La receveuse reçoit un traitement hormonal à base d'œstrogènes dans le but de préparer son endomètre à recevoir le ou les embryons issus de la fécondation des ovocytes de la donneuse et des spermatozoïdes de son conjoint. L'objectif du traitement est de synchroniser le cycle de la receveuse à celui de la donneuse. Initialement l'endomètre de la receveuse n'a aucune raison de se préparer à l'accueil d'un embryon donc il est nécessaire de l'aider avec un apport d'hormones.
- Le jour de l'attribution des ovocytes, le conjoint doit faire un recueil de sperme au laboratoire. Un spermatozoïde mobile est sélectionné et est injecté dans chaque ovocyte attribué au moyen d'une très fine pipette (ICSI).
- Le transfert embryonnaire se fait deux à trois jours après la ponction, au stade de quatre ou huit cellules. Les embryons sont déposés dans l'utérus à l'aide d'un fin cathéter. Certains centres pratiquent le transfert au stade blastocyste, soit au cinquième ou sixième jour. En moyenne, deux embryons à J2 ou J3 du don d'ovocytes sont réimplantés sauf s'il existe des contre-indications formelles (syndrome de Turner) ou relatives (antécédents d'utérus cicatriciel, utérus mal formé). Dans ce cas, un seul embryon est implanté dans l'utérus. Si le nombre d'embryons obtenus est supérieur aux nombres réimplantés, ces derniers pourront être congelés en vue d'un transfert ultérieur si le premier essai n'a pas abouti, ou bien pour une deuxième grossesse.
- À partir de la mise en fécondation, en plus des œstrogènes, la receveuse bénéficiera d'une administration de progestérone pour soutenir une éventuelle grossesse.
- Douze à quatorze jours après le transfert embryonnaire, la patiente doit effectuer un dosage sanguin de l'hormone bêta chorionique gonadotrope (Bêta-HCG). Cette hormone est sécrétée par le placenta dès la nidation de l'embryon dans l'utérus, mais elle est détectable dans le sang seulement dix jours après l'ovulation, c'est le temps nécessaire pour qu'elle soit sécrétée en quantité suffisante. Une cinétique de BHCG (c'est-à-dire un taux doublant toutes les quarante-huit heures) peut-être réalisée pour surveiller l'évolutivité initiale de la grossesse, puis une échographie est réalisée six

semaines après le transfert soit à huit semaines d'aménorrhées (SA) pour vérifier encore l'évolutivité de cette grossesse et le nombre d'embryon(s).

❖ Le parcours psychologique :

Selon l'article *Comment devient-on mère suite à un don d'ovocytes*, l'annonce d'une infertilité peut provoquer un bouleversement tel chez la femme que celle-ci peut ne plus se sentir féminine et se décrire comme « *mauvaise voire nulle* » (28). Il s'agit plus précisément d'une « *blessure narcissique et d'une perte de maîtrise* » due à l'infertilité (28).

Le recours à l'AMP renforce le déni et met à distance l'annonce de l'infertilité. Une fois la grossesse obtenue, l'absence de filiation génétique est mise à l'écart et cette grossesse montre que le corps de la femme est capable de procréer. Ce qui importe à la femme à cet instant, c'est la grossesse et l'enfant qu'elle porte, son enfant conçu avec le sperme de son conjoint. La grossesse aide la femme à se sentir mère : « *l'aspect génétique de l'ovocyte est oublié par la qualité des échanges relationnels et physiologiques mère-enfant qui s'instaurent au cours de la grossesse* » (28).

Par ailleurs, le sentiment de castration est aussi évoqué. Certaines femmes sont inquiètes que leur enfant ne leur ressemble pas, qu'il n'ait pas de points communs et qu'il ne soit pas le petit enfant tant attendu par les grands-parents. Une fois l'enfant devenu adolescent, sa crainte est que celui-ci la rejette et ne la considère pas comme sa propre mère.

L'étape ultérieure est de savoir si le couple révélera le secret du mode de conception à leur enfant. Doit-on lui dire ou bien ne pas lui dire, par peur qu'il rejette la famille qui l'a mis au monde et élevé ? C'est au couple d'en décider. Des études ont démontré que les enfants issus de dons d'ovocytes grandissent et s'épanouissent de la même façon que les enfants conçus spontanément. La relation parents-enfant est qualifiée « *d'excellente* » (28).

Les pensées sociétales ont évolué, avant la préoccupation se centrait sur comment aider les couples infertiles à procréer, désormais l'intérêt se porte sur les enfants issus du don.

❖ Qu'en est-il des enfants conçus par don ? :

Le don de gamètes est un don d'élément du corps humain dont le principal caractère éthique est de garantir le volontariat, la gratuité et l'anonymat. Si ce principe d'anonymat est remis en cause, cela porterait atteinte aux valeurs de la dignité de la personne et au respect du corps humain (29).

Le droit d'accès à ses origines, se rapportant au droit de respect de la vie privée, fait partie de la Convention européenne des droits de l'homme (30). L'enfant issu du don a aussi le droit d'être informé sur son état de santé, or, ces deux aspects du droit d'accès à ses origines, droit au respect de la vie privée et droit à la santé, sont totalement niés par la loi de l'anonymat du donneur (31).

Il existe alors une grande contradiction entre l'anonymat du donneur de gamètes à l'égard de l'enfant issu du don, et le droit de ce dernier à connaître ses origines.

Comme vu précédemment, la question de la levée de l'anonymat se pose de plus en plus et est au cœur des débats de bioéthique actuels. Lors de la table ronde précédemment citée, les différentes parties ont pu s'exprimer quant à cette possible levée de l'anonymat. Pour le moment, l'anonymat offre pour les donneuses une barrière législative contre les responsabilités parentales et permet qu'un étranger ne vienne les solliciter dans l'avenir. Pour les parents, l'anonymat permet d'apaiser la crainte que leur enfant cherche un jour la personne qui a donné la moitié de son matériel génétique. Si l'anonymat vient à être aboli, les enfants conçus par don pourraient en savoir davantage sur leur « histoire préconceptionnelle » et avoir accès à certaines données (soit des données non identifiantes sur la donneuse comme son âge ou ses caractéristiques physiques, soit l'identité complète de la donneuse et les enfants issus du don feraient eux-mêmes les démarches pour la retrouver).

Afin de réduire leur temps d'attente, certains couples se rendent à l'étranger pour avoir recours au don d'ovocytes. D'autres vont à l'étranger car le don d'ovocytes leur est interdit en France.

2.4 Don d'ovocytes à l'étranger

En dehors de l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie, le don d'ovocytes est autorisé dans les pays européens. Pour notre étude, nous avons choisi de détailler le don d'ovocytes dans trois pays d'accès facile à partir de la France.

2.4.1 Les donneuses à l'étranger

❖ Espagne :

Comme la réglementation française, le don est anonyme et volontaire. La loi espagnole promulgue que le don ne doit pas prendre un caractère commercial mais elle prévoit tout de même une compensation de la pénibilité du don sous la forme d'une « *exonération forfaitaire* » des journées de travail perdues et des frais de déplacement à hauteur de 900 voire 1 000 €. Ainsi, la donneuse peut tirer un réel bénéfice de son don car cette somme est généralement supérieure à celle réellement engagée dans la procédure de don. Cette compensation financière incite certaines femmes à donner leurs ovocytes et contribue donc à réduire le temps d'attente des receveuses. Il n'y a donc pas ici de questionnement éthique puisque la donneuse peut tirer un véritable bénéfice financier de son don. Le don est cependant limité en nombre par la loi espagnole de reproduction assistée. La donneuse a le droit à six enfants de son patrimoine génétique (ses propres enfants et ceux conçus par don inclus) (16).

Les donneuses espagnoles doivent être âgées de dix-huit à trente-cinq ans. La filiation entre la donneuse et l'enfant est également interdite. Le parcours pour le don est pourtant identique mais les donneuses sont plus nombreuses et le délai d'attente en est considérablement réduit (32). L'Espagne n'est donc pas en pénurie d'ovocytes comme peut l'être la France, le délai d'attente étant de trois à quatre mois. Nous comprenons alors pourquoi de nombreux couples font le choix de traverser les Pyrénées...

❖ République tchèque :

La République tchèque est surnommée comme étant « *l'Eldorado de la fécondation low-cost* » (33). C'est le deuxième pays de ce qu'on appelle le « *tourisme procréatif* », après l'Espagne. C'est un pays attractif de par sa législation plus libérale qu'en France, son prix abordable et notamment son bon niveau d'expertise médicale. Par exemple, le double don (don de spermatozoïdes et don d'ovocytes) est lui autorisé ainsi que le diagnostic pré-implantatoire.

Similaire à la loi Française, la loi tchèque stipule que le don est volontaire et anonyme. La loi prévoit une compensation financière comme en Espagne, environ 600 €, ce qui représente environ un mois de salaire moyen. La donneuse doit être âgée de dix-huit à moins de trente-cinq ans. Les donneuses sont principalement des étudiantes. Des publicités sont réalisées pour le don d'ovocytes et sont affichées notamment dans les universités.

❖ Belgique :

En Belgique, cette pratique s'est répandue dès les années 1990, mais le don est encadré par la loi seulement depuis 2007. Le donneur y est défini comme une « *personne cédant par convention, avec un centre de fécondation in vitro, des gamètes pour qu'ils soient utilisés au cours d'une procréation médicalement assistée chez des receveurs de gamètes, sans qu'aucun lien de filiation ne puisse être établi entre l'enfant à naître et le donneur* ». Le receveur est une « *personne ayant accepté, par écrit, de recevoir des gamètes dans le cadre d'une procréation médicalement assistée sans qu'aucun lien de filiation ne puisse être établi entre l'enfant à naître et le donneur* » (34).

Les donneuses ne reçoivent pas de compensation financière en Belgique. En effet, la commercialisation des gamètes humains est interdite selon l'article 51 de la loi du 6 juillet 2007 (35). Ce qui diffère de la France, c'est qu'en Belgique les donneuses peuvent faire un don non-anonyme, nécessitant l'accord entre la donneuse et le couple receveur. Plusieurs choix de don s'offrent alors à eux : un don dirigé où la donneuse réserve ses ovocytes pour un groupe spécifique, un don personnalisé où la donneuse réserve ses ovocytes à une personne en particulier, un don transgénérationnel où une fille donne ses ovocytes à sa mère. Cependant l'interdiction de filiation est maintenue (36).

2.4.2 Le couple receveur français à l'étranger

La France est l'un des rares pays à rembourser les procédures d'AMP, même celles effectuées à l'étranger. Le couple receveur peut faire une demande de prise en charge auprès de la Sécurité sociale, grâce à un dossier d'entente préalable de prise en charge des soins à l'étranger. Le montant forfaitaire est de 1 581,93 €. Ce remboursement s'effectue selon une grille référentielle, il ne reflète pas les coûts réels engendrés, ne prend pas en charge les médicaments non remboursables ni les visites supplémentaires chez les médecins par exemple.

La somme restante à la charge du couple peut être remboursée, en partie ou en totalité, par la mutuelle. Le couple doit donc se renseigner auprès de sa complémentaire santé, dans le cas où celle-ci prend en charge l'infertilité de ses assurés.

Le dossier d'entente doit être constitué avant le premier rendez-vous à l'étranger (37) :

- Tout d'abord, le couple doit répondre aux critères d'éligibilité français. Le couple doit être hétérosexuel, la femme doit être âgée de moins de quarante-trois ans au moment du transfert et le couple ne doit pas avoir dépassé quatre FIV prises en charge en France. De plus, le couple doit détenir le 100 % infertilité en cours de validité et être titulaire, pour les deux membres du couple, d'une carte européenne de l'assurance maladie. Le gynécologue doit également établir un certificat médical stipulant qu'un don d'ovocytes est indispensable (ANNEXE II).
- Le couple doit choisir un établissement de soins membre de l'Union Européenne respectant les mêmes lois françaises et lui demander un devis. Le dossier doit être préparé à l'aide du 100 % infertilité, du devis de la clinique étrangère, des examens réalisés, du certificat médical et d'une lettre de motivation. Ce dossier doit ensuite être envoyé au centre d'affiliation de la Sécurité sociale dont dépend la femme. La CPAM a quinze jours ouvrables pour donner sa réponse à partir du lendemain de la date de réception. Si la réponse est favorable, le couple peut prendre un premier rendez-vous dans l'établissement de soins étranger choisi et effectuer cette AMP avec tiers donneur.
- Une fois que le couple est revenu en France, il doit constituer et envoyer une demande de remboursement à la Sécurité sociale via le Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs (Cerfa) de soins reçus à l'étranger (ANNEXE III). Il s'agit d'un formulaire administratif réglementé, permettant à la CPAM d'apprécier les droits du couple au remboursement pour des soins dispensés à l'étranger, lorsque ce dernier a fait l'avance des frais de soins en tout ou partie. Pour le remboursement du reste à charge, le couple doit renvoyer le dossier complet à la mutuelle avec le remboursement de la CPAM décompté.

❖ Espagne :

Les lois espagnoles « favorisent le marché de l'AMP » : 80 % des Françaises se rendent en Espagne afin de bénéficier d'un don d'ovocytes, ce qui représente 10 % de leur patientèle (32).

Il n'y a pas d'âge maximal pour recevoir un don d'ovocytes contrairement au pays français, même si les établissements de soins acceptent rarement des femmes âgées de plus de cinquante ans. Le couple ayant bénéficié de cette AMP peut tenter d'obtenir des informations sur la donneuse en matière de caractéristiques physiques assurant la compatibilité phénotypique, et pourtant nous avons vu que le don est anonyme en Espagne.

Le don est autorisé pour les couples de femmes homosexuelles et les femmes célibataires. Pour avoir un ordre d'idée, la moitié des personnes se rendant en Espagne pour un don d'ovocytes sont hétérosexuelles. Ces couples viennent en Espagne généralement après un long parcours, comprenant plusieurs échecs de FIV en France, et un délai d'attente très long pour avoir recours au don d'ovocytes. Pour le reste, ce sont 30 % de femmes célibataires et 20 % de couples de femmes homosexuelles qui se rendent en Espagne pour avoir accès à ce qui leur est interdit en France (38). Il est donc clair que si certains individus font le choix de se rendre en Espagne c'est pour remédier à la pénurie d'ovocytes en France mais aussi à cause des limitations légales (32).

❖ République tchèque :

La receveuse peut avoir au maximum cinquante ans lors du transfert. La réussite du don d'ovocytes est estimée à 60-70 %. Les résultats sont communiqués au registre national mais non rendus publics. Ce taux de réussite élevé va également de pair avec un taux élevé de grossesses multiples alors que ce sont des grossesses à risque. Chaque établissement de soins possède un permis d'exercer, ce qui signifie qu'ils sont bien gouvernés et surveillés de près. Le don n'est pas ouvert aux femmes homosexuelles ou aux femmes seules (33).

❖ Belgique :

Les Français viennent en Belgique pour leur grand nombre de centres d'AMP et aussi pour leur expertise, car c'est dans ce pays que la première FIV-ICSI et la première naissance après congélation de tissu ovarien ont eu lieu. Ce pays frontalier de la France est d'accès facile. Depuis 1999, les centres doivent avoir l'agrégation pour pratiquer les techniques d'AMP. Un collège des médecins nommé « *Médecine de la procréation* » vérifient la qualité de l'activité des centres.

La receveuse peut avoir au maximum quarante-cinq ans lors de la demande du don et le remplacement d'embryon peut se faire jusqu'à ses quarante-sept ans. Comme nous l'avons vu précédemment, elles ont le droit de choisir entre un don anonyme et non anonyme, c'est-à-dire qu'elles peuvent connaître l'identité de la donneuse voire la choisir. La loi belge est plus souple et accorde ce don aux femmes célibataires et aux couples homosexuels. Néanmoins, le professionnel de santé va s'assurer que cette femme n'est pas isolée et qu'elle bénéficie d'un entourage présent et aidant avant de permettre l'accès au don d'ovocytes. Le nombre d'embryons réimplantés est fixé par la loi selon l'âge de la receveuse dans le but de limiter le nombre de grossesses multiples (36).

3 DISCUSSION ET SYNTHÈSE

Au préalable, rappelons que ce mémoire n'a pas pour but de juger le bon ou le mauvais de la législation encadrant cette pratique mais seulement de donner un aperçu le plus proche possible de la réalité du cadre français. Nous espérons quand bien même qu'il permettra de prendre du recul sur nos pratiques actuelles afin de nous y faire réfléchir.

3.1 Le cadre législatif français

Comme vu précédemment, le don d'ovocytes doit être volontaire, anonyme et gratuit.

3.1.1 Volontariat

La France, l'Espagne, la République tchèque et la Belgique sont tous d'accord sur un point : le don d'ovocyte doit être volontaire. Une récente étude nommée : « *étude préliminaire sur le vécu des donneuses d'ovocytes au CHRU de Tours* » nous donne un aperçu sur les différentes motivations des donneuses d'ovocytes : 60 % d'entre elles sont des donneuses relationnelles tandis que 40 % sont des donneuses spontanées. Pour les donneuses relationnelles leur motivation a été bien sûr « *la volonté d'aider une personne de son entourage en faisant diminuer son temps d'attente grâce au don* ». Pour les donneuses spontanées, plusieurs types de motivation ont été retrouvés : « *la volonté d'aider et de donner pour le geste en lui-même, parce qu'une valeur de solidarité est accordée au don*, « *le fait de ne pas vouloir gâcher une ressource dont d'autres ont besoin* », « *l'autoconservation ovocytaire à visée préventive* » (39). Cette étude permet également de confirmer nos propos précédemment cités, le don relationnel est le type de don le plus fréquent en France. Le cadre juridique fait que les professionnels de santé s'assurent que le don ne se fait pas sous la contrainte.

3.1.2 Anonymat

En France, en Espagne et en République tchèque l'anonymat est de rigueur. Seule la Belgique autorise le couple receveur à choisir entre un don anonyme et un don non-anonyme. Dans l'étude de Tours, un tiers des donneuses aurait maintenu leur décision de réaliser un don d'ovocytes même en l'absence d'anonymat. Seules deux donneuses auraient hésité à faire un don si l'anonymat n'était pas garanti car « *cela leur aurait donné l'impression d'être lié à l'enfant* ». Les arguments en faveur de l'anonymat ont été « *la volonté d'aider des*

couples sans avoir à rencontrer les enfants nés de ce don car il peut être difficile de vivre avec l'appréhension de voir un jour un enfant se présenter à leur porte » (39).

Au Royaume-Uni, le caractère anonyme a été levé en 2005 et une diminution significative du recrutement des donneuses d'ovocytes était attendue, ce qui n'a pas été le cas. Une étude dans ce pays a montré que l'absence d'anonymat ne serait pas une limite aux donneuses d'ovocytes (40).

3.1.3 Gratuité

Comme vu précédemment, la rémunération des donneuses est interdite en France et en Belgique. Notre pays défend un des principes fondamentaux du don d'organes qui est la non-commercialisation des produits issus du corps humain. Les donneuses ne sont pas rémunérées mais elles bénéficient du système de protection social de santé français qui accorde la prise en charge des soins liés aux traitements et aux frais engagés par le don.

La prise en charge des donneuses en Espagne est assurée par l'établissement de santé via les couples receveurs qui se procurent leurs traitements. La somme finale que perçoivent les donneuses est donc un réel avantage financier.

En République tchèque, une exonération forfaitaire existe mais nos recherches ne nous permettent pas de conclure sur l'avantage financier des donneuses puisque nous ne savons pas si cette exonération vient en plus d'une protection sociale au même titre que la France.

Dans l'étude de Tours, la moitié des donneuses déclaraient « *qu'une rétribution aurait été gênante car elles auraient eu le sentiment de monnayer leur corps* ». Deux tiers d'entre elles semblaient favorables au principe de gratuité et un tiers pensait qu'une rémunération permettrait une plus grande facilité de recrutement (39). Nous n'avons pas trouvé d'autres études sur la question de la rémunération des donneuses en France, cependant nous avons trouvé une étude américaine sur la compensation financière des donneuses d'ovocytes.

❖ Compensation financière des donneuses aux États-Unis :

L'étude « *Limitations on the compensation of gamete donors : a public opinion survey* » au sein de la revue *Fertility and Sterility* donne un aperçu général sur le dédommagement financier des donneuses d'ovocytes (41). Cette étude a été établie par un

questionnaire mené sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 1 427 personnes aux États-Unis. Ces personnes ont été autorisées à sélectionner autant de réponses pour lesquelles ils étaient d'accord.

Au total, 90 % des répondants considéraient que les femmes devaient être rémunérées pour leur geste contre seulement 2 % désapprouvant ce paiement, tout en sachant que 8 % ont répondu de manière neutre.

65 % des personnes interrogées estimaient qu'une rétribution devait être envisagée afin de palier au risque médical entrepris par la donneuse et 62 % pour le temps et les efforts déployés ; 44 % jugeaient que cela inciterait les femmes à faire un don, ce qui aurait pour but d'augmenter l'accès aux couples infertiles ; 30 % considéraient que l'ovocyte possède une valeur intrinsèque et ont expliqué leur décision comme : « *le marché l'exige* », « *le potentiel pour la vie humaine n'a pas de prix* » ou « *il est plus difficile d'obtenir des ovules que des spermatozoïdes* ».

Sur les 10 % s'opposant à la rémunération, 38 % indiquaient que cette contrepartie inciterait les donneuses à cacher des informations médicales importantes pour lesquelles elles auraient été récuser du don. Un tiers pensait que cela obligerait les donneuses à donner pour de mauvaises raisons et également un tiers affirmait que cela contraindrait les donneuses en manque d'argent à prendre des décisions qu'elles pourraient regretter par la suite. 28 % pensaient que cela amènerait les donneuses à ignorer les effets indésirables médicaux et psychologiques associés aux dons. Enfin, deux personnes ont cité que les donneurs n'étaient « *pas payés pour le sang* ».

Dans l'étude, les intervenants étaient davantage axés sur le bien-être de la donneuse plutôt que sur le questionnement éthique engendré par le don. La majorité de la population des États-Unis est pour une rémunération des donneuses, mais cette étude est à remettre dans le contexte sociétal des États-Unis où la protection sociale n'est pas celle de la France.

Concernant la France, et compte tenu de la complexité du parcours, la non-rémunération peut être un frein pour des éventuelles donneuses d'ovocytes même si les donneuses sont prises en charge à 100 %.

3.1.4 Maternité antérieure et autoconservation

Entre 2016 et 2017, la proportion des donneuses n'ayant jamais procréé a augmenté de plus de la moitié, passant de 144 à 245. La part des donneuses ayant autoconservé a elle aussi augmenté en 2017 passant à 45 % contre 31 % en 2016. Malgré cela, le nombre total de donneuses reste stable (741 en 2016 et 765 en 2017) (2).

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|------|
| Donneuses | . | . | . | . |
| Ponctions réalisées dans l'année ayant abouti à un don d'ovocytes | 500 | 540 | 741 | 756 |
| - Dons en cours de FIV/CSI (ponction réalisée pour la donneuse elle-même, une partie de ses ovocytes ayant été réattribués) | 16 | 14 | 18 | 11 |
| - Dons chez des femmes ayant déjà procréé | 484 | 525 | 579 | 500 |
| - Dons chez des femmes n'ayant pas procréé | . | . | 144 | 245 |
| - Non renseigné | 0 | 1 | . | . |
| % dons en cours de FIV | 3.2 | 2.6 | 2.4 | 1.5 |
| Nombre de donneuses n'ayant pas procréé qui ont bénéficié d'une autoconservation | . | . | 45 | 111 |

Figure 1 : Donneuses d'ovocytes de 2014 à 2017 (2).

La proportion des donneuses de moins de vingt-cinq ans a également augmenté en 2016 (16 en 2015 et 71 en 2016), du fait de la levée de cette maternité antérieure (2). Nous constatons donc une modification des profils des donneuses avec cette modification de loi.

| Age à la ponction | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| <25 ans | 17 | 3,4% | 16 | 3,0% | 71 | 9,6% | 69 | 9,1% |
| 26 - 30 ans | 114 | 22,8% | 126 | 23,4% | 183 | 24,7% | 165 | 21,9% |
| 31 -35 ans | 266 | 53,2% | 296 | 54,9% | 332 | 44,8% | 358 | 47,4% |
| 36 - 37 ans | 103 | 20,6% | 101 | 18,7% | 155 | 20,9% | 163 | 21,6% |
| Total renseigné | 500 | 100% | 539 | 100% | 741 | 100% | 755 | 100% |
| Non renseigné | 0 | . | 1 | . | . | . | 1 | . |

Figure 2 : Répartition de l'âge des femmes à la ponction de 2014 à 2017 concernant le don d'ovocytes (2).

3.2 Attractivité des pays limitrophes

La France valorise les notions de gratuité totale du don mais elle n'a pas réussi à mettre en place un système de recrutement efficace des donneuses, entraînant une inégalité entre l'offre et la demande, et obligeant de nombreuses patientes à l'exil vers l'étranger pour remédier à ce manque. C'est ce qu'on appelle le « *tourisme procréatif* ». Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2011 préfère nommer cette pratique sous le nom de « *soins transfrontaliers* » faisant moins appel au côté commercial. Ces soins transfrontaliers sont volontiers aidés par le corps médical car la CPAM autorise l'égalité des soins dans les pays de la communauté européenne. Ce rapport a été établi à la demande de la ministre de la santé et des sports, suite à une alerte faite par l'ABM et les professionnels de santé sur « l'incapacité à satisfaire les besoins des couples requérant ce don de gamètes sur le territoire national et notamment sur l'importance du recours à des soins transfrontaliers » (16)(42).

Les révisions des lois de Bioéthique françaises présentent tout de même un avantage, elles permettent d'assouplir petit à petit la réglementation française. Cependant, de nombreux couples ont recours aux soins transfrontaliers car le temps d'attente d'un don est réduit par rapport à leur pays d'origine. Les pays étrangers doivent donc satisfaire la demande des couples receveurs de leur pays mais aussi celle des couples receveurs français, ce qui tendrait à vouloir dire que le don d'ovocytes est plus pratiqué à l'étranger qu'en France.

Parfois, les couples auront recours aux soins transfrontaliers pour avoir accès à ce qui est interdit par la loi dans leur lieu de résidence. Par exemple, un couple homosexuel ou une femme seule va préférer se rendre dans un pays autorisant leur prise en charge plutôt que de mettre fin à leur projet parental, puisque la prise en charge des couples homosexuels et des femmes célibataires est interdite en France. Ces dernières n'étant pas éligibles pour un don d'ovocytes en France, elles ne peuvent pas non plus prétendre à un dossier d'entente préalable pour les soins à l'étranger. Dans cette situation, les critères d'éligibilité français n'étant pas respectés, la procédure d'AMP sera donc à leur frais. Cela crée donc des inégalités par rapport aux revenus, puisque se rendront à l'étranger uniquement les femmes pouvant prendre en charge les frais de la procédure. D'autres couples se rendent dans un pays étranger afin de recevoir un don d'ovocytes non anonyme comme cela est possible en Belgique ou dans les pays anglo-saxons.

Nous allons conclure ce chapitre en reprenant les trois grands piliers fondamentaux du cadre juridique encadrant le don d'ovocytes :

- **Concernant le volontariat, tous les pays cités respectent ce principe. Les dons relationnels afin d'aider un proche à réduire son temps d'attente sont les plus fréquents et les professionnels sont là pour s'assurer que le don ne se fait pas sous pression. La loi a modifié les indications et a autorisé la levée de la maternité antérieure, ce qui tend à élargir le champ de recrutement des donneuses. Pour le moment, nous constatons que le nombre de donneuse n'a pas énormément évolué mais le profil des donneuses a changé. Moins de donneuses déjà mère ont donné leurs ovocytes ces dernières années, remplaçant ce déficit par des donneuses n'ayant encore jamais procréé.**
- **Concernant l'anonymat, le don d'ovocytes est anonyme en France et dans la plupart des pays cités, hormis en Belgique. A Tours, il semblerait que la majorité des donneuses auraient effectué leur don même sans anonymat et au Royaume-Uni aucune baisse du nombre des donneuses a été observée depuis la nouvelle loi de 2005.**
- **Concernant la gratuité, aucune rémunération n'est attribuée aux donneuses françaises, mais un principe de neutralité financière est appliqué. Elles bénéficient d'une protection sociale et tous les frais annexes engendrés par le don sont pris en charge. Concernant les autres pays cités, nous avons relevé une exonération forfaitaire sauf en Belgique.**

Il est difficile d'infirmer ou de valider notre première hypothèse désignant le cadre juridique français comme étant une limite au don d'ovocytes en France. Globalement, le volontariat est de rigueur dans tous les pays ; le respect de l'anonymat est différent d'un pays à un autre mais ne semble pas être un frein pour les donneuses. Concernant la compensation financière, les avis semblent diverger : pour certains le recrutement serait facilité par une rémunération, et la plupart des donneuses ne seraient pas dans l'attente d'une indemnité financière, étant vraiment dans une démarche altruiste. De plus, l'envie de recevoir de l'argent n'est-elle pas justement contradictoire au principe de don ?

Une récente étude sur le don d'ovocytes révèle que les donneuses témoignent d'une méconnaissance totale du don d'ovocytes dans leur entourage : « *Vraiment, il y a un néant. Je ne sais pas si c'est tabou par rapport aux gens, c'est comme si ça n'existait pas* » (39).

3.3 La connaissance du don d'ovocytes

3.3.1 Plus récent que le don de spermatozoïdes

Le don de spermatozoïdes est également régi par la loi de bioéthique de 1994, mais il s'est développé plus rapidement que le don d'ovocytes. La méthode de ce don de gamètes masculin, semble plus accessible d'un point de vue médical bien qu'il reste identique sur le fond psychologique.

Comme vu précédemment, les difficultés techniques à la congélation des ovocytes ont nécessité plus de recherches et sa mise en place a donc demandé plus de temps que pour le don de spermatozoïdes. La mise en œuvre du don d'ovocytes est plus récente, ce qui peut expliquer le retard des connaissances auprès de la population.

3.3.2 Les campagnes de l'Agence de la Biomédecine

L'ABM, les professionnels de santé et les centres de dons mettent tout en place afin de pallier un maximum à ce manque d'informations.

En 2008 a eu lieu la première campagne d'information pour le don d'ovocytes. L'ABM se rendant compte que ce don est méconnu de la population, elle s'appuie alors sur de nouveaux outils d'information auprès du grand public tel un guide sur le don d'ovocytes et un site internet spécialement dédié. Ce dernier est associé à un numéro vert gratuit où des téléconseillers peuvent renseigner le public (43).

La deuxième campagne nationale d'information et de recrutement sur le don de gamètes est lancée en 2011. Ces principaux objectifs sont d'informer sur le don de gamètes, de rappeler l'insuffisance des dons et permettre de recruter de nouveaux donneurs. Deux affiches sont créées, avec pour signature « *vous pouvez donner le bonheur d'être parent* » afin de sensibiliser la population et rappeler que chaque don permet de redonner de l'espoir à un couple de devenir parent (44). Depuis 2008, de nombreux supports ont été mis en place

par l'ABM : brochures d'information à destination du couple receveur, du grand public et des professionnels, affiches, sites internet dédiés, numéros verts, témoignages vidéo...

En 2012, une campagne internet dédiée au don de gamètes avec trois films pédagogiques est organisée (45). Le 3 juillet 2012, l'ABM organise une journée d'information interactive, entièrement dédiée au don d'ovocytes sur le site aufeminin.com (46). C'est en mai 2015 qu'on parle de don de gamètes pour la première fois à la radio (47).

Une nouvelle campagne pour le don de gamètes a lieu en novembre 2017. Deux spots radios ont été diffusés sur des radios nationales, un pour le don d'ovocytes et l'autre pour le don de spermatozoïdes, ainsi qu'une campagne web. L'ABM a également mis en place deux sites internet sur le don de gamètes : dondovocytes.fr et dondespermatozoides.fr. Une sensibilisation a également été faite du côté des professionnels à l'aide d'une brochure personnalisée (4)(14)(48).

3.3.3 Les professionnels de santé

Le don d'ovocytes est abordé dans le cursus de médecine puis pendant l'internat de gynécologue obstétricien ou de gynécologue médical. Il existe aussi un diplôme universitaire (DU) de gynécologie pour la filière médecine générale (49).

Selon l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du Diplôme d'état de sage-femme, comptant pour l'unité d'enseignement « Gynécologie – santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation », il est spécifié que l'étudiante en maïeutique doit « acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur l'assistance médicale à la procréation » (50). En ce qui concerne le département des études de sage-femme de Rouen, treize heures d'apprentissage théoriques sont dédiées à cet enseignement, réparties en quatre séances, intitulées comme suit : « Infertilité féminine », « Infertilité masculine », « Technique d'AMP », « Cecos : organisation, législation, dons de gamètes et accueil d'embryon » et « Réflexion sur les lois de la bioéthique ». Par ailleurs, dans le cadre de l'apprentissage pratique, une semaine de stage est allouée au sein du service d'AMP du CHU de Rouen.

Dans le cadre de ses modes d'exercices, la profession de sage-femme tend à se libéraliser de plus en plus, ses compétences se sont élargies dans le suivi gynécologique de prévention. À ce titre, les sages-femmes sont, tout autant en première ligne que les médecins, pour informer les patientes sur le don d'ovocytes. Aujourd'hui, il semblerait que la sensibilisation au don d'ovocytes n'est que très ponctuelle et mériterait d'être rappelée tout au long du cursus (51)(52)(53).

3.3.4 Augmentation de la demande des couples receveurs

Chaque année, près de 3 500 couples s'inscrivent dans une démarche de don de gamètes. Bien que le nombre de donneuses augmente un peu plus chaque année en France, cela reste encore insuffisant par rapport au nombre de couple dans le besoin.

Les connaissances évoluent auprès de la population, ce qui amène de nouveaux couples à se renseigner sur cette procédure. Cela a donc entraîné une augmentation des demandes des couples receveurs sur la dernière décennie. De même, avec les avancées médicales les professionnels de santé orientent maintenant plus facilement vers le don d'ovocytes devant des échecs d'AMP intra-conjugales en lien avec une insuffisance ovarienne ou un problème de la qualité ovocytaire.

❖ Egg-sharing :

Le egg-sharing ou « partage d'ovocytes » concerne un couple engagé dans un processus de FIV et un couple en attente d'un don. Plus simplement, une patiente qui doit bénéficier d'une FIV accepte de donner une partie de ses ovocytes avec en contrepartie un moindre coût de la FIV. Cette démarche est principalement mise en place au Royaume-Uni mais aussi dans d'autres pays et se définit donc comme un partage des coûts de la FIV associé au partage des ovocytes. En France le partage d'ovocytes est peu pratiqué car l'AMP est prise en charge par la Sécurité sociale, il ne s'accompagne donc d'aucun avantage financier.

Il faut pouvoir accepter cette méthode. En effet, ce n'est pas facile d'envisager de donner une partie de ses ovocytes et donc une chance de grossesse à une autre femme, alors qu'elles sont elle-même dans l'attente d'un enfant.

Afin de conclure ce chapitre sur la connaissance du don d'ovocytes :

- **Ce dernier s'est développé plus tardivement que le don de spermatozoïdes, du fait de difficultés techniques de congélation. Malgré tout, l'ABM met tout en œuvre pour diffuser l'information du don d'ovocytes à travers différentes méthodes.**
- **Les donneuses disent clairement que leurs proches n'ont aucune connaissance à ce sujet. Par ailleurs, nous avons vu qu'au cours de la formation sage-femme cette notion n'est abordée que ponctuellement, de ce fait les étudiant(e)s ne sont pas assez sensibilisés afin de pratiquer une diffusion ciblée sur le don de gamètes à leurs futures patientes.**
- **Le don d'ovocytes a tout de même su se faire connaître auprès des couples receveurs, car leur nombre a augmenté. Cela est sûrement aussi dû aux professionnels de santé qui redirigent plus facilement et peut-être plus rapidement vers cette méthode, plutôt que faire face à plusieurs échecs de FIV.**

Ces différents constats nous amènent à valider notre seconde hypothèse : le don d'ovocytes est peu connu de la population française.

Le don d'ovocytes requiert certaines connaissances, mais pour sa réalisation il se doit d'être accessible aux femmes.

3.4 Accès au parcours médical du don d'ovocytes

3.4.1 Accès au don

❖ Répartition des Cocos pratiquant le don :

Le territoire français contient vingt-quatre Cecos autorisant le don d'ovocytes pour dix-huit régions. Cependant la répartition est parfois inégale. Par exemple, la région Nouvelle-Aquitaine compte uniquement un centre pour toute son étendue et l'île de France en comporte quatre (ANNEXE IV et V).

D'après les chiffres de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) concernant l'estimation de la population par région, nous voyons que l'île de France comprend 1 314 377 femmes en âge de donner ses ovocytes. La Nouvelle-Aquitaine en contient 460 804 (54).

Les chiffres précédents comprennent des femmes âgées de vingt à trente-quatre ans, le tableau de l'Insee ne nous a pas permis de définir le nombre de femmes âgées de dix-huit à trente-sept ans, soit la tranche d'âge exacte pour laquelle les femmes sont autorisées à donner leurs ovocytes. Nous allons donc nous baser sur la tranche d'âge vingt à trente-quatre ans même si cela comporte un biais de sélection.

Si on rapporte ce nombre de femmes en île de France par rapport au nombre de centre, cette région possède un centre pour 328 595 femmes, alors que la Nouvelle-Aquitaine contient un centre pour 460 804 femmes. Nous voyons donc que l'île de France détient plus de centres que la Nouvelle-Aquitaine par rapport à la population concernée.

Comparons maintenant la région du Grand-Est et la Bretagne. Respectivement, ces derniers comportent 469 851 et 253 812 femmes en âge de donner ses ovocytes. Cependant, la Bretagne contient deux Cecos (Rennes et Brest), ainsi il y a un centre pour 126 906 femmes contre 469 851 dans la région du Grand-Est.

À travers ces exemples, nous voyons que la répartition des centres peut être inégalitaire en fonction des régions françaises.

Les distances entre les différents centres sont parfois élevées, ainsi la distance du centre au lieu d'habitation peut être considérée comme un frein au don d'ovocytes. Certaines femmes ne vont pas faire cette démarche car cela leur demande davantage de temps pour aller à tous les rendez-vous médicaux par exemple. La démarche nécessite un engagement personnel d'autant plus fort que la distance entre le domicile et l'hôpital est grande.

❖ Les contraintes professionnelles et personnelles :

Comme le cite l'ABM, le don d'ovocytes est un « *acte fort de solidarité* ». Il nécessite un « *engagement personnel après une décision mûrement réfléchie* » (25). Ce don implique une organisation en amont sur le plan professionnel et personnel, mais aussi une disponibilité accrue notamment la semaine précédant la ponction, car la donneuse devra se déplacer trois à quatre fois pour effectuer la surveillance. Certaines femmes ne pourront pas faire ce don même si elles sont dans une démarche altruiste, souvent par manque de temps. Ainsi, nous nous demandons s'il serait possible d'envisager un congé professionnel systématique dans le cadre du don d'ovocytes. Cette disposition libérerait alors la donneuse de ses contraintes professionnelles. Néanmoins, les professionnels de santé du don font également des efforts de leur côté pour s'adapter au mieux aux contraintes organisationnelles de la donneuse.

Même si la loi prévoit une autorisation d'absence de l'employeur, nous nous rendons bien compte que toute femme ne pourra pas réaliser ce don même si elle tient à sa démarche altruiste. Prenons l'exemple d'une femme travaillant « *à son compte* », il n'est pas sûr qu'elle s'absente plusieurs jours pour réaliser sa surveillance hebdomadaire... Au risque de délaissier son activité indépendante. Et même si des dispositifs sont mis en place pour tenter de rendre la démarche plus aisée à la donneuse, les contraintes professionnelles peuvent être un véritable frein si la donneuse ne souhaite pas faire part de sa démarche à son employeur.

Une fois que les donneuses se sont renseignées sur leur centre de prédilection, elles peuvent davantage se pencher sur le versant médical du don.

3.4.2 Long parcours

Comme nous l'avons vu précédemment, le parcours médical de la donneuse est long. Donner ses ovocytes nécessite : appeler le centre de son choix, avoir un premier rendez-vous avec un médecin afin d'être informée sur cette démarche, signer un consentement (et même en signer deux si la donneuse est en couple), réaliser des bilans sanguins et génétiques et d'avoir une consultation avec un psychologue. S'il n'y a pas de contre-indications, une consultation avec un gynécologue spécialiste en AMP en charge du don d'ovocytes, sera organisé pour l'explication du traitement, puis le traitement de stimulation ovarienne pourra débuter (ce qui implique environ quinze jours d'injections sous-cutanées quotidiennes et une surveillance attentive c'est-à-dire trois à quatre prises de sang et échographies). En cas de ponction sous anesthésie générale, une consultation anesthésique est obligatoire. L'étape finale sera le passage au bloc opératoire en ambulatoire pour la ponction ovocytaire.

❖ Les effets secondaires et les risques :

Les traitements de la stimulation ovarienne peuvent entraîner des désagréments tels : une prise de poids, des modifications de l'humeur, une sensation de pesanteur voire des douleurs pelviennes, mais ils ne se manifestent pas toujours car chaque personne va réagir différemment à un médicament. Généralement, ces symptômes sont sans gravité et ne durent pas dans le temps.

Un des principaux risques de la FIV est celui du syndrome d'hyperstimulation ovarienne (HSO) : les ovaires répondent de façon excessive à la stimulation, entraînant une augmentation de leur taille, un risque d'ascite et un risque thromboembolique. C'est tout le rôle du médecin, de surveiller les doses de traitements pour éviter ces complications. Néanmoins, dans le cadre du don d'ovocytes, le risque d'HSO est moindre que chez une femme effectuant une FIV (utilisation de protocole antagoniste limitant le risque, déclenchement de l'ovulation à l'agoniste de la GnRH permettant une chute hormonale rapide, absence de transfert embryonnaire (la grossesse majorant le risque d'HSO)...).

Il existe aussi un risque infectieux et un risque de plaie vésicale, digestive ou des vaisseaux durant le geste chirurgical, puisqu'il s'agit d'une ponction par les voies naturelles, mais cela est rarissime de nos jours (55).

La donneuse potentielle doit être prévenue de tous ces risques avant de débiter la stimulation. Aujourd'hui le risque pour la santé est faible. Il n'existe pas de conséquences prouvées sur le long terme sur les grossesses ultérieures ou une ménopause plus précoce. Les traitements inducteurs de l'ovulation n'augmentent pas le risque de cancer de l'ovaire, du sein et de l'utérus si le nombre de tentatives d'AMP est raisonnable (le professeur Frydman, gynécologue obstétricien des hôpitaux de Paris, fixe ce nombre à douze) (56).

Le nouveau rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France de 2018, donne un aperçu concret du taux d'évènements indésirables déclarés à l'ABM. Sur le territoire français, le nombre de donneuses rapporté au nombre d'évènements indésirables déclarés est de 0,17 % en 2018. Ce chiffre est en diminution puisqu'il était de 0,35 % en 2017 et de 0,5 % en 2016. L'ABM *« convient de rappeler que la survenue d'effets indésirables dans le cadre d'un don est d'autant moins acceptable que cet acte ne confère à la donneuse aucun bénéfice individuel direct »* (55).

| Activité | 2016 | | 2017 | | 2018 |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | Nombre d'actes d'AMP (a) | Nombre d'effets indésirables | Nombre d'actes d'AMP (a) | Nombre d'effets indésirables | Nombre d'effets indésirables |
| AMP | 150198 | 375 | 151611 | 347 | 431 |
| Inséminations | 52877 | 7 | 49367 | 6 | 5 |
| Fécondations (FIV, ICSI) | 62967 | 346 | 64043 | 319 | 396 |
| TEC | 34354 | 8 | 38201 | 5 | 8 |
| Type d'AMP non renseigné | 0 | 5 | 0 | 18 | 25 |
| Préservation de la fertilité (b) | 6718 | 3 | 7474 | 9 | 3 |
| Dons (gestion des donneurs) | 1140 | 4 | 1160 | 4 | 2 |
| Donneurs de spermes | 399 | 0 | 404 | 1 | 0 |
| Donneurs d'ovocytes | 741 | 4 | 756 | 3 | 2 |

Figure 3 : Évolution du nombre des effets indésirables selon les activités d'AMP (55).

En 2018, les événements indésirables le plus souvent rapportés à l'ABM sont les affections des organes de reproduction et du sein. Ils représentent 71 % de ces événements indésirables suivis par les affections vasculaires (17 %) puis les infections (7 %) (55).

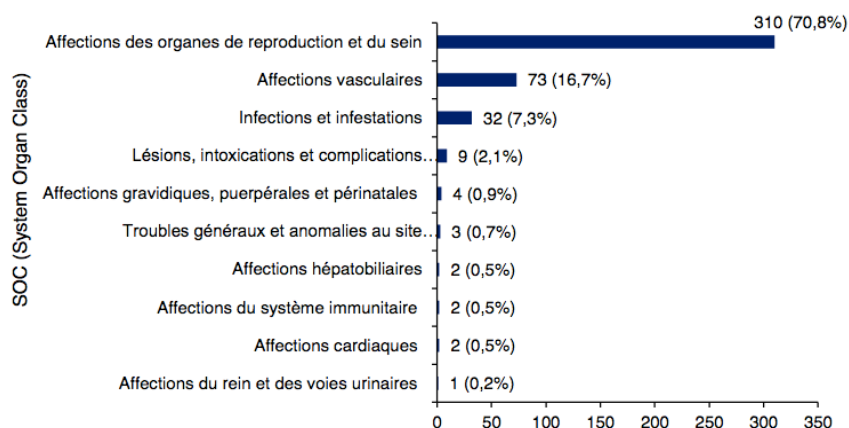


Figure 4 : Répartition des effets indésirables en 2018 selon les différentes catégories médicales (55).

Les affections des organes de reproduction et du sein se répartissent eux-mêmes en plusieurs catégories. Le syndrome d'hyperstimulation des ovaires représente 90 % des cas, et la torsion annexielle 7 % (les ovaires hyperstimulés et donc augmentés de taille présentent un risque de torsion). Parmi 279 HSO, 268 ont nécessité une hospitalisation moyenne de cinq jours (55).

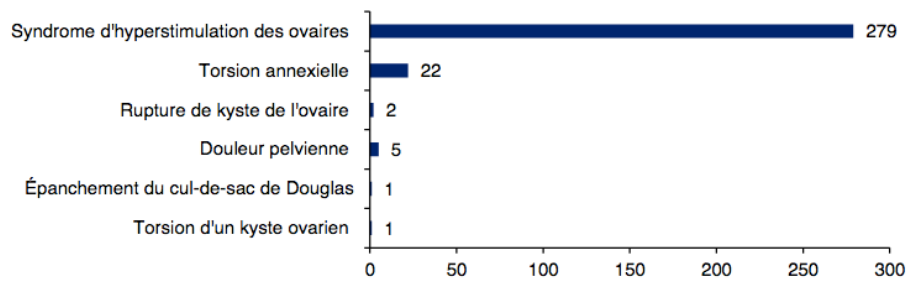


Figure 5 : Répartition des effets indésirables relatifs aux affections des organes de reproduction et du sein en 2018 (55).

Pour conclure nous constatons que la majorité des effets indésirables recensés se résolvent sans séquelle chez les patientes (55).

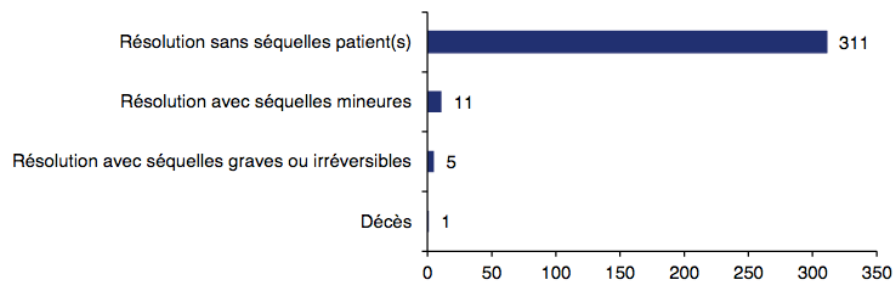


Figure 6 : Évolution clinique finale des effets indésirables en 2018 (55).

Dans l'étude du CHRU déjà évoquée précédemment, les donneuses ont été questionnées sur la période post-don : 46,7 % des donneuses ont déclaré avoir eu des effets indésirables à la suite des traitements ou de la ponction, principalement des effets sans conséquence à long terme. Les signes sympathiques de grossesse sont ressentis par certaines donneuses (mastodynies, pesanteurs pelviennes, ballonnement, prise de poids, trouble de l'humeur et asthénie).

Dans cette étude les donneuses ont été rappelées peu de temps après leur don, elle ne prend donc pas en compte les éventuels effets indésirables pouvant survenir à moyen ou long terme. Dans tous les cas, les effets indésirables ressentis n'ont pas constitué un frein pour la plupart des donneuses, elles qualifient le parcours de « *pas si contraignant* » voire « *vraiment pas difficile* » (39).

3.4.3 Comparaison au don de spermatozoïdes

Le don de spermatozoïdes se doit d'être anonyme, gratuit et volontaire comme le don d'ovocytes. L'homme doit être âgé de dix-huit à quarante-cinq ans et être bonne santé. Depuis la révision de la loi de bioéthique de 2011 et le décret d'application du 13 octobre 2015, l'homme n'est pas dans l'obligation d'être déjà père et peut recueillir et conserver ses gamètes à son bénéficiaire si cela est possible. S'il est en couple, le consentement de sa / son conjoint(e) doit lui aussi être recueilli.

Comme pour le don d'ovocytes, le don de spermatozoïdes nécessite un premier rendez-vous d'informations sur les modalités et la technique du don. Quand l'homme est prêt à s'engager dans cette démarche, il doit signer un consentement ainsi que son ou sa partenaire s'il est en couple. Il est pareillement questionné sur son état de santé, ses antécédents personnels et familiaux et doit réaliser un entretien avec un psychologue. Un premier recueil de spermatozoïdes effectué au laboratoire par masturbation sert à évaluer leur nombre et leur mobilité. Puis, pour le don en lui-même, généralement quatre à cinq recueils de spermatozoïdes sont nécessaires. Ils sont ensuite conditionnés dans des paillettes puis congelés dans de l'azote liquide à -196° .

Le nombre de donneurs de spermatozoïdes a augmenté de 2015 à 2016 passant de 255 à 399. En 2017, ce taux est stable avec 404 donneurs. Ces derniers sont nettement moins nombreux que les donneuses d'ovocytes (756 en 2017) (2). Cependant, pour un don de spermatozoïdes en moyenne 41 paillettes peuvent être congelées et réattribuées à plusieurs couples receveur.

En 2017, 956 enfants sont nés d'un don de spermatozoïdes contre 329 enfants par don d'ovocytes (2). Ce qui montre bien qu'un don de spermatozoïdes d'un seul donneur aboutit à plus de grossesses qu'un seul don d'ovocytes. C'est pourquoi malgré un taux de donneur plus bas, le nombre d'enfants nés de cette procédure est beaucoup plus nombreux que pour le don d'ovocytes.

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Don de spermatozoïdes | . | . | . | . |
| Donneurs | . | . | . | . |
| Nombre de donneurs acceptés dont le sperme a été congelé dans l'année | 242 | 255 | 399 | 404 |
| - Dont nombre de donneurs n'ayant pas procréé | . | . | . | 205 |
| % Donneurs ayant bénéficié d'une autoconservation / donneurs n'ayant pas procréé | . | . | . | 43,4% |
| Dons | . | . | . | . |
| Nombre de paillettes congelées dans l'année issues des donneurs acceptés dans l'année | 11316 | 12038 | 20558 | 16593 |
| <i>Nombre de paillettes congelées/donneur</i> | 46,8 | 47,2 | 51,5 | 41,1 |
| Nombre de paillettes utilisées dans l'année | 8409 | 7554 | 7609 | 7185 |
| Nombre de paillettes/grossesse | 25,9 | 24,9 | 22,4 | 22,1 |
| Couples receveurs | . | . | . | . |
| Nombre de demandes d'AMP avec spermatozoïdes de donneur dans l'année | 2278 | 2530 | 2305 | 1812 |
| <i>Nombre de demandes d'AMP dans l'année/donneur accepté dans l'année</i> | 9,4 | 9,9 | 5,8 | 4,5 |
| Nombre de couples ayant effectué au moins une tentative d'AMP avec les spermatozoïdes d'un donneur dans l'année | 2450 | 2382 | 1962 | 1961 |

Figure 7 : Don de spermatozoïdes de 2014 à 2017 (2).

Mark V. Sauer, un médecin américain spécialisé en médecine de la reproduction dit : « je suppose que si les hommes devaient subir une biopsie gonadique pour donner des spermatozoïdes, la pratique changerait rapidement et les donneurs seraient difficiles à trouver » (57). Cette citation met en lumière la difficulté du parcours médical pour le don d'ovocytes. Nous nous rendons bien compte que si des traitements invasifs devaient être mis en place pour le don de spermatozoïdes, le taux de donneur diminuerait probablement.

Nous allons procéder à la conclusion de ce chapitre concernant l'accès au parcours médical du don d'ovocytes :

- **Selon les femmes interrogées à Tours, le traitement invasif et l'engagement physique n'est pas un frein au don d'ovocytes, contrairement à l'idée que la population peut s'en faire. Ce qui a le plus freiné les donneuses a été la difficulté organisationnelle des Cecos et le manque d'un suivi post-don, mais pas le parcours médical en lui-même.**
- **Sans aucun doute, ce geste demande du temps, des efforts et parfois même impose aux donneuses de devoir faire des kilomètres pour se rendre dans un Cecos autorisant le don d'ovocytes. Cependant, les professionnels de santé essaient d'être arrangeant par rapport aux contraintes organisationnelles.**
- **Le don de spermatozoïdes n'impose pas de traitements invasifs, mais nous constatons qu'il y a moins de donneurs selon les chiffres. Les femmes sont plus enclines à faire don de leurs gamètes. En effet, malgré une procédure médicale beaucoup plus contraignante, le nombre de donneuses d'ovocytes est plus**

important que le nombre de donneurs de spermatozoïdes en France ces dernières années.

Au regard de la disponibilité nécessaire des donneuses et du traitement invasif, nous serions tentés de confirmer notre troisième hypothèse ; à savoir l'accès au parcours médical du don d'ovocytes freine les donneuses. Cependant cette confirmation est à nuancer. En effet, les donneuses tourangelles ne présentent pas le parcours médical comme un frein.

Hormis les potentiels effets indésirables liés au don, nous nous posons questions des effets psychologiques sur la donneuse après avoir effectué un don d'ovocytes.

3.5 Psychologie et donneuse

3.5.1 Motivation intrinsèque de la femme

Au vu des chiffres précédents, il existe environ le double de donneuses femmes par rapport aux hommes. Même si nous savons que toutes les femmes n'éprouvent pas le désir de grossesse, ces chiffres peuvent nous amener à penser que les femmes soient plus sensibles au désir de grossesse que peuvent ressentir les femmes infertiles : les donneuses d'ovocytes seraient plus solidaires par rapport à ce désir de grossesse des receveuses et accepteraient la démarche, alors que celle-ci est plus difficile sur le plan médical.

3.5.2 Parcours médical

Non cité précédemment mais non négligeable, il existe un risque psychologique suite au don, même si cela dépend bien évidemment de la personnalité de la donneuse, et de son investissement dans la procédure. Souvent, elles ont besoin d'une personne à qui parler d'où le rôle des psychologues dans les équipes pluridisciplinaires.

Un des buts des rendez-vous avec le professionnel de santé ou un psychologue est de détecter si la donneuse est contrainte à ce don par une pression psychologique. Ainsi le professionnel peut récuser le don. Le don relationnel est le mode de recrutement le plus utilisé en France mais peut aller à l'encontre d'un des principes fondamentaux de notre pays qui est le volontariat. Il ne faut pas franchir cette barrière législative.

L'étude de Tours citée précédemment a mis en évidence que finalement, le plus difficile pour les donneuses a été le manque de reconnaissance de leur implication dans le don et de ne pas avoir eu un suivi actif après le don. Le suivi post-don a manqué pour plus de la moitié des donneuses dans l'étude. Elles auraient eu besoin d'être « *rassurées sur leur état de santé après la ponction et auraient aimé recevoir un appel systématique post-don* » (39). Pour un tiers des donneuses, donner ses ovocytes leur a donné un pur sentiment de fierté et d'avoir accompli un acte personnel enrichissant. Mais, 40 % des donneuses ont eu un ressenti négatif, et ce par rapport à la prise en charge notamment en l'absence de suivi post-don.

3.5.3 Maternité sociale

Cette même étude tourangelle rapporte que les donneuses perçoivent l'ovocyte comme un « *support physique, des gamètes, une cellule que l'on peut donner au même titre que le sang, le lait ou les cheveux* » (39). Selon elles, les ovocytes ne sont pas ce qui détermine la maternité. Au contraire, les donneuses semblent plutôt « *réfuter la maternité qui reposerait sur la génétique au profit d'une maternité basée sur le volontarisme, la grossesse, l'environnement et l'éducation* » (39). Elles insistent sur leur place de donneuse, et non de mère. Les donneuses insistent sur le fait que « *la maternité est une construction processuelle et progressive, qui ne peut se baser uniquement sur les gènes ou le patrimoine génétique et valoriserait le rôle éducatif des parents ainsi que les échanges avec la mère pendant la grossesse* » (39).

Pour conclure notre dernière partie sur l'impact psychologique du don :

- **Les donneuses d'ovocytes sont deux fois plus nombreuses que les donneurs de spermatozoïdes, ces dernières semblent alors plus solidaires quant au désir de grossesse des femmes infertiles. De ce fait, elles semblent aussi plutôt bien discerner le don de la maternité.**
- **Ce que les donneuses souhaitent davantage, c'est un peu plus de reconnaissance. Il est donc nécessaire pour les professionnels de santé d'accentuer le suivi post-don pour que les femmes ne se sentent pas abandonner après leur geste altruiste, même si les professionnels ont l'impression de bien faire le suivi.**

Compte tenu d'une grande implication personnelle, nous serions attirés d'affirmer notre dernière hypothèse disant que l'impact psychologique est ce qui freine les femmes à donner leurs ovocytes. Cependant, les femmes semblent solidaires concernant le désir de grossesse et la majorité des donneuses interrogées font parfaitement la différence entre le don et la maternité. Le suivi post-don doit malgré tout se développer davantage, afin d'accompagner au mieux ces donneuses altruistes.

CONCLUSION

Le but de notre revue de la littérature a été de savoir quelles étaient les limites au don d'ovocytes en France. Le cadre législatif encadrant le don n'a pas pu être affirmé ou infirmé comme étant un frein propre au don d'ovocytes. Le volontariat est un pilier du don en France et dans tous les pays, et l'anonymat n'a pas semblé être une limite. Concernant la rémunération, les donneuses françaises n'en ont pas spécifié la nécessité, mais cela aiderait certainement au recrutement. La question que nous nous posons maintenant, c'est de savoir si les femmes donneraient de manière désintéressée s'il y avait un avantage financier à faire ce don. Le recrutement a changé ces dernières années en modifiant le profil des donneuses avec la levée de la maternité antérieure. Moins de donneuses déjà mère font don de leurs ovocytes, au profit des donneuses nullipares.

Ce qui est certain, c'est que le don d'ovocytes est encore trop peu connu à l'égard de la population française. Le besoin face à la pénurie des donneuses se médiatise grâce aux efforts entrepris par l'ABM qui met en œuvre des moyens de communication divers et variés. Le don relationnel étant une part importante du recrutement des donneuses, nous imaginons que les couples receveurs pourront aussi informer leur entourage et favoriser par ce biais la connaissance du don.

Les donneuses de Tours n'ont pas semblé réticentes au parcours médical du don : alors qu'une grande partie de la population imagine celui-ci comme étant difficile, cela n'a pas été le ressenti de ces donneuses et elles ont su au contraire valoriser cette démarche. Certaines régions manquent de Cecos qui sont parfois trop éloignés entre eux, mais les professionnels de santé du don essayent d'être arrangeants avec les donneuses. Les impacts psychologiques sur la donneuse n'ont pas paru entraver le don d'ovocytes puisque les femmes semblent extrêmement solidaires au désir de grossesse et la majorité d'entre elles discernent bien le don de la maternité.

Afin d'aboutir à notre travail final, nous avons essayé d'être le plus exhaustif possible parmi nos lectures citées. Cependant, ne pas avoir trouvé d'autres études sur les donneuses en France tout comme avoir un nombre d'études anglo-saxonnes limité constituent deux limites non négligeables. Le manque de recul sur la protection sociale des donneuses à l'étranger a également restreint notre recherche.

Désormais, nous nous demandons comment faire face à ce manque de sensibilisation de la population. Nous avons pensé à instaurer une intervention dans l'école de sage-femme de Rouen, et des alentours, pour sensibiliser les étudiant(e)s sages-femmes qui ne sont informés de ces pratiques qu'à la fin de leur cursus et dont le stage d'AMP est relativement court. Cela permettrait aux étudiant(e)s d'en prendre connaissance plus précocement et de faire de la diffusion ciblée de l'information à leurs futures patientes.

Grâce aux recherches effectuées pour notre mémoire, nous sommes les premiers sensibilisés et nous tenterons d'avertir au mieux les futurs professionnels. Cependant, même avec cette sensibilisation en amont, nous nous demandons **quel est le moment judicieux pour en informer nos patientes et par quels moyens**. Cela mérite réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence de la biomédecine. Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale a la procréation et de la génétique humaines en France 2017 [Internet]. 2017 [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
2. Agence de la biomédecine. Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale a la procréation et de la génétique humaines en France 2018 [Internet]. 2019 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://rams.agence-biomedecine.fr/>
3. La FIV avec don d'ovocyte [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/fiv-don-dovocyte/>
4. Agence de la biomédecine. Guide du don d'ovocytes [Internet]. 2018 [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/brochure_ddo_2018.pdf
5. LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique [Internet]. 814 juill 7, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/7/7/ETSX1117652L/jo/texte>
6. Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation | Legifrance [Internet]. 885 juill 17, 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1226287D/jo/texte>.
7. Zorn J-R, Savale M. Stérilité du couple. 2ème. Paris: Elsevier / Masson; 2005. 336 p. (Abrégés).
8. Le Goëdec B. Essor et évolution de l'Assistance Médicale à la Procréation jusqu'en 2012. Les dossiers de l'obstétrique. mai 2017;(469):26-32.
9. CECOS [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cecos.org/>
10. Article L2141-3, loi 2011-814 du 7 juillet 2011-art 36. Code de la santé publique.
11. Agence de la biomédecine [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/>
12. Section 6 : Participation des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=CDA4DF1B7E0AD8D4E06A7E12F2B7DE3E.tplgfr33s_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISCTA000026202655&dateTexte=20190320&categorieLien=id#LEGISCTA000026202655

13. Don de spermatozoïdes - Le site d'information de référence [Internet]. Don de spermatozoïdes. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.dondespermatozoides.fr/>
14. Agence de la biomédecine. Le don d'ovocytes : Parlons-en ! Information à destination des professionnels de santé [Internet]. 2017 [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/abm_don_d_ovocytes_2017_176x250_hd_sans_trait_de_coupe-double_page.pdf
15. Don d'ovocytes - Le site d'information de référence sur le don d'ovocytes [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.dondovocytes.fr/>
16. Le Lannou D, Griveau J-F, Veron E, Jaffre F, Jouve G, Descheemaeker V, et al. Pour un don d'ovocytes à la française. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. janv 2010;38(1):23-9.
17. Legislative and regulatory situation of oocytes donation in France. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. août 2012;40:28-31.
18. Karpel L, Flis-Trèves M, Blanchet V, Olivennes F, Frydman R. Don d'ovocytes : secrets et mensonges. 2019;34:11.
19. David G. La filiation dans les procréations assistées avec don de gamètes. 2019;3.
20. LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. 2019-222 mars 23, 2019.
21. Assemblée nationale. Projet de loi relatif à la bioéthique [Internet]. 2019 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/leg/pjl19-063.html>
22. Décret n°2000-409 du 11 mai 2000 relatif au remboursement des frais engagés à l'occasion du prélèvement d'éléments ou de la collecte de produits du corps humain à des fins thérapeutiques. 2000-409 mai 11, 2000.
23. Décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes. 2015-1281 oct 13, 2015.
24. Arrêté du 24 décembre 2015 [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/media/arrete-don-ovocytes-france.pdf>
25. Agence de la biomédecine. Le don d'ovocytes : mode d'emploi [Internet]. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_3_don_dovocytes_mode_demploi.pdf
26. Arrêté du 30 juin 2017 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation [Internet]. juin 30, 2017. Disponible sur:

https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/20170630_rbpamp.pdf

27. CECOS - receveur [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-services/Service-de-Biologie-de-la-reproduction-et-CECOS/CONSULTATIONS-ET-CECOS/COM0352-CECOS-receveur.pdf/>
28. Canneaux M, Chabert C, Golse B, Wolf J-P, Beauquier-Maccotta B. Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes ? La psychiatrie de l'enfant. 20 sept 2013;Vol. 56(1):67-96.
29. Théry I. Du don de gamètes au don d'engendrement. In: Des humains comme les autres : Bioéthique, anonymat et genre du don [Internet]. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2015 [cité 10 avr 2020]. p. 105-33. (Cas de figure). Disponible sur: <http://books.openedition.org/editionsehess/1546>
30. Conseil de l'Europe. Convention européenne des droits de l'Homme [Internet]. 1953 [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf
31. Dumas-Lavenac S. Anonymat du don de gamètes et droit d'accès à ses origines génétiques. Cahiers Droit, Sciences & Technologies. 20 déc 2017;(7):51-64.
32. FIV en Espagne [Internet]. Fiv.fr. 2015 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/fiv-en-espagne/>
33. FIV en République Tchèque [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/fiv-republique-tcheque/>
34. Jouannet P. Procréation Médecine et Don. 2ème. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016. 338 p.
35. Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. [Internet]. 2007 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/l-20070706-pma.pdf>
36. FIV en Belgique [Internet]. Fiv.fr. 2016 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/fiv-en-belgique/>
37. Dossier de remboursement don d'ovocyte à l'étranger par la CPAM [Internet]. Fiv.fr. 2018 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/dossier-de-remboursement-secu-cpam-don-d-ovocyte-fiv-do/>
38. Dr Amelia Rodriguez. Les Français et la PMA en Espagne [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=RpBydJr5aT8>
39. Cormery E, Frapsauce C, Malmanche H. Étude préliminaire sur le vécu des

- donneuses d'ovocytes au CHRU de Tours : des éléments clés identifiés pour de futures recherches. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 avr 2020;48(4):366-73.
40. Bracewell-Milnes T, Saso S, Bora S, Ismail AM, Al-Memar M, Hamed AH, et al. Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review. *Hum Reprod Update*. juin 2016;22(4):450-65.
41. Lee MS, Farland LV, Missmer SA, Ginsburg ES. Limitations on the compensation of gamete donors: a public opinion survey. *Fertility and Sterility*. 1 juin 2017;107(6):1355-1363.e4.
42. Aballea P, Burstin A, Dueg J. Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France de l'inspection générale des affaires sociales [Internet]. 2011 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000113.pdf>
43. Agence de la biomédecine. Le don d'ovocytes en France en 2008 [Internet]. 2008 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_dondovocytes.pdf
44. Brisseau A-L. Campagne nationale d'information et de recrutement sur le don de gamètes. nov 2011;23.
45. Agence de la biomédecine. 4 juin 2012 : campagne internet dédiée au don de gamètes [Internet]. 2012 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/4-juin-2012-campagne-internet>
46. Brisseau A-L. « LE DON D'OVOCYTES SI ON EN PARLAIT ? » JOURNEE D'INFORMATION INTERACTIVE LE 3 JUILLET 2012 [Internet]. 2012 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/cp_journee_interactive.pdf
47. Agence de la biomédecine. LES DONNS D'OVOCYTES ET DE SPERMATOZOÏDES POUR LA PREMIÈRE FOIS À LA RADIO [Internet]. 2015 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/cp_campagne_don_gametes2015.pdf
48. Dons d'ovocytes et de spermatozoïdes : campagne national d'information et de recrutement. [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/dp_national_complet.pdf

49. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
50. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
51. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation. [Internet]. 2016 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
52. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le marché du travail des sages-femmes. [Internet]. 2014 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/04/Etude-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF-1.pdf>
53. Code de la santé publique. Les compétences générales des sages-femme. [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>
54. Insee. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 [Internet]. 2020 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
55. Agence de la biomédecine. Données AMP vigilance [Internet]. 2018 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_amp_vigilance_vf_10.07.19.pdf
56. René Frydman F. Effets secondaires et complications FIV [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/effets-secondaires-complications-fiv/>
57. Sauer MV. Reproductive prohibition: restricting donor payment will lead to medical tourism. Hum Reprod. 1 sept 1997;12(9):1844-5.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Pratique du don d'ovocytes en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005;34(5):513.
2. Le Lannou D. Quelle stratégie pour améliorer le recrutement des donneurs de gamètes ? *Gynecol Obstet Fertil*. déc 2013;41(12):711-4.
3. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique: opinions citoyennes. 2018.
4. Merlet F, Sénémaud B, Sainsaulieu Y, Logerot H, Letur H. Dons d'ovocytes en France : indications, réalité. *La lettre du gynécologue*. 2012;7.
5. Blyth E. A child's right to know: Donating sperm ought to be celebrated as a life-creating act of altruism. Hiding it in a cloak of secrecy simply makes it seem sordid. (Comment and Analysis). *New Scientist*. 6 juill 2002;175(2350):28.
6. Bleyer J. A conception conundrum. *Psychology Today*. 2013;46(6):78-.
7. Dumas-Lavenac S. La protection de la personne née d'une PMA impliquant un tiers. *Cahiers Droit, Sciences & Technologies* [Internet]. 20 déc 2017 [cité 10 avr 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/cdst/523>
8. Canneaux M. Suffit-il d'être enceinte pour devenir mère ? *Spirale*. 2017;N° 84(4):29-40.
9. Ségade O, Golse B, Beauquier-Maccotta B. Le couple face au recours à une insémination artificielle avec donneur : entre protection du couple et intérêt de l'enfant, comment en parler ? *Spirale*. 2017;N° 84(4):41-8.
10. Canneaux M, Kobilinsky N, Wolf JP, Golse B, Beauquier-Maccotta B. Information, transmission, secret : quel discours pour les enfants nés par don de gamètes ? </data/revues/12979589/v44i7-8/S129795891630131X/> [Internet]. 2 août 2016 [cité 10 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1071749>
11. Audrey Kermalvezen. *Mes origines : une affaire d'état*. Max Milo Edition. Paris; 2014.

ANNEXE I – Extrait du tableau « Lecture critique d’articles »

| Auteur Titre de la revue Année de publication Lieu de l'étude | Méthodologie | Objectifs | Principaux résultats et conclusions | Biais |
|--|--|---|---|---|
| <p>E. Cormery C. Frapsauce, H. Malmanche</p> <p>Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie</p> <p>2020</p> <p>CHRU de Tours</p> | <p>Étude monocentrique, rétrospective et qualitative par entretiens semi-directifs</p> | <p>Identifier les freins au DO à partir du vécu des donneuses</p> | <p>Sentiment de fierté et d'accomplissement personnel chez les donneuses</p> <p>Manque de reconnaissance des professionnels et de leur entourage vis-à-vis de leur geste</p> <p>L'engagement physique ne semble pas constituer un frein au don</p> <p>L'aspect organisationnel et logistique contraignant a été identifié comme l'un de ces principaux freins</p> | <p>Toutes les donneuses ont déclaré être favorables au principe d'anonymat mais l'étude ayant été réalisée auprès de donneuses ayant déjà effectué leur geste, cela ne permet pas de rendre compte d'une potentielle diversité chez les candidates donneuses</p> <p>Les donneuses ont été rappelées peu après le don, les éventuels effets indésirables à long terme n'ont pas pu être analysés</p> |

ANNEXE II – Certificat médical pour un dossier de remboursement de don d'ovocytes

Extrait du site www.fiv.fr

Certificat médical du gynécologue pour un dossier de remboursement de don d'ovocytes

Le certificat de votre gynécologue doit être fait **sans modèle préétabli** (le CNSE y veille)

Néanmoins certains éléments doivent y figurer :

Nom et Prénom du médecin

N° d'identification du médecin

Historique médical : traitements et cycles mis en œuvre

Raison médicale qui amène au don d'ovocytes.

Indiquer le pays sélectionné (Pays de l'Union Européenne)

Indiquer qu'il peut y avoir un transfert initial et un ou des transferts d'embryons congelés (TEC ou TEV)

Voici quelques tournures de phrases pour les médecins qui figuraient auparavant sur les modèles :

Ma patiente, Madame (prénom) (nom marital), née (nom de naissance) le (date), à (ville), demeurant (adresse postale), souffre d'infertilité due à une insuffisance ovarienne précoce (taux de FSH plasmatique = (...) UI/L et AMH < 0,25 microg/L).

Pour cette raison elle doit nécessairement bénéficier d'une FIV avec don d'ovocytes.

En France cela lui est impossible compte tenu de la pénurie de don d'ovocytes et, sans donneuse lui permettant de remonter dans la liste d'attente, elle ne pourra pas bénéficier d'un don dans un délai raisonnable.

L'état de santé de ma patiente ne permet pas d'attendre de si longues années et ses soins sont nécessaires dans un laps de temps très court.

Elle a la possibilité de se rendre à l'étranger, dans un pays de l'Union Européenne, où elle pourra bénéficier d'un don anonyme et gratuit dans un délai de 2 à 5 mois.


Sa demande me semblant rentrer dans les conditions fixées par le décret précité, je vous saurai donc gré de bien vouloir lui donner une suite favorable.



Informations sur : <http://www.fiv.fr/dossier-de-remboursement-secu-cpam-don-d-ovocyte-fiv-do>

ANNEXE III – Cerfa de soins reçus à l'étranger

Extrait du site www.fiv.fr



Soins reçus à l'étranger

Déclaration à compléter par l'assuré(e)

(articles L. 332-3, 2° alinéa et R. 332-2 à R. 332-6 du Code de la sécurité sociale)

(IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives décrites au verso)

n° 12267*04

PERSONNE AYANT RECU LES SOINS ET ASSURÉ(E)

- Personne ayant reçu les soins**

nom et prénom : _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

n° d'immatriculation _____ date de naissance _____

adresse habituelle (si différente de celle de l'assuré(e)) : _____

- Assuré(e)** (à remplir si la personne ayant reçu les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

n° d'immatriculation _____

- Nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e)** (à compléter dans tous les cas)

nationalité : française ressortissant UE/EEE/Suisse autre préciser : _____

n°, voie, rue ... : _____

code postal _____ commune : _____ email (facultatif) : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DES SOINS

activité salariée (joindre un justificatif) pensionné(e)/retraité(e) étudiant(e)

indemnisé(e) par le Pôle Emploi (joindre un justificatif) autre situation préciser : _____

CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR À L'ÉTRANGER

adresse pendant le séjour à l'étranger : _____

localité : _____ pays : _____

dates du séjour : du _____ au _____

motif du séjour : congés payés dans le pays d'origine tourisme détachement professionnel études et/ou stages

MOTIF DE RECOURS AUX SOINS (préciser : chute, blessure, urgence médicale, intervention chirurgicale, soins chroniques, soins ponctuels...)

→ _____

NATURE DES SOINS ET MONTANT DES DÉPENSES

- Les soins reçus sont en rapport avec :**

une maladie une affection de longue durée une maternité un accident du travail ou une maladie professionnelle date _____

un accident causé par un tiers date _____ s'agit-il de soins prévus avant le départ ? oui non

- Le détail des soins** (joindre obligatoirement les factures originales acquittées pour tous les soins. Pour ceux suivis de * joindre également les prescriptions médicales)

| soins ambulatoires | montant des frais <small>(indiquer l'unité monétaire)</small> |
|--|---|
| consultation au cabinet médical <input type="checkbox"/> | } le médecin était un généraliste <input type="checkbox"/> un spécialiste <input type="checkbox"/> <small>indiquer la spécialité :</small> |
| déplacement du médecin <input type="checkbox"/> | |
| soins dentaires <input type="checkbox"/> préciser la nature : _____ | |
| prothèse dentaire <input type="checkbox"/> | |
| chirurgie ambulatoire <input type="checkbox"/> préciser la nature : _____ | |
| pharmacie * <input type="checkbox"/> | |
| examen(s) de laboratoire * <input type="checkbox"/> | |
| radiologie <input type="checkbox"/> citer les parties du corps radiographiées : _____ | |
| acte(s) de kinésithérapie * <input type="checkbox"/> | |
| actes infirmiers * <input type="checkbox"/> | |
| autre(s) soin(s) * <input type="checkbox"/> préciser la nature : _____ | |
| hospitalisation <input type="checkbox"/> du _____ au _____ <small>préciser l' : _____</small> | |
| frais de transport * <input type="checkbox"/> moyen de transport, trajet et km : _____ | |

SOINS RECUS DANS L'UE/EEE/Suisse (à compléter obligatoirement)

1. Pour les soins qui ont été pratiqués dans l'UE/EEE et la Suisse, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la législation :
 du pays du séjour française

2. Y a-t-il eu un remboursement partiel des soins dans le pays de séjour ? oui non

ATTESTATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Je déclare joindre les originaux des factures dûment acquittées en ma possession pour justifier ma demande de remboursement.
J'atteste sur l'honneur que la somme totale réglée s'élève à : _____ (indiquer l'unité monétaire)

Fait à _____, le _____ signature de l'assuré(e) _____ impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 441- 441- du Code pénal, article 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations services, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

CNSE S 3125C

ANNEXE IV – Répartition des Cecos autorisant le don d'ovocytes en France

Extrait du site www.cecos.org



ANNEXE V – Liste et adresse des Cecos autorisant le don d’ovocytes en France

Extrait du site www.cecos.org

CECOS Lille
Boulevard du Professeur Jules
Leclercq
59000 Lille

CECOS Picardie Amiens
Rue du professeur Christian
Cabrol
80054 Amiens

**CECOS Haute-Normandie
Rouen**
Rue de Germont
76000 Rouen

CECOS Basse-Normandie Caen
Avenue de la Côte de Nacre
14000 Caen

**CECOS Bretagne Site de
Rennes**
Boulevard de Bulgarie
35200 Rennes

CECOS Bretagne Site de Brest
Avenue Foch
29200 Brest

**CECOS Pays de la Loire
Antenne Angers**
Rue Larrey
49100 Anger

CECOS Centre Tours
Boulevard Tonnellé
37000 Tours

**CECOS Champagne-Ardenne
Reims**
Rue Cognacq-Jay
51100 Reims

CECOS Alsace Strasbourg
Rue Louis Pasteur
67300 Schiltigheim

**CECOS Franche-Comté
Bourgogne Besançon**
Boulevard Alexandre Fleming
25000 Besançon

**CECOS Franche-Comté
Bourgogne Dijon**
Rue Paul Gaffarel
21000 Dijon

CECOS Paris Clamart
Rue de la Porte de Trivaux
92140 Clamart

CECOS Paris Cochin
Boulevard de Port-Royal
75014 Paris

CECOS Paris Tenon
Rue de la Chine
75020 Paris

CECOS Paris Jean Verdier
Avenue du 14 juillet
93140 Bondy

**CECOS Auvergne Clermont-
Ferrand**
Rue Lucie et Raymond Aubrac
63003 Clermont-Ferrand

CECOS Rhône-Alpes Lyon
Boulevard Pinel
69500 Bron

CECOS Rhône-Alpes Grenoble
Avenue Maquis du Grésivaudan
38700 La Tronche

CECOS Aquitaine Bordeaux
Place Amélie Raba Léon
33000 Bordeaux

CECOS Toulouse
Avenue de Grande Bretagne
31300 Toulouse

**CECOS Languedoc Roussillon
Montpellier**
Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier

**CECOS Provence-Alpes-Côte
Azur Marseille**
Boulevard Baille
13005 Marseille

**CECOS Provence-Alpes-Côte
Azur Nice**
Route Saint-Antoine de
Gisnèstière
06200 Nice

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

LES LIMITES AUX DONNS D'OVOCYTES EN FRANCE

VESTU MELAINE

RESUME : Avec l'évolution de la société, l'âge moyen des mères lors de leur premier accouchement recule. Beaucoup de couples font désormais face à des problèmes d'infertilité et ont recours à des techniques d'AMP, notamment au don d'ovocytes. Nous constatons une pénurie des donneuses d'ovocytes en France et nous avons donc voulu savoir quels en sont les freins au travers d'une revue de la littérature. Encore peu connu, le don d'ovocytes est encadré par une loi de bioéthique renouvelée régulièrement, et mise à jour avec les dernières avancées médicales et sociétales. Le volontariat est pratiqué par tous les pays pratiquant le don, l'anonymat est obligatoire dans un certain nombre mais les donneuses ne semblent pas opposées catégoriquement à une levée de cet anonymat. Certains pays accordent une compensation financière aux donneuses. En France, la majorité des donneuses ne ressent pas le besoin d'être rémunérée pour son geste, mais préférerait plus de reconnaissance à celui-ci. Néanmoins, une rémunération active pourrait inciter un peu plus de femmes à donner leurs ovocytes afin de combler la pénurie actuelle. Malgré les idées reçues, les femmes ayant vécu le parcours médical du don ne le décrivent pas comme étant difficile et les professionnels de santé s'arrangent pour diminuer leurs contraintes organisationnelles. Les femmes, étant plus nombreuses à donner leurs gamètes que les hommes, nous ont semblé plus enclines à faire ce don et donc plus compréhensives envers le désir de grossesse que peuvent ressentir les femmes infertiles.

MOTS-CLES : « don d'ovocytes », « donneuses », « France », « législation », « parcours médical »