

## Dispositions et Modifications de la Loi souhaitées par le GEFF

### (1) Autoconservation d'ovocytes pour Prévenir et lutter contre la baisse de la fertilité et de la réserve ovarienne avec l'âge

Le constat actuel est que pour les hommes et les femmes le projet d'enfant est de plus en plus tardif. Les femmes diffèrent leur maternité. En 2015, en France, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne, soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974 et 6.5 de plus qu'en 1967.

Les femmes sont aussi plus âgées qu'auparavant à la naissance de leur deuxième ou troisième enfant, qu'elles ont en moyenne à 31,0 ans et 32,6 ans et 4ans séparent la première de la seconde naissance. Au total, tous rangs de naissance confondus, les femmes accouchent en moyenne à 30,4 ans. Les facteurs qui expliquent ce report sont connus de tous ie la diffusion de la contraception, l'accès aux études et la réussite des femmes avec la prétention légitime aux postes habituellement proposés aux hommes. (INED N°1642, Mars 2017)

Entre 35 et 43 ans le stock diminue de manière considérable si bien que la fertilité diminue aussi. La Fécondation in vitro ne peut pas augmenter la réserve ovarienne. Quand la réserve ovarienne est faible, les résultats de la fécondation in vitro sont médiocres. La seule réponse en France est alors le don d'ovocytes.

Nous sommes en faveur de **l'autoconservation ovocytaire**, réalisée au moment où la femme st encore fertile, **accessible à tous les Centres d'AMP**. Le dispositif actuel permettant aux femmes qui donnent leurs ovocytes d'en conserver pour elles à partir du 6° obtenu est inacceptable pour les femmes et les professionnels de l'AMP.

Cette autoconservation doit être encadrée sur notamment l'âge minimal et maximal de la préservation et en fixant un âge limite pour la reprise des ovocytes, correspondant à une absence de surcroit de risques pour la mère et l'enfant.

L'intensification des mesures d'éducation, information, prévention dans le domaine de la fertilité humaine, hommes et femmes, est indissociable de ces préconisations. De même que la protection des femmes au travail en mettant en place des dispositions législatives qui dissuaderaient et condamneraient des employeurs ou autres personnes qui pourraient vouloir influencer les jeunes femmes pour préserver les ovocytes contre leur volonté, qui protégerait la femme au travail, sa carrière professionnelle, son avancement professionnel ET ses maternités.

Enfin, le financement de la préservation ovocytaire préventive peut se réfléchir grâce à un schéma compatible avec les principes qui régissent le Code de la Sécurité Sociale et le principe d'Autonomie (Préservation, conservation, utilisation, don).

### (2) Concernant l'insuffisance du don d'ovocyte

Le constat actuel révèle **une insuffisance qui persiste malgré les efforts** et un trop grand nombre de patientes partent à l'étranger. Il existe une **incohérence concernant le remboursement** d'une partie des traitements réalisés à l'étranger dans des centres privés alors que cette activité n'est pas autorisée pour les centres privés en France. Dans certaines circonstances il peut exister des risques pour les patientes en fonction de la destination choisie (prises en charge inadéquates et grossesses multiples sur des terrains à haut risque).

Nous proposons **l'élargissement du don d'ovocytes aux Centres d'exercice libéral français** qui en feront la demande et qui ont le devoir de suivre la même Ethique, le même cadre légal et les mêmes modalités de financement que les centres publics, ce qui placerait la France dans le même modèle que les autres pays de l'union européenne et élargirait l'offre de soins et l'accès à cette offre à la fois pour les donneuses potentielles et les receveuses.

Nous proposons **d'autoriser le double don** pour les patients qui présentent une infertilité mixte, l'accueil d'embryon étant une activité confidentielle en France qui ne couvre en aucun cas les besoins actuels.

### (3) Concernant l'Amélioration des résultats de l'AMP et la diminution des grossesses à risque

Le constat actuel est que l'âge des patientes qui consultent les centres français dans le cadre d'une infertilité augmente. Le taux d'accouchement, issu d'embryons frais de 2014, par ponction, était de 20,9 et la fréquence des accouchements multiples de 2014 de 15,9%. (Résultats ABM 2016)

**L'âge moyen des femmes qui ont recours à l'AMP est de 34.4 ans en 2014. Plus de 25% des femmes prises en charge en AMP en France ont plus de 38 ans.**

Dans ce contexte, nous nous sommes, avec l'ensemble des sociétés savantes de Biologie et Médecine de la Reproduction et Cytogénétique ainsi que 3 collègues de médecine, autosaisis afin d'établir un avis sur l'intérêt de mener des recherches biomédicales mini-invasives sur l'embryon en prenant comme exemple le Diagnostic génétique préimplantatoire des aneuploïdies embryonnaires (DPI-A). Madame le Professeur Nelly Frydman vous a déjà envoyé le rapport auquel nous adhérons dans son intégralité.

### (4) La Promotion de la Recherche et Investigation clinique

### (5) Concernant l'AMP chez les femmes célibataires et les femmes homosexuelles

Le constat actuel est que le CCNE a rendu un avis favorable à l'accès à l'AMP aux femmes homosexuelles et célibataires.

Il n'y a pas d'arguments scientifiques pour s'opposer à l'ouverture de l'AMP aux femmes homosexuelles, sous réserve du respect de la clause de conscience pour les praticiens.

Les publications sur le devenir des enfants nés de parents homosexuels sont, à la quasi-unanimité, rassurantes, suggérant que la qualité de la parentalité intervient plus dans le sort des enfants que l'orientation sexuelle des parents.

Le seul problème médical sera la disponibilité du sperme.

L'argument de l'égalité homme femme qui imposerait d'autoriser aussi les couples d'hommes, et donc la GPA, si on autorise les couples de femmes à recourir à l'AMP méconnaît le fait que les hommes et les femmes sont égaux en droit mais différents physiologiquement.

La situation des femmes seules qui devront assumer seules l'enfant mérite bien sûr une réflexion spécifique. L'autorisation légale est à différencier de la prise en charge financière qui doit se discuter séparément.