

## **Autoriser l'auto-conservation des ovocytes : une technique de prévention de l'infertilité liée à l'âge**

*Larissa Meyer, Présidente de l'Association Réseau Fertilité France*

*Hélène Malmanche, sage-femme, Vice-Présidente de l'Association Réseau Fertilité France*

Le recul de l'âge de la première maternité correspond à un mouvement sociologique profond, multi-causal et inexorable. Conséquence de ce recul, l'infertilité ovarienne liée à l'âge est amenée à suivre une courbe croissante. La prévention de cette infertilité liée à l'âge par l'auto-conservation ovocytaire (ACO) est une mesure d'avenir, nécessaire à l'accompagnement serein d'une évolution du calendrier biographique des françaises. Dans un premier temps, nous montrerons en quoi l'autorisation de l'ACO n'introduirait aucune rupture et s'intégrerait parfaitement au cadre bioéthique actuel, auquel elle donnerait même davantage de cohérence. Dans un second temps, nous verrons les liens très étroits qu'il existe entre l'ACO et le don d'ovocytes, et montrerons comment l'ACO permettrait d'améliorer l'éthique de nos pratiques pour le bénéfice de toutes les femmes en rapport avec l'AMP. Enfin, nous terminerons en montrant que l'ACO, mesure rendue nécessaire par le recul de l'âge de la première grossesse, permettra finalement de ralentir ce recul et d'apporter ainsi un bénéfice à toute la société. Nous proposerons également une rédaction du cadre légal et un modèle de financement.

### **I. Le recul de l'âge de la première grossesse : un phénomène sociologique profond et multi-factoriel**

Selon l'INED (1), l'âge moyen de la première grossesse a atteint 30,7 ans en 2017 alors qu'il était de 28,5 ans en 2015 et de 24 ans en 1974. Loin d'être la conséquence d'une politique d'accueil de la petite enfance insuffisante, le recul de l'âge de la première grossesse correspond à un phénomène sociologique profond et multi-factoriel. La première cause envisagée est l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, qui se traduit par une redistribution des âges sur le calendrier biographique, dont la conséquence est que les femmes, se sentant plus jeunes à tous les âges, commencent à éprouver le désir de devenir mères à un âge plus avancé que leurs aînées. À cela vient s'ajouter l'autonomie gagnée par les femmes grâce à la révolution féministe, qui, après avoir mis fin aux naissances non désirées des jeunes femmes, leur a permis d'accéder à des études parfois longues, et, surtout, d'envisager le couple sous le prisme de l'amour et non plus comme un moyen de subvenir à leurs besoins économiques. Il est important de noter que, si la première grossesse survient plus tard, c'est parce que le désir des femmes d'être mères survient plus tard. D'autres facteurs viennent alors s'ajouter, qui interfèrent avec sa réalisation dont, en premier lieu, le célibat : la plupart des femmes interrogées par les sociologues disent avoir repoussé l'âge de leur première grossesse car elles étaient célibataires au moment où elles ont commencé à éprouver le désir d'être mères. Ne voulant, pour la plupart, pas se lancer seules dans un projet parental, elles ont préféré attendre d'avoir rencontré un partenaire partageant leur projet pour commencer les démarches, à un âge auquel leur fertilité ovarienne est déjà très défavorable. Il en va de même pour les femmes ayant fait appel à l'ACO : elles souhaitaient se laisser quelques années supplémentaires, le temps de trouver un partenaire avec qui partager leur projet parental (2).

Enfin, il ne faut pas évacuer les hommes de la question. Dans les couples formés entre les âges de 20 et 30 ans, les hommes, comme les femmes, repoussent l'âge de la paternité le temps d'installer leur carrière ou de profiter de leur jeunesse. Ainsi, un certain nombre de couples consultant pour une AMP après l'âge de 35 ans se connaissent depuis plus de 10 ans mais ont, jusque-là et d'un commun accord, décidé de retarder l'arrivée d'un enfant. Pour lui, cela aura peu de conséquences, d'autant qu'il lui est possible à la fois de conserver son sperme à la banque pour se prémunir du déclin de sa fertilité avec l'âge, mais également d'être pris en charge en AMP sans limite légale d'âge (même si une limite de 59 ans est souvent posée en pratique pour les hommes). Pour sa conjointe, cependant, les conséquences seront toutes autres. Loin d'entraîner une perte de chances pour les femmes, l'ACO ne fait qu'ajouter un bénéfice à leur situation : d'une part, elle répond au problème réel auquel elles sont confrontées par le recul de l'âge de leur première grossesse; d'autre part elle réduit les inégalités de traitement entre hommes et femmes qui existent en AMP.

### **II. L'auto-conservation : une mesure cohérente avec le cadre bioéthique français actuel et qui en améliorerait l'éthique**

Le parcours d'AMP des françaises est actuellement pris en charge par la sécurité sociale jusqu'à l'âge de 43 ans révolus. Dès qu'une patiente consulte pour une prise en charge en AMP au-delà de 35 ans, les professionnels sont confrontés, en plus d'une éventuelle pathologie réelle (endométriome, infertilité tubaire, infertilité masculine qui occupe la moitié des étiologies), à une insuffisance ovarienne liée à l'âge. Celle-ci va aller en s'accroissant jusqu'aux 38 ans de la patiente, puis augmenter de façon exponentielle passé cet âge. Il arrive que la seule cause évoquée aux échecs d'obtention d'une grossesse après 35 ans soit justement

l'âge. Cette acception est d'autant plus vraie que le temps passe, pour devenir, après 42 ans, une impasse pour ces patientes en AMP intra-conjugale. Dans ces cas, communément qualifiés d'« infertilités idiopathiques », plusieurs tentatives d'AMP (que ce soit la FIV ou l'insémination intra-utérine) seront pratiquées, en sachant que ces techniques n'amélioreront ni la quantité, ni la qualité des ovocytes de ces patientes. Leur mise en oeuvre est finalement un pis-aller. Si la patiente a consulté suffisamment tôt et que plusieurs tentatives se sont soldées par un échec, il sera possible, à partir de l'âge de 38 ans, de l'adresser vers un centre de don d'ovocytes français dont le délais d'attente est en moyenne de 2 à 3 ans. Les centres français acceptent encore des femmes âgées de moins de 40 ans à l'ouverture de leur dossier. Au delà et en raison des délais, elles sont d'emblée orientées à l'étranger. Toutes les patientes interrogées après avoir eu recours à un don d'ovocytes ont confié qu'elles auraient préféré bénéficier d'une ACO si elles en avaient eu la possibilité (3).

Les femmes de plus de 35 ans présentant une insuffisance ovarienne liée à l'âge sont prises en charge en France alors même que l'article L.2141-2 du code de la Santé Publique encadrant l'AMP la réserve aux couples présentant une infertilité d'origine pathologique. Il indique que « Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué ». En prenant en charge ces femmes, nos institutions considèrent donc que l'infertilité liée à l'âge entre dans le cadre des infertilités d'origine pathologique. Par ailleurs, il n'existe aucune recommandation qui interdirait aux femmes de plus de 35 ans de mener une grossesse. La Sécurité Sociale prend d'ailleurs en charge l'AMP jusqu'à 43 ans révolus, afin de donner cette chance aux femmes. L'ACO n'étant rien de moins qu'une mesure de prévention de l'infertilité liée à l'âge, elle ne relève donc pas du cadre de la « convenance personnelle » mais bien d'une mesure de médecine préventive qui occuperait une place de choix dans l'arsenal thérapeutique de l'AMP. De plus, le protocole sur lequel s'appuie l'ACO a été validé, sur le plan médical comme éthique, et est déjà utilisé en AMP: il s'agit du même protocole que celui suivi par les donneuses d'ovocytes et les femmes candidates à une FIV (Fécondation In Vitro).

Les pratiques actuelles nous interrogent sur le plan éthique. Est-il éthique de refuser à une femme l'accès à une technique de prévention de l'infertilité liée à l'âge alors que nous savons qu'elle sera très probablement orientée vers un parcours avec don d'ovocytes, à la fois plus long, douloureux, compliqué, coûteux et risqué, aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan médical (risques inhérents à la grossesse augmentés par la présence d'un fœtus « totalement allogénique »), et ajoutant la question de l'accès aux origines? Pour ces femmes, le don d'ovocytes est aujourd'hui la seule alternative alors qu'il devrait être une solution de deuxième intention, intervenant lorsque l'ACO n'a pas pu avoir lieu (pathologie aiguë, infertilité génétique ou choix personnel de ne pas faire d'ACO), ou à la suite de tentatives infructueuses avec les ovocytes qui en sont issus. L'ACO donnerait à ces femmes une chance supplémentaire d'aboutir dans leur projet parental, qui plus est avec leurs propres ovocytes. Enfin, en réduisant le nombre de candidates au don d'ovocytes, elle en faciliterait également l'accès.

### **III. L'auto-conservation au secours de la banque d'ovocytes**

La France souffre aujourd'hui d'une pénurie de dons d'ovocytes. Le nombre annuel de donneuses d'ovocytes est stable, mais la sollicitation de la banque s'intensifie d'année en année. Cette sollicitation étant la conséquence de l'accroissement du nombre de femmes présentant une insuffisance ovarienne admises en AMP, elle ne va aller qu'en s'aggravant. Inclure l'ACO dans l'arsenal thérapeutique permettra d'apporter une solution pérenne et éthique à ce problème auquel la France est confrontée et dont elle se détourne en adressant ses patientes vers les banques étrangères.

Lorsqu'une femme réalise une ACO, il lui est demandé de décider ce qu'il adviendra de ses ovocytes dans le cas où ils ne seraient pas utilisés pour elle (décès, naissances naturelles, décision de ne finalement pas avoir d'enfants). Elle décide alors si elle souhaite qu'ils soient donnés à la banque d'ovocytes, à la recherche biomédicale publique, ou encore détruits. Il est séduisant de penser que, ces ovocytes étant déjà prélevés et congelés, le don à une autre femme se révélerait bien plus accessible et éthique que la sollicitation de donneuses dont on connaît le parcours qu'il leur est demandé d'endurer. Ainsi, l'ACO offre un moyen éthique d'alimenter la banque avec des ovocytes de qualité (prélevés à l'âge adéquat).

En diminuant la sollicitation de la banque d'ovocytes d'un côté, et en l'alimentant de l'autre, l'ACO apporte un bénéfice à toutes les femmes prises en charge en AMP. Les femmes ayant réalisé une ACO bénéficieront d'un traitement plus efficient et simplifié sur de nombreux points, notamment l'absence de nécessité de recourir à un don. Les femmes dans l'incapacité de procréer à partir de leur propres ovocytes accéderont plus rapidement à un don d'ovocytes de qualité. Enfin, les autres femmes prises en charge en AMP bénéficieront des avancées de la recherche publique, aidée par les ovocytes qui lui auront été donnés, ainsi que de l'expertise que les professionnels auront acquis grâce à ce nouvel outil thérapeutique.

### **IV. Auto-conservation et recul de l'âge de la première grossesse : un effet favorable inattendu**

Le protocole actuel de prise en charge des femmes consultant en raison d'une infertilité ovarienne liée à l'âge est particulièrement long et compliqué : stimulations et ponctions dans l'espoir d'obtenir une FIV, prélèvement d'ovocytes de moindre qualité, échecs et fausses couches à répétition, liste d'attente pour accéder au don d'ovocytes, parcours compliqués dans les pays voisins etc...Il n'est pas rare qu'une femme ayant commencé à tenter de concevoir à 36 ans, prise en charge en AMP à 38 ans, se retrouve finalement mère à 42 ans et doit renoncer à une éventuelle seconde grossesse. La très mauvaise efficacité de ce parcours contribue à faire reculer encore davantage l'âge de la première grossesse.

La qualité des ovocytes auto-conservés permet en revanche de réaliser la première étape (stimulation et ponction) à un âge où la fertilité est telle qu'un seul cycle pourrait suffire à obtenir une quantité et une qualité d'ovocytes suffisantes pour garantir une (ou même plusieurs) grossesse(s) à l'arrivée. De plus, lorsque la femme se présente en AMP à l'âge où son projet parental prend forme mais butte contre ses limites physiologiques, l'équipe de prise en charge peut alors directement procéder à la fécondation et au transfert des embryons, dont les chances de succès sont éminemment plus grandes qu'avec des ovocytes prélevés à l'âge auquel elle consulte.

Ainsi, l'ACO, en séparant le temps ovarien et le temps gestationnel d'une patiente, permettra d'optimiser la prise en charge de l'AMP au moment où le projet d'enfant est mûr, et, ce faisant, de réduire le temps d'attente entre l'élaboration du projet parental et la naissance effective de l'enfant. Bien qu'étant un protocole élaboré pour permettre l'accompagnement du recul de l'âge moyen de la première grossesse, l'auto-conservation aura finalement pour effet de le ralentir.

## V. Conclusion : Nos propositions

### 1) Cadre légal

La vitrification des ovocytes est encadrée par l'article L. 2141-11 du Code de la Santé Publique. Pour permettre l'ACO, nous proposons d'intégrer à cet article les éléments indiqués en gras :

« Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, **ou qui souhaite préserver ses gamètes en prévention d'une infertilité liée à l'âge**, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité. Ce recueil et cette conservation sont subordonnés au consentement de l'intéressé et, le cas échéant, de celui de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou du tuteur, lorsque l'intéressé, mineur ou majeur, fait l'objet d'une mesure de tutelle. **Les gamètes recueillis sont accessibles aux personnes souhaitant les utiliser dans le cadre d'un projet parental, qu'elles soient en couple hétérosexuel, homosexuel ou célibataires, et que le projet soit pris en charge en France ou à l'étranger.** »

### 2) Financement

L'ACO présente un coût d'environ 3500 euros, distribués de la manière suivante : les traitements reviennent environ à 1000 euros, alors que le forfait relatif au prélèvement, au travail de laboratoire et au stockage pendant 10 ans, revient environ à 2500 euros.

Nous proposons un modèle de financement partagé de l'ACO : les femmes couvriraient les frais de laboratoire et ceux engendrés par la congélation alors que la sécurité sociale couvrirait les traitements hormonaux inhérents à la stimulation ovarienne, comme elle le fait pour toutes les patientes prises en charge en AMP ainsi que pour les donneuses. Le modèle de financement prévoirait également un remboursement des frais de congélation dans le cas où les ovocytes, non utilisés, seraient finalement donnés à la banque d'ovocytes ou à la recherche publique. Ce modèle de financement nous semble être un compromis acceptable entre une prise en charge privée et collective, dans la mesure où l'ACO est à la fois un service rendu aux femmes et une mesure de santé publique dont la collectivité retire un bénéfice.

(1) <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>

(2) *L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge*, Manon Vialle, Enfance Famille Génération, 21-2014, p.1-23

(3) *L'auto-conservation ovocytaire liée à l'âge : y a-t-il des arguments éthiques pour l'interdire?*, étude pilote coordonnée par Laurence Brunet et Véronique Fournier, avec la collaboration de Léa Ségui, Centre d'Études Cliniques de l'Hôpital Cochin.

