

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

LA CONGELATION SOCIALE DES OVOCYTES

Perceptions et enjeux éthiques

*Enquête parmi les étudiantes sages-femmes du Grand
Ouest et les soignantes des services d'obstétrique et de
néonatalogie du CHU de Nantes*

Lucie CADIOU

Née le 12 janvier 1990

Directeur de mémoire : Docteur Miguel JEAN

Années universitaires 2009-2014

Remerciements

A Dr Miguel JEAN, praticien hospitalier en biologie de la reproduction, maître de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils d'expert.

A Mme Pascale GARNIER, sage-femme enseignante, pour ses conseils, sa patience et son soutien.

A toutes les étudiantes sages-femmes et aux soignantes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

Aux quatre femmes volontaires pour les entretiens, qui m'ont permis d'affiner mon étude.

A Mme Isabelle DERRENDINGER, directrice de l'école de sages-femmes, pour sa communication rapide et efficace auprès des autres écoles de sages-femmes de l'ouest.

A Mr Jacques PONTOIZEAU, professeur de philosophie agrégé enseignant en lycée, pour la précieuse approche philosophique qu'il m'apportée.

A Mr Philippe TESSIER, Maître de conférences de biostatistiques, pharmaco-épidémiologie et recherche en sciences humaines à la faculté de médecine de l'université de Nantes, de m'avoir reçue et de m'avoir apporté ces notions d'économie.

A mes proches, mes amis, ma famille pour leur précieux soutien au cours de ces années.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

1	INTRODUCTION	1
2	GENERALITES	2
	<u>2.1 LA PROCREATION HUMAINE</u>	<u>2</u>
	2.1.1 <i>La fertilité.....</i>	2
	2.1.2 <i>L'infertilité et la stérilité.....</i>	2
	2.1.3 <i>Les facteurs de risques de l'infertilité féminine</i>	3
	2.1.4 <i>Le bilan d'infertilité féminin.....</i>	8
	2.1.5 <i>Les causes de l'infertilité</i>	10
	<u>2.2 QUELLES SONT LES SOLUTIONS FACE AU DECLIN DE LA FERTILITE FEMININE LIE A L'AGE ?</u>	<u>13</u>
	<u>2.3 LA LOI PERMET-ELLE UNE CONGELATION SOCIALE ?</u>	<u>14</u>
3	MATERIEL ET METHODE	18
	<u>3.1 L'APPROCHE QUANTITATIVE</u>	<u>18</u>
	3.1.1 <i>Evaluation de la perception des étudiantes sages-femmes sur la congélation sociale des ovocytes.....</i>	18
	3.1.2 <i>Evaluation de la perception des soignantes des services d'obstétrique et de néonatalogie au CHU de Nantes</i>	19
	<u>3.2 L'APPROCHE QUALITATIVE</u>	<u>19</u>
4	RESULTATS.....	21
	<u>4.1 LA DESCRIPTION DE LA POPULATION</u>	<u>21</u>
	4.1.1 <i>La Profession</i>	21
	4.1.2 <i>L'âge des femmes.....</i>	23
	4.1.3 <i>La situation familiale</i>	24
	4.1.4 <i>Les antécédents.....</i>	25
	4.1.5 <i>La médicalisation du désir d'enfant</i>	25
	<u>4.2 AVIS EN FAVEUR OU EN DEFAVEUR DE LA CONGELATION SOCIALE DES OVOCYTES..</u>	<u>26</u>
	<u>4.3 LES FACTEURS LIES A L'INTERET DE LA CONGELATION SOCIALE DES OVOCYTES</u>	<u>30</u>
	4.3.1 <i>L'analyse univariée : perception des femmes suivant plusieurs facteurs personnels, médicaux, familiaux.</i>	30
	4.3.2 <i>L'analyse multivariée</i>	34
	4.3.3 <i>Les entretiens semi-directifs</i>	35
5	DISCUSSION.....	38
	<u>5.1 LES LIMITES DE L'ETUDE</u>	<u>38</u>
	<u>5.2 L'APPROCHE QUANTITATIVE</u>	<u>39</u>
	<u>5.3 L'APPROCHE QUALITATIVE ET LES ENJEUX ETHIQUES.....</u>	<u>40</u>
	5.3.1 <i>Le principe de bienfaisance</i>	42
	5.3.2 <i>Le principe de non-malfaisance</i>	45
	5.3.3 <i>Le principe du respect de l'autonomie</i>	51
	5.3.4 <i>Le principe d'équité et de justice.....</i>	54
6	CONCLUSION	64

1 Introduction

Aujourd'hui, la fertilité féminine présente un paradoxe surprenant : bien que les chances de grossesse diminuent avec l'âge, les femmes retardent de plus en plus leur première maternité. Le seul moyen, actuellement, disponible pour lutter contre cette situation est « l'épargne ovocytaire ». Cette technique consiste, pour une femme, à congeler ses ovocytes alors qu'elle est encore « jeune » et à les conserver jusqu'au moment où elle sera prête pour la maternité. Si ce moment venu, elle se trouve confrontée à un problème d'infertilité, elle pourra alors demander à bénéficier d'une FIV avec ses ovocytes conservés et les spermatozoïdes de son conjoint, pour tenter de réaliser son projet d'enfant. Cette technique, dite de congélation sociale des ovocytes, est proposée dans la plupart des pays mais n'est pas autorisée en France. Aujourd'hui seule la conservation des ovocytes pour des raisons médicales avant un traitement potentiellement stérilisant par exemple, est autorisée par la réglementation française.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a relancé le débat en décembre 2012. Ces professionnels, tout en rappelant les risques médicaux des grossesses tardives, estiment qu'il n'existe pas d'arguments convaincants pour maintenir l'interdiction de la congélation sociale des ovocytes, c'est-à-dire pour des raisons non-médicales.

Pour évaluer la perception des femmes, premières concernées par cette technique « d'épargne ovocytaire », et en particulier des étudiantes sages-femmes et des soignantes des services d'obstétrique et de néonatalogie, nous avons réalisé une étude dans l'ouest de la France et au CHU de Nantes. Les enjeux médicaux mais aussi éthiques de la congélation sociale des ovocytes ont été évalués.

2 Généralités

2.1 La procréation humaine

2.1.1 La fertilité

La fertilité désigne la capacité de concevoir. C'est une caractéristique de l'espèce humaine qui dépend de facteurs féminins et masculins pouvant varier d'un individu à l'autre et susceptibles d'évoluer au cours du temps¹.

Deux limites physiologiques bordent la fertilité chez la femme, la puberté et la ménopause, dont les âges médians se situent respectivement autour de 12 ans et 50 ans dans les pays développés. Chez l'homme, seule la puberté existe et elle s'établit autour de 15 ans¹.

Pendant leur période fertile et quelle que soit leur activité sexuelle, les femmes ne sont pas exposées à 100% de chance de grossesse au cours d'un cycle ovulatoire. On définit donc la fécondité moyenne comme la probabilité de concevoir au cours d'un mois d'exposition au risque de grossesse, soit le pourcentage de grossesse par cycle pour cent cycles exposés à la grossesse. Pour une jeune femme, avant ses 25 ans, la fécondabilité moyenne est de 25 à 30 %^{1 et 56}.

Lorsque le désir de grossesse naît, le délai entre l'arrêt de la contraception et la conception varie en fonction des couples. On parle de délai moyen à concevoir. Il est de 5,7 mois pour une jeune femme ayant moins de 25 ans.

Le terme de fécondité est employé après la naissance de l'enfant.

2.1.2 L'infertilité et la stérilité

La stérilité désigne l'impossibilité absolue et définitive de concevoir. Les personnes stériles représentent 2% de la population soit 1/50 des couples (à 25 ans). C'est un terme fort qui est de moins en moins employé. Les médecins préfèrent le terme d'infertilité, moins radical.

L'infertilité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme l'absence de grossesse après une période supérieure à 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés². L'infertilité peut être primaire (aucune antériorité de grossesse) ou

secondaire (grossesse précédente, fausse couche spontanée, grossesse extra-utérine, interruption de grossesse), et ce, pour le couple ou pour chacun des deux membres du couple (en cas de partenaires antérieurs). Elle touche 10 à 15% des couples⁵⁴.

2.1.3 Les facteurs de risques de l'infertilité féminine

L'âge de la femme est un des facteurs les plus importants¹. La fécondabilité diminue avec l'âge, elle est de 25 % à 25 ans, et chute ensuite pour atteindre 12 % à 35 ans et seulement 6 % à 42 ans (données Agence de Biomédecine). Ceci est dû à une diminution physiologique de la réserve ovarienne. On parle de vieillissement ovarien c'est-à-dire la réduction de la quantité et de la qualité des ovocytes dans les ovaires³. La cause de la détérioration de la qualité des ovocytes liée à l'âge est due à l'accumulation de matériel endommagé de l'ADN dans l'ovocyte⁴. En effet, le stock d'ovocytes est constitué pendant la vie intra-utérine et il diminue inexorablement dès la naissance.

L'âge de la ménopause dépend de facteurs génétiques et environnementaux⁴. Les femmes ménopausées avant l'âge de 45 ans ont subi un déclin accéléré de leur réserve ovarienne avant l'âge de 32 ans. Cela représente 10% des femmes de la population générale (observations épidémiologiques de la conception médicalement assistée et de la biologie de la reproduction)^{4 et 5}. Parmi ces femmes, beaucoup ont des antécédents familiaux de ménopause précoce⁴.

Avec l'âge, la probabilité de concevoir diminue mais celle d'obtenir une naissance vivante aussi. A 35 ans, 17% des femmes ne parviendront plus à avoir un enfant, et 5% ne pourront démarrer une grossesse. A 40 ans, ces pourcentages sont respectivement 33% et 17%¹. La progression de la mortalité intra-utérine quant à elle varie, de 12-15% avant 30 ans, à 20% de 30 à 34 ans, 25% à 35-39 ans, près de 30% à de 40 à 44 ans, et près de 40% à 45-49 ans¹.

Tableau 1 : Progression de la stérilité définitive liée à l'âge des femmes (d'après H. Leridon, Population & Sociétés, n°471, INED, octobre 2010)

Age	Probabilité de ne plus obtenir une naissance vivante (%)	Probabilité de ne plus obtenir une conception (%)
25 ans	5	1
30 ans	10	2
35 ans	17	5
40 ans	33	17
45 ans	62	55

« Globalement il faudrait que chacun sache que 35% des femmes qui, à 40 ans veulent un enfant, ne verront jamais leur souhait exaucé. » H. Brin, *Enjeux démographiques et accompagnement du désir d'enfants des familles*, Conférence de la famille, 2005 ⁴⁷.

Le tabac est également un facteur de risque d'infertilité important. Nous connaissons les effets toxiques du tabac pendant la grossesse depuis longtemps. Parmi les femmes en âge de procréer, 30 % sont fumeuses⁶. Or, chez la femme fumeuse, plusieurs études ont démontré une relation négative entre le tabagisme et la fertilité spontanée^{7 et 8}. Les chances de grossesse diminuent de façon dose-dépendante⁵⁵. Le délai moyen à concevoir est augmenté de 6 mois à 1 an en moyenne chez les femmes fumeuses. Le tabac entraîne une diminution du taux de grossesse, un risque de fausses couches augmenté en raison d'une altération de la phase lutéale et une réserve ovarienne altérée⁷. La ménopause est plus précoce de deux ou trois ans par rapport à l'âge génétique des ovaires.

Des études montrent que certains composants de la fumée de cigarette comme la cotinine, métabolite de la nicotine, le cadmium ou encore les hydrocarbures polyaromatiques, peuvent se retrouver dans le liquide folliculaire et par conséquent augmenter la vulnérabilité des ovocytes⁸. Cela est valable aussi bien pour le tabagisme actif que le tabagisme passif.

Le cannabis, quant à lui, a un effet négatif surtout sur les spermatozoïdes. Il diminue leur nombre et leur mobilité chez les consommateurs réguliers. Chez les femmes, l'impact du cannabis a été moins étudié mais les résultats publiés témoignent, comme chez l'homme, d'un effet négatif sur la fertilité⁵⁵.

Les méfaits de l'alcool sur la fertilité sont assez peu connus. Mais toutes les données disponibles aujourd'hui sont en faveur d'un effet pénalisant de l'alcool sur la fertilité⁶.

La consommation excessive de caféine peut également être responsable d'une diminution de la fertilité. Elle est non seulement présente dans le café mais aussi dans le thé, le chocolat et certaines boissons gazeuses. Les effets négatifs sont connus depuis près de 20 ans et apparaissent à partir d'une consommation de 300 mg de caféine par jour, soit quatre à cinq tasses de café. Ils se manifestent par un allongement du délai moyen à concevoir⁵⁵. Selon une étude de Bolúmar et collaborateurs, le délai moyen à concevoir serait augmenté de 9 mois chez les femmes buvant plus de 500 mg de caféine par jour⁹.

Le poids de la femme joue également sur sa fertilité. Rappelons que l'IMC (indice de masse corporelle) doit être normalement situé entre 18 et 25. Une femme ayant un IMC au-dessus de cet intervalle est en surpoids, voire obèse (IMC \geq 30), et au-dessous, en insuffisance pondérale voire anorexique⁶. Ces deux extrémités sont à prendre en compte dans le cadre de l'infertilité étant donné qu'elles perturbent la régulation des hormones féminines et bouleversent le fonctionnement de l'appareil génital.

Les femmes en insuffisance pondérale s'exposent à un risque multiplié par cinq d'avoir un trouble de l'ovulation par rapport aux femmes ayant un IMC normal. Ce sont souvent des femmes qui s'imposent des restrictions alimentaires exagérées, avec la privation quasi-totale des lipides. Ainsi, le cycle menstruel se retrouve déséquilibré avec une aménorrhée dite hypothalamique. Les hormones ne sont plus produites en quantité suffisante pour assurer le fonctionnement normal des ovaires. Le même mécanisme est retrouvé chez des femmes hyperactives pratiquant du sport de manière intensive⁵⁵. Freizinger et ses collaborateurs ont montré qu'un trouble de l'alimentation actuel ou antérieur était diagnostiqué chez 20,7% des femmes infertiles. Ceci suggère que les femmes ayant des antécédents de troubles de l'alimentation sont plus exposées au risque d'infertilité¹⁰.

Les femmes en surcharge pondérale s'exposent à un risque de trouble de l'ovulation multiplié par trois par rapport aux femmes ayant un IMC normal. Ce sont des femmes qui possèdent un excès de tissus adipeux, ce qui engendre une modification des processus d'aromatation des androgènes. Le taux d'estrogènes est ainsi augmenté.

Leur endomètre est hypertrophique, de moins bonne qualité, elles sont plus souvent sujettes aux ménorragies. Il y a une association fréquente entre les femmes en surpoids et le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). La qualité ovocytaire des femmes obèses est moindre, leurs ovulations sont perturbées et la qualité des ovocytes est diminuée. Le délai moyen à concevoir est augmenté et les succès de grossesse sont diminués de 5 % par point d'IMC supplémentaire. Les effets négatifs de l'obésité sur la fertilité peuvent être réversibles. Clark et ses collaborateurs ont constaté qu'après avoir perdu une moyenne de 10,2 kg, 90 % des femmes obèses, auparavant infertiles, débutaient une ovulation, 78 % parvenaient à une grossesse et 67 % à une naissance vivante¹¹.

La détérioration de la santé reproductive pourrait également être due à l'environnement dans lequel nous vivons⁵⁵. Les pesticides et les perturbateurs endocriniens, très présents dans la vie quotidienne, sont susceptibles d'altérer la fertilité humaine. Ils interfèrent avec le fonctionnement du système hormonal et peuvent avoir des effets sur la descendance⁶. Ces molécules chimiques se comportent comme des hormones féminines (xéno-estrogènes), ou comme des inhibiteurs d'hormones masculines (anti-androgènes). Les hormones de synthèse utilisées en médecine, comme dans les pilules contraceptives, présentes dans les urines, arrivent dans les stations d'épuration avec les eaux usées. Fautes de systèmes de filtration efficaces, ces molécules se retrouvent dans les rivières et inhibent la production de testostérone chez les poissons mâles et diminuent donc leur capacité à se reproduire. Le rejet de ces substances dans le milieu naturel a diminué depuis les réglementations en vigueur. Cependant, en raison de leur pouvoir d'accumulation dans la chaîne alimentaire, ces perturbateurs endocriniens peuvent encore se retrouver au bout de la chaîne alimentaire, dans notre assiette⁵⁵.

Parmi les perturbateurs endocriniens décrits aujourd'hui, les plus présents dans notre environnement quotidien sont les phtalates. On les retrouve dans de nombreux objets de la vie quotidienne comme les emballages plastiques, les chaussures, les cosmétiques. Chez les rongeurs, leur toxicité reproductive est largement démontrée. Par principe de précaution, plusieurs administrations gouvernementales recommandent d'éviter l'exposition à ces produits⁵⁵.

Certes, les facteurs personnels et environnementaux peuvent altérer la fertilité cependant, d'autres facteurs entrent en jeu. Les évolutions de société telles que des études plus longues, l'attente d'une stabilité professionnelle, la rencontre plus tardive du partenaire idéal, favorisent, de plus, le report de la maternité.

En effet le désir tardif d'enfant est devenu un phénomène de société. En France, l'âge moyen du premier enfant chez la femme augmente. Il était de 24,2 ans en 1967 et atteint 28,1 en 2010 soit 4 ans de plus (données INSEE 2012)⁴⁸.

Le mouvement de report de la maternité est associé à un certain nombre de facteurs. L'allongement de la durée des études et la progression de l'emploi féminin depuis plusieurs années, ont recentré les femmes sur leur carrière. La difficulté à concilier travail et famille joue un rôle, en particulier dans les pays n'ayant pas de politique familiale. De plus, les femmes souhaitent généralement être mère qu'une fois installées dans la vie active, avec diplôme, emploi stable, logement et vie de couple¹².

En effet, l'augmentation de l'âge de la femme à l'arrivée de son premier enfant a touché, en premier lieu, les femmes les plus diplômées et s'est ensuite généralisé à l'ensemble des femmes. Ainsi, les femmes les plus diplômées se mettent en couple plus tard et attendent avant de constituer une famille. Elles deviennent alors mère 1,7 an plus tard que la moyenne des femmes résidant en France métropolitaine (données de l'INSEE 2010)⁴⁸. Les femmes les moins diplômées sont plus jeunes de 3 ans que la moyenne lorsqu'elles attendent leur premier enfant. Ainsi, elles constituent une famille près de 5 ans avant les femmes les plus diplômées⁴⁸.

De nos jours, la grande majorité des femmes françaises exercent une activité professionnelle notamment pour s'accomplir personnellement. Cette activité professionnelle leur permet également de bénéficier de leur autonomie financière et ne pas dépendre exclusivement des ressources de leur conjoint⁴⁷.

Face à des tensions entre responsabilités domestiques et professionnelles, les femmes retardent le moment de la maternité. C'est ce qui se passe en Espagne et Italie, leurs taux de fécondité sont les plus bas d'Europe : 1,15 et 1,22 ^{47 et 49}.

Le retard de la maternité peut également être associé aux secondes unions plus fréquentes de nos jours et aux mariages de plus en plus tardifs (INSEE)⁴⁸. Le développement de la contraception et l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a augmenté la liberté procréative des femmes. Ceci a, en quelque

sorte, permis de réduire la fréquence des grossesses non désirées, notamment aux âges jeunes¹².

Donc, tous ces facteurs médicaux (l'âge et le poids), environnementaux (le tabac et l'environnement) et sociétaux (études longues, attente de stabilité financière et affective) retardent le moment de la maternité et ont un impact sur la fertilité. Existe-t-il des moyens de diagnostic de l'infertilité qui permettraient de proposer des réponses médicales ?

2.1.4 Le bilan d'infertilité féminin

Le diagnostic de l'infertilité se fait tout d'abord sur le plan clinique. En effet, lors de la première consultation, le praticien n'évoque pas d'emblée le recours à la médicalisation de la grossesse. Le but est d'apporter une réponse adaptée à la situation du couple.

Tout d'abord, l'interrogatoire va nous apporter quelques réponses sur la vie générale de la femme. Son âge lui sera demandé ainsi que sa taille et son poids pour calculer son IMC. Il sera conseillé à une femme obèse, de perdre du poids, cela lui permettra d'augmenter nettement ses chances de grossesse. Chavarro et ses collaborateurs ont montré qu'en Assistance Médicale à la Procréation (AMP), les femmes en surpoids ou obèses avaient quasiment deux fois moins de chance d'aboutir à une naissance vivante (23%) que les femmes de poids normal (42%)¹³. La perte de poids à court terme permettait un recueil plus important d'ovocytes en méiose II¹³.

De même, si la femme est fumeuse, il lui sera vivement conseillé d'arrêter de fumer pour augmenter ses chances de grossesse. Les données de la vie génitale de la femme sont à prendre en compte. L'âge des premières règles, la durée et la régularité des cycles menstruels sont des éléments importants à inscrire dans le dossier médical. La contraception utilisée par la femme et le moment où elle l'a débutée et arrêtée, seront également des éléments à connaître. Ensuite, la femme renseigne le praticien sur ses antécédents médicaux, notamment les maladies qui pourraient perturber la grossesse. Les antécédents familiaux sont importants à connaître, comme par exemple une infertilité qui se serait répétée entre les femmes d'une même fratrie. Parmi les antécédents chirurgicaux, toute intervention gynécologique ou digestive est à prendre en compte pouvant avoir provoqué la formation d'adhérences péritonéales. Ces accolements anormaux de tissus autour

des trompes et des ovaires peuvent altérer leur fonctionnement. En cas de grossesse antérieure avec le conjoint ou un autre partenaire, il est important d'en connaître le déroulement et l'issue. C'est un moment difficile de la consultation où le sentiment de culpabilité peut refaire surface, en particulier lorsque la femme a subi une IVG bien des années auparavant, surtout dans ce contexte d'infertilité. Pour finir le diagnostic clinique, suite à l'interrogatoire, le praticien procède à un examen gynécologique de la femme. Il prête attention à la morphologie générale pour évaluer le développement des caractères sexuels secondaires. Il examine les seins, en vérifiant l'absence de galactorrhée. Et il examine également la vulve, le vagin et le col de l'utérus, au speculum et par le toucher vaginal, à la recherche d'éventuelles malformations.

A l'issue du bilan d'infertilité, une réponse doit pouvoir être apportée à chacune de ces trois questions : Quelle est la qualité du sperme ? Quelle est la qualité des ovocytes ? Et les gamètes peuvent-ils se rencontrer ?

Pour cela, dans un second temps, le diagnostic de l'infertilité se fait par des examens complémentaires. D'une part, sur le plan biologique avec le bilan hormonal de la femme, dont l'Hormone Anti-Müllérienne (AMH). D'autre part, par l'imagerie, avec le compte des follicules antraux, sur chaque ovaire, en début de cycle par échographie endovaginale. L'hystérosalpingographie peut permettre, à l'aide de produits de contraste, de révéler la perméabilité des trompes.

Le bilan hormonal prescrit à la femme qui consulte pour infertilité se compose du dosage de plusieurs hormones, la FSH (Follicle-Stimulating Hormone), la LH (Luteinizing Hormone), l'estradiol, la progestérone, la testostérone, la prolactine et l'AMH. Le taux de FSH basale augmente avec l'âge ou en cas d'insuffisance ovarienne précoce, c'est un marqueur tardif du vieillissement ovarien⁴. Les taux de LH augmentent également avec l'âge ou en cas d'ovaires polykystiques⁴. Les taux d'estradiol et de progestérone ne montrent pas de changement significatif avec l'âge¹⁴. La testostérone augmente en cas d'ovaires polykystiques ou d'hyperandrogénie d'origine ovarienne. La prolactine est élevée lorsqu'il y a un adénome hypophysaire à prolactine ou lors de prise médicamenteuse par la femme. En ce qui concerne l'AMH, plusieurs études ont montré que c'est un meilleur marqueur de la réserve ovarienne que l'âge¹⁵ et ¹⁶. Des rapports récents explorent l'utilisation de l'AMH dans d'autres indications comme la prédiction de la fertilité à long terme, du temps pendant lequel une femme peut retarder sa grossesse sans

courir le risque d'une diminution significative de sa réserve ovarienne ou encore la prédiction de l'âge de la ménopause^{3 et 17}. Cependant, il est impossible de prédire quand l'AMH va décliner chez une femme. Son utilisation en tant que prédicteur de ces indications est non prouvée par la médecine, ce n'est pas un test de dépistage idéal mais plutôt un test diagnostique pour les réserves ovariennes déjà appauvries³.

Des études montrent une corrélation entre le nombre de follicules mesurant 2 à 10 mm, dans la phase folliculaire, et l'âge de la femme⁴. Avant l'âge de 37 ans, le déclin des follicules est important alors que, par la suite, la chute est plus douce. Le compte des follicules antraux (CFA), par échographie, est un test diagnostique utilisé en AMP. Nous savons que la fertilité n'est pas altérée lorsque le CFA se trouve entre 8 à 12 follicules par ovaire. Lorsque celui-ci diminue, il traduit un vieillissement ovarien. Comme le dosage du taux d'AMH, le CFA est un outil diagnostique mais qui ne permet pas de dépister par avance une infertilité.

Enfin, une hystérosalpingographie est nécessaire pour diagnostiquer une éventuelle obstruction au niveau des trompes ou une malformation au niveau de la cavité utérine. Un produit de contraste hydrosoluble est envoyé par voie endovaginale. Plusieurs clichés sont ensuite pris en répétition complète, de face et de profil, en début d'évacuation. Un contrôle à trente minutes permet de juger de la vidange des trompes.

Il existe donc aujourd'hui, grâce aux outils utilisés en AMP, le moyen de diagnostiquer l'infertilité lorsqu'elle est installée mais pas le moyen de prédire à quel moment la femme risque de se trouver confrontée à l'infertilité.

2.1.5 Les causes de l'infertilité

L'infertilité peut provenir de la femme ou de l'homme ou plus généralement des deux membres du couple. Dans 10% des cas, aucune étiologie n'est retrouvée⁵⁶.

Les causes d'infertilité féminines représentent 30% des cas⁵⁶. Elles se répartissent schématiquement en deux groupes, les causes d'origine endocrinienne, et les causes d'origine mécanique.

Les troubles de l'ovulation sont des causes endocriniennes. Elles représentent près de la moitié des infertilités féminines. Ces anovulations ou dysovulations peuvent avoir plusieurs causes. Elles peuvent être expliquées par une insuffisance d'origine

hypothalamique ou hypophysaire, c'est l'hypogonadisme hypogonadotrope. Les hormones LH, FSH et estradiol sont produites en trop petite quantité et les contrôles entre hypothalamus et hypophyse sont insuffisants. Les ovocytes fabriqués sont peu nombreux et souvent infécondables. Cet épuisement prématuré de la réserve folliculaire ovarienne, se manifeste par la survenue de la ménopause avant l'âge de 40 ans.

Dans les cas des ovaires polykystiques (OPK), un excès de follicules est en croissance. La dysovulation est provoquée par un défaut de sélection du follicule dominant malgré cet excès. Parallèlement des résultats récents de la littérature confirment l'hypothèse que les femmes OPK sont peut-être nées avec un plus grand nombre de follicules au repos. Cependant, elles sont soumises à un épuisement accéléré de leur pool folliculaire à la fin de leur troisième décennie⁵.

Les causes dites mécaniques, correspondent aux troubles de la perméabilité tubaire.

L'obstruction des trompes (uni ou bilatérale) peut être d'origine infectieuse ou mécanique. L'infection à *Chlamydiae Trachomatis* touche de nombreuses jeunes femmes et, si elle n'est pas soignée, peut entraîner une salpingite connue pour altérer la ou les trompes (les annexes sont enflammées avec des adhérences, des brides et du liquide intrapéritonéal).

Une grossesse extra-utérine, peut également endommager une trompe et nécessiter une salpingectomie.

L'endométriose est également une cause de diminution de la fertilité de la femme. Elle se caractérise par du tissu endométrial ectopique qui se greffe sur le péritoine, les ovaires, l'utérus et se comporte comme de l'endomètre, c'est-à-dire qu'il subit les influences hormonales du cycle menstruel. La physiopathologie de cette maladie reste mal connue. Elle touche souvent les femmes de 30-35 ans. L'infertilité est souvent primaire et sans explication précise.

Les causes d'infertilité masculine représentent 20% des cas⁵⁶.

L'hypospermie est un volume de l'éjaculat inférieur à 1,5 mL⁵⁶. Elle peut être due à une éjaculation rétrograde. On recherche dans ce cas la présence de spermatozoïdes dans les urines après éjaculation.

L'azoospermie est une absence totale de spermatozoïdes dans l'éjaculat. Elle est soit obstructive soit non obstructive. Lorsqu'elle est obstructive, un obstacle sur les voies excrétrices empêche les spermatozoïdes de se retrouver dans l'éjaculat. Mais ces derniers sont produits et peuvent être recherchés en faisant une biopsie testiculaire⁵⁶. Lorsque l'azoospermie est non obstructive, c'est un défaut de spermatogénèse dont la cause peut être génétique comme par exemple le syndrome de Klinefelter.

La nécrospermie est un nombre supérieur à 42 % de spermatozoïdes morts⁵⁶.

L'oligospermie, c'est le nombre de spermatozoïdes inférieur à 40 millions dans l'éjaculat ou inférieur à 15 millions par millilitre d'éjaculat⁵⁶.

L'asthénospermie est un nombre inférieur à 32 % de spermatozoïdes mobiles dans l'éjaculat⁵⁶.

La tératospermie est un nombre inférieur à 4 % de spermatozoïdes normaux dans l'éjaculat⁵⁶.

L'oligoasthénotératospermie regroupe un nombre affaibli en spermatozoïdes dans l'éjaculat, dont peu sont mobiles et normaux.

Les causes mixtes d'infertilité représentent 40% des cas⁵⁶. Généralement, l'infertilité du couple est due à une anomalie féminine et une anomalie masculine. En effet, une minime altération des spermatozoïdes ou un léger trouble ovulatoire peuvent être équilibrés par l'autre membre du couple ayant une fertilité « normale ». Mais lorsque la femme commence par être touchée par le déclin de sa fertilité lié à l'âge et que, de plus, l'homme présente une altération des spermatozoïdes, le couple est fréquemment confronté à une infertilité.

2.2 Quelles sont les solutions face au déclin de la fertilité féminine lié à l'âge ?

Une modification des comportements pourrait être envisagée, mais il y a déjà eu de nombreuses campagnes (Agence de Biomédecine, Collège national des gynécologues et obstétriciens français) pour essayer d'informer les femmes de la chute de la fertilité liée à l'âge¹⁸. Cependant, à ce jour, le message n'est pas passé auprès des femmes. Il semble que le désir d'enfant de plus en plus tardif soit une réalité inéluctable. Au Royaume-Uni, le Collège des gynécologues et obstétriciens incite les hôpitaux, cliniques, écoles et centres de planification familiale à informer les femmes au sujet de leurs années les plus fertiles, 20 à 35 ans, pour qu'elles évitent de reporter leur maternité¹⁹.

Une autre solution pourrait être la congélation sociale des ovocytes. Elle serait la possibilité pour une femme jeune de conserver ses ovocytes jusqu'au jour où elle serait « prête » pour la maternité. Dans l'éventualité où, le moment venu, elle se retrouvait face à un problème d'infertilité, elle pourrait utiliser ses ovocytes congelés en réalisant une Fécondation In Vitro (FIV) avec les spermatozoïdes de son conjoint. Cette technique est déjà mise en place dans plusieurs de nos pays voisins, nous y reviendrons un peu plus tard.

Sur le plan technique, il existe deux procédés de congélation : la congélation lente qui est de moins en moins utilisée et la vitrification dont l'autorisation est récente en France.

La congélation lente des gamètes nécessite un programmeur pour permettre de contrôler une descente en température progressive⁵⁰. La performance de cette technique a ses limites avec un taux de survie des ovocytes très faible.

La vitrification est une technique de congélation rapide autorisée en France depuis 2011. Elle a permis de conserver des ovocytes et d'obtenir une performance équivalente à des ovocytes frais lorsque ces derniers sont décongelés pour être utilisés en FIV¹⁸. Cette technique n'est pas nouvelle, elle est utilisée dans de nombreux autres pays depuis longtemps. En effet, la première grossesse après fécondation des ovocytes vitrifiés et décongelés a été réalisée en 1999. Elle a donné naissance, à 37 semaines d'aménorrhées, à un nouveau-né en bonne santé²⁰. Puis des améliorations significatives des protocoles de vitrification ont été établies au Japon en 2003²¹. L'efficacité de la vitrification a permis de « stocker » les ovocytes

issus de donneuses. Et une étude espagnole a montré une efficacité équivalente entre les ovocytes frais et les ovocytes vitrifiés²².

La procédure revient, à plonger directement les paillettes contenant les gamètes dans l'azote liquide à -196°C. La température chutant de -2000°C par minute, la congélation est rapide⁵⁰. La vitesse de congélation/décongélation est cruciale pour la survie des ovocytes²³. Le refroidissement retarde le processus de dégradation des cellules et donc préserve leur structure. Néanmoins, il peut détruire irréversiblement leur fonction si les ovocytes ne sont pas protégés à l'aide de cryoprotecteurs²³. En effet, la préparation des gamètes avant une congélation est importante, sans quoi elles seraient confrontées à des problèmes de cristallisation, qui les rendrait inutilisables²⁴. Pour cela, les ovocytes sont partiellement « déshydratés », et l'eau est remplacée par des cryoprotecteurs. Ils sont ensuite placés dans des paillettes scellées pour ne pas être en contact direct avec l'azote liquide^{23 et 50}.

Cette technique a déjà permis la naissance de milliers d'enfants dans le monde^{23, 21 et 50}. L'utilisation d'ovocytes vitrifiés entraîne des résultats comparables à ceux avec des ovocytes frais. L'efficacité en termes de taux de grossesse n'est pas inférieure²⁴.

Une étude menée par Chian et ses collaborateurs en 2008 a rapporté des données rassurantes. Les grossesses et les enfants conçus par des ovocytes vitrifiés ne sont pas associés à des risques accrus obstétricaux et néonataux²⁵. Dans une revue de la littérature, l'équipe de Noyes en 2009 a conclu que les enfants nés vivants par ovocytes vitrifiés, comparativement à des enfants nés de conception naturelle, n'avaient pas plus d'anomalies congénitales²⁴. De plus, ils ont montré que le transfert du blastocyste au cinquième jour, réduisait le risque de grossesse multiple sans diminuer les chances d'implantation²⁶.

Les données actuelles sont rassurantes mais nous n'avons pas encore de données disponibles sur le suivi à long terme de ces enfants. Aujourd'hui peu de recherches ont été menées sur la vitrification des ovocytes pour « raisons sociales » chez la femme en âge de procréer²⁴.

2.3 La loi permet-elle une congélation sociale ?

La congélation des ovocytes pour raison médicale est autorisée en France (loi de Bioéthique de 2011).

La loi de Bioéthique n°2011-814 du 7 juillet 2011 stipule que « toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité ».

La préservation de la fertilité féminine pour raison médicale se fait en plusieurs étapes. Il existe plusieurs situations possibles. Prenons le cas d'une femme jeune atteinte d'un cancer.

Si elle a un partenaire et un projet d'enfant, il lui sera proposé de réaliser une fécondation in vitro, parfois en urgence, pour congeler les embryons avant le début d'une chimiothérapie. En cas de séparation du couple, il sera interdit de transférer les embryons congelés. De plus cette technique est souvent difficilement réalisable faute de temps, avant la mise en place du traitement²⁷.

Si la jeune femme en couple n'a pas de projet d'enfant, il lui sera proposé de congeler ses ovocytes obtenus après stimulation ovarienne et ponction folliculaire. Cette technique est récente et concerne la femme pubère avec une bonne réserve ovarienne (avant 35 ans). Le principe est de procéder à une FIV avec transfert des embryons obtenus avec les ovocytes congelés, une fois que la patiente est en rémission et qu'elle sera en couple avec un projet parental²⁷. Mais les ovocytes humains matures sont extrêmement sensibles aux changements de température et ont peu de moyens pour réparer les dommages cellulaires²³.

Si la jeune femme n'a pas de partenaire, il lui sera proposé de congeler ses ovocytes ou ses ovaires en fonction du dossier. La cryoconservation ovarienne consiste à prélever, chirurgicalement par cœlioscopie, du cortex ovarien riche en petit follicules primordiaux. Elle permet de conserver des ovocytes immatures (bloqués au stade de la première méiose) et du cortex ovarien notamment chez la jeune fille avant même la puberté. Au moment d'un éventuel désir de grossesse, en cas de rémission du cancer, ces parcelles de tissus ovarien sont greffées sur l'ovaire pour permettre aux follicules primordiaux de mûrir et devenir alors des ovocytes fécondables (ayant entamé leur deuxième méiose). Encore peu de grossesses ont été réalisées avec cette pratique^{21 et 28}.

De plus, depuis 2011, la loi de Bioéthique autorise le don d'ovocytes par des femmes n'ayant pas encore procréé. En contrepartie, il leur est proposé de conserver une partie de leurs ovocytes, en vue d'une éventuelle FIV ultérieure. Le décret d'application permettant de prendre en charge ces donneuses manque à ce jour, mais cette disposition ouvre clairement la voie à l'autoconservation des ovocytes¹⁸.

Comme nous l'avons vu précédemment, la congélation sociale des ovocytes, c'est-à-dire en prévention du déclin de la fertilité liée à l'âge, est autorisée dans un certain nombre de pays.

Israël est l'un des premiers pays dans lequel la congélation sociale des ovocytes a été réglementée. Depuis décembre 2009, le Conseil national de bioéthique israélien publie les lignes directrices de la congélation des ovocytes pour une utilisation future. Ainsi, les femmes âgées de 30 à 41 ans qui souhaitent préserver leur fertilité sont autorisées conserver leurs ovocytes par périodes de 5 ans renouvelables²⁹.

En Europe, the European Society of Human Reproduction and Embryology Task Force on Ethics and law, après un premier avis en 2004, vient de rendre en 2012 un avis favorable. Ils considèrent que les arguments s'opposant à cette pratique ne sont plus convaincants. En France, le CNGOF a publié le 12 décembre 2012 un communiqué de presse en faveur de la congélation ovocytaire sociale, en conscience des risques éventuels⁵¹.

Récemment, aux Pays-Bas, l'utilisation de cette pratique pour raisons non-médicales est autorisée sous réserve que les patientes soient informées du caractère expérimental de la technique¹⁹.

Aux Etats-Unis, 64% des congélations d'ovocytes ont lieu dans le cadre de la préservation de la fertilité.

En Suisse, il est possible d'avoir recours à la FIV pour indication médicale seulement. Mais l'interprétation de la loi est différente, la stimulation et la congélation sont considérés comme deux processus ne faisant pas partie de la FIV. Ainsi, lorsque la femme souhaite réutiliser ces ovocytes, c'est qu'elle ou son conjoint est touché par l'infertilité, l'indication médicale du traitement de FIV est donc posée. Ainsi, la congélation sociale des ovocytes est légale en Suisse selon cette interprétation de la loi²⁹. Cependant, les femmes sont autorisées à conserver leurs ovocytes pendant

une durée maximale de 5 ans, durée parfois un peu courte pour résoudre les stabilités.

La congélation sociale des ovocytes pourrait être un moyen de prévention contre le déclin de la fertilité féminine liée à l'âge. La loi française ne l'autorise pas aujourd'hui. Cependant, depuis l'autorisation de la vitrification en France, de nombreux débats s'orientent sur la possibilité d'instaurer cette technique.

L'objectif de notre étude a été de recueillir la perception des étudiantes sages-femmes de l'ouest et des soignantes des services d'obstétrique et de néonatalogie au CHU de Nantes vis-à-vis de la congélation sociale des ovocytes.

3 Matériel et méthode

Nous avons voulu connaître la perception d'une population particulière de femmes sur la congélation sociale des ovocytes. Nous avons choisi les étudiantes sages-femmes. En effet, ce sont des jeunes femmes faisant de longues études, et qui, par la connaissance obstétricale apportée lors de leur cursus, sont capables de mesurer les enjeux de cette technique. Aucune étude n'a été réalisée sur cette population spécifique. De plus, leur future pratique professionnelle pourra, éventuellement, les confronter à cette technique de congélation sociale des ovocytes, à travers le suivi de leur patientes. Dans un second temps, nous avons élargi notre étude aux professionnelles de santé travaillant au sein d'un service d'obstétrique et de néonatalogie au CHU de Nantes, pour agrandir le champ d'investigation (âge, génération, niveau d'études, expérience professionnelle).

Notre étude s'est déroulée en deux temps. Tout d'abord, l'approche quantitative de la perception de la congélation sociale des ovocytes, avec la distribution de questionnaires écrits. Ce qui nous a permis de réaliser une enquête de cohorte comparative. Puis, l'approche qualitative avec la mise en place d'entretiens semi-directifs.

3.1 L'approche quantitative

La distribution des questionnaires s'est effectuée du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2013. Nous avons utilisé le logiciel Epidata version 3.1 pour la saisie des questionnaires puis Epidata Analysis V2.2.2.182 pour l'analyse des données. Pour effectuer l'analyse multivariée nous avons utilisé le logiciel SPSS version 20 par régression logistique.

3.1.1 Evaluation de la perception des étudiantes sages-femmes sur la congélation sociale des ovocytes

Nous avons, dans un premier temps, interrogé les étudiantes sages-femmes de l'école de Nantes avec un questionnaire auto-administré (annexe 1) par mail, avec réponse anonyme. La secrétaire de l'école de sages-femmes de Nantes a envoyé

par mail le lien du questionnaire à l'ensemble des promotions. Deux relances ont été effectuées, fin août et début octobre, pour permettre à celles qui étaient en vacances de pouvoir y répondre.

Nous avons ensuite élargi aux étudiantes sages-femmes des écoles de Tours, Rennes, Brest et Poitiers. L'école de sages-femmes d'Angers a refusé la distribution du questionnaire, elle ne fait donc pas partie de l'étude. Pour ces écoles, le questionnaire était également communiqué via un lien par mail à la sage-femme directrice de chaque école, qui se chargeait elle-même de transmettre à l'ensemble de ses étudiantes. Un premier envoi était effectué en septembre et une relance en octobre.

3.1.2 Evaluation de la perception des soignantes des services d'obstétrique et de néonatalogie au CHU de Nantes

Nous avons étendu notre étude aux soignantes. Nous avons interrogé les femmes travaillant dans les unités suivantes : salle de naissance et urgences gynécologiques et obstétricales, suites de couches, grossesses pathologiques, unité d'hospitalisation de gynécologie, suivi intensif de grossesse, consultations obstétricales, centre d'IVG Simone Veil, néonatalogie, soins intensifs néonataux et réanimation néonatale. La distribution des questionnaires s'est effectuée par mise à disposition des feuillets « papiers » dans les services, début juillet, et récupération dans des enveloppes retour garantissant l'anonymat. Plusieurs relances orales étaient effectuées chaque semaine, le dernier délai pour récupérer les questionnaires était fixé à la fin du mois d'octobre.

Les répondants étaient : sages-femmes, obstétriciens, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, agents des services hospitaliers qualifiés, ainsi que des étudiantes (internes et externes en médecine, infirmières, puéricultrices, aides-soignantes).

3.2 L'approche qualitative

Afin d'approfondir l'étude après les tous premiers résultats de la phase pilote, nous avons ainsi mis en place des entretiens semi-directifs. Ils comprenaient des questions ouvertes et permettaient aux femmes volontaires de s'exprimer plus

largement sur le sujet. Deux aides-soignantes et deux sages-femmes se sont portées volontaires. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits anonymement aussi fidèlement que possible à partir des propos oraux. Nous avons ainsi pu étudier les occurrences des termes « positifs » et des termes « négatifs » employés par ces femmes.

4 Résultats

Nous avons obtenu 415 réponses, dont 239 de la part des étudiantes sages-femmes (Nantes et autres écoles). Nous avons réalisé une enquête de cohorte comparative entre les femmes « favorables » à la congélation sociale des ovocytes et les femmes « défavorables » et « ne se prononçant pas » sur la question.

Pour chacune des figures et chacun des tableaux suivants, nous n'avons pas pris en compte les données manquantes.

4.1 La description de la population

4.1.1 La Profession

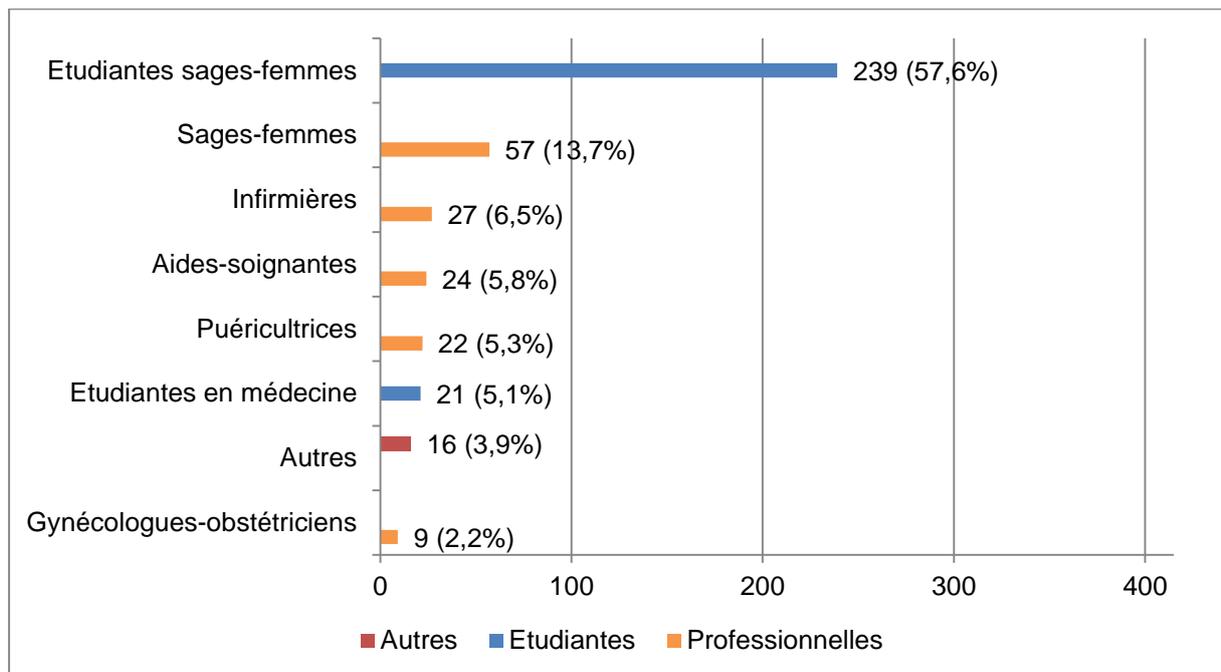


Figure 1 : Répartition du nombre de femmes ayant répondu au questionnaire en fonction de leur profession n(%)

Nous avons établi huit catégories de femmes ayant répondu au questionnaire pour pouvoir analyser par la suite les données. La catégorie « autres » comprend les professions qui étaient représentées par un trop petit nombre de femmes : les agents des services hospitaliers qualifiés, ainsi que des étudiantes infirmières, puéricultrices, et aides-soignantes.

Parmi toutes les réponses, les étudiantes sages-femmes sont les plus nombreuses, elles sont au nombre de 239 (57,6 %).

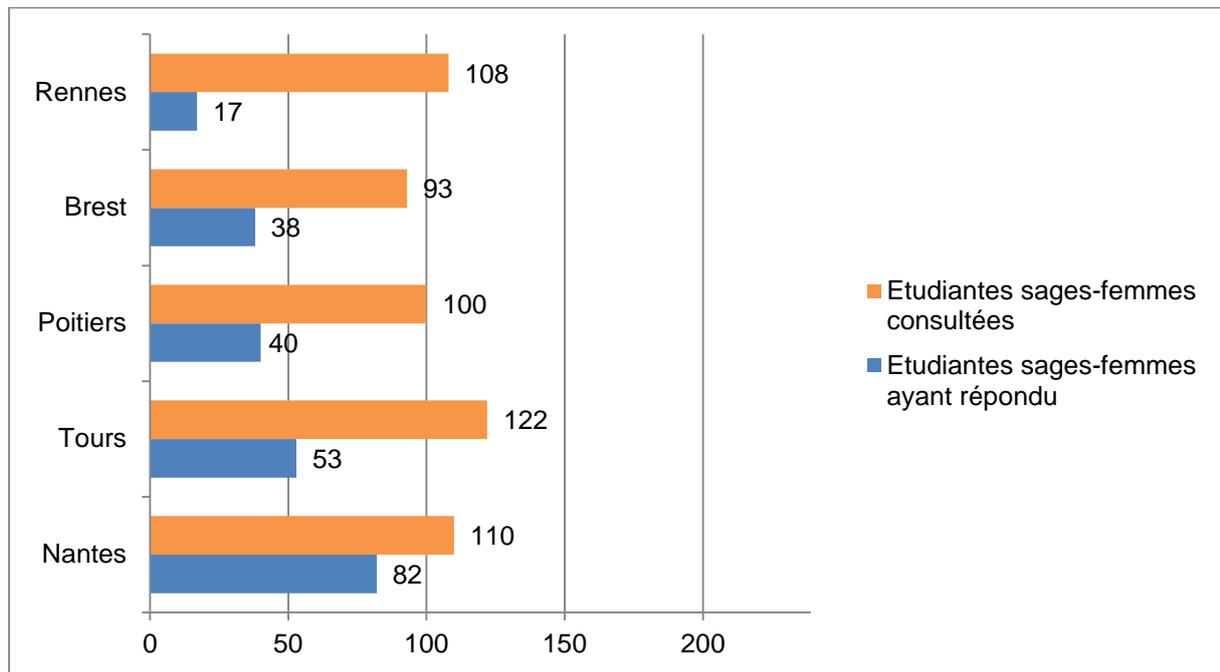


Figure 2 : Répartition du nombre des étudiantes sages-femmes interrogées en fonction de leur origine géographique (n)

Les étudiantes ayant répondu à ce questionnaire font en majorité parties de l'école de Nantes. Cependant, 9 étudiantes n'avaient pas répondu quant à leur ville d'origine. Sur un total de 533 étudiantes des 5 écoles, nous avons ainsi obtenu un taux de réponse de 45 %.

4.1.2 L'âge des femmes

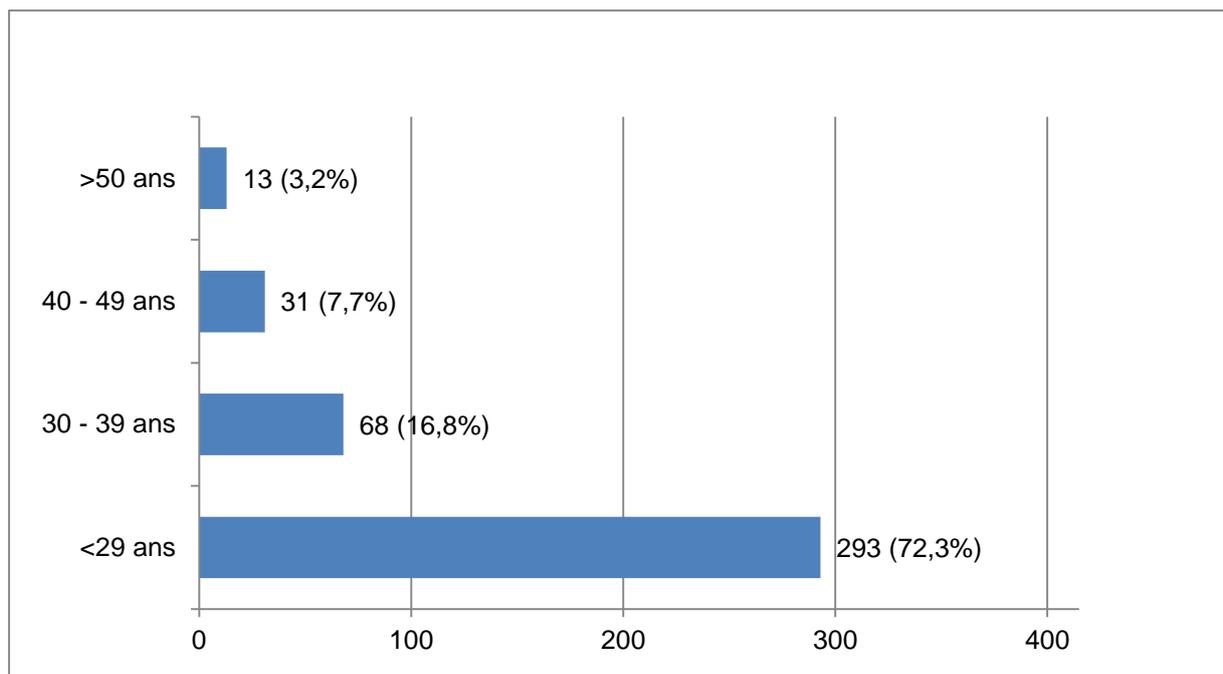


Figure 3 : Répartition des femmes interrogées en fonction de leur âge n(%)

La moyenne d'âge des répondantes est de 27 ans et la médiane de 23 ans. Les femmes les plus jeunes ayant répondu au questionnaire ont 19 ans et les plus âgées ont 61 ans. Si nous établissons des tranches d'âge par décennies, les femmes de moins de 29 ans sont les plus représentées, elles sont au nombre de 293 (72,3 %).

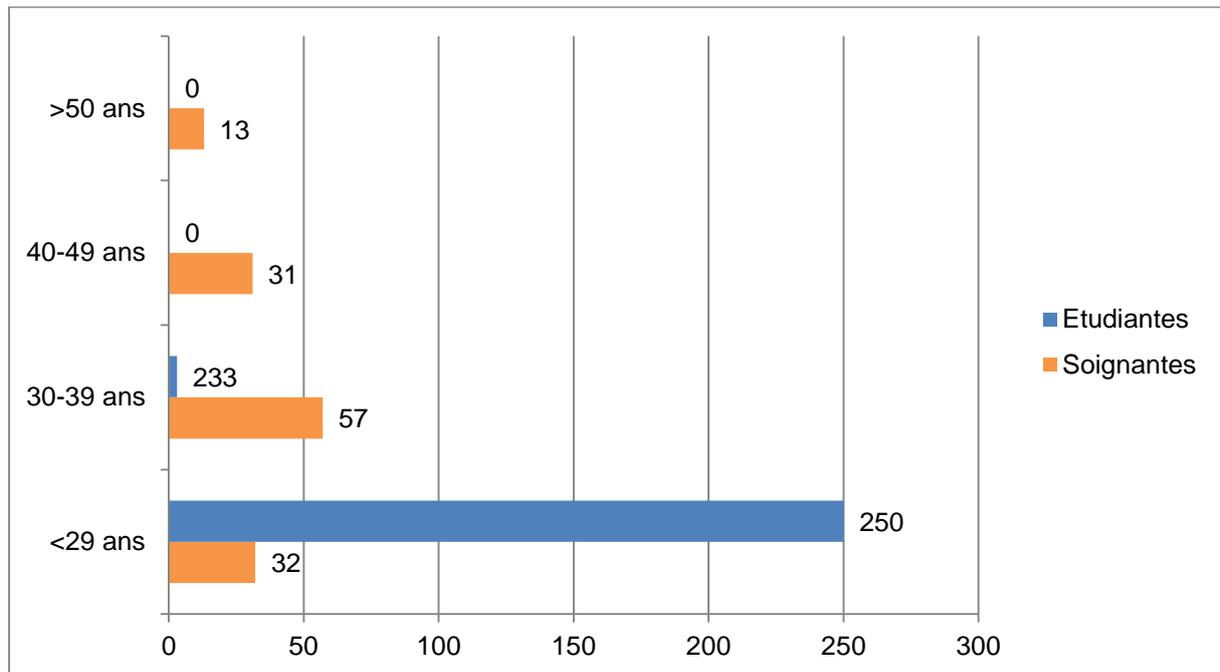


Figure 4 : Répartition des étudiantes et des soignantes en fonction de leur âge (n)

Les étudiantes ont moins de 29 ans principalement. Alors que les professionnelles ont entre 20 et 40 ans avec une population majoritaire entre 30 et 39 ans.

Les moyennes d'âge des étudiantes sont respectivement de 22 ans pour les sages-femmes et 25 ans pour les internes et externes. En ce qui concerne les professionnelles, la moyenne d'âge des gynécologues-obstétriciens est de 42 ans, pour les sages-femmes 34 ans, pour les puéricultrices 41 ans, pour les infirmières 37 ans, et pour les aides-soignantes 33 ans.

4.1.3 La situation familiale

Parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, 278 (67,5 %) sont en couple avec un homme, 3 (0,7 %) en couple avec une femme et 124 (30,1 %) sont célibataires.

De plus, 107 (25,9 %) d'entre elles sont mères de famille et 107 (25,9 %) ont un désir de grossesse aujourd'hui.

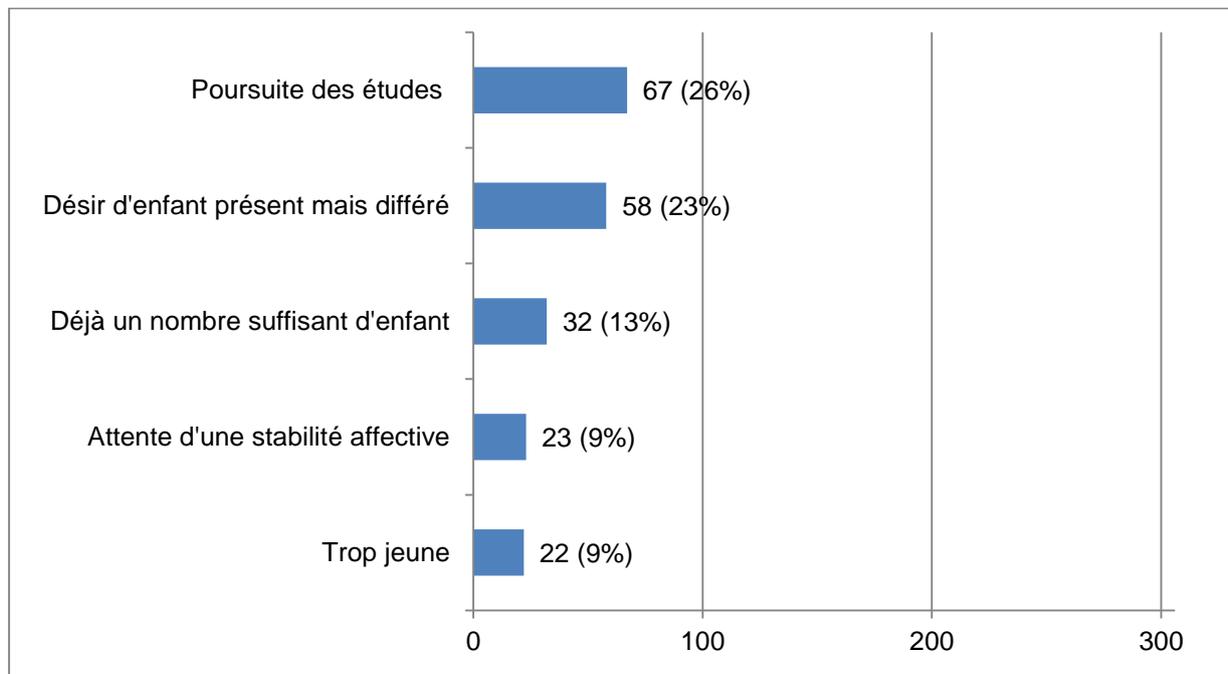


Figure 5 : Répartition des arguments en « défaveur » d'un désir d'enfant aujourd'hui n(%)

4.1.4 Les antécédents

A travers le questionnaire, nous avons recherché si les femmes répondantes avaient des antécédents gynécologiques particuliers. Il se trouve que 50 personnes ont répondu affirmativement, soit 12 % des répondantes. Ainsi, 6 d'entre elles ont déjà subi une IVG, 1 une grossesse extra-utérine (GEU), et 14 une fausse couche spontanée (FCS).

4.1.5 La médicalisation du désir d'enfant

Par ailleurs, nous avons également recherché les femmes qui auraient été confrontées à l'infertilité. Effectivement, 21 d'entre elles sont dans ce cas, soit 5,1 % de l'effectif total des réponses. Nous avons regroupé sur la figure suivante l'origine de l'infertilité de ces femmes et le traitement auquel elles ont eu recours.

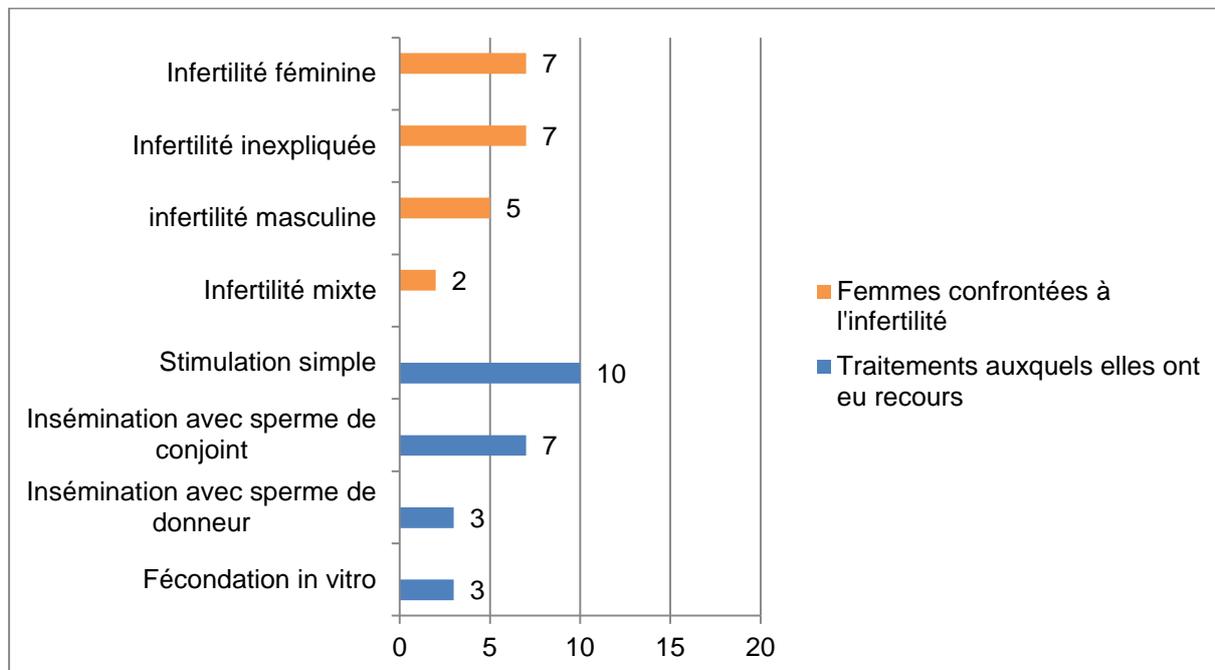


Figure 6 : Femmes confrontées à l'infertilité et à la médicalisation de leur désir d'enfant (n)

Sur ces 21 femmes, seulement 12 d'entre elles ont abouti à une grossesse, soit un peu plus de la moitié.

4.2 Avis en faveur ou en défaveur de la congélation sociale des ovocytes

Nous avons réalisé une enquête de cohorte au sein de laquelle nous avons comparé les femmes en « faveur » de la congélation sociale des ovocytes par rapport aux femmes « défavorables » et aux femmes « ne se prononçant pas » sur la question.

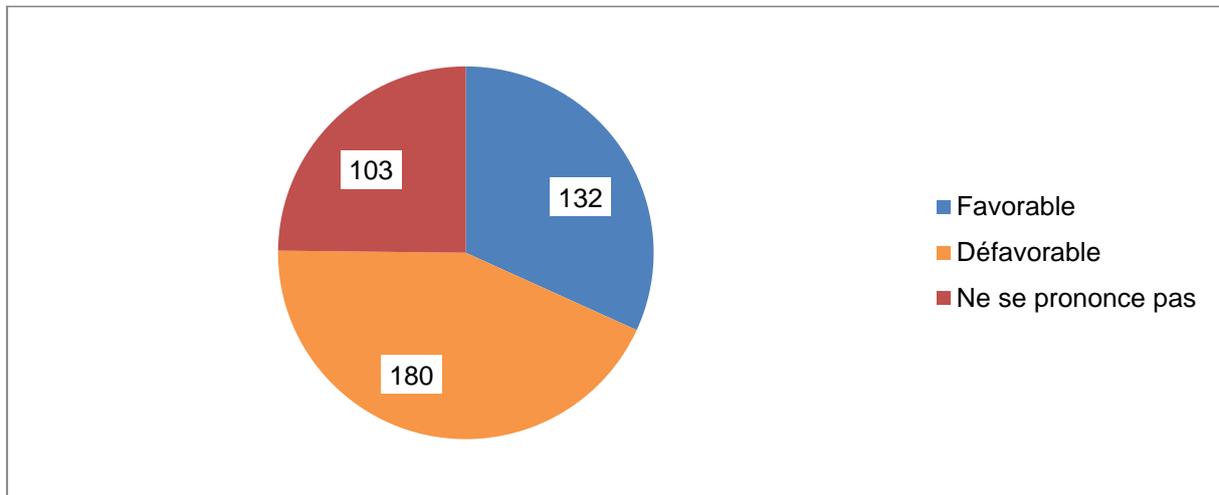


Figure 7 : Répartition des avis sur la congélation sociale des ovocytes (n)

D'une façon générale, 48 % des répondantes pensent que cette technique est un progrès. Mais à la question : « *D'une façon générale, êtes-vous favorable à cette possibilité de congeler ses ovocytes pour « épargner » sa fertilité ?* », 132 femmes (32 %) ont répondu « favorable » alors que 180 femmes (43 %) ont répondu « défavorable ». Un quart des répondantes, c'est-à-dire 103 femmes, ne se prononcent pas. Ce chiffre traduit probablement la difficulté de répondre à cette question. Un bon nombre des répondantes trouvent des arguments « pour » comme des arguments « contre » à cette technique et n'arrivent pas à trancher.

A la question fermée : « *Quels sont, selon vous, les arguments en faveur de cette technique ? (classez-les par ordre de priorité)* », les arguments ont été principalement cochés suivant cet ordre : 1) attente d'une stabilité affective, 2) attente d'une stabilité financière, 3) attente d'une stabilité matérielle.

Nous avons classé les principaux arguments donnés par les femmes répondant « oui » à la question : « *D'une façon générale, êtes-vous favorable à cette possibilité de congeler ses ovocytes pour « épargner » sa fertilité ? Pourquoi ?* »

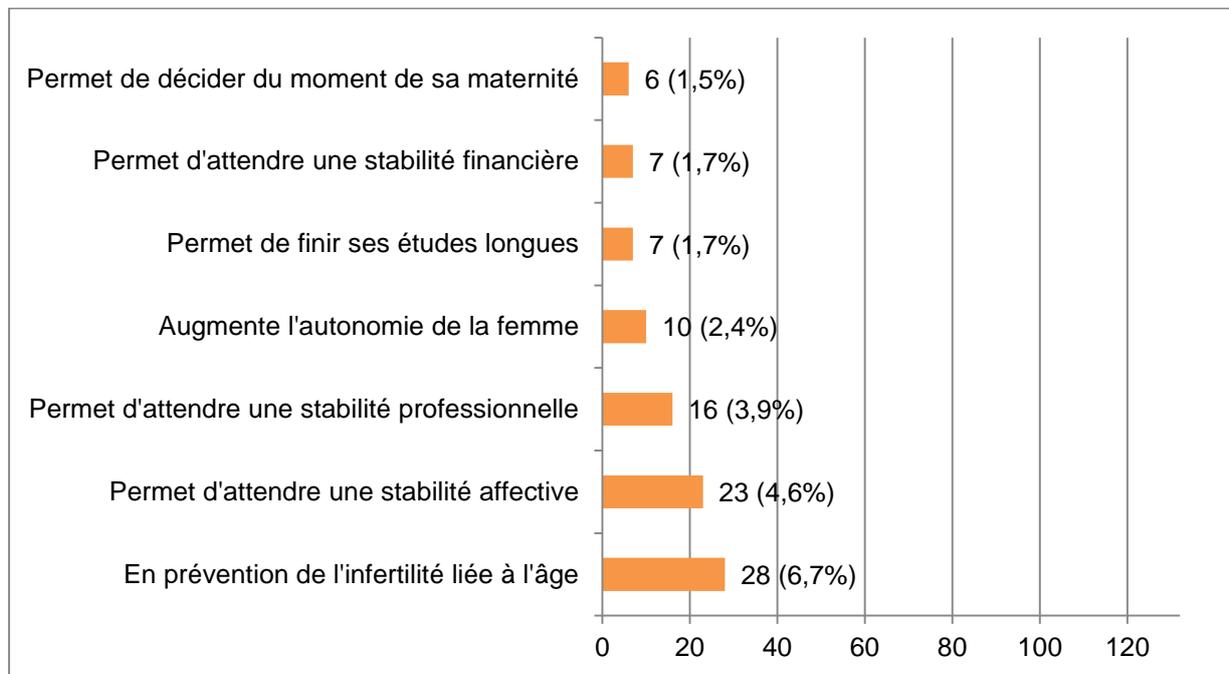


Figure 8 : Arguments des répondantes en « faveur » de la congélation sociale des ovocytes n(%)

A la question fermée : « *Quels sont, selon vous, les arguments contre cette technique ? (à classer par ordre de priorité)* », les arguments ont été principalement cochés suivant cet ordre : 1) risque de grossesses tardives, 2) risque de complications obstétricales, 3) risques liés au prélèvement des ovocytes, 4) coût d'une telle technique, 5) pas assez de recul au long terme sur le devenir des enfants.

Nous avons classé les principaux arguments donnés par les femmes répondants « non » ou « ne sait pas » à la question : « *D'une façon générale, êtes-vous favorable à cette possibilité de congeler ses ovocytes pour « épargner » sa fertilité ? Pourquoi ?* »

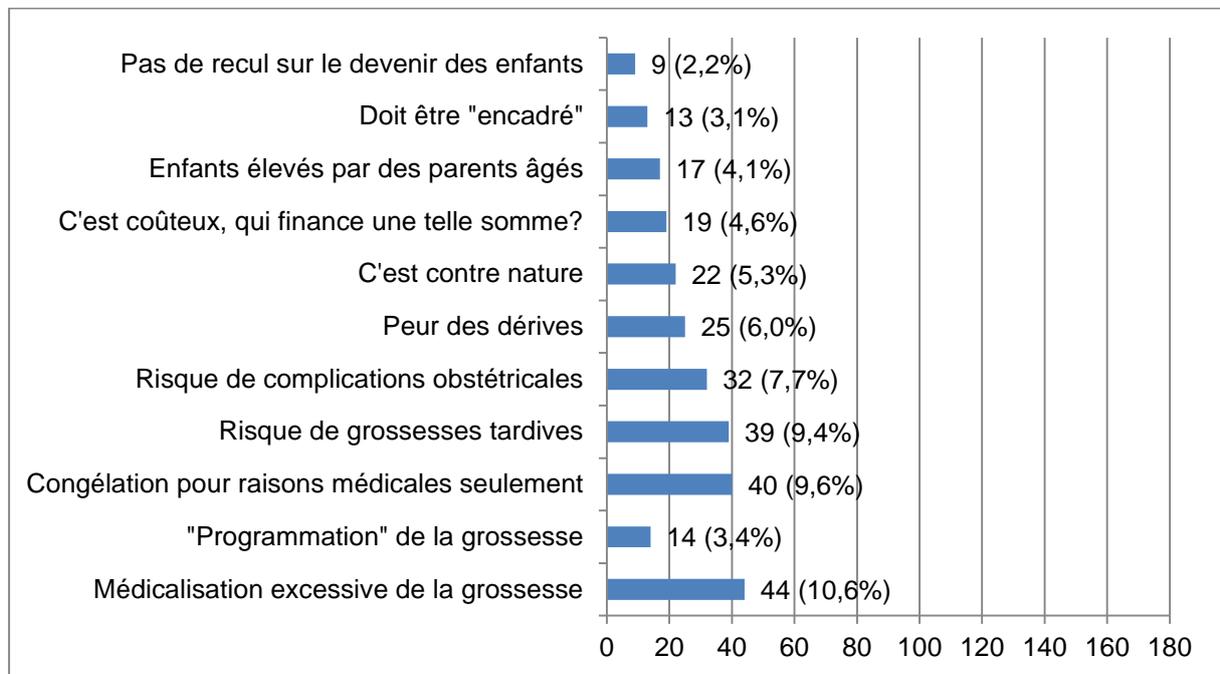


Figure 9 : Arguments des répondantes en « défaveur » de la congélation sociale des ovocytes n(%)

Par ailleurs, nous avons cherché l'âge limite que les femmes considéraient comme « raisonnable » pour la congélation et l'utilisation des ovocytes. En moyenne, elles ont répondu respectivement 32 et 40 ans.

Nous avons étudié ce que feraient les femmes de leurs ovocytes devenus inutiles, si elles les avaient congelés et qu'elles débutaient une grossesse spontanément.

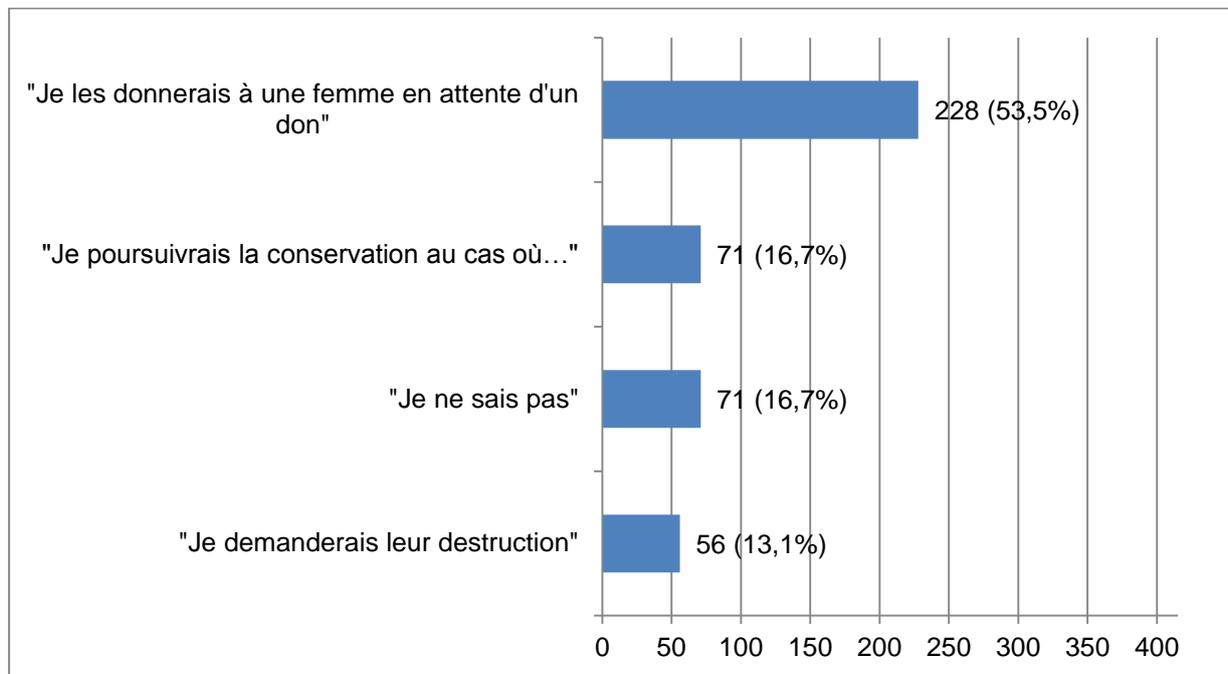


Figure 10 : Répartition du devenir des ovocytes dans l'éventualité où les répondantes auraient congelé leurs ovocytes n(%)

Nous avons ensuite comparé l'avis des répondantes en fonction de plusieurs facteurs.

4.3 Les facteurs liés à l'intérêt de la congélation sociale des ovocytes

4.3.1 L'analyse univariée : perception des femmes suivant plusieurs facteurs personnels, médicaux, familiaux.

Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse univariée des données du questionnaire.

Tableau 2 : Moyenne d'âge des femmes répondant au questionnaire et moyenne d'âge considéré comme « raisonnable » par les répondantes, pour la congélation et la réutilisation des ovocytes.

Valeurs quantitatives	FAVORABLES N=132	DEFAVORABLES N=180	NE SE PRONONCE PAS N=103	p
Age des répondantes	27,1 ± 9,7*	27,5 ± 8,8	25,7 ± 7,2	p=0,009
Age raisonnable de congélation des ovocytes	32 ± 5,4	31,8 ± 4,8	31,6 ± 4,5	p=0,17
Age raisonnable d'utilisation des ovocytes	41,1 ± 4,2	40,2 ± 3,3	39,8 ± 4,7	p=0,001

* : Moyenne ± écart type

p : seuil de significativité, il doit être inférieur à 0,05. Il compare les femmes qui « ne se prononcent pas » par rapport aux femmes « défavorables » et par rapport aux femmes « favorables ».

Nous trouvons une différence d'âge significative entre les femmes « favorables », les femmes « défavorables » et celles qui « ne se prononcent pas ». En effet, la moyenne d'âge des femmes qui « ne se prononcent pas », est inférieure à celles des femmes « défavorables » et des femmes « favorables ». Elles sont respectivement plus jeunes de 2 ans et 1 an et demi. Et, les femmes « favorables » à la congélation sociale des ovocytes sont plus jeunes que les femmes « défavorables ».

Par ailleurs, nous ne retrouvons pas de différence concernant l'âge de congélation considéré comme « raisonnable » par les femmes, il se trouve aux alentours de 32 ans. Néanmoins, nous trouvons une différence d'un an entre les femmes « favorables » à la technique qui autoriseraient une utilisation des ovocytes jusqu'à 41 ans par rapport aux femmes « défavorables ». La différence est de pratiquement un an et demi avec les femmes qui « ne se prononcent pas ».

Tableau 3 : Taux de femmes favorables à la congélation sociale des ovocytes : n(%)
en ligne

Valeurs qualitatives n(%)	FAVORABLES n=132	DEFAVORABLES n=180	NE SE PRONONCENT PAS n=103	p
<u>Age des femmes répondant au questionnaire</u>				
<29 ans (293)	93 (31,7)	124 (42,3)	76 (26,0)	p=0,26
30-39 ans (68)	18 (26,5)	33 (48,5)	17 (25,0)	
40-49 ns (31)	10 (32,3)	16 (51,6)	5 (16,1)	
>50 ans (13)	6 (46,2)	6 (46,2)	1 (7,6)	
<u>Profession des femmes répondantes</u>				
Obstétriciens (9)	3 (33,3)	5 (55,6)	1 (11,1)	p=0,13
Sages-Femmes (57)	14 (24,6)	33 (57,9)	10 (17,5)	
Puéricultrices (22)	6 (27,3)	12 (54,5)	4 (18,2)	
Infirmières (27)	9 (33,3)	14 (51,9)	4 (14,8)	
Aides-Soignantes (24)	11 (45,8)	4 (16,7)	9 (37,5)	
Etudiantes Sages-Femmes (239)	75 (31,4)	98 (41,0)	66 (27,6)	
Etudiantes en médecine (21)	9 (42,9)	9 (42,9)	3 (14,2)	
Autres (16)	5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,4)	
<u>Questions posées :</u>				
<u>Etes-vous mère de famille ?</u>				
Oui (107)	31 (29,0)	53 (49,5)	23 (21,5)	p=0,32
Non (306)	101 (33,0)	126 (41,2)	76 (25,8)	
<u>Avez-vous aujourd'hui un désir d'enfant ?</u>				
Oui (107)	35 (32,7)	41 (38,3)	31 (29,0)	p=0,49
Non (293)	94 (32,1)	130 (44,4)	69 (23,5)	
Ne sait pas (13)	3 (23,1)	8 (61,5)	2 (15,4)	
<u>Etes-vous ou avez été confronté à l'infertilité ?</u>				
Oui (21)	7 (33,3)	12 (57,1)	2 (9,6)	p=0,22
Non (392)	124 (31,6)	168 (42,9)	100 (25,5)	
<u>Avez-vous eu recours à l'AMP ?</u>				
Oui (22)	8 (36,4)	11 (50,0)	3 (13,6)	p=0,38
Non (383)	120 (31,3)	165 (43,1)	98 (25,6)	
<u>Avez-vous des antécédents d'IVG ?</u>				
Oui (6)	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	p=0,28
Non (409)	130 (31,8)	179 (43,8)	100 (24,4)	
<u>Quelle est votre situation familiale ?</u>				
Couple (7)	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	p=0,98
Couple homme (278)	85 (30,6)	123 (44,2)	70 (25,2)	
Couple femme (3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
Célibataire (124)	42 (33,9)	52 (41,9)	30 (24,2)	
<u>Que feriez-vous de vos ovocytes devenus inutiles, que vous auriez congelés ?</u>				
Don (228)	79 (34,6)	94 (41,2)	55 (24,2)	p=0,38
Destruction (56)	15 (26,8)	27 (48,2)	14 (25,0)	p=0,65
Conservation (71)	32 (45,1)	20 (28,2)	19 (26,7)	p=0,01
Ne sait pas (71)	15 (21,1)	40 (56,3)	16 (22,6)	p=0,04

Ce tableau montre que les femmes « favorables » semblent avoir plus de 50 ans. Les femmes « défavorables » semblent avoir la quarantaine et les femmes qui « ne se prononcent pas » sont plus jeunes, elles ont la vingtaine.

Les soignantes qui paraissent (de manière non-significative) les plus « favorables » à la technique, sont les aides-soignantes, sachant qu'elles « ne se prononcent pas » à 37,5%. En comparaison, la population qui est le plus « défavorable » à la technique de congélation des ovocytes est celle des sages-femmes à 57,9 % (donnée non-significative). Les étudiantes en médecine questionnées sont au nombre de 9 « favorables » et 9 « défavorables ». C'est la seule population qui se répartit ainsi, de manière équitable. La population de gynécologues-obstétriciens est celle qui a le plus petit effectif de femmes qui « ne se prononcent pas ».

Ce sont également plutôt les femmes n'ayant pas d'enfant mais un désir d'enfant qui sont « favorables » par rapport aux autres (de manière non-significative). Les femmes ayant vécu un parcours d'AMP ou un antécédent d'IVG semblent plus « favorables » (non-significatif). Les femmes célibataires semblent (de manière non-significative) les plus « favorables » que les femmes en couple. Cependant, on remarque qu'il y a plus de femmes « défavorables » suivant ces cinq critères.

Par ailleurs, en cas de grossesse spontanée, nous avons cherché ce que feraient les femmes de leurs ovocytes devenus inutiles. Les femmes qui auraient poursuivi la conservation « au cas où... » sont significativement plus « favorables » à la congélation sociale des ovocytes que les femmes « défavorables » ou « qui ne se prononcent pas ». Et, les femmes ne sachant pas ce qu'elles feraient de leurs ovocytes congelés si elles en n'avaient pas l'utilité, sont significativement plus « défavorables » à la congélation sociale des ovocytes que les femmes « favorables » et celles qui « ne se prononcent pas ». Nous ne trouvons pas d'autre différence significative concernant le devenir des ovocytes inutiles, mais la majorité des femmes, c'est-à-dire 228 femmes, feraient don de leurs ovocytes devenus inutiles.

Pour finir nous avons détaillé promotion par promotion l'avis des étudiantes sages-femmes.

Tableau 4 : Proportion des étudiantes sages-femmes ayant répondu au questionnaire par promotion n(%)

Valeurs qualitatives	FAVORABLES N=75	DEFAVORABLES N=98	NE SE PRONONCE PAS N=66	p
1 ^{ère} année d'école	22 (36,0)	25 (41,0)	14 (23,0)	p=0,12
2 ^{ème} année d'école	21 (38,9)	14 (25,9)	19 (35,2)	
3 ^{ème} année d'école	19 (30,6)	26 (41,9)	17 (27,5)	
4 ^{ème} année d'école	13 (21,7)	31 (57,7)	16 (26,6)	

Il semblerait que plus les étudiantes se rapprochent de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, moins elles soient « favorables » à la congélation sociale des ovocytes. En effet la promotion qui paraît le plus « favorable » à la congélation sociale des ovocytes est la deuxième année d'école avec un pourcentage de 38,9 %. Et la promotion qui semble le plus « défavorable » est la dernière année d'école avec un pourcentage de 57,7 % (différence non-significative).

4.3.2 L'analyse multivariée

Il existe un lien entre l'âge, la profession, la situation, et les antécédents des femmes. C'est pourquoi, une analyse multivariée régression logistique a été pratiquée sans intégrer les réponses aux questions suivantes : « Cette technique vous semble-t-elle un progrès ? » et « Pensez-vous qu'en conservant ses propres ovocytes, une femme puisse éviter, le moment venu, d'être confrontée à l'infertilité ? » trop liées à la question en « faveur » ou non à la congélation sociale des ovocytes. En cas de grossesse spontanée, les femmes qui poursuivraient la conservation « au cas où... » de leurs ovocytes devenus inutiles, étaient « favorables » à la congélation sociale des ovocytes (p=0,047). Ceci rejoint ce que nous avons montré avec l'analyse univariée. En revanche, il n'y a plus de facteur de significativité, avec l'analyse multivariée, concernant les femmes « défavorables » qui ne savent pas ce qu'elles feraient de leurs ovocytes devenus inutiles (p=0,152). Les femmes de plus de 50 ans sont significativement plus « favorables » à la technique que les femmes plus jeunes (p=0,049).

En effet, la réponse à la question « D'une façon générale, êtes-vous favorable à cette possibilité de congeler ses ovocytes pour « épargner » sa fertilité ? » est très difficile. Avec l'analyse multivariée nous constatons qu'il y a beaucoup de paramètres

qui entrent en jeu. Pour nous éclairer un peu plus sur les écarts entre les répondantes, nous avons mis en place des entretiens semi-directifs.

4.3.3 Les entretiens semi-directifs

Suite à ces résultats et pour enrichir notre étude, nous avons cherché à savoir pourquoi les aides-soignantes semblaient être les plus « favorables » à la congélation sociale des ovocytes alors que les sages-femmes paraissaient les plus « défavorables ». De plus, nous avons remarqué que plus les étudiantes étaient proches d'obtenir leur diplôme d'Etat de sage-femme, moins elles étaient « favorables » à cette technique. Ainsi nous avons émis l'hypothèse que plus la femme était diplômée, plus elle était contre cette technique. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons mis en place des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes. Ces entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat. Ainsi, nous avons interrogé deux aides-soignantes et deux sages-femmes. Ces entretiens ont été enregistrés puis anonymement retranscrits le plus fidèlement possible à partir des propos des femmes.

A partir de là, nous avons pu mesurer l'occurrence de certains termes (positifs ou négatifs) dans chacun des entretiens.

Lors du premier entretien (annexe 2), nous avons interviewé Agathe, aide-soignante de 50 ans, et qui n'avait préalablement pas répondu au questionnaire écrit. Nous nous sommes entretenues sur son lieu de travail. L'entretien a duré une douzaine de minutes. L'analyse de l'entretien a révélé quasiment autant de termes positifs que négatifs. Nous avons relevé 15 expressions ou mots positifs, allant dans le sens du progrès, contre 13 expressions ou mots négatifs. En effet, Agathe est plutôt « favorable » à la congélation sociale des ovocytes. Les caractères positifs que nous avons relevés sont les suivants: « *très intéressant* », « *chance* », « *bénéfices* », « *choses positives* », « *sens du progrès* », « *j'étais favorable* ». Et les termes négatifs employés par Agathe sont : « *désagréments* », « *caractère financier* », « *risques psychiques et psychologiques* », « *débordements* », « *déraisonné* », « *contre-nature* ».

Le second entretien (annexe 3), nous a permis d'interviewer Ariane, la seconde aide-soignante ayant une quarantaine d'années, et Louise, la première sage-femme ayant une cinquantaine d'années. Ces deux femmes n'ont pas répondu au questionnaire

écrit. L'entretien s'est également déroulé sur le lieu de travail des deux soignantes et a duré une trentaine de minutes. En ce qui concerne Ariane et Louise, l'analyse des occurrences a révélé bien plus d'expressions ou de mots négatifs que positifs. En effet, pour Ariane nous retrouvons le double d'expressions ou de mots négatifs que positifs, respectivement 154 contre 71. Ariane a beaucoup employé le mot « espèce de... » que nous avons ressenti comme une connotation négative. Les autres termes péjoratifs qu'elle avait utilisés étaient : « *acharnement* », « *exigence* », « *objet enfant* », « *débordement* », « *commercialisation* », « *eugénisme* », « *flippan* », « *ça m'effraie* », « *mélange de générations* », « *retour en arrière* », « *contre l'extinction de la race* ». Et les expressions ou mots positifs qu'Ariane a pu employer étaient : « *intéressant* », « *reconnaissance* », « *espèce de magie* » qui grâce au mot « *magie* » a plutôt une connotation positive, « *progrès de la science* », « *rêvent* », « *améliorer* », « *chance inouïe* », « *des choses très très belles* ».

De même pour Louise, nous avons relevé 65 expressions ou mots négatifs contre 29 expressions ou mots positifs. Les termes péjoratifs utilisés par Louise étaient : « *pas persuadée* », « *complètement galère* », « *c'est pas une grossesse à tous les coups* », « *pas une assurance* », « *faire croire aux femmes* », « *j'ai peur* », « *ça m'interpelle* », « *banque d'ovocytes* », « *commercialisation* », « *compliqué* », « *débordements* », « *repousser les limites de la vie* », « *on n'est plus dans le naturel* », « *un encadrement super sévère* », « *frustration* ». Et les expressions ou mots positifs étaient : « *je suis d'accord* », « *il ne faut pas être contre le progrès* », « *réflexion profonde* », « *on n'est pas contre non plus* », « *bénéficiaire* », « *essence de la vie* ».

Ariane et Louise sont réticentes à cette technique de congélation sociale des ovocytes.

Lors du dernier entretien (annexe 4), nous avons échangé avec Victoria, sage-femme de 40 ans, sur son lieu de travail également. L'entretien a duré un quart d'heure. L'évaluation de l'occurrence des termes négatifs ou positifs a permis de mettre en évidence 89 expressions ou mots négatifs contre 16 positifs. Victoria est complètement défavorable à la congélation sociale des ovocytes. Les termes négatifs que nous avons relevés sont les suivants : « *je ne suis pas pour du tout* », « *ce ne sont pas des chemins très faciles* », « *risque d'être une porte ouverte* », « *dérives* », « *pas naturel* », « *je n'adhère pas* », « *on n'est plus dans des âges raisonnables* », « *zéro avantage* », « *malgré ce que j'en pense* », « *tu subis des gestes* », « *utilisations frauduleuses* », « *contre nature* », « *pénaliser ton organisme* ».

Les expressions ou mots positifs employés par Victoria étaient : « *je trouve ça très bien* », « *je suis d'accord* », « *la loi leur laisse le droit* », « *c'est évident* », « *peut-être plus de don* », « *je comprends* », « *plus enclin* », « *ça me convient très bien la législation française* ».

Les listes que nous avons développées concernant les termes positifs et négatifs employés par les femmes ne sont pas exhaustives.

Les questionnaires écrits nous apportent une première approche quant à la perception des femmes étudiantes sages-femmes et des soignantes. Cependant, la question que soulève la congélation sociale des ovocytes est complexe et le questionnaire a sa limite. Les entretiens nous ont apporté une analyse complémentaire et une approche plus fine de la question. Cependant, pour répondre d'une manière encore plus précise à cette question de la congélation sociale des ovocytes, il faudrait mettre en place des entretiens semi-directifs interrogeant un plus grand nombre de femmes.

5 Discussion

Nous allons aborder, dans un premier temps les limites de l'étude. Dans un second temps, nous discuterons des résultats de l'analyse quantitative. Et pour finir, nous aborderons les enjeux éthiques de la congélation sociale des ovocytes en nous appuyant sur l'analyse qualitative.

5.1 Les limites de l'étude

Nous avons interrogé une population ciblée. Elle n'est donc pas le reflet de la population générale, son avis est influencé par sa connaissance en obstétrique et son expérience professionnelle. Certaines études montrent qu'il y a une demande de la part des femmes¹⁹. Alors que d'autres montrent que dans les pays où la technique est disponible, elle n'est pas utilisée à bon escient^{29, 30 et 31}. Une étude est en cours pour recueillir la perception des étudiants de l'université de Nantes, toutes filières confondues, hommes et femmes. Cette étude sera plus représentative de la population générale.

Nous en venons à une seconde limite de notre étude. En effet, nous avons interrogé seulement les femmes puisque ce sont les premières concernées. Pour sonder ce qu'en pensent les hommes, il faudrait un questionnaire différent. De plus, le questionnaire a ses propres limites, notamment les non-réponses sur certaines questions. Le nombre de non-réponses sur ces questions n'était pas important, de l'ordre d'une dizaine sur les 415 réponses. Mais cela interfère dans l'analyse des données. La réponse « ne sait pas » ou « ne se prononce pas » n'est également pas toujours facile à intégrer dans l'analyse des données. Néanmoins, c'est une réponse importante, montrant ainsi la difficulté à répondre « favorable » ou non à la congélation sociale des ovocytes. Par ailleurs, le fait de répondre sur un questionnaire papier pose une barrière entre l'investigateur et le sondé. En effet, malgré la présence d'espace prévu pour argumenter ou ajouter des témoignages sur le questionnaire, la personne interrogée ne peut développer son sentiment comme lors d'un entretien. C'est pourquoi les deux approches, questionnaires et entretiens, ont été complémentaires.

5.2 L'approche quantitative

Selon les résultats de l'analyse univariée, il semble que les femmes « défavorables » aient une moyenne d'âge plus élevée que les femmes « favorables » et que les femmes qui « ne se prononcent pas ». D'un autre côté, à travers l'analyse multivariée, nous constatons que les femmes les plus « favorables » à la congélation sociale des ovocytes sont âgées de plus de 50 ans. Ces résultats prouvent que l'âge n'est pas le seul facteur qui entre en jeu.

Au niveau professionnel, les aides-soignantes sont plutôt « favorables » à la congélation sociale des ovocytes. Et, il semble qu'elles soient les plus « favorables », sachant qu'elles sont aussi le plus grand groupe à répondre « ne se prononce pas ». Les étudiantes en médecine font parties du seul groupe ayant répondu autant « favorables » que « défavorables ». Tous les autres groupes, obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, infirmières et étudiantes sages-femmes sont plutôt « défavorables » à la congélation sociale des ovocytes. Parmi les gynécologues-obstétriciens, une seule personne ne s'est pas prononcée sur la question. Leurs avis sont donc plutôt tranchés concernant la congélation sociale des ovocytes. Les sages-femmes sont les moins « favorables ». Nous avons également retrouvé, chez les étudiantes sages-femmes, des avis de moins en moins « favorables » à mesure que les années d'études avancent. Nous pourrions émettre l'hypothèse que plus la femme a de connaissances en obstétrique et donc sur les risques de grossesses tardives, moins elle est « favorable » à cette préservation de la fertilité. Cependant, certains éléments infirment cette hypothèse, puisque les femmes de plus de 50 ans sont les plus « favorables » alors que ce sont celles qui ont le plus d'expérience professionnelle. De plus, les externes et internes en médecine sont autant « favorables » que « défavorables ».

Par ailleurs, il semble que les femmes mères de famille et ne désirant plus d'enfant soient plus « défavorables » à la congélation sociale des ovocytes que les autres. Ce qui paraît un argument cohérent, puisque la préservation de la fertilité concernerait plutôt les femmes sans enfant, avec un futur désir d'enfant. Les femmes ayant été confrontées à une médicalisation de leur grossesse paraissent plus « favorables » que les autres, même si dans certains témoignages écrits, ces femmes décrivent ce parcours comme difficile. Les femmes ayant un antécédent d'IVG sont les moins « défavorables » à la congélation sociale des ovocytes. En effet, ce sont des femmes qui se sont déjà retrouvées face à une décision difficile de poursuivre ou arrêter une

grossesse. Il est peut-être moins compliqué pour elles de se projeter dans une liberté procréative que des femmes qui ne se sont jamais retrouvées face à ce genre de décision. Par ailleurs, les femmes célibataires semblent plus « favorables » à la préservation de la fertilité que les femmes en couple. En effet, les femmes célibataires attendent peut-être une stabilité affective avant d'envisager un désir enfant.

Pour finir, nous avons montré que les femmes « favorables » à la congélation sociale des ovocytes, poursuivraient la conservation de leurs ovocytes devenus inutiles (significatif). La raison est peut-être qu'elles souhaitent être sûres d'avoir le nombre d'enfant désirés. Mais, la plupart des femmes sembleraient vouloir en faire don si elles ne les utilisaient pas. Ce pourrait être un bénéfice pour le don d'ovocytes en France, cela augmenterait peut-être le nombre de donneuses et diminuerait ainsi les délais pour les femmes en attente d'un don.

5.3 L'approche qualitative et les enjeux éthiques

Les entretiens semi-directifs, révèlent trois femmes « défavorables » et une « favorable » à la congélation sociale des ovocytes. C'est une approche plus fine de la question. Ces entretiens nous ont permis de remarquer que le vécu personnel et familial de ces femmes et les épreuves qu'elles ont surmontées dans la vie sont des éléments qui orientent leur point de vue et leur perception d'une préservation de la fertilité pour raison non-médicale.

Agathe est « favorable » à cette technique de congélation sociale des ovocytes à condition qu'il y ait un cadre législatif bien défini. A la fin de l'entretien, elle nous livre que son fils aîné, 26 ans, essaie d'avoir un enfant avec sa conjointe, 32 ans, depuis un an maintenant. *« Je ne perds pas espoir... j'espère que ce n'est pas perdu encore. Mais je me dis, cette technique, si elle avait existé en France aujourd'hui... peut-être que cela aurait été une solution pour eux ! ».*

Ariane est « défavorable » à cette technique, ces arguments sont centrés sur la place de l'enfant dans la société, les droits de l'enfant, « l'acharnement » pour avoir un « enfant parfait », un « enfant à tout prix ». Ses plus grosses craintes concernent les éventuelles dérives telles que l'eugénisme et la commercialisation des ovocytes non utilisés.

Louise est, elle aussi « défavorable » à cette technique. Ses plus grosses craintes semblent être les dérives et la peur de former des « *générations de frustrées* » en « promettant » une grossesse alors que la FIV n'est pas garantie de réussite à 100%. Cette femme nous confie que son frère et sa belle-sœur ont bénéficié d'un don d'ovocyte en Espagne, ils ont ainsi eu leur premier enfant. Puis il leur restait un embryon congelé, ils ont décidé de tenter une nouvelle grossesse qui fût un échec. *« On leur avait presque vendu un deuxième enfant en puissance et ça n'a pas fonctionné quoi... Donc ils se sont rassurés en se disant qu'ils avaient déjà réussi à avoir un bébé. Mais quelque part ma belle-sœur, elle commence,... tu vois il va avoir 4 ans le petit et elle commence juste à faire le deuil de cette deuxième grossesse,... elle commence juste à se séparer de son matériel de puériculture. Et quelque part je pense qu'il y a une frustration. »*

Et pour finir, Victoria, est également « défavorable » à la congélation des ovocytes. *« Alors personnellement, pour les femmes qui sont confrontées à des traitements de chimiothérapie ou à des traitements qui peuvent altérer la fertilité, je trouve ça très bien [...] Après quand on est fertiles et qu'on peut avoir des enfants, pouvoir congeler ses ovocytes pour avoir des enfants à 50 ans, je ne suis pas du tout pour ».* Ces principales craintes sont les grossesses tardives et leurs complications ainsi que les dérives éventuelles de cette technique. Elle nous confie que son fils de 11 ans a subi une chimiothérapie et qu'il était trop jeune pour qu'on lui propose une conservation de gamètes. Elle semble touchée par ce sujet mais se considère radicalement contre une congélation pour convenance personnelle.

Cette possibilité, de conservation des ovocytes pour préserver sa fertilité, pose un grand nombre de questionnements et il est difficile aujourd'hui de mesurer les conséquences d'une telle pratique sur la société. Nous allons évaluer les enjeux éthiques de cette technique à travers les différents principes de Beauchamp et Childress²⁴.

Les principes de Beauchamp et Childress sont des outils pris comme référence à chaque cas singulier pour définir une action moralement défendable. Il s'agit d'agir de manière à procurer des bénéfices au patient, de ne pas lui porter préjudice, de respecter son autonomie et d'être équitable envers cette personne.

5.3.1 Le principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance, se définit comme la contribution au bien-être d'autrui. Il comprend l'obligation de supprimer le mal en soulageant la souffrance et plus particulièrement la douleur. Mais c'est aussi promouvoir le bien en améliorant les handicaps ou en prolongeant la vie. Dans notre cas, c'est le fait de procurer des bienfaits au patient en trouvant la juste mesure entre les risques et les bénéfices d'une intervention médicale, et préserver la santé en favorisant la prévention des maladies.

La congélation sociale des ovocytes est-elle bienfaitrice ? Au premier abord, pourquoi ne le serait-elle pas en apportant une solution à un problème éventuel futur ? C'est une prévention. Si l'infertilité est une maladie, alors cette pratique est bienfaitrice puisqu'il s'agit de préserver la fertilité en prévention à l'infertilité. La médecine de la reproduction est généralement considérée comme un modèle médical qui contribue au bien-être d'autrui en apportant une solution à un mal-être. Certes, tous les traitements d'infertilité ne restaurent pas la fertilité naturelle, mais ils visent à permettre une conception. En congelant ses ovocytes avant l'âge de 35 ans, une femme peut doubler ses chances de grossesse à 40 ans³². Cependant, y a-t-il une juste mesure entre les bénéfices et les risques d'une telle pratique ?

Nous avons vu précédemment que les femmes faisaient de nos jours des études de plus en plus longues, cet argument est également cité par les femmes « favorables ». Les études longues, ainsi que la précarité du premier emploi, peuvent retarder un éventuel projet d'enfant. Les étudiantes sages-femmes font face à ces deux obstacles, particulièrement en se rapprochant de l'obtention du diplôme. Cependant, la promotion de dernière année d'étude semble la moins « favorable » à la congélation sociale des ovocytes. En effet, à la fin des études, les étudiantes sont davantage informées sur les risques obstétricaux et néonataux des grossesses tardives. Nous pouvons tout de même nuancer, une étudiante sage-femme est diplômée en moyenne à 24 ans. Même si elle attend une stabilité professionnelle ou affective, elle pourra encore être « jeune » au moment où elle sera « prête » pour la maternité.

Dans la plupart des sociétés modernes, il est difficile pour les femmes d'avoir des enfants au moment où leur fertilité est à son apogée. Dans un récent rapport de santé publique du conseil néerlandais, il est conclu que le report de la maternité est lié à des difficultés à concilier travail et garde d'enfant³³. Ce rapport observe

également que les jeunes femmes ne mesurent pas toujours l'importance du déclin de la fécondité. Elles reportent leur désir d'enfant alors qu'elles sont « jeunes » et potentiellement fertiles et s'attendent à être en mesure de concevoir dès qu'elles essaient. Et si cela ne fonctionne pas, elles pensent que la médecine pourra les aider³⁴. Dans un sens, elles n'ont pas tort, mais ce n'est pas une assurance. La médecine met en place tous les moyens nécessaires pour contourner une infertilité, mais ce n'est pas une certitude que cela fonctionne. En effet, contrairement aux idées reçues, l'AMP avec l'utilisation de ses propres ovocytes, plus ou moins âgés donc, ne permet pas de lutter contre cette chute de la fertilité. Toutes les techniques voient leur taux de succès diminuer dès 35 ans et devenir quasi nul après 43 ans¹⁸. Klipstein et ses collaborateurs ont démontré que le taux cumulatif de naissance, quel que soit le nombre de tentatives, n'est plus que de 1,6 % après 43 ans³⁵.

Dans le prolongement de l'évolution de la contraception, la congélation sociale des ovocytes permettrait de « choisir sa maternité » comme plusieurs de nos répondantes nous l'ont écrit. En effet, ce choix peut être bénéfique pour une femme qui attend simplement de trouver la bonne personne avec qui fonder sa famille, ou pour celle qui attend une stabilité financière suffisante pour assumer un ou plusieurs enfants. Néanmoins, jusqu'à quel âge peut-on laisser la femme décider du moment où elle sera « prête » ? Aujourd'hui les femmes ont déjà cette opportunité de participer à la maîtrise de leur procréation. En effet, la contraception permet à la femme de choisir de ne pas être enceinte, mais finalement elle permet aussi de choisir, quand elle l'arrête, d'être enceinte. La stérilisation permet à la femme de choisir de ne plus jamais être enceinte. Le droit à l'IVG, n'est peut-être pas à comparer avec les deux techniques précédentes, car le vécu psychologique peut être bien plus difficile. Mais cette dernière participe également à la liberté procréative de la femme. Avec toutes ces techniques déjà en place, les femmes peuvent choisir de ne pas être enceinte à tel ou tel moment de la vie. En ce sens, la congélation sociale ne serait que le prolongement de la liberté procréative de la femme. Mais nous pouvons l'expliquer d'une autre façon, le principal argument que nous retrouvons parmi les femmes « favorables » à la congélation sociale, c'est la prévention du déclin de la fertilité lié à l'âge. Nous ne pouvons ignorer le fait qu'un grand nombre de femmes est touché par cette chute de la fertilité. Le but n'est pas de médicaliser la grossesse dès le début. Mais dans l'éventualité où une femme se trouve confrontée à cette infertilité liée à l'âge, son stock d'ovocytes congelés lui permettra de diminuer les délais d'attente des FIV d'une part, étant donné que la

stimulation et la ponction ont déjà eu lieu quelques années auparavant. D'autre part, le fait d'utiliser ses propres ovocytes, lui permettra de transmettre son patrimoine génétique en faisant une FIV avec ses ovocytes « jeunes » décongelés et les spermatozoïdes de son conjoint. En effet, pour beaucoup de personnes la transmission des gènes, la ressemblance d'un enfant avec ses parents ou sa fratrie, a de l'importance.

Une autre conséquence de la congélation sociale des ovocytes est intéressante sur le plan sociétal. Les femmes ayant congelé leurs ovocytes n'auront peut-être finalement pas toutes besoin du stock ou d'une partie du stock d'ovocytes. Nous pouvons imaginer qu'il y aura alors un plus grand nombre d'ovocytes disponibles pour les femmes qui seront en attente d'un don²⁴. En effet, dans notre étude, la majorité des femmes a répondu, qu'en cas de grossesse spontanée, elles feraient don de leurs ovocytes devenus inutiles. De plus, une étude belge portant sur la congélation sociale des ovocytes, montrait que la majorité des femmes en âge de procréer feraient don de leurs ovocytes devenus inutiles³⁶.

Par ailleurs, nous savons qu'aujourd'hui les femmes n'ayant pas encore procréé peuvent donner leurs ovocytes. En contrepartie, il leur est proposé de conserver une partie de leurs gamètes ou de leurs tissus germinaux en vue de la réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une AMP. Cette disposition a été mise en place au cas où la donneuse n'ayant pas encore procréé présentait, suite à son don, une infertilité. Le décret d'application permettant de prendre en charge ces donneuses manque à ce jour, mais cette disposition ouvre clairement la voie à l'autoconservation des ovocytes^{18 et 37}.

Néanmoins, cette autorisation est déjà très critiquée. D'une part, il n'y a aucune justification médicale à proposer cette autoconservation d'ovocytes chez les donneuses. En effet, le fait de proposer une conservation d'une partie de ses ovocytes à la femme, pourrait faire germer l'idée que le don d'ovocytes puisse rendre infertile, or ça n'est pas le cas. De plus, cela peut être interprété comme une « indemnisation » cachée pour augmenter le nombre de donneuses en France. D'autre part, il est peut-être injuste que cette autorisation ne concerne seulement les femmes qui acceptent de donner une partie de leurs ovocytes (fédération des CECOS)⁵². Dans ce cas, le fait de donner ses ovocytes peut être une condition pour en conserver.

Dans le cadre de ce projet éventuel de congélation sociale des ovocytes, qui aboutira peut-être un jour en France, il serait intéressant d'interroger la pratique professionnelle. Ces étudiantes sages-femmes, futures sages-femmes, seront éventuellement amenées, à faire le suivi gynécologique de femmes ayant congelé leurs ovocytes. Et plus généralement, lors du suivi gynécologique des femmes, il sera toujours temps de les informer sur leur fertilité.

5.3.2 Le principe de non-malfaisance

Le principe de non-malfaisance fait également partie de l'éthique médicale d'Hippocrate, il signifie ne pas infliger un préjudice intentionnellement. « Primum non nocere » : d'abord ne pas nuire. Ce principe est l'obligation morale de maximiser les effets favorables et de minimiser les effets délétères d'un acte médical. A la différence du principe de bienfaisance qui est l'obligation morale de promouvoir le bien, la non-malfaisance est l'obligation de ne pas infliger le mal.

L'obtention de tissu ovarien ou d'ovocytes implique généralement des procédures qui, pour la femme concernée, ne sont pas dénuées de risques. Cette question soulève le fait de savoir si la préservation de la fertilité chez la femme en bonne santé peut-être conciliée avec le principe de non-malfaisance³⁴.

En effet, la médecine de la reproduction vise à contourner l'infertilité. Est-il légitime d'exposer une femme en bonne santé à des risques pour éviter une infertilité qui n'aura peut-être pas lieu ? Les risques d'hyperstimulation, thromboemboliques, ou les risques liés à l'anesthésie sont bien évidemment à prendre en compte. Doivent-ils s'opposer à une autoconservation pour préserver sa fertilité ? Avec la mise en place d'une technique comme la congélation sociale des ovocytes ne risque-t-on pas de provoquer l'inverse de ce qui était prévu initialement ? La deuxième sage-femme avec qui nous nous sommes entretenus, Victoria, nous avait confié, à propos de la congélation sociale des ovocytes : « *ils le verront comme une ouverture et une possibilité d'en faire plus tard... et ils n'en feront pas forcément au moment où ils peuvent et où il y a moins de risques* ». En ayant un stock d'ovocytes congelés, peut-être que certaines femmes prendront un peu plus leur temps pour débiter un projet d'enfant. Et peut-être que ces femmes feront leurs enfants plus tard et seront ainsi touchées par le déclin de la fertilité ? N'accentuerait-on pas le retard de la maternité ? N'est-on pas malfaisant en ce sens ?

Les risques potentiels de la stimulation et du prélèvement sont presque entièrement évitables³⁸. La première étape d'un prélèvement d'ovocytes est la stimulation des ovaires pour permettre à plusieurs follicules de mûrir en même temps. Cette étape peut parfois conduire à une réponse ovarienne excessive, on parle d'hyperstimulation ovarienne. Elle se produit dans 15 à 20 % de tous cycles de stimulation et sous forme grave dans 1 à 3 %³. Aucun transfert ne peut être réalisé lorsque la femme subit cette complication²⁹. La stimulation peut engendrer d'autres risques moins fréquents mais dont un qui vaut la peine d'être cité, le risque thromboembolique. En effet, la stimulation augmente les doses d'hormones en particulier l'estrogène qui est responsable de cet effet secondaire. Le prélèvement des ovocytes peut aussi conduire à des complications : hémorragie, infection, blessure d'autres organes, ou complications dues à l'anesthésie. Ces complications sont très faibles 1/1 000^{24 et 29}.

De plus, pour augmenter les chances d'aboutir à une grossesse par FIV avec les ovocytes décongelés de la femme et les spermatozoïdes de son conjoint, il faudrait plusieurs processus de prélèvement pour accumuler un stock suffisant d'ovocytes. Ceci engendre plusieurs cycles de stimulation et plusieurs ponctions, augmentant ainsi les risques. L'idéal est de ponctionner une vingtaine d'ovocytes, environ trois cycles de ponction sont alors nécessaires¹⁹. Entre chaque processus de stimulation, les ovaires doivent être laissés au repos quelques mois. Il faut alors du temps, environ un an, pour prévoir un nombre satisfaisant d'ovocytes.

La congélation sociale des ovocytes, ne serait-elle pas une pratique invasive faisant prendre des risques à une femme en bonne santé ? En effet, la femme subirait stimulation, anesthésie, ponction, pour peut-être ne jamais avoir à réutiliser ses ovocytes. Pouvons-nous nous permettre de faire prendre ces risques à des femmes demandeuses et informées ? La balance bénéfice-risque est à prendre en compte. Est-il plus facile pour le corps médical de faire prendre ces risques à une femme infertile plutôt qu'à une femme en bonne santé et potentiellement fertile au moment où elle souhaite congeler ses ovocytes ? Cependant, les médecins devraient-ils s'abstenir d'exposer une femme (y compris à la demande de celle-ci) à des risques non négligeables sans nécessité médicale claire ? Ceci va à l'encontre de certaines pratiques déjà en place et acceptées en France comme la chirurgie esthétique. La congélation a un but qui est différé puisque préventif mais dans l'intérêt de la femme.

Cependant, avec un stock d'ovocytes congelés « au cas où... » ne donne-t-on pas de faux espoirs aux femmes ? Bien entendu la congélation sociale, comme nous l'avons déjà vu auparavant, serait un moyen de préserver sa fertilité dans l'éventualité où, le moment venu, le déclin de la fertilité lié à l'âge empêcherait le couple de voir aboutir son projet d'enfant. Néanmoins, nous savons qu'à chaque tentative de FIV, les chances de grossesse sont loin des 100%. En effet, les techniques d'AMP ne permettent pas de faire mieux que dans la nature. A 25 ans, les chances de grossesse à chaque cycle sont de 25%, il en est de même en protocole de FIV. Le but de la congélation sociale des ovocytes ne serait donc pas de garantir une grossesse quand la femme ou le couple le souhaite, mais plutôt permettre de pallier une infertilité liée à l'âge si elle venait à se présenter au moment d'un désir de conception. La grossesse n'est jamais garantie quel que soit l'âge. L'information quant au déclin rapide de la fertilité est primordiale. Peut-être pourrait-on encourager les femmes, qu'elles aient congelé des ovocytes ou non, à débiter leur projet de grossesse le plus jeune possible. Cependant, il y a déjà eu de nombreuses campagnes (Agence de biomédecine, Collège national des gynécologues et obstétriciens français) pour essayer d'informer les femmes de la chute de la fertilité liée à l'âge, mais à ce jour, le message n'est pas passé auprès des femmes. Pourquoi n'y a-t-il pas de réception de la part des femmes ? Les jeunes femmes ne se sentent peut-être pas concernées. En effet, il est toujours plus difficile de se projeter dans un futur lointain. Il semble alors que le désir d'enfant de plus en plus tardif soit une réalité inéluctable¹⁸.

La première sage-femme que nous avons interrogée, Louise, nous avait confié ceci « *j'ai peur qu'on fasse des générations de femmes frustrées qui auront donné leurs ovocytes qui auront tout misé là-dessus en se disant 'chouette j'en ai congelés, je n'aurais pas mon horloge biologique parce qu'on pourra toujours m'aider'... et puis au moment T, ça ne marchera pas...* » N'est-on pas malfaisant en ce sens ? L'information aux femmes est primordiale. L'intention de départ, serait de leur permettre d'attendre quelques années supplémentaires, de trouver une stabilité professionnelle ou affective. Mais, peut-être que le fait d'avoir ses propres ovocytes « jeunes » congelés « au cas où... », entraînerait le report encore plus tardif de la maternité. Et si cela ne fonctionne pas, ces femmes s'en voudront-elles d'avoir trop attendu ? Faut-il penser que les femmes repousseront encore et encore ce projet d'enfant ? Et si cela ne fonctionne pas, elles auront d'une façon, tout mis en œuvre pour voir leur projet d'enfant se réaliser.

De plus, les succès de grossesse après conservation, dépendent du nombre d'ovocytes congelés et de leur âge biologique au moment de la ponction. En Espagne, en Belgique et en Suisse, malheureusement les femmes qui prennent la décision de congeler leurs ovocytes ont déjà en moyenne 37-38 ans, ceci minimise finalement les chances de réussite^{29, 30 et 31}. Afin d'éviter de susciter de faux espoirs, les professionnels de santé devraient avertir les femmes que les meilleures chances d'avoir un enfant sont par reproduction spontanée et ce à un âge relativement précoce. L'information serait primordiale concernant les risques, les conditions, le coût, les chances de réussite et le caractère encore expérimental de la technique.

Ne sommes-nous pas trop interventionnistes dans un processus naturel, cette médicalisation de la grossesse n'est-elle pas excessive ? Nous avons retrouvé dans nos résultats 10,6 % de femmes considérant cette technique de congélation sociale comme une médicalisation excessive d'un phénomène naturel. C'est l'argumentation en défaveur de la congélation sociale des ovocytes qui revenait le plus dans les questionnaires. Ariane parlait de « *contrarier le hasard et la contingence de l'acte sexuel* ». Il est vrai que le processus de FIV est une médicalisation de la fécondation. Cet acte de médicalisation de la grossesse enlève le charme du hasard. « *Ces deux cellules qui se sont rencontrées et ce jour si la porte avait claqué à cause d'un courant d'air, peut-être que ça n'aurait pas été ces deux cellules-là et du coup ça ne serait pas moi. Tu vois une espèce de magie comme ça dans l'apparition de l'être humain* ». Mais il y a toujours une place au hasard puisque la médicalisation d'une grossesse n'est pas l'assurance d'aboutir à une naissance vivante. Il y a une part non maîtrisable pour le médecin également. De plus, cette médicalisation n'aura lieu que si le couple fait face à des difficultés pour concevoir. Cette médicalisation existe déjà lorsqu'un couple se trouve face à une infertilité et se tourne vers l'AMP pour voir son projet d'enfant aboutir. La congélation n'est finalement qu'une chance supplémentaire de réussir à concevoir mais avec ses propres ovocytes « jeunes ». Cette technique ne médicalise pas plus la grossesse qu'un parcours d'AMP lorsqu'un couple se présente pour infertilité, puisqu'elle serait utilisée au même moment. Ce n'est que le prélèvement des ovocytes qui est anticipé et qui finalement apporte des bénéfices tels que le raccourcissement du délai de la FIV, la transmission des gènes de la femme à son futur enfant, et de meilleures chances de grossesse puisque les ovocytes sont « jeunes ».

Cependant, avec cette technique d'autoconservation, ne favorise-t-on pas les grossesses tardives, ainsi que les complications obstétricales ?

Nous retrouvons dans nos résultats, en troisième position, le risque des grossesses tardives à 9,6 %. Victoria, témoignait : « *On sait l'implication de l'âge sur l'évolution des grossesses et des enfants. Je ne trouve pas ça naturel d'avoir des enfants à 50 ans* ». « *Pour avoir travaillé en grossesses pathologiques, où on a eu beaucoup de grossesses tardives à 50-53 ans et ça finit généralement pas forcément très bien et puis non je suis contre ça.* » Elle ajoute : « *les femmes ne prennent plus en compte leur maturité physique* ».

Juste après on retrouvait le risque de complications obstétricales dans 7,7 % des réponses. En effet, les complications augmentent avec l'âge. Selon une étude de l'équipe de Glasser, l'hypertension gravidique est retrouvée à 45 % chez les femmes de plus de 45 ans contre 6,4 % chez les femmes jeunes, la pré-éclampsie est retrouvée à 18,3 % contre 4 %, de plus la pré-éclampsie touche plus particulièrement les nullipares. Le diabète gestationnel à 42,7 % contre 6,1 %, la césarienne était retrouvée à 93,9 % contre 25 % chez les femmes jeunes³⁹. Par ailleurs, la dépression du post-partum est significativement plus élevée avec l'âge⁴⁰. Avec l'âge maternel, les complications fœtales augmentent aussi. En effet, toujours d'après l'étude de Glasser, la prématurité est de 33,8 % chez les femmes de plus de 45 ans contre 7 % chez les femmes plus jeunes, et le poids de naissance moyen est plus faible chez les femmes de plus de 50 ans. En revanche, il semble que les enfants de mère de 40 ans aient moins d'hospitalisation pour blessures involontaires, aient un meilleur développement du langage et moins de difficultés sociales et émotionnelles⁴¹. De plus, d'autres données de la littérature montrent que des parents âgés peuvent avoir des avantages tels que la maturité, la stabilité relationnelle, la stabilité financière⁴² à condition qu'ils s'assurent d'avoir la santé nécessaire jusqu'à ce que leurs enfant atteignent maturité et indépendance. Cet argument de « parents âgés » était revenu dans 4,1 % des réponses et concernait les femmes « défavorables » à la technique de congélation sociale des ovocytes.

Un autre risque à prendre en compte, est celui des grossesses multiples. En effet, les grossesses multiples augmentent les risques de morbidité et de mortalité par rapport aux grossesses uniques. Ce risque existe déjà dans les parcours de FIV actuel. C'est pourquoi aujourd'hui en France, les médecins ne transfèrent

généralement qu'un seul embryon. Cependant, dans d'autres pays d'Europe, deux ou trois embryons peuvent être transférés, pour « augmenter les chances de grossesse ». Mais cela augmente surtout les risques de grossesse multiple ainsi que les complications de grossesse. Aujourd'hui, les femmes allant dans les pays de l'Est pour avoir recours à un don d'ovocyte, reviennent en France pour faire suivre leur grossesse. Nous prenons en charge ces femmes. Si cette pratique était autorisée en France, peut-être pourrions-nous maîtriser un peu plus ce risque ?

Y a-t-il un risque que la pratique de congélation sociale des ovocytes dérive ? Faut-il un encadrement par la loi concernant le devenir des ovocytes non-utilisés ou les conditions d'utilisation de ces derniers ?

Ariane nous a confié que la congélation sociale « *est une solution mais c'est une forme d'eugénisme aussi* », « *Imagines, tu congèles tes ovocytes et puis ta fille est stérile, donc tu peux les donner à ta fille* », « *enfin tu vois un peu les conséq... enfin le mélange de générations que ça va faire ?* ». Si cette pratique était autorisée en France, il y aurait probablement une loi qui laisserait un choix préalablement défini quant au devenir des ovocytes devenus inutiles, pour éviter ce genre de dérives. La femme serait dûment informée des conditions et des risques comme nous l'avons vu juste avant. Et l'utilisation de ses ovocytes serait pour elle-même ou alors si elle n'en avait l'utilité, il lui serait permis de les donner anonymement, ou de les détruire. En effet, certaines femmes accordent de l'importance à leurs gamètes, leurs cellules et leurs gènes et ne souhaitent pas les donner. Victoria ne voyait pas les choses de la même façon. « *Je trouve déplorable en France c'est qu'effectivement tu ne puisses pas donner à des personnes, enfin à des proches. C'est vrai qu'au niveau éthique en France on ne peut pas le faire et je trouve ça dommage parce qu'il y aurait peut-être plus de don.* » Elle avait ajouté : « *j'imagine voilà, ta sœur, ta cousine a un problème, tu seras peut-être plus enclin à lui donner que voilà... que d'aller donner pour mettre dans une banque, tu sais pas à qui, tu sais pas quoi, surtout que tu subis des gestes pour eux et que t'es pas rémunérée et que tu peux avoir des conséquences donc je comprends que les gens ne le fassent pas.* » Les femmes sont-elles plus touchées par la souffrance de proches qui n'arrivent pas à voir leur désir d'enfant se réaliser ? Peut-être, sont-elles plus prêtes à subir un acte médical comportant des risques et sans rémunération pour un membre de sa famille ? Alors les femmes ne seraient-elles pas prêtes à subir cet acte médical pour elle-même ? Ariane avait ajouté avoir

peur de « *ce que l'humain est capable de faire après avec des choses qui à la base sont des compétences pour, euh... améliorer quelque chose de désagréable chez l'être humain. Et du coup, on va après le généraliser à quelque chose de commercial ou commercialisable ou en faire du business ou maintenir les gens dans une espèce de fantasme comme ça, de pouvoir créer 'l'enfant parfait' »*. « *C'est vrai qu'on peut paraître un peu idiot quand on a l'air contre le progrès en fait. Ce n'est pas trop ça qui m'effraie, c'est tout ce que ça peut engager si c'est mal réfléchi* ». Le but de cette technique n'est pas de créer une commercialisation de gamètes. Il faudrait un cadre de loi bien défini pour éviter ce genre de dérive.

Nous avons vu précédemment que les femmes interrogées et « favorables » à cette technique, avaient répondu qu'il serait « raisonnable » de réutiliser les ovocytes jusqu'à 41 ans. L'âge limite de remboursement de la FIV aujourd'hui en France est de 43 ans. L'ensemble des répondantes était unanime quant à l'âge limite de congélation, en moyenne 32 ans. Mais qui a la légitimité de décider l'âge limite « raisonnable » auquel congeler et réutiliser les ovocytes ? La femme puisque cela concerne sa santé ? Le médecin puisque c'est lui qui surveille les complications des grossesses ? Ou le législateur ?

Ariane explique : « *Freud il disait qu'il y avait 3 choses qui étaient impossibles à faire, c'était la politique, l'éducation et la psychanalyse. Ce sont des choses qui sont, euh... irréalisables, dans la perfection, dans la recherche de la perfection.* ». Mais nous ne sommes pas dans la recherche de la perfection, mais bien dans de la prévention. La prévention de certaines situations qui peuvent rendre des femmes inconsolables. Alors, acceptons-nous de prendre des risques ? Et les bénéfices apportés par cette pratique valent-ils le coup de prendre ces risques ?

5.3.3 Le principe du respect de l'autonomie

Le principe du respect de l'autonomie consiste à ce que l'acte de soin respecte la volonté du patient : la liberté de celui-ci est un droit naturel que la médecine se doit de respecter. Il convient de mettre en œuvre tous les moyens afin de donner au patient la possibilité de choisir l'option de prise en charge thérapeutique qu'il juge la meilleure en fonction de ses propres valeurs et de ses besoins.

La congélation sociale des ovocytes semblerait respecter le principe d'autonomie puisque c'est à la volonté de la femme que ce processus serait mis en place. C'est ensuite au médecin de respecter l'autonomie de la patiente. Il devrait alors lui apporter une information loyale et éclairée sur les risques éventuels de la technique, sur les incertitudes du succès, et sur le fait que c'est encore une technique expérimentale. De plus, il semblerait intéressant de donner les informations nécessaires à la femme, concernant sa fertilité et son déclin, à ce moment.

Le choix des femmes de retarder la maternité n'est pas toujours volontaire¹⁸. Comme nous l'avons vu auparavant, certains moments de la vie d'une femme font qu'elle n'est pas prête (financièrement, affectivement) à assumer un enfant alors que ses ovocytes sont « jeunes ». Et déjà, aujourd'hui des techniques permettent aux femmes de choisir de ne pas être enceinte à certains moments de la vie. Ariane, la seconde aide-soignante que nous avons interrogée, nous raconte : « *on fait parties de la génération de la contraception et de l'avortement où là, la femme a vraiment pris entre guillemets, possession de son corps [...] on fait vraiment un retour sur l'inverse* » Or, la congélation sociale des ovocytes pourrait être considérée comme le prolongement de ces progrès pour augmenter l'autonomie de la femme. Ces pratiques, plus ou moins faciles à vivre, permettent de contribuer à la liberté procréative de la femme.

Le respect de l'autonomie est donc un des principes de l'éthique médicale de Beauchamp et Childress mais faut-il veiller à ne pas tomber dans l'excès de ne prendre seulement la volonté de la patiente ou du couple en compte.

Ariane nous avait confié qu'« *aujourd'hui la demande frôle l'exigence* » « *répondre à un droit d'avoir des enfants à tout prix. Moi j'entends ça parfois comme une espèce d'exigence des parents d'avoir [...] leur objet enfant.* » « *or, avoir un enfant c'est pas un droit, enfin je veux dire, ça arrive quoi* ». Ariane soulève la question du « droit à l'enfant », est-ce un droit, que chaque femme peut revendiquer ? Jusqu'à quel point faut-il satisfaire les parents d'avoir un enfant sans que cela n'altère les droits de l'enfant ? En effet, l'enfant a lui aussi droit d'avoir des parents qui pourront l'éduquer et le prendre en charge jusqu'à son indépendance. Ariane argumente : « *Comme si l'enfant était un peu l'accessoire qui viendrait comment dire... consolider une identification 'je suis une femme, j'ai un enfant et ça renforce encore plus le fait que je sois une femme'* » « *on n'est pas en train de repartir en arrière en faisant croire aux femmes qu'elles ne seront jamais tout à fait femmes tant qu'elles ne seront pas*

mères ? [...] *le but ultime de la femme n'est pas de devenir mère* ». Y a-t-il le risque de voir l'enfant comme un objet de consommation ? Faut-il considérer la congélation sociale des ovocytes comme la « programmation » d'une grossesse ? Ou plutôt comme la médicalisation d'une grossesse, lorsque celle-ci n'est pas possible de façon spontanée, comme cela est le cas en parcours d'AMP classique ? Ce qui est programmé est peut-être plutôt l'anticipation de prélever les ovocytes avec la stimulation et donc la conservation dans le temps. Le moment où cette femme, ce couple, souhaitera un enfant n'est pas prévu au moment de la congélation des ovocytes. Cependant, Ariane ajoute : « *on maintient les parents dans cet espèce de fantasme qui serait d'avoir un, un enfant heu... comme un enfant rêve en fait, quoi, au moment où ils le rêvent* ». Certes, plus l'attente est longue et plus l'espoir augmente d'avoir un enfant, plus cet enfant peut être rêvé comme « l'enfant parfait ». Mais lorsque cet enfant arrive enfin, n'est-il pas aimé par ses parents alors que cette image d' « enfant parfait » se dissipe ? Jusqu'où faut-il donc laisser la femme ou le couple choisir sans que cela ne soit défavorable à l'enfant ? Le fait d'avoir des parents âgés peut-il perturber l'enfant ? Tout dépend de ce qu'on entend par « âgés ». Ce n'est probablement pas un argument recevable, encore faut-il qu'au moins un des parents soit en mesure d'éduquer, de prendre en charge et d'assumer l'enfant jusqu'à son indépendance. Néanmoins, il n'est pas particulièrement convaincant de soutenir qu'il est mieux de devenir mère célibataire à 35 ans plutôt que de partager la parentalité avec un partenaire à 40 ans ⁴³.

Et Ariane continue en disant : « *c'est intéressant [...] de voir la place de l'enfant comme elle a... tu vois comme elle a basculé entre plus d'enfant, supprimons les enfants indésirables et cet extrême désir d'enfant* ». Cette image est peut-être forte : « *supprimons les enfants indésirables* ». L'enfant a aussi le droit d'avoir des parents « prêts » pour l'accueillir, avec une stabilité financière, une stabilité affective. Cette image des deux extrêmes utilisée par Ariane est intéressante. En effet, auparavant les femmes ne contrôlaient pas leur maternité comme aujourd'hui, et se retrouvaient rapidement avec des enfants. Puis, la contraception est arrivée et s'est développée de façon à ce que les femmes maîtrisent, en partie, leur maternité. Et puis, le droit à l'IVG a permis aux femmes d'élargir leur liberté procréative. Ce n'était peut-être pas dans le but de supprimer des enfants, car c'est une étape qui peut être vécue de manière difficile psychologiquement par une femme. Ce droit serait plutôt de permettre de ne pas débuter une grossesse dans des conditions « inadéquates » pour accueillir un enfant. Aujourd'hui, nous nous trouvons face à des femmes qui

retardent leur projet d'enfant, faute de stabilité professionnelle, financière, affective. Ceci peut entraîner un désir d'enfant à 35 ans, alors que la fertilité est en déclin.

Les femmes ne seront peut-être pas égales face à la maîtrise de leur désir d'enfant. Certaines personnes pourront bien gérer le fait d'avoir congelé leurs ovocytes et d'avoir un enfant au moment de leur vie où elles étaient prêtes à l'accueillir. D'autres par contre pourront être perturbées par ces calculs et ne parviendront jamais à être simples dans leur projets trop cogités, trop maîtrisés.

Alors, le corps médical doit-il respecter le principe d'autonomie de la femme sans se préoccuper des autres principes d'éthique ? C'est ce que Ruwen Ogien⁵⁷ suggère avec l'éthique minimaliste où seul le principe du respect de l'autonomie est à prendre en compte. Si les femmes souhaitent congeler leurs ovocytes, pourquoi ne pas autoriser cette technique en dehors de l'indication médicale ? Cette question est compliquée puisqu'elle signifie qu'il est plus important de respecter l'autonomie de la femme plutôt que de se préoccuper des risques et des problèmes d'équité. L'information loyale des risques, des incertitudes et du caractère expérimental de la technique, est alors d'autant plus importante.

5.3.4 Le principe d'équité et de justice

Le principe de justice, c'est notamment l'obligation de répartir de manière équitable les ressources médicales, de même que les bienfaits et les risques d'une conduite médicale.

Le principe de justice englobe les enjeux économiques de la congélation sociale des ovocytes, ce que nous allons principalement développer dans cette partie.

Aspects réglementaires

Israël est l'un des premiers pays dans lesquels la congélation sociale des ovocytes a été réglementée. Le 15 décembre 2009, le Conseil national de bioéthique israélien publie les lignes directrices de la congélation des ovocytes pour une utilisation future. Ainsi, les femmes âgées de 30 à 41 ans qui souhaitent préserver leur fertilité sont autorisées à effectuer jusqu'à quatre cycles de stimulation et ponction. Elles

« récupèrent » ainsi une vingtaine d'ovocytes. Les coûts de cette technique sont généralement pris en charge par divers fonds de santé israéliens²⁹.

En Europe, les principaux organismes réglementaires, the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Task Force on Ethics and law, considèrent que la vitrification est encore expérimentale, et pour cette raison, réservée aux indications médicales¹⁹. Tant que des études seront en cours, ils ne recommandent pas la congélation des ovocytes pour des raisons non-médicales. Cependant, après ce premier avis en 2004, la Task Force on Ethics and Law de l'ESHRE, vient de rendre en 2012 un avis « favorable ». Ils considèrent que les arguments s'opposants à cette pratique ne sont plus convaincants. De plus, en Belgique et en Espagne, la congélation sociale des ovocytes est autorisée. Certaines femmes françaises se tournent déjà vers Barcelone pour aller préserver leurs ovocytes en attendant d'avoir trouvé une stabilité affective, professionnelle et financière^{30, 31 et 53}. Cependant, l'âge moyen des femmes qui décident de préserver leur fertilité en congelant leurs ovocytes est de 37-38 ans.

En France, le CNGOF a publié le 12 décembre 2012 un communiqué de presse ne s'opposant pas à la congélation ovocytaire sociétale, étant conscient des risques éventuels. Dans ce communiqué, le CNGOF propose qu'un groupe de travail étudie l'âge limite auquel il serait raisonnable d'induire une grossesse selon cette pratique⁵¹.

Aux Etats-Unis, 64 % des congélations d'ovocytes ont lieu dans le cadre de la préservation de la fertilité. Contrairement à Israël, les organismes de réglementation médicale en Europe et aux Etats-Unis estiment que la signature d'un formulaire de consentement éclairé permet aux femmes d'exercer leur autonomie reproductive. Cependant, une telle autonomie devrait être limitée par crainte de nuire à la femme et sa progéniture potentielle¹⁹.

Au Royaume-Uni, les cliniques, les écoles et les centres de planification familiale éduquent les femmes quant à leur fertilité et les incitent à ne pas reporter leur maternité trop loin dans le temps¹⁹.

Et récemment, aux Pays-Bas, the Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology and the Association for Clinical Embryology a publié un article intitulé « Vitrification of Oocyte ». Ils recommandent, à travers cet article, l'utilisation de la vitrification pour des raisons non-médicales, en considérant toujours cette technique comme expérimentale¹⁹.

En Suisse, l'interprétation de la loi est différente de celle de la France puisque la stimulation, le prélèvement et la congélation ne sont pas considérés comme partie intégrante de la FIV. Toute femme peut ainsi congeler ses ovocytes, et si elle en a besoin un jour c'est qu'une indication médicale est posée. Le bémol c'est que la congélation des ovocytes est autorisée pour un maximum de 5 ans. Cette durée n'est pas toujours suffisante²⁹. La procédure est très coûteuse et entièrement à la charge de la patiente, du couple.

Aspects budgétaires

En Suisse, le coût d'une seule stimulation avec prélèvement et conservation des ovocytes peut varier entre 3000 et 5300 francs suisses soit 2000 à 3533 euros²⁹. Mais comme nous l'avons déjà vu, plusieurs stimulations sont conseillées pour augmenter le stock d'ovocytes et ainsi les chances de grossesse. A cela, s'ajoutent chaque année les coûts de stockage soit l'équivalent de 200 euros. Et pour finir, il y a le coût de la décongélation et de la FIV avec le sperme du conjoint qui atteint l'équivalent de 1600 à 2300 euros, sachant que plusieurs cycles de décongélation et tentative de FIV peuvent être nécessaires²⁹.

En France, en cas d'infertilité, la sécurité sociale prend en charge à 100 % jusqu'à quatre cycles de FIV, c'est-à-dire se terminant par un transfert embryonnaire⁵⁰. Il y a certaines conditions à cette prise en charge totale : la femme doit être âgée de moins de 43 ans et cette prise en charge a une durée de deux ans, elle doit donc être renouvelée si le processus n'est pas terminé. En cas de la survenue d'une grossesse, les compteurs repartent à zéro. Les coûts pour la sécurité sociale pour un cycle complet de FIV sont de 4100 euros en moyenne. Ces coûts sont répartis de la façon suivante : 1300 euros environ pour le traitement de stimulation, environ 500 euros pour la surveillance hormonale et échographique. Et en ce qui concerne la partie biologique, en moyenne, la FIV classique coûte 430 euros et la FIV-ICSI coûte 750 euros. Enfin, l'hospitalisation pour la ponction et le transfert embryonnaire représentent environ 1700 euros.

Par exemple, le coût total pour une femme congelant ses ovocytes à 25 ans et voulant les réutiliser à 38 ans serait de 6000 à 8000 euros. Si nous multiplions ce montant par le nombre de patientes intéressées cela pourrait représenter une somme colossale. En comparaison, les dépenses moyennes par individu en France

sont de 2700 euros par an. Cependant, en répartissant sur 13 ans le montant d'une congélation pendant ce laps de temps, cela représente 460 à 615 euros par an. Or, c'est un remboursement chronique, comme dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD). Prendre en charge des patientes qui souhaitent congeler leurs ovocytes pendant plusieurs années, augmenterait ainsi le nombre des patients ALD. Pour permettre un remboursement chronique, comme celui-ci en France, il faudrait que les dépenses de santé diminuent dans un autre domaine. En effet, depuis 1996, les Objectifs Nationaux des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) sont à « enveloppe fermée »⁵⁸. La réforme Juppé a mis en place une régulation des dépenses de l'assurance maladie. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) est votée chaque année au parlement, elle fixe l'ONDAM. L'ONDAM permet de fixer une limite à la progression annuelle des dépenses de l'assurance maladie⁵⁸. Cependant, si effectivement un nombre satisfaisant de femmes congèlent leurs ovocytes tant qu'elles sont encore « jeunes », peut-être verrons-nous une diminution des prises en charge pour infertilité en AMP. En effet, peut-être y aura-t-il une diminution des procédures d'AMP pour infertilité liée à l'âge. De plus, en cas de grossesse spontanée, ces femmes feront peut-être don de leurs ovocytes devenus inutiles. Ce bénéfice secondaire d'augmenter alors le taux de donneuses en France permettra-t-il également une diminution des remboursements faits aux femmes allant à l'étranger bénéficier d'un don d'ovocytes, même si ce remboursement est minime comparé à ce qu'il reste à payer à la charge du couple ?

Cette technique est certes coûteuse et contraignante, pour autant, les femmes fertiles sans projet d'enfant immédiat ne se sentent pas forcément concernées par cette technique. Parfois, elles ne sont pas dans une optique de fonder une famille à cet âge-là et ne connaissent pas le réel déclin de la fertilité avec l'âge. Certes, il est plus facile de s'investir quand cela concerne le futur proche que lorsqu'il faut se projeter des années en avant.

En France, il n'existe pas de typologie unique pour définir dans quelles conditions un acte doit être remboursé ou non⁵⁸. Avec la congélation sociale des ovocytes, nous sortons de l'indication médicale pour préserver ses ovocytes puisque c'est par prévention. Le choix du type de remboursement serait politique. Il est très difficile de se projeter dans une technique comme celle-ci. Néanmoins, il y a deux façons d'expérimenter une innovation et de prédire son impact. D'une part, il s'agit d'envisager une étude d'impact budgétaire, c'est-à-dire proposer un projet avec une hypothèse : « cette diffusion d'innovation est-elle réalisable ? Que peut-il se

passer en la mettant en place en France ? ». Cependant, la congélation sociale des ovocytes n'est pas une innovation puisqu'elle existe déjà en Europe. L'innovation dont on parle serait plutôt l'autorisation de la congélation des ovocytes pour des raisons non-médicales. D'autre part, étant donné que cette technique est déjà pratiquée dans d'autres pays d'Europe, il serait intéressant de calculer le coût, et de se demander si ce coût est acceptable par rapport aux bénéfices apportés ?

Alors, qui doit payer ?

La difficulté est que la congélation sociale se divise en trois étapes. En effet, nous avons d'abord la stimulation ovarienne et la ponction d'ovocytes. Puis la deuxième étape est la cryoconservation des ovocytes dans le temps. Cette étape est donc variable d'une femme à l'autre. Enfin, la dernière étape est la décongélation, quelques années plus tard, et la fécondation in vitro de l'ovocyte qui a été cryoconservé. Au moment de la première étape, la femme est en bonne santé et peut, suivant le cours de sa vie, ne jamais avoir recours à ses ovocytes congelés. Si la troisième étape a lieu c'est que la femme est dans le besoin d'utiliser ses ovocytes cryoconservés pour une FIV. Elle (ou son conjoint) est donc probablement touchée par l'infertilité. Ce cas révèle une indication médicale de prise en charge en AMP. Dans le cas d'une infertilité masculine, on procédera alors directement à une FIV-ICSI avec les spermatozoïdes du conjoint.

Nous pouvons nous demander alors si la congélation sociale des ovocytes pourrait être candidate au remboursement de l'assurance maladie, totalement ou en partie ? Est-il acceptable de rembourser un acte médical, comportant des risques, fait à une femme en bonne santé et sans indication médicale claire ?

Plusieurs options s'offrent à nous quant au remboursement de la technique.

Nous pourrions émettre l'hypothèse d'un remboursement total de la congélation sociale des ovocytes, ce qui mettrait les femmes à faible revenu sur un pied d'égalité avec les femmes aisées. De plus, si les jeunes femmes n'ont pas la stabilité financière pour élever une famille, elles n'ont peut-être pas non plus les moyens de financer le coût d'une congélation sociale des ovocytes³⁰. L'hypothèse de remboursement total engendrait des restrictions concernant le nombre de cycles et l'âge de la femme. Si cette stratégie est mise en œuvre, l'exigence légale de certains pays d'un diagnostic d'infertilité avant la stimulation ovarienne ne doit plus être

obligatoirement maintenue. Cependant, les budgets de la santé sont tendus et cela pourrait être la principale objection à la couverture totale de la congélation sociale. Certains pays ont déjà du mal à s'adapter à la demande de la FIV. Si toutes les femmes ayant congelé leurs ovocytes, les utilisaient plus tard, il y aurait effectivement un avantage net si l'on considère les coûts par naissance vivante. En effet, le taux de naissance vivante sera plus élevé lorsque des ovocytes « jeunes » décongelés sont utilisés par rapport à des ovocytes plus âgés des femmes hypofertiles⁴⁴.

Van Loendersloot et ses collaborateurs ont montré que la couverture complète serait rentable à condition qu'au moins 61 % des femmes utilisent leurs ovocytes congelés en FIV ultérieurement ou fassent don de leurs ovocytes lorsqu'elles n'en ont finalement pas besoin⁴⁵.

Un facteur clé pour avoir un rapport coût-efficacité rentable est d'attirer les femmes susceptibles de revenir pour un traitement de FIV avec leurs ovocytes cryoconservés, à un moment où elles sont encore fertiles. Ceci permettrait d'aboutir à des bon taux de chance de grossesse. Selon Mertes et Pennings, les femmes qui demandent à cryoconserver leurs ovocytes avant 30 ans sont les plus susceptibles de les réutiliser avant la quarantaine⁴⁶. Au sein de nos questionnaires, nous avons demandé aux femmes quel âge limite leur semblait « raisonnable » pour congeler leurs ovocytes puis pour les réutiliser. Elles avaient répondu en majorité 32 ans comme âge limite de congélation des ovocytes, et 40 ans comme âge limite de réutilisation pour les femmes « défavorables » à la technique et 41 ans pour celles qui étaient « favorables ». En Israël, les femmes ont la possibilité de transférer leurs embryons jusqu'à l'âge de 54 ans. Mertes et Pennings avaient émis l'hypothèse d'un remboursement total de la congélation sociale des ovocytes des femmes « jeunes » c'est-à-dire avant 36 ans. Cela permettrait aux femmes d'utiliser la congélation sociale des ovocytes à bon escient, en les incitant à conserver leurs ovocytes tôt. Elles auraient alors le bénéfice des ovocytes « jeunes » en les utilisant quelques années plus tard. Mais actuellement dans les pays où cette technique est utilisée, les femmes qui souhaitent congeler leurs ovocytes se présentent trop tard, vers 37-38 ans^{31 et 46}. Les femmes ayant ainsi recours à la congélation sociale des ovocytes mais dont ces derniers ont déjà débuté leur déclin de vieillissement, doivent être loyalement informées sur leur taux de réussite⁴⁶. Cependant, l'âge « limite » raisonnable est discutable. Qui a la légitimité pour décider de cet âge limite, la

femme ou le couple qui désire tant cet enfant, le médecin qui limite les grossesses tardives et leurs complications ou le législateur ?

Une seconde objection à la couverture totale serait probablement que l'augmentation du nombre de femmes ayant recours à la congélation sociale des ovocytes entraînerait une augmentation du nombre de femmes reportant leur maternité⁴³.

Une autre option de remboursement est possible : la couverture par l'assurance maladie de la dernière étape de la procédure. La première étape de stimulation et ponction et la deuxième étape de conservation, serait à la charge de la patiente au motif de préserver sa fertilité, donc sans nécessité médicale. Si nous reprenons notre schéma, ceci représenterait pour la femme qui conserve ses ovocytes 13 ans, entre 4500 et 5000 euros. Ensuite, quand la patiente revient pour réutiliser ses ovocytes, l'indication médicale est posée. Elle peut ainsi avoir recours à l'étape de FIV au même titre que les autres femmes qui consultent pour infertilité liée à l'âge. Cette dernière ne nécessiterait pas de stimulation ovarienne et son délai de transfert de l'embryon serait alors diminué⁴³. Cette option est susceptible d'être la meilleure cependant, elle a ses limites. En effet, la femme qui a été la plus prévoyante paie la première étape pour peut-être ne jamais avoir besoin de ces ovocytes. Alors que la femme, qui n'a pas congelé ses ovocytes, peut avoir besoin d'une FIV par exemple ou d'un don d'ovocytes, et pour elle, la première étape sera remboursée car il y aura une indication médicale. Il y a quelque part une inégalité. Peut-être que cela creuserait l'écart des inégalités, et seulement les femmes ayant les moyens préserveront leur fertilité.

Une autre option serait le remboursement à retardement (cash-back). En effet, la dernière option pourrait être corrigée en offrant un remboursement de la première étape a posteriori, lorsque la femme a terminé la procédure et a ainsi eu recours à la décongélation et la FIV avec les ovocytes conservés⁴³. Dans ce cas de figure, le stockage et la conservation pendant plusieurs années restent à la charge de la patiente. Néanmoins, c'est aussi discutable, dans le sens où la femme qui a congelé ses ovocytes pour préserver sa fertilité n'en aura peut-être pas besoin. Cette femme se retrouve alors avec le coût de la stimulation, de la ponction et de la cryoconservation à sa charge pour finalement donner ou détruire ses ovocytes ? Ce

remboursement tardif peut-être discuté également dans le sens où la femme reçoit quelques milliers d'euros d'un coup quelques années plus tard. Ceci pourrait être vécu comme un « bonus » financier considérable. Certaines femmes pourraient alors se tourner directement vers la FIV avec leurs ovocytes congelés sans essayer une conception naturelle avant, dans le but de récupérer cet argent ou de ne pas le perdre⁴³. Quel que soit le point de vue, ce remboursement incite à utiliser ses ovocytes congelés systématiquement pour ne pas perdre d'argent et donc provoque la médicalisation excessive de la grossesse comme nous l'avons vu précédemment. Le but de congeler ces ovocytes n'est pas de médicaliser et de programmer sa grossesse ni de faire du profit. C'est tout simplement être prévoyant en vue d'une maternité future, qui n'est d'ailleurs peut-être pas possible au moment de la congélation faute de partenaire ou de stabilité.

La dernière stratégie de remboursement possible, serait le remboursement en nature c'est-à-dire en cycle de transfert supplémentaire. En effet, le coût de la décongélation des ovocytes, de la fécondation avec le sperme du conjoint et du transfert de l'embryon est nettement inférieur au coût du cycle de FIV complet. Un certain nombre de tentatives peuvent donc être offertes à la femme ayant congelé ses ovocytes⁴³. Les objections sont les mêmes que le modèle précédent, il y a toujours une partie qui reste à payer par la patiente qui n'aura peut-être jamais besoin de ses ovocytes. Elle perdra ainsi de l'argent en voulant préserver sa fertilité.

Il évidemment difficile de savoir aujourd'hui, ce qui pourrait être le « mieux » économiquement et le plus juste pour les femmes, tout en sachant qu'il faut que cela reste réalisable.

Pour finir, il serait intéressant de connaître la demande, car pour qu'une technique comme celle-ci fonctionne, il faut que les femmes soient demandeuses. En Israël, cette pratique a été mise en place suite à une demande croissante de la part des femmes selon le ministère de la santé israélien¹⁹. En Belgique, les femmes semblent demandeuses également d'après l'étude de Nekkebroeck et Stoop³¹. Cependant, la maternité recule et les femmes ne semblent pas informées du réel déclin de la fertilité avec l'âge. Alors sont-elles réellement demandeuses ? En Europe, les femmes ne congèlent leurs ovocytes que vers 37-38 ans, perdant ainsi tout le bénéfice de la congélation. Si cette technique était mise en place en France serait-elle utilisée à bon escient ? Ou peut-être que l'offre créera la demande ?

Une autre question d'égalité se pose, ou plutôt d'inégalité. C'est l'inégalité biologique entre les hommes et les femmes.

Dans la littérature, nous retrouvons la question de l'égalité entre les hommes et les femmes sur le plan de la reproduction. Il existe bien évidemment une « inégalité biologique » entre l'homme et la femme. En effet, les hommes peuvent procréer bien plus tard que les femmes. Ces dernières sont limitées par l'âge de la ménopause et le déclin de la fertilité qui arrive plus tôt que chez les hommes. Cette inégalité est accentuée par le fait que les hommes ont le droit de congeler leurs spermatozoïdes bien plus facilement que les femmes et ce, pour des raisons qui ne sont pas toutes strictement médicales. En effet, l'homme peut congeler ses spermatozoïdes pour préserver sa fertilité lorsque son travail est toxique pour la production de ses spermatozoïdes (produits toxiques, chaleur, etc)³⁴. Lorsqu'un homme a recours à une vasectomie, cette possibilité de congeler son sperme lui est systématiquement proposée pour atténuer l'irréversibilité de la pratique³⁴. En processus de FIV, l'homme a également la possibilité de congeler des « paillettes secours », s'il craint de ne pas être présent le jour de la ponction ou en cas de « panne ». De même, pour une infertilité masculine sévère, il est désormais de bonne pratique de proposer une autoconservation au cas où il se produirait une dégradation spermatique supplémentaire liée à l'âge. Ces propositions d'autoconservation masculine « au cas où » sont entrées dans nos mœurs et nul n'y retrouve à redire. Côté masculin, l'autoconservation de quasi-convenance, s'est donc progressivement installée¹⁸. Si ces raisons sont acceptables pour préserver la fertilité des hommes, pourquoi devrait-on demander aux femmes de faire un choix entre leur carrière et leurs enfants ?³⁴ Pourquoi ne pas accéder à cette demande de femmes désireuses d'enfants mais n'ayant pas trouvé le partenaire idéal, ou attendant une stabilité professionnelle avant de débiter ce projet ?

Cependant, les conditions de recueil des spermatozoïdes et des ovocytes sont bien évidemment différentes. Le recueil du sperme n'engendre pas les risques encourus lors d'une stimulation et une ponction d'ovocytes. Il y a, certes, cette inégalité face à la congélation des gamètes qui provient d'une différence entre les hommes et les femmes. Généralement, pour l'homme l'éjaculation permet de recueillir le sperme, hormis les cas d'hypospermie ou d'azoospermie obstructive, où le prélèvement chirurgical peut être une solution. Alors que pour prélever les ovocytes, la femme doit

subir une sur stimulation des ovaires par les hormones artificielles et une anesthésie, générale ou locale avec un geste endovaginal pour la ponction.

L'autonomie de la reproduction : la liberté de décider quand et avec qui faire un enfant est considérée comme une valeur importante dans la société actuelle. Le droit de fonder une famille est explicitement protégé dans la convention européenne des droits de l'Homme. En revanche, l'opportunité de pouvoir exercer ce droit est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Comme il a été suggéré dans un argument féministe en faveur de la conservation, cela pourrait être une sorte d'atténuation de l'inégalité des sexes³⁴.

L'argument « d'équité biologique » n'est pas seulement de pouvoir fonder une famille et d'avoir un enfant, mais aussi devenir mère biologique de son enfant. C'est un thème qui revient dans de nombreux débats à propos de l'assistance médicale à la procréation. L'adoption et le recours au don de gamètes permettent d'accéder à la parentalité certes, mais pas à la transmission des gènes³⁴. Pour beaucoup de personnes, la transmission génétique, est importante. Les couples touchés par l'hypofertilité masculine sévère avaient d'abord recours à l'insémination artificielle avec donneur, puis le développement de la FIV-ICSI a permis à ces couples la transmission des gènes paternels. Cette technique est plus largement utilisée aujourd'hui dans ce contexte bien qu'elle soit plus coûteuse³⁴.

6 Conclusion

La congélation sociale des ovocytes fait toujours débat. Parmi les professionnels français, certains reconnaissent les aspects bénéfiques possibles alors que d'autres considèrent l'autorisation de cette pratique comme « prématurée ».

Les frontières disparaissent et les femmes peuvent aujourd'hui se tourner vers les pays voisins pour chercher là-bas ce qu'elles ne trouvent pas en France. A travers notre étude, nous avons constaté que les professionnelles interrogées n'étaient pas unanimes face à la congélation sociale des ovocytes et que les perceptions varient notamment en fonction des situations individuelles. Cependant, toutes les femmes sont préoccupées par les risques de grossesses tardives avec les complications qu'elles engendrent et les éventuelles dérives de cette pratique.

L'information des femmes sur le déclin de leur fertilité lié à l'âge doit être poursuivie mais une réflexion fondée sur d'autres études sera nécessaire pour trouver un cadre réglementaire cohérent et réaliste à la congélation sociale des ovocytes.

Bibliographie

1. Articles :

- ¹ H Leridon, *L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité?*, Population et Société - Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, numéro 471, INED, octobre 2010
- ² J LH Evers, *Female Subfertility*, The Lancet, volume 360, issue 9327, pages 151-159, juillet 2002
- ³ JS Loh et A Maheshwari, *Anti-Müllerian hormone – is it a crystal ball for predicting ovarian ageing ?*, Human Reproduction, volume 26, numéro 11, pages 2925-2932, novembre 2011
- ⁴ D Nikolaou et A Templeton, *Early ovarian ageing*, European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, volume 113, numéro 2, pages 126-133, avril 2004
- ⁵ D Nikolaou et C Gilling-Smith, *Early ovarian ageing: are women with polycystic ovaries protected?*, Human Reproduction, volume 19, numéro 10, pages 2175-2179, octobre 2004
- ⁶ R Sharma, KR Biedenharn, JM Fedor et A Agarwal, *Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility*, Reproductive biology and endocrinology, volume 11, numéro 66, juillet 2013
- ⁷ FI Sharara, SN Beatse, MR Leonardi et D Navot, *Cigarette smoking accelerates the development of diminished ovarian reserve as evidenced by clomiphene citrate challenge test*, Fertility and Sterility, volume 11, pages 257-262, août 1994
- ⁸ R Pacifici, I Altieri, L Gandini, A Lenzi, AR Passa, S Pichini, M Rosa, P Zuccaro et F Dondero, *Environmental tobacco smoke : nicotine and cotinine concentration in semen*, Environmental Research, volume 68, issue 1, pages 69-72, janvier 1995
- ⁹ F Bolúmar, J Olsen, M Rebagliato et L Bisanti, *Caffeine intake and delayed conception : a european multicenter study on infertility and subfertility*, American journal of epidemiologie, volume 145, numéro 4, pages 324-334, février 1997
- ¹⁰ M Freizinger, DL Franko, M Dacey, B Okun et AD Domar, *The prevalence of eating disorders in infertile women*, Fertility and Sterility, volume 93, issue 1, pages 72-78, janvier 2010
- ¹¹ AM Clark, B Thornley, L Tomlinson, C Galletley et RJ Norman, *Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all form of fertility treatment*, Human Reproduction, volume 13, numéro 6, pages 1502-1505, juin 1998

¹² G Pison, *France 2009: l'âge moyen de la maternité atteint 30 ans*, Population et Société – Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, numéro 465, mars 2010

¹³ JE Chavarro, S Ehrlich, DS Colaci, DL Wright, TL Toth, JC Petrozza et R Hauser, *Body mass index and short-term weight change in relation to treatment outcomes in women undergoing assisted reproduction*, Fertility and Sterility, volume 98, numéro 1, pages 109-116, juillet 2012

¹⁴ ER Te Velde, GJ Scheffer, M Dorland FJ Broekmans et BCJM Fauser, *Developmental and endocrine aspects of normal ovarian aging*, Molecular and cellular endocrinology, volume 145, numéros 1-2, pages 67-73, octobre 1998

¹⁵ DH Barad, A Weghofer et N Gleicher, *Utility of age specific sperm anti-mullerian hormone concentration*, Reproductive Biomedicine Online, volume 22, pages 284-291, 2011

¹⁶ B Almog, F Shehata, S Suissa, H Holzer, E Shalom-Paz, A La Marca, S Muttukrishna, A Blazar, R Hackett, SM Nelson, JS Cunha-Filho, T Eldar-Geva, EJ Margalioth, N Raine-Fenning, K Jayaprakasan, M McIlveen, D Wunder, T Freour, LG Nardo, J Balasch, J Peñarrubia, et al., *Age related normograms of serum antimüllerian hormone levels in a population of infertile women : a multicenter study*, Fertility and Sterility, volume 95, numéro 7, pages 2359-2363, juin 2011

¹⁷ FR Tehrani, M Solaymani-Dodaran et F Azizi, *A single test of antimüllerian hormone in late reproductive-aged women is a good predictor of menopause*, Menopause, volume 16, pages 797-802, juillet 2009

¹⁸ J Belaisch-Allart, E Darai, G Lévy, S Epelboin, B Hédon, P Merviel, M Tournaire, JP Ayel et C de Vienne, *Réflexions sur les indications sociétales de la préservation de la fertilité féminine*, Médecine Thérapeutique Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie, volume 15, numéro 1, pages 111-118, 2013

¹⁹ S Shkedi-Rafid et Y Hashiloni-Dolev, *Egg freezing for age-related fertility decline : preventive medicine or further medicalization of reproduction ? Analysing the new Israeli policy*, Fertility and Sterility, volume 96, numéro 2, août 2011

²⁰ L Kuleshova, L Gianaroli, C Magli, A Ferraretti et A Trounson, *Birth following vitrification of a small number of human oocytes : case report*, Human Reproduction, volume 14, numéro 12, pages 3077-3079, décembre 1999

²¹ KA Rodriguez-Wallberg et K Oktay, *Recent advances in oocyte and ovarian tissue cryopreservation and transplantation*, Best practice and research Clinical obstetrics and gynaecology, volume 26, numéro 3, pages 391-405, février 2012

²² A Cobo, M Meseguer, J Remohí et A Pellicer, *Use of cryo-banked oocytes in an ovum donation programme: a prospective, randomized, controlled, clinical trial*, Human Reproduction, volume 25, numéro 9, pages 2239-2246, septembre 2010

- ²³ S Samuel Kim, DE Battaglia et MR Soules, *The future of human ovarian cryopreservation and transplantation: fertility and beyond*, Fertility and Sterility, volume 75, numéro 6, pages 1049-1056, juin 2001
- ²⁴ W Dondorp, G de Wert, G Pennings, F Shenfield, P Devroey, B Tarlatzis, P Barri et K Diedrich, *Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss*, Human Reproduction, janvier 2012
- ²⁵ RC Chian, L Gilbert, JYJ Huang, E Demirtas, H Holzer, A Benjamin, WM Buckett, T Tulandi et SL Tan, *Live birth after vitrification of in vitro matured human oocytes*, Fertility and Sterility, volume 91, numéro 2, pages 372-376, février 2009
- ²⁶ N Noyes, A Reh, C McCaffrey, O Tan et L Krey, *Impact of developmental stage at cryopreservation and transfer on clinical outcome of frozen embryo cycles*, Reproductive Biomedicine Online, volume 19, numéro 3, pages 9-15, 2009
- ²⁷ C Gonzalez, M Boada, M Devesa et A Veiga, *Concise review: fertility preservation: an update*, Stem Cells Translational Medicine, volume 1, numéro 9, pages 668-672, septembre 2012
- ²⁸ M Sanchez-Serrano, J Crespo, V Mirabet, A Cobo, MJ Escriba, et C Simon, *Twins born after transplantation of ovarian cortical tissue and oocyte vitrification*, Fertility and Sterility, volume 93, numéro 268, pages 11-13, 2010
- ²⁹ D Wunder, *Social freezing in Switzerland and worldwide – a blessing for women today?*, Swiss Medical Weekly, volume 143, février 2013
- ³⁰ JA Garcia-Velasco, J Domingo, A Cobo, M Martínez, L Carmona et A Pellicer, *Five years' experience using oocyte vitrification to preserve fertility for medical and nonmedical indications*, Fertility and Sterility, volume 99, numéro 7, juin 2013
- ³¹ D Stoop, F van der Veen, M Deneyer, J Nekkebroeck et H Tournaye, *Oocyte banking for anticipated gamete exhaustion (AGE) is a preventive intervention, neither social nor nonmedical*, Reproductive Biomedicine Online, février 2014
- ³² D Molloy, *Oocyte freezing: timely reproductive insurance?*, The medical journal of Australia, 2009
- ³³ Council for Public Health and Health Care, *Uitstel van ouderschap: Medisch of maatschappelijk probleem?*, [in Dutch] The Hague: RVZ, 2007
- ³⁴ WJ Dondorp et GMWR De Wert, *Fertility preservation for healthy women: ethical aspects*, Human Reproduction, volume 24, numéro 8, pages 1779-1785, avril 2009
- ³⁵ S Klipstein, M Regan, DA Ryley, MB Goldman, MM Alper et RH Reindollar, *One last chance for pregnancy: a review of 2,705 in vitro fertilization cycles initiated in women aged 40 years and above*, Fertility and Sterility, volume 84, numéro 2, pages 435-445, août 2005

- ³⁶ D Stoop, J Nekkebroeck et P Devroey, *A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age*, Human Reproduction, volume 26, pages 655-661, 2011
- ³⁷ J Belaisch-Allart, M Brzakowski, A Chouraqui, I Grefenstette, JM Mayenga, E Muller, Y Belaid et O Kulski, *Social egg freezing: witch problems ?*, Gynecologie Obstetrique et Fertilité, volume 41, pages 518-520, septembre 2013
- ³⁸ P Devroey et NP Polyzos, *A systematic review of randomized trials for the treatment of poor ovarian responders: is there any light at the end of the tunnel?*, Fertility and Sterility, volume 96, numéro 5, pages 1058-1061, novembre 2011
- ³⁹ S Glasser, A Segev-Zahav, P Fortinsky, D Gedal-Beer, E Schiff et L Lerner-Geva, *Primiparity at very advanced maternal age (≥ 45 ans)*, Fertility and Sterility, volume 95, pages 2548-2551, 2011
- ⁴⁰ B Jacobsson, L Ladfors et I Milsom, *Advanced maternal age and adverse perinatal outcome*, Obstetrics and gynecology, volume 104, pages 727-733, octobre 2004
- ⁴¹ AG Sutcliffe, J Barnes, J Belsky, J Gardiner et E Melhuish, *The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom : observational study using longitudinal cohort data*, BMJ (Clinical research ed.), volume 345, août 2012
- ⁴² G Penning, *Age and assisted reproduction*, The International journal of medicine and law, volume 14, pages 531-341, 2005
- ⁴³ H Mertes et G Pennings, *Elective oocyte cryopreservation: who should pay ?*, Human Reproduction, volume 27, numéro 1, pages 9-13, 2012
- ⁴⁴ TJ Kim, LR Laufer et SW Hong, *Vitrification of oocytes produces high pregnancy rates when carried out in fertile women*, Fertility and Sterility, volume 93, pages 467-474, février 2010
- ⁴⁵ LL Van Loendersloot, LM Moolenaar, BWJ Mol, S Repping, F Van der Veen et M Goddijn, *Expanding reproductive lifespan; a cost effectiveness study on oocyte freezing*, Human Reproduction, volume 26, pages 3054-3060, 2011
- ⁴⁶ H Merte et G Pennings, *Social egg freezing: for better, not for worse*, Reproductive Biomedicine Online, volume 23, numéro 7, pages 824-829, septembre 2011

2. Sources électroniques

⁴⁷ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000311/0000.pdf> consulté le 17/10/13

⁴⁸ http://www.insee.fr/fr/themes/documents.asp?ref_id=ip1419#inter1 consulté le 28/09/13, Emma Davie, *Un premier enfant à 28 ans*, Insee Première, numéro 1419, octobre 2012

⁴⁹ <http://www.cae.gouv.fr/rapports/15.htm> consulté le 17/10/13

⁵⁰ http://www.fivfrance.com/page_vitrification.html consulté le 10/08/13

⁵¹ http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_communiques.html consulté le 15/12/12

⁵² <http://www.cecos.org/> consulté le 17/11/13

⁵³ http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/04/11/conservation-des-ovocytes-le-debat-ravive_3158417_1650684.html?xtmc=ovocytes&xtcr=7 consulté le 11/01/14

3. Conférence

⁵⁴ Débat-conférence Don d'ovocytes, 17/04/2013

4. Ouvrages

⁵⁵ Dr Miguel Jean et Line Petit, *Le couple face à l'infertilité*, éditions Albin Michel, 2013, pages 61-114

⁵⁶ HJ Philippe, G body, P Mares et al., Collège national des gynécologues et obstétriciens français et conférence nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique, *Abrégés connaissances et pratique Gynécologie et obstétrique*, Edition Masson (2^{ème}), 2010, pages 35-50

⁵⁷ Ruwen Ogien et Monique Canto-Sperber, *La philosophie morale*, Collection encyclopédique fondée par Paul Angoulvent, Edition 2006, pages 83-125

5. Enseignement théorique des étudiants sages-femmes

⁵⁸ Philippe Tessier, *Economie de la santé, systèmes et dépenses de santé*, cours 2013-2014

6. Mémoire

Anne Lavignasse, *La grossesse après 40 ans au CHU de Nantes : aspects médicaux et psychologiques*, mémoire de diplôme de sages-femmes, directeur de mémoire Teddy Linet, promotion 2002-2006

7. Personnes rencontrées

Philippe Tessier, Maître de conférences de Biostatistiques, Pharmaco-épidémiologie et Recherche en Sciences Humaines, Faculté de Médecine, Université de Nantes

Jacques Pontoizeau, Professeur agrégé de philosophie enseignant en Lycée

Annexes

Annexe 1 : Le questionnaire

La congélation sociale des ovocytes

Bonjour,

Je m'appelle Lucie, je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à Nantes.

Je vous remercie d'accepter de répondre à ce questionnaire sur la congélation sociale des ovocytes.

Les réponses à ce questionnaire constitueront une part importante de mon mémoire de fin d'études encadré par le Dr Jean.

(Temps de réponse estimé : moins de 5 minutes)

Rappels :

Lorsqu'une femme décide de congeler ses propres ovocytes, il s'agit d'une autoconservation. Il est habituel d'en distinguer 2 types :

- **L'autoconservation « médicale »** qui est prévue par la réglementation française. Cette procédure est proposée à des femmes confrontées à un traitement susceptible d'altérer leur fertilité (une chimiothérapie pour lutter contre un cancer par exemple) et qui pourront bénéficier, après leur maladie, d'une fécondation in vitro avec leurs ovocytes congelés pour réaliser leur projet parental.
- **L'autoconservation dite « sociale »** qui est aujourd'hui interdite en France. Elle serait la possibilité, pour des femmes jeunes, soucieuses de retarder leur projet d'enfant, de congeler leurs ovocytes uniquement pour se prémunir de la chute de la fertilité liée à l'âge. Pour elles, la congélation ovocytaire serait un moyen d'épargner leur fertilité jusqu'au jour où elles seraient prêtes pour la maternité. Elles pourraient alors demander à bénéficier d'une fécondation in vitro avec leurs ovocytes congelés et les gamètes de leur conjoint. Cette

congélation « sociale » est pratiquée depuis plusieurs années dans de nombreux pays.

Questionnaire :

Première partie :

1) Vous êtes :

étudiante :

sage-femme

2^{ème} année

3^{ème} année

4^{ème} année

5^{ème} année

infirmière

1^{ère} année

2^{ème} année

3^{ème} année

aide-soignante

externe médecine

D2

D3

D4

externe pharmacie

P4

P5

professionnelle :

sage-femme

infirmière

puéricultrice

médecin

auxiliaire de puériculture

aide-soignante

P6

interne

gynéco-obstétrique

gynécologie médicale

médecine générale

autre, précisez :

2) Quel est votre âge :

3) Quelle est votre situation aujourd'hui : en couple : avec un homme
 avec une femme
 célibataire

4) Etes-vous mère de famille ?

oui non

5) Avez-vous aujourd'hui un désir d'enfant ?

oui non ne souhaite pas répondre

6) Si vous avez répondu non à la question précédente, souhaitez-vous en dire plus?

7) Avez-vous des antécédents gynécologiques ou obstétricaux ?

oui non ne souhaite pas répondre

si oui lesquels : IVG GEU FCS autre

8) Etes-vous (ou avez-vous déjà été) confrontée à l'infertilité ?

oui non ne souhaite pas répondre

9) Si oui, de quel type d'infertilité s'agit-il ? d'origine masculine d'origine féminine d'origine mixte inexpliquée

10) Avez-vous déjà eu recours à l'AMP ?

oui non ne souhaite pas répondre

11) Si oui, quel type d'AMP ?

stimulation simple

insémination artificielle avec sperme de conjoint (IAC)

insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD)

fécondation in vitro avec ou sans micro-injection (FIV ou FIV-ICSI)

fécondation in vitro avec don de sperme

fécondation in vitro avec don d'ovocyte (France)

fécondation in vitro avec don d'ovocyte (Etranger)

12) Cela vous a-t-il permis d'être enceinte ?

oui non ne souhaite pas répondre

Vous souhaitez en dire plus à ce

sujet :

Deuxième partie : L'autoconservation des ovocytes :

13) Pensez-vous qu'en conservant ses propres ovocytes, une femme puisse éviter, le moment venu, d'être confrontée à l'infertilité ?

oui non ne souhaite pas répondre

Rappel : La fertilité de la femme est à son maximum à 20 ans puis elle diminue avec l'âge. En moyenne à chaque cycle exposé à la grossesse, la probabilité d'être enceinte à 25 ans est de 25% alors qu'elle n'est que de 12% à 35 ans.

En théorie, cette conservation des ovocytes permettrait de choisir le moment de sa grossesse.

14) Cela vous semble-t-il un progrès ? oui non ne souhaite pas se prononcer

15) Quels sont, selon vous, les arguments en faveur de cette technique ? (classez-les par ordre de priorité)

Attendre une stabilité professionnelle

Attendre une stabilité matérielle

Attendre une stabilité affective

Autre :

16) Quels sont, selon vous, les arguments contre cette technique ? (à classer par ordre de priorité)

Augmentation du nombre de grossesses tardives

Augmentation du risque de complications obstétricales

Protocole de prélèvement (stimulation ovarienne et ponction folliculaire) trop risqué

Technique trop coûteuse

Pas assez de recul sur la technique et sur le devenir des enfants

Autre :

17) Jusqu'à quel âge vous paraît-il raisonnable de congeler ses ovocytes ?.....

18) Et jusqu'à quel âge vous semble-t-il raisonnable d'utiliser les ovocytes congelés ?.....

19) D'une façon générale, êtes-vous favorable à cette possibilité de congeler ses ovocytes pour « épargner » sa fertilité ?

oui non ne sait pas

Pourquoi ?.....
.....

20) Dans l'hypothèse où vous auriez congelé vos ovocytes, que décideriez-vous, le moment venu, si la survenue d'une grossesse spontanée rendait inutile cette conservation ovocytaire ?

Je les donnerais à une femme qui serait en attente d'un don d'ovocytes

Je demanderais leur destruction

Je poursuivrais la conservation au cas où

Je ne sais pas

Autre :.....

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 2 :

Entretien 1 : Agathe, aide-soignante, le 27 novembre 2013.

Résumé pour expliquer ce qu'est la congélation sociale des ovocytes...

Lucie : Est-ce une technique intéressante, selon toi, qui pourrait être utilisée en France ? Ou trop de risques sont liés à cette technique ?

Agathe : Bah, je pense que ça serait très intéressant... très intéressant si ça pouvait être utilisé en France, en fait. Parce qu'on voit beaucoup de mamans, de parents qui vont dans les pays européens où là, c'est autorisé et... ça leur euh... procure des désagréments tel que le voyage, tel que l'argent, tel que... Il y a beaucoup de choses qui rentrent en ligne de compte, quoi, hein, lorsqu'il faut aller dans un pays étranger le faire. Euh... si tout est bien... encadré et surveillé et... je dirais par des professionnels, et cætera je pense qu'en France... on aurait la chance de pouvoir faire ça.

L : Et du coup, qu'est-ce que tu entends par encadré ? Pourquoi faut-il que cela soit bien « encadré », selon toi ?

A : Euh... « encadré » médicalement... « encadré » autour d'une loi bien spécifique, euh... que ça ne serve pas ensuite... à un caractère financier et cætera. Je pense aux enjeux économiques et financiers, euh... c'est dans ce sens-là que je dis « encadré » quoi. Et puis, et puis... le consentement, bien sûr, réel de la personne qui... qui donne son ovocyte pour le congeler et... voilà qu'elle soit bien au courant de la procédure et de... et des enjeux et de... voilà.

L : Et selon toi, y a-t-il plus de bénéfices ou plus de risques ?

A : Je pense plus de bénéfices. Plus de choses positives.

L : Selon toi, quels seraient les plus gros risques de cette technique ?

A : Hmmmm... J'ai pas réfléchi à ça... Les gros risques de cette technique...

L : Si l'encadrement n'est pas bien fait par exemple, je sais pas est-ce que ça peut engendrer des choses, sur le point de vue de la santé de la personne, qui pourrait être défavorable ?

A : Je pensais à ça. Euh... je pensais également à une... enfin oui tous les risques infectieux on peut dire, tous les risques au niveau de la santé mais aussi des risques on va dire... des risques plus psychiques et psychologiques. Euh voilà.

L : D'accord, et selon toi, les grossesses tardives pourraient être un risque ? Penses-tu que les femmes auraient la conscience de se dire « ok j'ai congelé mes ovocytes mais après 40-43 ans, je ne vais pas les réutiliser » ou est-ce que tu penses qu'il faut vraiment qu'on donne une limite d'âge parce qu'il y aurait des femmes « irraisonnables » par rapport à ça ?

A : Je pense... je pense qu'il faudrait une limite d'âge... parce qu'après c'est vrai que c'est très personnel, c'est très euh... c'est à la conscience de chaque personne mais... je pense qu'il y aurait des débordements il y aurait des... effectivement des femmes qui euh... en manque d'enfant... à un âge pour moi qui serait peut-être... c'est pas un jugement, hein, que j'ai mais... voilà au-delà de 50 ans ce serait déraisonné.

L : Et du coup, quelle limite d'âge donnerais-tu ?

A : C'est difficile à répondre, hein, parce qu'on n'est pas toutes... on n'est pas toutes constituées de la même manière, enfin si ... physiquement, mais psychologiquement euh... mais quand même je me dis... je me dis au-delà de 50 ans c'est irraisonnable.

L : C'est technique peut-elle augmenter l'autonomie de la femme ? Ou mettre en difficultés les médecins avec tous ces risques ? Pour toi, cela va-t-il dans le sens du progrès ?

A : Je pense que ça va dans le sens du progrès. Mais quelque part je me dis que c'est contre-nature, dans le sens où... la nature elle est faite... d'une telle manière que, que... je ne suis pas contre cette technique, pas du tout ! Puisque je viens de dire que j'étais favorable pour son arrivée en France... mais, euh... il faudrait quelque chose de bien encadré, dans des conditions extr... enfin extrêmes... dans des conditions bien spécifiques. Une maman qui devient infertile, pour des raisons... médicales bien cernées et cætera euh... je pense que pour la femme c'est une chance de pouvoir faire ça. Que le médecin n'a pas à... bien sûr que le médecin est là et il est professionnel, il a... à mettre en garde la maman ou la renseigner à l'informer à 100% mais je pense que le médecin est là en tant que professionnel.

L : Et selon toi qui devrait financer cette technique ?

A : La femme... ou le couple. Oui, ça devrait être eux qui financent...

L : D'accord, vois-tu des choses à ajouter ?

A : Oui, je trouve ça intéressant. Et, euh, je me sens concernée un peu. Mon fils aîné à 26 ans et sa compagne 32. Et... ils essaient d'avoir un enfant depuis 1 an maintenant. Alors je, je ne perds pas espoir... j'espère que ce n'est pas perdu encore. Mais je me dis, cette technique, si elle avait existé en France aujourd'hui... peut-être que cela aurait été une solution pour eux !

L : Oui, peut-être... Merci beaucoup de m'avoir consacré du temps.

Annexe 3 :

Entretien 2 : Ariane, aide-soignante et Louise, sage-femme, le 29 novembre 2013.

Résumé sur la congélation sociale des ovocytes...

Lucie : Qu'est-ce que t'en penses de cette technique ? Est-ce plutôt positif ou plutôt négatif ?

Ariane : Euh... ça pose une vraie question éthique, c'est intéressant, mais pas sans questionner une de mes questions, hmm... qui est assez, comment dire... qui est assez récurrente ici. On voit les mamans qu'on accueille, qui ont à la fois une espèce d'acharnement de euh... accueillir des bébés de plus en plus petits voilà. Et à la fois de repousser aussi le plus tard possible la possibilité de la procréation. Il y a une espèce de phénomène, moi je trouve, scientifique très hmm... qui serait un petit peu de l'ordre de... répondre à un droit d'avoir des enfants à tout prix. Moi j'entends ça parfois comme une espèce de d'exigence des parents d'avoir leur objet quoi en fait, tu vois, leur objet euh... leur objet enfant quoi. Comme si l'enfant était un petit peu l'accessoire qui viendrait comment dire... consolider une identification « j'suis une femme, j'ai un enfant, ça consolide encore plus le fait que je sois une femme ». Cette reconnaissance, comme ça, sociale... donc voilà, que je trouve un petit peu effrayante. Moi aujourd'hui, du point de vue de l'éthique, parce qu'on va quand même vers une possibilité de débordement, une possibilité de commerce, hmm.. une possibilité de poser des limites mais qui vont être dépassées à un moment

donné... enfin on sait pertinemment que toute part du médical à un moment donné, peut être amené à dériver vers le commerce. On le voit avec les médicaments, enfin tu vois ce genre de choses. Je trouve ça un petit peu flippant présenté comme ça... présenté comme ça au point de vue du social, mais vachement intéressant, oui effectivement, du point de vue d'une femme qu'aurait une maladie qui serait une atteinte à sa future maternité ou même dont on saurait génétiquement qu'elle va faire une ménopause, tôt oui.

Lucie : Et du coup le fait d'être,... hmm parce qu'on se rend compte quand même qu'à partir d'un certain âge, même ne serait-ce que 35 ans qui n'est pas si âgé, les femmes commencent à moins être fertiles. Et on se rend compte que l'âge de la première maternité est retardé. Est-ce que ce n'est pas quelque chose qui pourrait être une solution ou pour toi non vraiment c'est...

Ariane : Bah c'est une solution, mais en même temps c'est une forme d'eugénisme aussi. C'est-à-dire se dire qu'on considère qu'à partir d'un certain âge, les œufs qu'on... enfin, la reproduction humaine elle est à son top, et que du coup on est un petit peu à contrarier, euh, je ne suis pas naturaliste, hein, mais, on est un petit peu à contrarier le hasard et la contingence de l'acte sexuel, enfin, tu vois. J'ai une copine qui avait interviewé son père qui faisait une espèce de... de réflexion, il faisait une réflexion sur le fait d'être euh... c'est un iranien donc il est passé dans des états de guerre et des choses comme ça, il a failli mourir. Il était très heureux d'être en vie et il était très surpris en fait d'être là, et il avait une pleine conscience de sa vie. Il disait « mais je suis là parce que ces deux cellules qui se sont rencontrées... que si ce jour-là la porte avait claqué à cause d'un courant d'air peut-être que ça n'aurait pas été ces deux cellules-là et que peut-être du coup ça ne serait pas moi. » Tu vois une espèce de magie comme ça dans l'apparition de l'être humain, en fait, qui fait que là on est carrément sur du choix sur euh... du choix après qui sera... bah finalement on va faire des tests sur ces ovocytes qu'on congèle et puis on va choisir que ce sera plutôt des transports de gènes de ci de cela, moi c'est ça qui m'inquiète en fait. Ce que l'humain est capable de faire après avec des choses qui à la base sont des compétences pour, euh... améliorer quelque chose qui est désagréable chez l'être humain. Et du coup, on va après le généraliser à quelque chose de commerciale ou commercialisable ou en faire du business ou maintenir les gens dans une espèce de fantasme comme ça, de pouvoir créer « l'enfant parfait », ça ça me fait hyper peur.

Lucie : Et tu ne crois pas que s'il y a des limites avec un cadre législatif bien défini, euh...

Ariane : Oui, sauf que ça, ça bouge... ça bouge avec la société et c'est très bien, hein, il faut que les lois soient sans arrêt réinterrogées hein, on est dans des sociétés qui bougent très

très vite donc euh voilà... avec des demandes qui sont pas des demandes, qui sont aussi pour certains des exigences. C'est plutôt ça moi, en fait, qui m'inquiète. C'est comment est-ce qu'une demande devient une exigence et comment est-ce que cette exigence, elle demande à questionner le cadre de loi qui du coup n'est plus questionné de la même façon. C'est ce qu'on appelle le « lobbying » en fait, quoi, tu vois moi c'est ce genre de truc qui m'inquiète. Mais après dans le principe je trouve ça très bien, au contraire, c'est le progrès de la science.

Lucie : Et du coup, pour toi cette technique comprend plus de risques que d'avantages ?

Ariane : Bah, encore une fois, si c'est mal euh... encadré, si c'est entre des mains de gens qui veulent en faire du profit hmm... oui, ça fait partie des choses qui ont plus de désavantages que d'avantages.

Lucie : Et du coup pour toi les plus gros risques, c'est la commercialisation, euh, ...

Ariane : C'est l'eugénisme et la commercialisation, oui. Et puis, je te dis cet espèce de truc quand même de se dire on peut créer des enfants qui sont euh... qui pourraient être... enfin, on maintient les parents dans cet espèce de fantasme qui serait d'avoir un enfant euh... comme de rêve en fait, quoi, au moment où ils le rêvent. Enfin tu vois, et on sait pertinemment que l'amour enfin voilà... Il y a des parcours de vie qui sont terribles, donc on peut venir les réparer, moi je suis vraiment pour cette démarche, de venir réparer un parcours de vie qui serait injuste voilà.

Lucie : Mais pas dans la prévention d'une infertilité ?

Ariane : Non, moi ça me... ça m'effraie vachement, ça m'effraie vachement.

Lucie : Mais tu sais je suis d'accord avec toi aussi, hein.

Ariane : Parce que, euh...

Lucie : On va voir des sociétés où les femmes vont se dire « après tout, je fais des études, tout ça, attends, je congèle mes ovocytes et je vais faire mes bébés à 40 ans parce que voilà je... ce sera plus le moment ».

Ariane : Après peut-être qu'on se rendra compte que c'est à 40 ans qu'on est la meilleure mère possible, tu vois... enfin pourquoi pas, une fois qu'on est débarrassée de pas mal de choses.

Louise : La meilleure maman possible, moi, je ne suis pas persuadée hein.

Ariane : Je ne sais pas ce qu'on peut faire croire et psychologiquement ce que ça peut entraîner comme euh... parce qu'il ne s'agit pas que de la loi éthique, il s'agit aussi de ce que ça entraîne dans le rapport que la société a à l'enfant. La place de l'enfant, la valeur qu'on lui accorde, euh, « l'enfant à tout prix », enfin tu vois, c'est quand même en évolution extrême. Et puis cet espèce de mot là, de signifiant, qu'est venu, qui date d'il y a une vingtaine d'année, là, ce truc qu'on appelle la « parentalité », qui viendrait dire un petit peu, aux gens... D'ailleurs on le voit très bien nous on a fait cet espèce de discours de la science là, un peu de savoir mieux que les autres, avec nos blouses blanches... ou bleues, euh, d'ailleurs bleue vous savez moins bien que nous... enfin tu vois, c'est une espèce de hiérarchie du savoir comme ça, de la science toute puissante où on viendrait dire « comment être un bon parent ». Ça n'existe pas, je veux dire hmm... tu vois, Freud disait qu'il y avait 3 choses qui étaient impossibles à faire, c'était la politique, l'éducation et la psychanalyse. Ce sont des choses qui sont, euh... irréalisables, dans la perfection, dans la recherche de la perfection. Je ne sais pas moi après, les comités d'éthique qui réfléchissent là-dessus s'ils poussent aussi tous ces questionnements.

Lucie : Oui, oui en fait il y a des débats avec forcément les gens qui sont pour et les gens qui sont contre, même moi, avec ce mémoire je soulève ces questions éthiques...

Ariane : Bah c'est principalement éthique de toute façon le débat, il n'est pas tant dans la pratique puisque si effectivement on améliore la congélation, on pourra, donc...

Lucie : Oui c'est quelque chose qui est réalisable.

Louise : Il n'y a pas non plus de banque prévue pour. Tu vois déjà sur le don d'ovocytes en France, c'est déjà complètement galère donc euh, voilà. Et puis est-ce qu'on dit bien aux femmes, aussi, que des ovocytes congelés ce n'est pas une grossesse à tous les coups hein ?

Lucie : Ah oui mais bien sûr on est d'accord.

Louise : Que ce n'est pas une assurance.

Lucie : Ah oui bien sûr je suis d'accord la FIV ne fonctionne pas à 100%.

Louise : Faire croire aux femmes qu'en congelant leur ovocytes, elles pourront avoir leur grossesse quand elles veulent, au moment où elles veulent... sauf que bien sûr avec un ovocyte congelé, le taux de réussite sur une FIV, il est de combien ? 5% ?

Lucie : Il n'est pas du tout de 100% hein, on est d'accord, déjà qu...

Louise : 5 à 30% un truc comme ça ? Quelque chose comme ça, donc moi j'ai un peu peur qu'en faisant prendre cette option aux femmes, on leur fasse miroiter qu'elles pourront faire un bébé à l'âge qu'elles veulent, comme elles veulent. Et qu'au moment où elles vont le faire, eh bien, ça ne fonctionne pas. Et du coup qu'est-ce qu'on va faire de génération de frustrées, quoi ? On ne laisse plus de place au hasard non plus hein, là-dedans, c'est ça, moi tu vois. Je prends part, mais ça m'interpelle un peu. (A Ariane) Mais je comprends bien ton discours, aussi, moi j'ai peur, de la commercialisation, et du débordement parce que quand on aura des banques d'ovocytes avec énormément d'ovocytes, quand t'auras fait tes grossesses, on te dira, « bah qu'est-ce que vous voulez faire de vos ovocytes ? Vous faites un don où ?... » Et puis on verra apparaître aussi des endroits privés, où ils les commercialiseront pour celles qui n'auront plus d'ovocyte et qui en voudront. Et si ça n'est pas suffisamment encadré, ça va déborder de partout hein.

Ariane : Et c'est rigolo parce qu'on est, tu vois, on est... moi je me souviens quand j'étais beaucoup plus jeune, euh, j'ai lu trois fois un roman qui m'a beaucoup plus, qui est « le meilleur des mondes » de Huxley, t'as dut le lire aussi. Moi je l'ai lu à trois étapes de ma vie et en fait tu te rends compte qu'on se rapproche de ça... Et on se rapproche de ça, dans la technique, et là on est dans... dans ce roman, on est vraiment dans de l'anticipation, on est plus proche de l'anticipation, on est très loin du mode de vie de cette société euh... d'anticipation mais du coup voilà... C'est vrai qu'on peut paraître un peu idiot quand on a l'air contre le progrès en fait. Ce n'est pas trop ça qui m'effraie, c'est tout ce que ça peut engager, si c'est mal réfléchi voilà. C'est le mélange des générations, c'est-à-dire si une femme elle peut utiliser ces ovocytes à 50 ans et que, et que sa fille elle en a 20 et qu'elle tombe enceinte... enfin tu vois un petit peu les conseq... enfin les mélanges de générations que ça va faire ? Que comme tu disais (à Louise), si après il y a des banques avec du commerce prévu des choses comme ça, tu t'imagines avec des demi-frères et des demi-sœur un peu partout dans la planète, euh... la consanguinité qui peut être incontrôlable, enfin... Les maladies génétiques qui vont être incontrôlables aussi...

Louise : Tu vois moi ça m'interpelle d'autant plus parce que ma belle-sœur, elle a bénéficié d'un don d'ovocytes, elle est allée en Espagne, parce qu'en France c'était hyper compliqué. Bah déjà ça te pose... tu vois déjà, on se pose beaucoup de questions, comment on va... on verra ce petit bonhomme quand il va être en âge de comprendre qu'il y a eu un troisième parent dans l'histoire. Comment, aussi, tu peux expliquer à ces enfants, que finalement t'as congelé des ovocytes parce que tu ne voulais pas les accueillir à un moment donné, tu préférerais les accueillir à un autre...

Ariane : ... Oui, « on a des œufs dans le frigo », je pense que... « On a des œufs dans le frigo » c'est pas compliqué, enfin tu vois, « maman elle avait des œufs, elle les a mis au frigo en attendant que avec papa ça soit... »

Louise : Il ne faut pas être contre le progrès, on a bien vu qu'avec la contraception...

Ariane : Oui, l'avortement, la contraception euh...

Louise : On a évolué sur beaucoup de choses... Après ça... repousser les limites de la vie, euh... je ne sais pas moi, j'ai un peu peur qu'on aille sur des débordements comme ça...

Ariane : Mais après, c'est rigolo parce que nous, on fait parties de la génération de la contraception et de l'avortement, où là, la femme a vraiment pris, entre guillemets, possession de son corps. En disant « bon bah voilà maintenant, c'est moi qui choisit le temps de ma grossesse et si je suis enceinte ou pas » et là, on fait vraiment un retour sur l'inverse en fait, tu vois. C'est intéressant, hein, euh... au niveau sociologique, hein... de voir la place de l'enfant comme elle a... tu vois comme elle a basculé entre plus d'enfant, supprimons les enfants indésirables et cet extrême désir d'enfant qui... enfin pour moi, la vraie question serait de questionner ce désir d'enfant en fait. C'est surtout ça en fait, parce que tant qu'on ne questionnera pas ce désir d'enfant euh... mais c'est impossible, hein, de questionner un désir d'enfant.

Louise : Et toi est-ce que toi à ton âge, tu te verrais congeler des ovocytes ?

Lucie : Je ne sais pas, je me suis énormément posé la question avec ce sujet, parce que forcément, il y a toutes les questions éthiques, les questions financières, enfin il y a plein de choses...

Louise : Congeler ses ovocytes de toute façon, dit forcément fécondation in vitro, donc tu vois déjà, on est dans le médical à fond les ballons, on n'est plus dans le naturel.

Lucie : Après, c'est quelque chose qui serait utilisé, enfin je veux dire, imaginons je congèle mes ovocytes...

Louise : C'est que si tu en as besoin.

Lucie : Voilà c'est ça, c'est à la place de bénéficié d'un don d'ovocytes, du coup j'utilise les miens, c'est dans ce sens-là. Mais je comprends bien et je soulève ces questions-là, du devenir de ces ovocytes.

Ariane : Après là, c'est vrai que la question se pose quand même des cas d'infertilité de plus en plus nombreux chez les femmes, parce qu'avec la contraception, les modes de vie, euh... les enfin la pollution, les choses comme ça, qu'il y a chez les hommes les problèmes

d'infertilité, qui doit être à peu près la même chose chez la femme, enfin je suppose j'en sais rien, les études doivent le dire d'ailleurs, si ça va pas devenir une nécessité même à un moment donné. C'est bizarre, hein, cet espèce de truc qui serait contre l'extinction de la race, euh, finalement être sûr de conserver ses futurs citoyens...

Lucie : Après, il y a aussi cette inégalité entre hommes et femmes... enfin je suis d'accord que c'est pas du tout pareil, mais les spermatozoïdes, on peut les congeler comme on veut, tu vois ce que je veux dire, donc hmm... Pourquoi pas pour les femmes...

Louise : C'est différent, c'est sûr que médicalement c'est plus compliqué pour une femme.

Lucie : Je suis d'accord.

Louise : Il y a le risque qu'elle fasse une hyperstimulation, si tu la ponctionnes et tout c'est quand même pas simple.

Lucie : Oui, je suis d'accord.

Louise : Mais c'est vrai, je suis d'accord que sur le plan égalité homme femme, oui. Mais déjà on est... déjà à la base on n'est pas égaux. Eux ils peuvent procréer à tout âge, nous on ne peut pas, normalement notre corps il ne peut pas, donc euh...

Lucie : Enfin c'est pareil au niveau de l'AMP quand les dames elles font des FIV, on leur donne une limite d'âge par contre un homme à 55 ans il peut faire une FIV avec ses spermatozoïdes...

Louise : Oui mais c'est parce que nous, notre corps à 42 ans, 43 ans, tu fais une grossesse c'est pas du tout la même chose qu'à 20 ans hein. Donc après, on sait tous les risques qu'on prend, donc après est-ce que ça n'est pas vendre aussi une fausse promesse aux femmes ? Leur promettre qu'elles peuvent être mères à tout âge ?

Ariane : C'est l'éternelle jeunesse.

Louise : Je pense que c'est ça, mais on est dans une société où l'on vend ça aux gens, avec la médecine.

Ariane : Oui et puis voilà, c'est une promesse de productivité permanente alors qu'on sait très bien que la vieillesse aujourd'hui, le déclin, il est vu comme euh, improductiv... enfin la voie vers l'improductivité. Mais, enfin je suppose, que tout ça c'est questionné. De toute façon, on est face à de l'éthique. Qu'est-ce que tu as en général comme positionnement dans le gens que tu interrogés ?

Lucie : Pour le moment tu n'es que la deuxième, donc j'ai, dans mes questionnaires, j'ai plus de contre que de pour.

Louise : Donc il y a quand même une réflexion profonde dans tout ça...

Lucie : Après, c'est dans toutes les professions où il y a plus de contre que de pour mais ce n'est pas non plus 90/10 c'est plutôt 60/40...

Ariane : Oui et puis ce n'est pas des gens qui sont totalement contre c'est-à-dire ils voient plutôt le côté flippant et...

Lucie : Oui voilà c'est mitigé parce qu'ils voient le pour et le contre et...

Louise : Mais je pense, il faut être en mode discours, on n'est pas contre non plus, moi je ne suis pas contre ça. Mais, je pense qu'il faudrait un encadrement super sévère et ça, c'est dur à mettre en place. Et puis, il y aura forcément des débordements.

Ariane : Bah c'est dur à mettre en place, parce qu'à partir de quel âge tu estimes que, du coup, tu ne pourras plus réclamer tes ovocytes ? Imagines, tu congèles tes ovocytes, et puis, ta fille elle est stérile, donc tu peux les donner à ta fille... Enfin, il y a toutes ces questions-là qui se posent en fait. Qu'est-ce que tu fais de tes ovocytes ? Est-ce que tu vas à la jouissance de ces ovocytes ?

Louise : Parce que c'est ta propriété, parce que tu peux les récupérer comme tu veux, quand tu veux et en faire ce que tu veux.

Lucie : Et du coup, dans mes questionnaires j'avais demandé « Que feriez-vous de vos ovocytes, si vous les aviez congelés, et que vous ne les utiliseriez pas ? ». La majorité répondent qu'elles les donneraient, sinon il y en a qui disent qu'elles les détruiraient et d'autres qu'elles les conserveraient au cas où, donc au cas où elles souhaitent une autre grossesse au cas où on ne sait pas en fait. Et, il y en a pas mal qui ne savent pas non plus ce qu'elles feraient, donc, je suis d'accord les ovocytes en trop... après on sait qu'en France le don, pour faire un don il y a 2 ans d'attente enfin, ça pourrait peut-être aussi augmenter ce quota-là, on pourrait peut-être avoir plus de don. Dans ce cas-là, il faudrait qu'il y ait des lois qui encadrent le devenir des ovocytes inutiles.

Louise : C'est déjà comme ça dans le cadre légal hein, tu choisis ce que tu veux en faire. C'est vrai que, pour en avoir bénéficié, enfin ma belle-sœur a bénéficié d'un don. Je pense que je serai assez pour qu'on les donne quoi, parce que bon, si c'était les miens, ça ne me dérangerait pas. Mais je veux que ça soit encadré aussi, je ne veux pas que ça soit... C'est vrai que c'est une grosse réflexion aussi de toutes les façons. Tu vois mon frère et ma belle-sœur, ils avaient un embryon congelé et ils se sont posés la question « est-ce qu'on fait une autre grossesse, est-ce que cet embryon on le détruit ou est-ce que cet embryon on le donne

à un couple où les deux sont stériles ? » Et ils ont choisi l'option autre grossesse et ça n'a pas fonctionné. Donc tu vois là aussi, on leur avait presque vendu un deuxième enfant en puissance et ça n'a pas fonctionné quoi... Donc ils se sont rassurés en se disant qu'ils avaient déjà réussi à avoir un bébé. Mais quelque part ma belle-sœur, elle commence... tu vois il va avoir 4 ans le petit et elle commence juste à faire le deuil de cette deuxième grossesse, ... elle commence juste à se séparer de son matériel de puériculture. Et quelque part je pense qu'il y a une frustration. Donc moi, j'ai peur qu'on fasse des générations de femmes frustrées qui auront donné leurs ovocytes qui auront tout misé là-dessus en se disant « chouette j'en ai congelés, je n'aurais pas mon horloge biologique parce qu'on pourra toujours m'aider »... et puis au moment T, ça ne marchera pas. C'est ça qui me fait peur moi là-dedans tu vois, j'ai un peu peur de ça, parce que les débordements ça va très très vite. Ça c'est une question que je me pose tu vois.

Ariane : T'as d'autres questions ?

Lucie : Non c'est très bien ça m'a apporté plein de choses, je trouve ça bien de dialoguer parce que...

Louise : C'est mieux en direct que sur un questionnaire.

Lucie : C'est pour ça que je mets ces entretiens en place, parce que ça permet d'avoir vos arguments, la façon de le dire parce qu'après je les retranscris...

Louise : Et c'est vrai que moi je trouve que faire entrer le médical à fond les ballons sur quelque chose qui est quand même l'essence de la vie, essentielle dans les histoires entre un homme et une femme et un bébé qui arrive, et de, tu vois avoir cette démarche déjà, de faire entrer du médical là-dedans et bien je ne suis pas sûre qu'on soit très cool finalement. Et puis c'est ce que tu disais, les débordements de finir par dire « eh bien voilà on choisit notre bébé » et après voilà, pourquoi pas non plus choisir sur un catalogue comme sont rendu à faire les américains, hein, donc euh...

Ariane : Mais enfin moi, après je te parle de ma crainte des débordements parce qu'elle m'est, elle est liée pour moi à un vrai changement de société aujourd'hui qui, vraiment la demande elle est, elle frôle l'exigence. Je pense qu'on n'est pas que dans des situations de détresse, euh, quand il y a de la demande. On est parfois juste dans des situations de « c'est un droit ». Donc, comme « c'est un droit », j'exige qu'il soit... j'exige qu'on me donne une réponse positive quoi. Or avoir un enfant, ce n'est pas un droit, enfin je veux dire, ça arrive quoi voilà, tu vois. C'est vraiment aller vers les tentatives de satisfaction de je ne sais pas quoi en fait. Mais c'est intéressant parce que tu vois moi, je me suis vachement posé cette question... de ce qu'était l'enfant aujourd'hui dans notre société avec toute cette espèce de famille qui est en train de se construire différemment. Voilà, comment est-ce qu'on pense, voilà... ce désir d'enfant aujourd'hui avec, depuis quelques années... avec toutes ces années de contraception, de choix, tu vois de ces, qu'est-ce qu'elles ont envie d'avoir ces femmes-là

en fait ? Qu'est-ce qu'elles demandent en fait ?... Qu'est-ce qu'elles attendent ? Enfin bon bref, la place de l'enfant, tout ça. Et puis, un jour je m'occupe d'une dame qui avait beaucoup de mal avec son bébé, on sentait une espèce de malaise chez cette maman, c'était hyper bizarre. Et puis un jour elle me... elle m'attrape dans le couloir et elle me tend son enfant à bout de bras et elle me dit « cet enfant-là ça va pas ». Je ne sais pas si tu veux ce qu'elle était en train de dire cette maman tu vois, elle était dépassée par ce qui, par je sais pas cette grossesse, qui était une grossesse en plus extrêmement attendue, je crois même qu'il y avait une FIV, enfin c'était une dame qui avait une bonne quarantaine. Et moi j'ai entendu, ... moi j'ai entendu, surtout dans la tension de ces bras, tu vois genre, dans le service après-vente « mais changez-le moi, ce n'est pas ce que j'attendais » quoi tu vois. Alors qu'elle était juste en train de parler de son désesp... enfin pas de son désespoir mais son espèce..., d'être désemparée comme ça de ce petit « machin-là » qu'elle avait dans les bras. Et je me suis dit mais c'est curieux en fait, d'en arriver à entendre ce genre de chose, tu vois. Est-ce que ça n'est pas parce qu'effectivement, là on est à quelques jours de vie de l'enfant et que c'est, ... et l'entends bien les femmes qui font leur deuil de « l'enfant parfait », imaginaire et compagnie, tu vois et... Je me dis avec cette espèce de congélation d'ovocytes, est-ce qu'on n'est pas justement sur amplifier cet espèce d'écart entre le réel et l'imaginaire quoi ? Enfin, pour moi... on est en train de créer des écarts qui peuvent être monstrueux en fait et super destructeurs pour l'enfant, pour la femme, pour le couple, tu vois. Il y a ce risque-là potentiel. Après bien sûr ça doit être une chance inouïe pour une femme qui est en préménopause à 30-35 ans de se dire « ouf » quoi. Ou une femme qui a envie de s'investir dans une carrière et qui se dit « bah voilà moi je fais médecine, je ne pourrais pas m'occuper de mes enfants avant 37 ans donc euh... » Bien sûr, il y a des choses très très belles hein. Mais je... j'ai toujours peur moi, des commissions d'éthique, j'ai peur de leur neutralité en fait. C'est-à-dire j'ai des doutes sur leur neutralité, on est tellement dans des sociétés... me prends pas pour une parano' hein mais... on est tellement dans une société où on sait que c'est l'économie en fait qui règne. Tu te dis euh... l'économie règne même sur la science à un moment donné tu vois donc... Est-ce que fatalement ça ne va pas aller vers des déboires en fait, c'est surtout ça ? Des déboires et puis de la manipulation pour que les gens aient ces pratiques-là hein, leur créer ce besoin, on crée du besoin aussi qui à la base n'est pas nécessaire quoi mais... Et puis c'est aussi une question que je me pose aussi vis-à-vis de la féminité, de se dire est-ce qu'on n'est pas en train de repartir en arrière en faisant croire aux femmes qu'elles ne seront jamais tout à fait femmes tant qu'elles ne seront pas mères ? Donc, il faut qu'elles conservent cette possibilité d'être mère parce qu'on n'est jamais femme tant qu'on n'est pas mère. Alors que c'est faux je veux dire, on est bien d'accord et ça pour moi ça serait un vrai retour, un vrai retour sur les progrès qu'on a fait de la question de la féminité quoi hein. On n'est pas pleinement épanouie et ce n'est pas le but ultime de la femme de devenir mère quoi ça c'est... Qui pense ça encore, eh bien plein de gens, dont certainement un peu nous parce qu'on a été éduqué là-dedans mais ce n'est pas le but ultime de la femme. Donc est-ce qu'on n'est pas en train de remettre la femme aux fourneaux et à la maison et tu vois ? Comme avec l'allaitement et ce genre de choses. Et puis est-ce qu'on est dans des sociétés où on, ... parce qu'il y a cet autre problème aussi, on est de plus en plus, je trouve, désresponsabilisés et on n'a de moins en moins d'esprit critique, on n'est de moins en moins amenés, ... portés à

réfléchir euh... sur sa place, sur... enfin tu vois on mâche facile, voilà et du coup est-ce qu'on est..., est-ce qu'on n'est pas juste en train de prendre des décisions et de réfléchir à des choses qui finalement n'ont pas été bien exposées, bien euh... dépliées face aux populations. Est-ce que c'est une demande de la femme ou est-ce que c'est une démarche de la science ? Je ne sais pas tu me diras ?

Lucie : Eh bien dans certains textes, il y a des gens qui disent que les femmes, comme elles ont leur désir de grossesse plus tard, il y a une certaine demande. Après je pense que c'est aussi le progrès, du fait de la vitrification, qui fait qu'on se dit que ça existe dans les pays autour de nous, pourquoi nous on ne le ferait pas ? Et du coup, on pèse le pour et le contre, voilà, il y a un peu des deux.

Ariane : C'est une uniformisation, mais c'est ça aussi qui est effrayant, c'est une uniformisation du désir aussi, de tu vois cet espèce de moule, de voilà. Ça se fait dans d'autres pays alors on s'est dit « il faut qu'on le fasse aussi parce que sinon les femmes elles iront demander ailleurs ». Donc si on demande ailleurs... euh, en plus ailleurs ça coûte.

Lucie : Après c'est une technique qui aurait un coup aussi forcément, parce que le fait de congeler a un coût, le fait de conserver par an a un coût, le fait de réutiliser les ovocytes a un coût aussi donc voilà. Après il y a toutes les questions financières, est-ce que ça doit être pris en charge par la femme entièrement, est-ce que ça doit être remboursé...

Ariane : Oui c'est hyper vaste en fait, ça interroge quand même tout un pan... Mais tout un pan dont on n'a pas forcément conscience, c'est-à-dire que quand la femme elle est intéressée par exemple pour se dire « bah moi je serais plutôt pour la congélation », est-ce qu'elle est bien au fait de toutes ces questions ?

Lucie : Après au travers des questionnaires je le ressentais, je voyais ceux qui étaient contre, il y avait une case avec « pourquoi on est pour pourquoi on est contre ». Mais c'est sûr il y en a qui disent qu'elles sont pour et qui soulèvent pas toutes ces questions c'est sûr. Donc ça n'est pas facile... Et ceux qui sont contre non plus ne soulèvent pas toutes ces questions. C'est quelque chose qui n'est pas connu et du coup déjà avant d'en autoriser, il faudrait informer sur tous les points, ce qui est positif, ce qui est négatif, voilà...

Ariane : Les désavantages, euh... ce que je trouve qu'on fait de moins en moins, on est dans un monde où on a une multitude d'informations qui circulent à toute vitesse et d'un autre côté hmm... sur des bases, parce qu'on est vraiment dans le progrès pour l'humain, hein... Mais sur des bases comme ça finalement on est un peu silencieux dans les explications quoi. On ne force pas trop les esprits à pousser la réflexion... Tu me rediras si t'as besoin, si t'as d'autres questions, hein ?

Lucie : Oui pas de soucis, merci beaucoup de m'avoir consacré du temps en tout cas.

Annexe 4 :

Entretien 3 : Victoria, sage-femme, le 5 décembre 2013.

Résumé pour expliquer ce qu'est la congélation sociale des ovocytes.

Lucie : Je voulais avoir ton avis sur la congélation sociale des ovocytes, est-ce que tu penses que c'est quelque chose de bien ou non ?

Victoria : Alors personnellement, pour les femmes qui sont confrontées à des traitements de chimiothérapie ou à des traitements qui peuvent altérer la fertilité, je trouve ça très bien, parce qu'effectivement, il n'y a pas de raison qu'elles soient en plus pénalisées sur autres choses alors que déjà ce ne sont pas des chemins très faciles... Après quand on est fertile et qu'on peut avoir des enfants, pouvoir congeler ses ovocytes pour avoir des enfants à 50 ans, je ne suis pas du tout pour.

L : D'accord, alors après c'est vrai qu'on se rend compte que les femmes font de plus en plus d'études et que depuis quelques années la première maternité est reportée. Et il y a pas des problèmes d'infertilité qui arrivent même ne serait-ce qu'à 35 ans en fait donc... mais non toi tu trouves que...

V : Non,... en plus je pense que ça risque d'être une porte ouverte, voilà... que les gens se mettraient plus dans leurs études à certains âges, peut-être demanderaient à avoir des enfants de plus en plus tard... Pour avoir travaillé en grossesses pathologiques, où on a eu beaucoup de grossesses tardives à 50-53 ans et ça finit généralement pas forcément très bien et puis non je suis contre ça.

L : D'accord et donc pour toi je suppose qu'il y a plus de risques que de bénéfices ?

V : Oui

L : Donc c'est quoi les plus gros risques de la congélation sociale des ovocytes, pour toi ?

V : C'est qu'il y ait des dérives, oui, et que les femmes ne prennent plus en compte leur maturité physique et qu'elles décident bah de toutes faire congeler leurs ovocytes et puis de faire des enfants quand elles en ont vraiment envie et aussi enfin... c'est l'âge, enfin tout ça quoi.

L : Après, je ne suis pas en train de défendre ou quoi parce que c'est vrai que moi aussi je ne sais pas, il y a pas mal de pour et pas mal de contre. Après c'est quelque chose qui serait utilisé,... enfin si une dame congèle ses ovocytes, elle essaiera de faire des enfants naturellement avant, et si elle n'y arrive pas, du coup elle pourra utiliser ses ovocytes qui seront plus jeunes. Enfin ce n'est pas une assurance puisqu'on n'est même pas sûr que ça fonctionne, je suis bien d'accord, mais...

V : Non, ils le verront comme une ouverture et une possibilité d'en faire plus tard... et ils n'en feront pas forcément au moment où ils peuvent et où il y a moins de risques. On est quand même,... on travaille dans les accouchements et la grossesse et... on sait l'implication de l'âge sur l'évolution des grossesses et des enfants. Je ne trouve pas ça naturel d'avoir des enfants à 50 ans. Moi personnellement, je n'en voudrais pas,... je ne veux pas me retrouver à 70 ans parent d'un enfant de 20 ans, enfin... Et voilà, et les dérives font que effectivement on a un enfant de plus en plus tard, après personnellement moi je me suis mis une barrière à 40 ans, je ne suis pas vieille, hein,... mais je ne ferais pas d'enfants, enfin, je trouve qu'il y a un âge aussi pour l'enfant. Ce sont des dérives de société et je n'adhère pas.

L : Et s'il y a une loi qui encadre bien en donnant un âge limite et ...

V : Oui mais l'âge limite il sera forcément au-delà de la nature. Et je trouve que passer l'âge limite de la nature qui est de 41-42 ans, aller... on va dire que jusqu'à 45 ans certaines femmes sont ménopausées, je trouve qu'après on n'est plus dans des âges raisonnables.

L : Mais parfois on arrive à... enfin, la fertilité diminue plus tôt que la ménopause arrive, donc parfois on a des difficultés à tomber enceinte alors qu'on n'a pas encore 40ans par exemple.

V : Oui, on a des difficultés mais on y arrive. Je pense que si à 38 ans,... je n'ai pas fait mes enfants très jeune, mais je pense que si à 38 ans tu ne tombes pas enceinte naturellement et que tu fais des essais tôt, enfin il faut peut-être te poser la question... Après je trouve que de là, à se lancer dans un parcours de procréation médicalement assisté, parce que malgré tout, ça sera un parcours de procréation médicalement assisté, à 38 ou à 40 ans je trouve que c'est quand même un peu tard. Moi je trouve que la procréation médicalement assistée doit être réservée à des cas vraiment particuliers comme les chimiothérapies, mais pas que ça, comme c'est au jour d'aujourd'hui aussi des gens confrontés à des stérilités jeunes qui ont des soucis, mais pas pour pouvoir procréer à n'importe quel âge, je ne suis pas pour. Je ne vois aucun avantage.

L : Zéro avantages ?

V : Non,

L : As-tu des choses à rajouter ?

V : ...Non je ne trouve pas d'avantages parce qu'effectivement, je suis d'accord dans des cas de pathologies, c'est un avantage parce que voilà des femmes qui ne peuvent pas naturellement qui pourront pas mais dans ce cas je leur... enfin on leur laisse le droit enfin... la loi leur laisse le droit après les autres non.

L : Mais l'infertilité ça n'est pas une sorte de pathologie aussi ? Pour être passée en AMP, je trouve qu'il y a quand même pas que des femmes de 40 ans qui sont en parcours d'AMP, j'en ai vu des plus jeunes et je me demandais pourquoi à cet âge-là elles pouvaient être...

V : Alors moi je vais te dire quelque chose, quand,... je suis pas une très vieille sage-femme mais, quand j'ai commencé mes études on parlait d'infertilité quand une femme avait été entre un an et un an et demi sans tomber enceinte, on va dire, avoir des rapports réguliers. Maintenant c'est vrai qu'on voit des dames, comme tu le vois ici, qui sont traitées en PMA avant ce délai de un an et demi donc je pense que ça rajoute des femmes en PMA qui n'ont pas l'âge d'y être. Et du coup effectivement, bah oui il y a des jeunes qui peuvent être traitées aussi mais qui potentiellement n'aurait pas dû l'être. Après effectivement, je ne dis pas qu'il y en n'a pas, mais dans ce cas en recherchant on trouve une pathologie qui peut-être justifierait pour moi le fait qu'elle passe par la congélation mais voilà... pour moi il faut une pathologie effectivement étiquetée.

Voilà il faut être patient.

L : Mais c'est vrai que ce sujet il pose question parce que quand on parle de congélation sociale, on y voit, en plus en tant que dans les études de sages-femmes, on voit tout ce qui est,... tous les inconvénients, les grossesses tardives, tout ce qui peut être engendré, les dérives, le financement aussi... Parce qu'on sait qu'une FIV ça coûte cher, congeler par année ça rapporte un coût bien sûr et après les réutiliser c'est aussi un coût donc voilà. Est-ce que ça devrait être à la charge de la patiente ou est-ce que ça devrait être à la charge...

V : Alors après si ça devait exister, voilà malgré ce que j'en pense, effectivement je trouve que quand il y a une pathologie étiquetée c'est normal que la patiente soit prise en charge, ça c'est évident. Les personnes qui veulent le faire et qui n'ont pas de pathologie effectivement on pourrait laisser au moins une partie voir la totalité effectivement, à leur charge pour qu'au moins ça fasse réfléchir les gens et qu'il n'y ait pas une dérive totale quoi.

L ; Et est-ce que cette technique... aussi parce qu'on sait que le don d'ovocytes en France est difficile, il y a un délai d'attente très long. Donc est-ce que le fait de, par exemple, congeler ses ovocytes et de ne pas avoir à les réutiliser parce que finalement on a réussi à être enceinte spontanément, cela ne pourrait-il pas augmenter le don...

V : Je ne crois pas, à mon avis non.

L : Ça serait une technique qui serait plutôt égoïste entre guillemets alors ?

V : La France est égoïste. Non mais je pense enfin tu vois... je ne sais pas si toi tu es confrontée... mais moi si je congèle mes ovocytes ce n'est pas pour autant que je vais avoir envie de les donner. Après, ça n'a rien à voir mais ce que je trouve déplorable en France que tu ne puisses pas donner à des personnes, enfin à des proches. C'est vrai qu'au niveau éthique en France on ne peut pas le faire et je trouve ça dommage parce qu'il y aurait peut-être plus de don.

L : De savoir à qui vont les ovocytes ?

V : Oui, après je comprends au niveau éthique mais enfin j'imagine voilà, ta sœur, ta cousine a un problème, tu seras peut-être plus enclin à lui donner plutôt que d'aller donner pour mettre dans une banque, tu sais pas à qui, tu sais pas quoi... Surtout que tu subis des gestes pour eux et que t'es pas rémunérée et que tu peux avoir des conséquences donc je comprends que les gens ne le fassent pas.

L : Et aussi il y a ce problème : comme c'est autorisé dans des pays autour de chez nous, les femmes iraient le faire à l'étranger, et puis reviendraient accoucher en France ?

V : Bah on en voit , on en a qui se font faire des dons d'ovocytes, on en eu plein hein,... à l'étranger assez âgées, à 52 ans, en Espagne ou ailleurs et qui arrivent à 22 semaines en grossesses patho' parce que c'est des ovocytes ou des embryons dont on sait pas trop d'où ni de quoi ou ni de qu'est-ce... qui n'ont pas été aussi scrupuleusement, on va dire, techniqués comme en France, et qu'il y a des soucis, oui ça c'est clair.

L : Mais du coup on les prend en charge quand même parce que finalement elles reviennent

V : On les prend en charge par contre après... Ça c'est encore un autre problème, un autre débat je pense, qui a été question, c'est un peu compliqué effectivement de prendre en charge les femmes qui sont allées dans les pays de l'est le faire, bon... après ça reste une grossesse, elles sont en France on est bien obligé, mais oui c'est compliqué. Mais c'est pareil hein, je ne suis pas pour.

L : Oui mais s'il y avait quelque chose d'autorisé en France avec un cadre assez bien limité, du coup il y aurait peut-être moins ce genre de chose.

V : Oui aussi peut-être... mais le peu de cas que j'ai vu en grossesses patho' de dames qui ont été faire une FIV à l'étranger... Une c'était une femme qui avait rencontré son mari très tardivement, je sais pas si elle aurait,... elle l'aurait peut-être fait remarquer tu me diras ; l'autre c'était un couple homosexuel donc elles ne l'auraient pas fait en France c'est pas possible. Mais voilà après c'est vrai que t'as une dérive et on arrive sur... enfin il faut tout envisager quoi. Parce que toi t'es pour ?

L : Je ne sais pas... Je lis plein d'articles qui argumentent pour qui argumentent contre.... Après je me dis s'il y a un cadre bien définit, mais bon...

V : Il y a toujours des dérives, des utilisations frauduleuses ou des...

L : Oui mais si c'est bien encadré pourquoi il y aurait des dérives ?

V : C'est contre nature...

L : Oui mais à partir du moment où,... parce que pour moi l'utilisation elle serait qu'à partir du moment où l'on se trouve confrontée à une infertilité. Dans ce cas on utilise ses ovocytes, moi je le vois dans ce sens-là, après peut-être que tous les gens ne les utiliseraient pas comme ça,... du coup puisqu'à partir du moment où on les a congelé on en fait ce qu'on veut en fait c'est ça... Peut-être qu'il y aurait des gens qui profiteraient mal de la chose c'est possible... Et c'est vrai que c'est très difficile de se positionner...

V : Mais tu ne peux pas, enfin tu ne peux pas, si tu peux,... Mais tu ne peux en tant que personne mais il n'y a pas un vrai et un faux, tu vois c'est comme plein de sujets en France, tu ne peux pas, il n'y a pas une vérité, chacun a la sienne et voilà.

L : Et je me dis même si c'était autorisé aujourd'hui, je ne sais pas si je le ferais...

V : Moi je ne ferais pas !

L : Oui moi je me pose la question parce qu'évidemment avec mon sujet je me suis dit voilà...

V : Mais après j'ai des enfants...

L : Après moi je sais que la première chose qui me freinerai ça serait le coût, déjà d'une chose parce que je suis étudiante et voilà je sais que ça n'est pas possible...

V : Oui et puis t'es jeune, je veux dire arriver à 35 ans ou 34 ans...

L : Oui, mais après congeler à 35 ans est-ce que ça vaut le coût puisque finalement les ovocytes...

V : Après c'est douloureux, est-ce tu veux pénaliser ton organisme en faisant le geste, tu vois ?

L : Il y a des risques rien qu'au prélèvement, et puis la stimulation aussi oui. Est-ce que ça n'est pas quelque chose aussi qui est nocif pour peut-être ne rien en faire après au final ?

V : Oui c'est ça, c'est compliqué. Par contre après effectivement la question elle ne se pose même pas pour les gens qui ont, tu vois, c'est une évidence. De toute façon en oncologie ils proposent ça.

L : Ca n'est pas toujours,... parce que j'ai vu une consultation avec une jeune femme justement qui allait avoir une chimio et tout ça et ils lui ont proposé,... mais je crois que c'était congeler du tissu ovarien parce qu'elle avait une leucémie et c'est particulier je crois parce que du coup on ne sait même pas si on pourra le réutiliser parce que les cellules elles sont voilà.. Et du coup elle a dit non que de toute façon ça servait à rien et que si elle voulait être enceinte plus tard, elle irait faire un don ou quoi. Et c'est difficile ce genre de consultation parce qu'on se dit, voilà, elle est jeune et elle ne projette pas forcément tout ça et puis...

V : Il n'y avait pas ses parents ?

L : Si, il y avait sa mère avec elle et sa mère pensait comme elle que... Et moi je me dis on ne sait pas aujourd'hui si dans quelques années on arrivera à en faire quelque chose de son tissu ovarien mais ça valait le coup...

V : Ça valait le coup de tenter, moi là je pense que pour le coup j'aurais dit oui quoi

L : Je pense moi aussi parce que ça évolue très vite et je suis sûre dans quelques années on aurait pu en faire quelque chose même si la leucémie est un cas particulier

V : Mais lui laisser une chance, parce que là elle n'en aura pas, c'est clair

L : Mais la question ne se pose pas parce que ça c'est autorisé en France mais...

V : Moi ça me convient très bien la législation française, mais non je suis pas pour. J'ai un avis très tranché.

L : D'accord, je te remercie.

Une fois l'enregistrement terminé, elle me confie qu'elle a un fils de 12 ans qui a subi une chimiothérapie. Mais il était trop jeune pour conserver son sperme.

Résumé

Aujourd'hui, la fertilité féminine est confrontée à un paradoxe : alors que les chances de grossesse déclinent avec l'âge, le désir d'enfant est de plus en plus tardif. Le seul moyen théorique de faire face au déclin de la fertilité lié à l'âge serait la congélation sociale des ovocytes. Cette pratique consiste, pour une femme, à cryoconserver ses ovocytes « jeunes » jusqu'au moment où elle serait « prête » pour la maternité. Si le moment venu, elle se trouve face à une infertilité, elle pourra alors demander à bénéficier d'une FIV avec ses ovocytes conservés et les spermatozoïdes de son conjoint. Aujourd'hui, cette technique est proposée dans de nombreux pays mais elle n'est pas autorisée en France. Cependant, de nombreux débats émergent quant à la mise en œuvre et à l'autorisation de cette pratique. Nous avons réalisé une étude pour connaître la perception des étudiantes sages-femmes du Grand Ouest et des soignantes travaillant au sein d'un service d'obstétrique et de néonatalogie au CHU de Nantes, concernant la congélation sociale des ovocytes. Nous avons établi un questionnaire écrit, et organisé des entretiens semi-directifs. A travers cette étude et l'évaluation des enjeux éthiques, nous constatons, aujourd'hui, que les professionnels ne sont pas unanimes. Certains reconnaissent les aspects bénéfiques de cette technique alors que d'autres considèrent que les risques médicaux sont importants face à des bénéfices hypothétiques. Le débat reste donc ouvert et d'autres études seront nécessaires pour trouver un éventuel cadre réglementaire à la congélation sociale des ovocytes.

Mots clés : fertilité, maternité, assistance médicale à la procréation, congélation sociale des ovocytes, étudiantes sages-femmes.