



ETATS GENERAUX DE LA BIOETHIQUE : CONTRIBUTION DE L'ASSOCIATION FIV-FRANCE

CCNE - Paris, le 16 mars 2018

Présentation de l'Association :

- 1999, Le site « Fivfrance.com » a été l'un des premiers sites internet créé par des professionnels de santé, bénévoles, pour répondre aux multiples questions que se posaient les couples entrant dans une procédure de fécondation in vitro.

- 2004 création d'une association à but non lucratif : Association Fiv-France, pour donner un statut plus officiel à son action.

L'article 2 des statuts précise les buts de l'association :

« Mettre à disposition de tout public, professionnel ou non, et par tout moyen, les connaissances acquises pour faire reculer l'infertilité des couples »

L'Association ne comporte que des membres du corps médical spécialisés dans le domaine de la procréation, tous bénévoles, et intervenant ponctuellement selon les besoins.

Ses actions depuis 2004:

- Tenir à jour le site internet, en restant en accord avec la loi française.
- Aider les centres qui en font la demande, en France et dans les pays francophones :
 - 1 Pour aider à la création de centre d'AMP ou améliorer les résultats en terme de grossesse.
 - 2 Pour organiser des cycles de formation en Biologie ou en Médecine de la Reproduction (spermologie, techniques d'AMP, protocole de stimulation ovarienne, ponction et transfert ovocytaire...).

Responsable biologiste et administrateur du site : J.M. Plouchart,

Responsable clinicien : F. Marchand-Lamiraud, Gynécologue-obstétricien.

LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

§ 1 / ETAT DES LIEUX, QUELQUES REFLEXIONS

§ 1-1/ TRAITEMENTS MEDICAUX DE L'INFERTILITE DANS LE COUPLE

Lorsque, dans les années 70-80, on essayait de faire reculer l'infertilité des couples, il allait de soi qu'il s'agissait de couples hétérosexuels. La stérilité pouvant être attribuée à l'homme, à la femme ou aux deux conjoints simultanément.

La médecine conventionnelle jouait alors son rôle en traitant l'infertilité au sein du couple.

§ 1-2/ EVOLUTION DES CONNAISSANCES

Propulsée en avant par les travaux de R.Edward et C.P.Steptoé qui développèrent ensemble une technique fiable de fécondation in vitro (1978), les connaissances en matière de reproduction humaine et les techniques associées (ICSI, cryoconservation des embryons, des ovocytes, des tissus gonadiques...) ont permis aujourd'hui d'envisager toutes les combinaisons possibles de fécondation in vitro, avec, au bout du compte l'espoir d'avoir d'un enfant.

§ 1-3/ VERS UNE MEDECINE « SOCIÉTALE »

Ces nouvelles technologies ont ouvert de nombreuses possibilités dont certaines d'entre elles nous interpellent plus particulièrement :

§ 1-3-1/ Autoconservation de gamètes pour « grossesse différée »

La conservation du sperme par congélation est une technique éprouvée qui existe depuis plus de 50 ans (CECOS)

La technique, plus récente, de vitrification permet aujourd'hui de conserver, avec fiabilité, les ovocytes et des tissus d'origine gonadique.

En dehors de la conservation légale des gamètes pour raison médicale (chimiothérapie, rayonnements ionisants...), d'autres indications pour personnes saines sont déjà à l'ordre du jour dans d'autres pays : l'autoconservation des ovocytes ou ACO.

Cette pratique offre un avantage médicalement intéressant pour des ovocytes prélevés chez des personnes jeunes et qui voudraient procréer plus tard (après 35 ans).

L'évolution de l'âge moyen de la première grossesse au cours de la décennie

D'une part, L'âge moyen de la première grossesse en 2015 était de 28.5 ans, il est de 30.7 ans en 2017, ce qui laisse présager une augmentation de l'âge moyen dans les prochaines années.

D'autre part, 25% des femmes rentrant dans un protocole d'AMP ont plus de 38 ans. Or on sait que la fertilité baisse à partir de 35 ans et que les résultats en FIV sont donc diminués.

Il serait donc logique de concevoir à un âge plus jeune, ce qui ne va pas dans le sens des habitudes de la vie actuelle.

De, ce fait, proposer une conservation de ses propres ovocytes à un âge où ils sont de bonne qualité, répondrait à l'attente d'aujourd'hui.

Dans ce cadre précis, il s'agit d'avantage d'un acte de **prévention de l'infertilité lié à l'âge**. Qui permet de mieux garantir sa fertilité plus tard et en fonction des aléas de la vie .

En l'absence de grossesse naturelle, l'utilisation de ses propres ovocytes, plus jeunes, permettrait une grossesse plus rapide et à moindre coût, comparé aux traitements de FIV après 38 ans où les résultats sont moins bons ce qui engendre une répétition des actes médicaux pour obtenir un résultat aléatoire.

Proposition de don d'ovocytes, si le projet de grossesse est abandonné

Si la femme n'a pas utilisé ses ovocytes, elle pourrait les proposer au don, ce qui réduirait les problèmes actuels de donneuses en France.

Grossesse et oncofertilité

L'âge de la première grossesse augmentant et malheureusement celui de l'apparition d'un cancer diminuant, le problème d'**oncofertilité** est de plus en plus fréquent chez les femmes en âge de procréer.

Stimuler, en vue d'un prélèvement avec conservation des d'ovocytes, dans le mois qui précède la mise en place d'un traitement chimio ou radiotoxique, est toujours difficile à mettre en place dans l'urgence.

L'autoconservation des ovocytes trouve ici une réponse.

§1-3-2/ Le don d'ovocytes

La réglementation actuelle française ne favorise pas le don qui, pourtant, fonctionne très bien dans les pays limitrophes. Ceci peut s'expliquer, entre autre, par :

- l'obligation de passer par un centre universitaire agréé, souvent éloignés de la donneuse potentielle.
- La lourdeur des démarches administratives,
- la lenteur des remboursements des frais avancés, pas toujours effectués dans leur totalité.

Il semblerait donc souhaitable d'augmenter le nombre de centres de don, en ouvrant l'agrément aux centres de fertilité privés à forte activité et que ces centres puissent s'autofinancer afin que la donneuse soit entièrement prise en charge, à défaut d'une indemnisation.

§1-3-3/ Le double don,

Comme le pratique déjà nos plus proches voisins, l'autorisation d'un double don (ovocyte + sperme) nous paraît préférable à l'accueil d'embryon, ce dernier possédant probablement des frères ou sœurs et est issu d'un couple.

Dans le double don, la notion de « couple donneur » n'existe pas, les gamètes étant issus de deux donneurs indépendants et anonymes.

§ 1-3-4/ Avoir un enfant dans un couple de femmes

Une loi récente a élargi la notion de couple avec le mariage pour tous (loi N° 2013-404 du 17 mai 2013).

Cependant, un couple homosexuel est, par nature, inapte à se reproduire, mais chacun de ses membres n'est pas pour autant infertile et dans la mesure où aucune cause de stérilité existe chez l'un ou chez l'autre des membres du couple, la notion de couple stérile, au sens médical du terme n'existe pas. La médecine traditionnelle (celle qui essaie de guérir) se détourne donc de son but pour s'orienter vers une médecine de type « sociétal ».

Pour donner aux femmes en couple la possibilité d'élever des enfants il existe deux possibilités :

- l'adoption (de moins en moins possible)
- le passage par un nouveau type de pratiques dites « sociétales » passant obligatoirement par un don de sperme assisté médicalement.

§ 1-3-5/ Anonymat du don

La conservation de l'anonymat du don paraît souhaitable. Cependant, là où le don est évident (couples homosexuels ou femmes célibataires) des renseignements - à définir - sur le père biologique pourraient être proposés si l'enfant en fait la demande.

§ 2/ NOS PROPOSITIONS :

§ 2-1/ Dédramatiser la FIV qui ne doit plus être considérée par les couples comme le traitement ultime d'un parcours d'infertilité - et le faire savoir (média ?).

Faire comprendre aux couples dont la femme a plus de 35 ans qu'une FIV en première intention est la garantie d'obtenir les meilleures chances de grossesse(s) avec moins de retentissement psychologique lié aux échecs répétés, à un moindre coût et en diminuant le recours au don d'ovocyte.

§ 2-2/ Inclure dans la loi l'autoconservation des ovocytes (ACO) qui dans les années à venir diminuerait le nombre de FIV après 35 ans et aussi le recours au don d'ovocytes.

§2-3/ Le don :

- Augmenter le nombre de centres de fertilité autorisés à gérer le don en ouvrant l'agrément à des centres privés, comme cela est déjà le cas à Toulouse.

- Rechercher l'autofinancement par les centres afin que le don ne coûte rien à la donneuse, à défaut d'être indemnisée.

- Autoriser le double don pour pouvoir le privilégier à l'accueil d'embryons.

- Revoir la notion d'anonymat dans le don de gamètes qui pourrait éventuellement être remplacée par une fiche informative, suffisamment renseignée, mais **anonyme**, permettant au demandeur de se faire une représentation de son ou ses parents biologiques.

Cette fiche ne lui serait remise, bien sûr, qu'à sa demande expresse.

- Garantir une distance géographique suffisante entre le lieu du recueil pour don et le lieu du don.

§2-4/Autoriser les Femmes en couple à pouvoir profiter des techniques d'AMP .