

Autoconservation sociétale des ovocytes : ouverture de la loi en France

Nathalie Massin

DANS **MÉDECINE DE LA REPRODUCTION** 2022/3 Vol. 24 , PAGES 376 À 381
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 2650-8427

DOI 10.1684/mte.2023.0914

Date de mise en ligne : 07/10/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-medecine-de-la-reproduction-2022-3-page-376?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Autoconservation sociétale des ovocytes : ouverture de la loi en France

Elective oocyte cryoconservation or social egg freezing: opening of the law in France

Nathalie Massin

Service de gynécologie-obstétrique et reproduction, hôpital intercommunal de Créteil, France

<docmassin@gmail.com>

Résumé : depuis la loi de bioéthique d'août 2021, la préservation de la fertilité féminine non médicale est autorisée en France, et prise en charge par la sécurité sociale, entre le 29^e et le 37^e anniversaire. Son indication est de prévenir le déclin de la fertilité

lié à l'âge, chez des femmes qui souhaitent attendre, pour des raisons professionnelles ou pour trouver le partenaire avec lequel fonder leur famille. Son efficacité dépend de l'âge et du nombre d'ovocytes conservés. En 2022, sa mise en œuvre peine à se mettre en route en raison d'un accès limité.

Mots clés : autoconservation ovocytaire, préservation de la fertilité non médicale, vitrification ovocytaire, Loi de bioéthique, femmes célibataires, fertilité

Abstract: Elective female fertility preservation is authorized in France since 2021, August. Oocyte

cryopreservation to prevent age fertility declined can be performed from 29 to 37 years old and is reimbursed by social security. Mostly, women are single and wait for their career or for a partner to build their family. Its success rate depends on age and number of cryopreserved oocytes. Due to limited number of authorized centres, accessibility for women is poor in 2022.

Key words: social egg freezing, elective/planned fertility preservation, oocyte vitrification, single women, family building, bioethics and Law

L'autoconservation ovocytaire a été rendue possible par les avancées technologiques en assistance médicale à la procréation (AMP), en particulier l'apparition de la vitrification. En France, l'inscription par l'Agence de la biomédecine (ABM) de la vitrification des gamètes, zygotes et embryons sur la liste des techniques autorisées [1] date de 2011. La vitrification des ovocytes est la méthode de choix de préservation de la fertilité pour raison médicale, permettant de garder une autonomie pour la femme, comparée à la conservation des embryons. La loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a introduit le droit pour une personne de conserver pour son propre usage ses gamètes, ovocytes ou spermatozoïdes, pour raisons non médicales. Dans le même texte, a été entérinée la suppression du dispositif (ouvert par la loi de bioéthique de 2011, et fixé par arrêté en 2015) permettant à un donneur de gamètes de conserver, pour son utilisation personnelle, une petite partie des gamètes prélevés pour le don, ce qui a été

jugé à juste titre « médicalement et éthiquement inacceptable » [2], car introduisant une contrepartie au don. Cependant, cette pratique visant à pallier le manque de donneuses a permis de recruter un plus grand nombre de donneuses d'ovocytes (+38 % entre 2015 et 2016 [3] et +58 % entre 2016 et 2019 [4]), montrant par là même le souhait des femmes de pouvoir accéder à la possibilité de conserver leurs ovocytes. La vitrification ovocytaire est déjà pratiquée depuis 1999 par de nombreux pays. Nous ne disposons pas d'information directe sur les femmes françaises se rendant à l'étranger pour l'AMP en général et pour l'autoconservation ovocytaire en particulier [5].

Autoconservation ovocytaire non médicale : pour qui ?

Autoconservation sociétale ou de conve-nance, préservation de la fertilité sans indication médicale, sans motif médical, ou, en anglais,

Médecine
de la **Reproduction**

Tirés à part : N. Massin

Pour citer cet article : Massin N. Autoconservation sociétale des ovocytes : ouverture de la loi en France. *Médecine de la Reproduction* 2023 ; 24(3) : 376-381. doi : 10.1684/mte.2023.0914

social egg freezing, elective ou planned oocyte cryopreservation... ces termes omettent en fait la réalité de cette demande, mieux représentée par l'usage de *oocyte cryopreservation for age-fertility loss* utilisé par le groupe Éthique et loi de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) [6]. De fait, l'autoconservation peut permettre aux personnes, en particulier les femmes, d'éviter de renoncer à leur projet de maternité avec leurs propres gamètes quand celui-ci ne peut être mis en œuvre dans un délai (*i.e.* âge) raisonnable. On sait à quel point les chances de conception sont liées à l'âge. Dans nos sociétés modernes, le projet d'enfant ne cesse de reculer en âge (30,9 ans l'âge moyen à la maternité en France en 2021 [7]) mais également par choix : moins d'enfants souhaités avec baisse constante de l'indicateur conjoncturel de fécondité (1,8 en 2021 [8]) et de personne sans enfant par choix *no kid generation* ou pour des raisons écologiques « génération Greta Thunberg ». La consommation de traitement d'AMP augmente d'année en année au niveau mondial. En France également, en particulier chez les femmes de 34 ans et plus [9] alors qu'en parallèle le taux de natalité ne cesse de baisser depuis 15 ans [10]. Le recul de l'âge à la maternité est un des facteurs majeurs d'infertilité et de risque de rester sans enfant. Après 40 ans les chances de conception naturelles et en AMP sont très nettement diminuées. Si les femmes qui commencent leur projet de conception à 35 ans ont 15 % de risque de rester sans enfants, celles qui le débute à 40 ans sont une sur trois à rester sans enfant, même avec l'aide de l'AMP [11]. Exception faite du don d'ovocytes, l'AMP ne répare qu'une très faible part du déclin de la fertilité lié à l'âge. Après 42 ans, les chances de conception en AMP peuvent être considérées comme « futiles » (2,9 % [12]) et les femmes sont le plus souvent orientées vers le don d'ovocytes. Demande de don d'ovocyte à cet âge qui est le plus souvent refusé en France du fait des délais de don en rapport avec le déficit de donneuses. Les raisons de ce recul de l'âge à la maternité sont multiples : précarité des jeunes, sentiment de jeunesse prolongée, études plus longues et, facteur souvent mésestimé, la présence et/ou la volonté du partenaire. En particulier pour les femmes de niveau socio-économique élevé, le plus souvent restée sur le schéma marital archaïque du couple avec un homme plus âgé et de niveau socio-économique plus élevé [13]. Toutes les études montrent que la première raison pour les femmes d'envisager la conservation ovocytaire est l'absence de

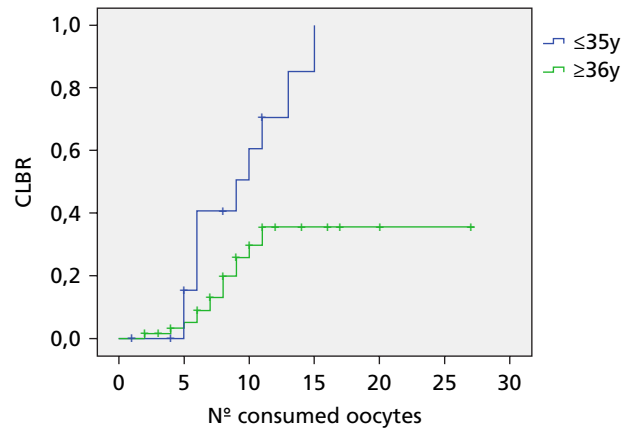
partenaire [13], et que celles-ci ont un niveau économique plus élevé [14]. Dans ce contexte, l'autoconservation apparaît comme une solution pour repousser l'âge de la maternité et optimiser ses chances de conception. L'alternative, de plus en plus fréquemment recherchée, et, on l'a vu en France avec les demandes suite à l'ouverture de l'AMP aux femmes non mariées, est le projet parental avec don de sperme. Lors des débats à l'Assemblée nationale avant la promulgation de la loi, certains ont fait état que l'autorisation de l'autoconservation ovocytaire risquait d'institutionnaliser le recul de l'âge à la conception et ont montré du doigt les grosses entreprises américaines proposant la prise en charge de l'autoconservation au profit de la réalisation de la carrière [15]. C'est probablement nié le principe de liberté et d'autonomie des femmes qui s'émancipent avec de profondes modifications sociétales. Quoi qu'il en soit, la loi française interdit toute participation financière de l'employeur à l'autoconservation ovocytaire.

Quel âge pour l'autoconservation ovocytaire non médicale ?

Le décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021, article R.2141-37, a fixé les conditions d'âge requises pour bénéficier de l'autoconservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP. Celles-ci sont fixées pour le prélèvement d'ovocytes à compter du 29^e et jusqu'au 37^e anniversaire. Ce choix a été fait sur la base des bénéfices attendus de l'utilisation des ovocytes cryoconservés. D'après Cobo *et al.* [16, 17], les chances d'obtenir une naissance vivante sont fortement corrélées au nombre d'ovocytes conservés et à l'âge au moment de l'autoconservation, avec une baisse significative après 35 ans (*figure 1*). Selon les pays et les centres, l'âge moyen des femmes réalisant une autoconservation ovocytaire se situe entre 36 et 38 ans reflétant le choix des femmes de préserver leurs chances de conception avant le déclin plus important des chances naturelles [18]. Globalement, le taux d'utilisation des ovocytes cryoconservés est très faible (entre 6 % [19] et 20 % [20]). La présence du partenaire joue un rôle prépondérant dans le choix de réutilisation des gamètes, 84 % ne souhaitant pas une grossesse sans partenaire et finalement 34 % utilisant du sperme de donneur quelques années plus tard [20]. Et quand le partenaire est trouvé, 70 % des

Figure 1.

CLBR according to age (≤ 35 vs ≥ 36) and N° oocytes consumed



≤ 35 years old		≥ 36 years old	
N°oocytes	CLBR (IC95%)	N°oocytes	CLBR (95% CI)
5	15,4 (-4.2-35.0)	5	5,1 (-0.6-10.7)
8	40,8 (13.2-68.4)	8	19,9 (8.7-31.1)
9	50,6 (31.6-79.6)	9	25,8 (12.7-38.9)
10	60,5 (34.5-89.5)	10	29,7 (15.2-34.2)
15	85,2 (60.5-100)	15	35,6 (18.4-52.8)

Chance cumulée de naissance vivante selon le nombre d'ovocytes utilisés et selon l'âge < 35 ans ou > 36 ans [16]. *Fertility and Sterility* 2016 105755-764.e8DOI: (10.1016/j.fertnstert.2015.11.027)
Copyright © 2016 American Society for Reproductive Medicine Terms and Conditions

femmes ayant conservé leurs ovocytes conçoivent naturellement [21]. L'autoconservation ovocytaire doit donc faire face à un double écueil : plus l'autoconservation est réalisée tôt, meilleures sont les chances de conception, et plus jeune est l'âge du recueil, moindres sont les chances de devoir ensuite avoir recours aux ovocytes conservés [22]. Les femmes doivent être conseillées selon leur situation de vie sur le meilleur moment pour envisager éventuellement une autoconservation ovocytaire, en expliquant que celle-ci ne garantit en rien une naissance [23], mais l'injonction à concevoir sans tarder pour une femme célibataire après 35 ans est très anxiogène. Il pourrait être proposé aux femmes sans projet de conception immédiat à partir de 29-30 ans de faire un point sur leur projet de vie et un éventuel désir parental. La proposition d'une évaluation de la réserve ovarienne pourrait permettre d'adapter le conseil

à donner sur l'autoconservation ovocytaire, celle-ci étant un facteur majeur du nombre d'ovocytes pouvant être cryoconservés. Si celle-ci est normale, l'autoconservation pourrait être repoussée au plus tard dans la 35^e année compte tenu des chances de succès [17]. Le taux de naissance est dépendant du nombre d'ovocytes conservés avec un plateau à 10-15 ovocytes et 85 % de naissance pour une autoconservation à 35 ans ou avant. Le taux d'utilisation était de 9,3 % dans cette étude [16]. Le recueil d'ovocytes doit donc être précédé d'un entretien d'information rappelant l'influence de l'âge sur la fécondité naturelle, les chances de naissances jamais garanties et variant selon l'âge et le nombre d'ovocytes conservés, ainsi que le taux d'utilisation, afin de ne pas nourrir d'espoirs infondés [6]. Par ailleurs, selon la réponse ovarienne à la stimulation, plusieurs cycles de ponction peuvent être nécessaires pour obtenir

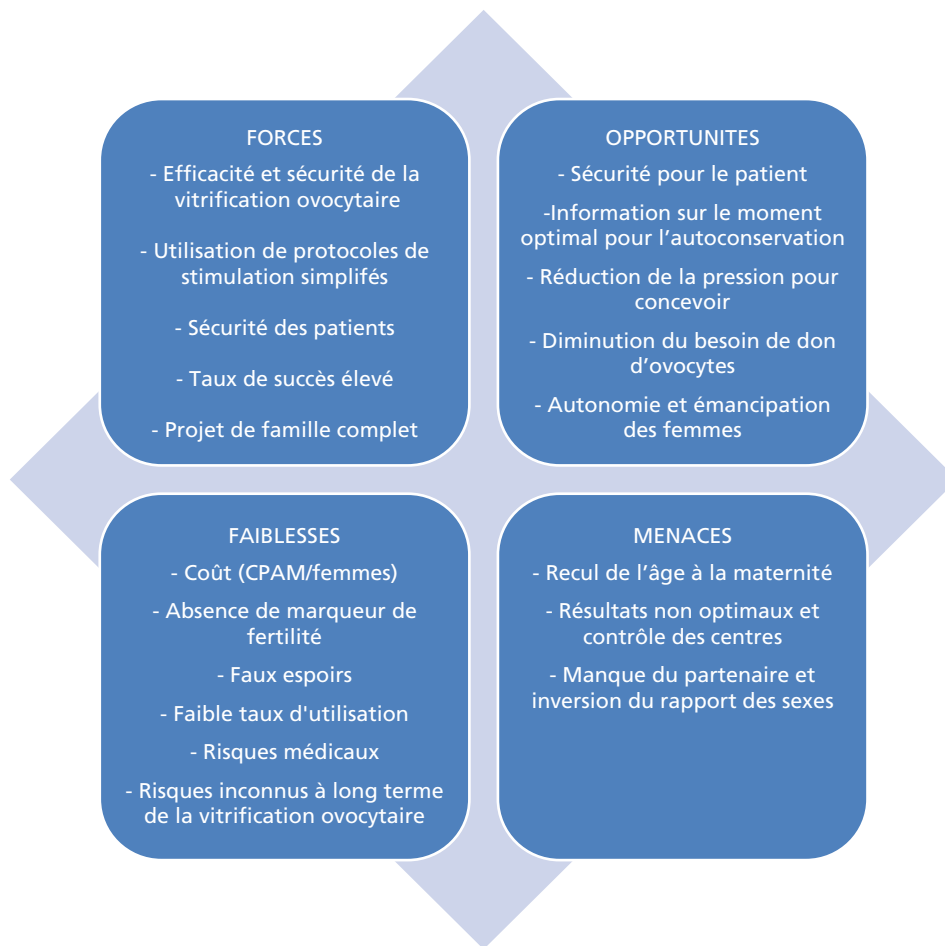
le nombre requis d'ovocytes. Enfin, ces ovocytes doivent être utilisés dans les limites légales autorisées pour le transfert embryonnaire, avant le 45^e anniversaire. Les ovocytes non utilisés peuvent faire l'objet d'un don, d'un don à la science ou être détruits.

Centres autorisés et modalités de prise en charge en France

En France, les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales ont été fixées par le décret n° 2021-

1933 du 20 décembre 2021, assorties d'une mesure transitoire en attendant l'ouverture du schéma régional de l'offre de soin (Sros) en juin 2023. Seuls les établissements publics de santé et les établissements à but non lucratif peuvent pratiquer l'autoconservation ovocytaire non médicale. Dans la mesure transitoire, 41 centres sont actuellement autorisés, il s'agit des centres qui détiennent l'autorisation de préservation de la fertilité médicale et/ou du don d'ovocytes, à l'exclusion des centres privés. C'est l'Académie de médecine qui a introduit de ses propres mots la « non-malfaisance » : « *Pour éviter la malfaisance liée aux insuffisances d'équipement et/ou aux démarches mercantiles, seuls devraient être autorisés les centres publics à but non lucratifs,*

Figure 2.



Analyse SWOT adaptée de [26].

offrant toutes les garanties techniques de succès de conservation des ovocytes » [2]. Cette exclusion de facto des centres privés à participer à l'autoconservation ovocytaire est totalement inique, les mêmes règles de contrôle des actes et de leur évaluation s'appliquant à tous les établissements de santé quel que soit leur statut. Le secteur privé participe à la préservation de la fertilité médicale et au risque viral avec la même qualité que le secteur public, et *a contrario*, l'activité privée pour l'autoconservation ovocytaire non médicale dans les centres publics n'est pas interdite. Cette situation, entraîne un embouteillage des centres publics qui doivent par ailleurs faire face à l'augmentation majeure du nombre de patients avec les nouvelles demandes, de couples de femmes et de femmes seules. De plus, cette interdiction limite l'accès à l'autoconservation ovocytaire d'un certain nombre de femmes sur le territoire français avec une inégalité d'accès au soin selon les régions. Les frais afférents aux traitements initiaux et au prélèvement de gamètes sont pris en charge dans les conditions de droit commun par la sécurité sociale, les frais de conservation des gamètes demeurant à la charge de la personne.

En conclusion

L'ouverture avec la loi de bioéthique de 2021 à l'autoconservation ovocytaire pour des femmes non infertiles souhaitant prévenir le déclin de la fertilité lié à l'âge, est une avancée sociétale certaine. Cette option permet de lever en partie la pression mise sur les femmes pour trouver un partenaire et concevoir avant 35 ans. Pour autant, le meilleur conseil à transmettre reste que la meilleure chance d'accéder à son désir parental est par conception naturelle avant 35 ans, ce qui est une information encore souvent méconnue [24]. L'autoconservation ovocytaire augmente l'autonomie reproductive des femmes mais pas leur liberté reproductive pour le groupe des femmes à haut niveau économique, qui en l'absence de partenaire se voit obligées de s'orienter faire un projet de femme seule ou un autre projet de vie sans enfant [13]. Diminuer le célibat chez ces femmes ou favoriser un projet parental plus précoce relève d'éléments plus sociétaux que médicaux, en particulier l'éducation des jeunes, les aides et l'ouverture de la place des jeunes parents dans l'entreprise. La promotion de l'information auprès des hommes ne doit pas être oubliée [25].

Pour conclure, une analyse SWOT adaptée de Gil-Arribas *et al.* [26] est présentée par la figure 2.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Procédés et techniques d'AMP – Agence de la biomédecine, 6 avril 2022. <https://www.agence-biomedecine.fr/Procedes-et-techniques-d-AMP> [consulté le 9 juillet 2022].
2. Milliez J, Adolphe M, Bergoignan-Esper C, et al. La conservation des ovocytes. *Bull Acad Nat Méd* 2017 ; 201 : 549-603.
3. Agence de la biomédecine. *Le rapport annuel médical et scientifique 2016*, 2018. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/accueil.htm> [consulté le 9 juillet 2022].
4. Agence de la biomédecine. *Le rapport annuel et le rapport médical et scientifique 2020*, 14 septembre 2021. <https://www.agence-biomedecine.fr/Le-rapport-annuel-et-le-rapport-medical-et-scientifique-2020-sont-en-ligne> [consulté le 9 juillet 2022].
5. Rozée V, Shenfield F, Massart P, et al. O-079 Cross-border reproductive care from France: an original digital survey to measure this phenomenon. *Hum Reprod* 2022; 37: deac104.093.
6. ESHRE Task Force on Ethics and Law, Dondorp W, de Wert G, et al. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Hum Reprod* 2012; 27: 1231–37.
7. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee, 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390> [consulté le 9 juillet 2022].
8. Indicateur conjoncturel de fécondité | Insee, 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381388> [consulté le 9 juillet 2022].
9. Ben Messaoud K, Bouyer J, de La Rochebrochard E, Infertility treatment in France, 2008–2017: a challenge of growing treatment needs at older ages. *Am J Public Health* 2020 ; 110 : 1418-20.
10. Naissances et taux de natalité | Insee, 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380> [consulté le 9 juillet 2022].
11. Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? a model assessment. *Hum Reprod* 2004; 19: 1548-53.
12. National Summary Report, 2022. https://www.sartcorsonline.com/rptCSR_PublicMultYear.aspx?reportingYear=2020#patient-cumulative [consulté le 9 juillet 2022].
13. Pennings G. Elective egg freezing and women's emancipation. *Reprod BioMed Online* 2021; 42: 1053-55.

Téléchargé le 23/07/2026 sur <https://strumairm.inist.fr> (IP: 216.73.217.65)

-
14. Yee S, Lipton NJ, Fu V, *et al.* Planned oocyte cryopreservation: outcomes, motivations, and involvement of primary health care providers. *J Women's Health (Larchmt)* 2022; 31: 285-92.
15. Yeshua AS, Abittan B, Bar-El L, *et al.* Employer-based insurance coverage increases utilization of planned oocyte cryopreservation. *J Assist Reprod Genet* 2022; 39: 1393-97.
16. Cobo A, García-Velasco JA, Coello A, *et al.* Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation. *Fertil Steril* 2016; 105: 755-64.e8.
17. Cobo A, García-Velasco JA, Remohí J, *et al.* Oocyte vitrification for fertility preservation for both medical and nonmedical reasons. *Fertil Steril* 2021; 115: 1091-101.
18. Yee S, Goodman CV, Fu V, *et al.* Parenthood desire, childbearing plans and oocyte utilization among women who previously underwent planned oocyte cryopreservation. *Reprod BioMed Online* 2021; 42: 442-50.
19. Hammarberg K, Kirkman M, Pritchard N, *et al.* Reproductive experiences of women who cryopreserved oocytes for non-medical reasons. *Hum Reprod* 2017; 32: 575-81.
20. Tsafir A, Holzer H, Miron-Shatz T, *et al.* "Why have women not returned to use their frozen oocytes?": a 5-year follow-up of women after planned oocyte cryopreservation. *Reprod BioMed Online* 2021; 43: 1137-45.
21. Wafi A, Nekkebroeck J, Blockeel C, *et al.* A follow-up survey on the reproductive intentions and experiences of women undergoing planned oocyte cryopreservation. *Reprod BioMed Online* 2020; 40: 207-14.
22. Jackson E, "Social" egg freezing and the UK's statutory storage time limits. *J Med Ethics* 2016; 42: 738-41.
23. The ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation, Anderson RA, Amant F, *et al.* ESHRE guideline: female fertility preservation. *Human Reprod Open* 2020; 2020: hoaa052.
24. Hammarberg K, Setter T, Norman RJ, *et al.* Knowledge about factors that influence fertility among Australians of reproductive age: a population-based survey. *Fertil Steril* 2013; 99: 502-7.
25. Pearson L, Holton S, McLachlan R, *et al.* Australian men's fertility information seeking attitudes and behaviour: a qualitative investigation. *Sex Reprod Healthc* 2021; 29: 100621.
26. Gil-Arribas E, Blockeel C, Pennings G, *et al.*, Oocyte vitrification for elective fertility preservation: a SWOT analysis. *Reprod BioMed Online* 2022; 44: 1005-14.