



Dr Agathe Guérain

Assistante

Service de Biologie de la Reproduction et CECOS

---

# **Préservation de fertilité féminine non médicale : enjeux éthiques**

## 1 Préservation de la fertilité (PF) féminine non médicale : définition et cadre légal

### ❑ PF FÉMININE

= Ensemble des techniques permettant de conserver des gamètes ou du tissu ovarien en vue d'une utilisation ultérieure

→ Autorisée en France en 2011 : indications médicales

### **PF non médicale = PF « sociétale »**

= Congélation d'ovocytes **sans indication médicale**

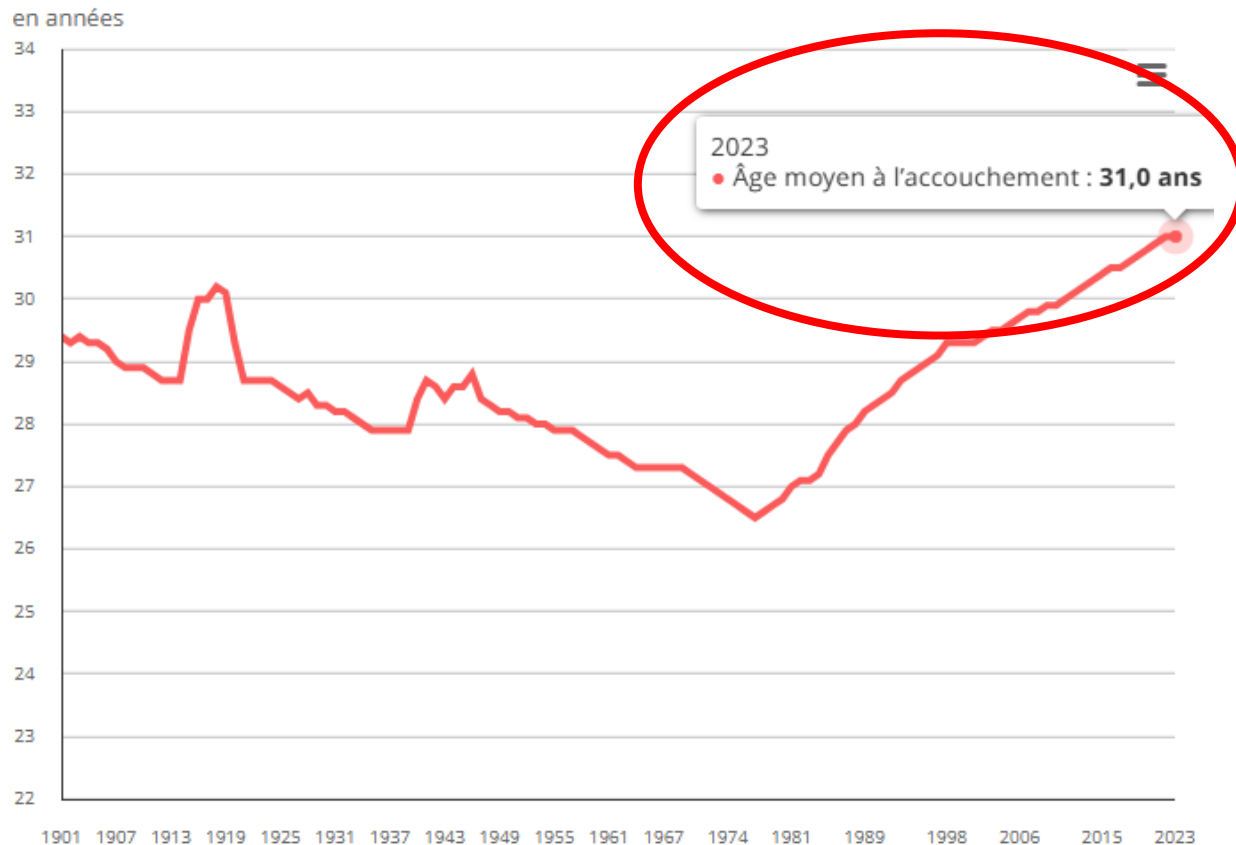
- Autorisation → Révision loi de bioéthique du **2 août 2021**
- Ponction ovocytaire → **29<sup>e</sup> au 37<sup>e</sup> anniversaire**
- Utilisation des ovocytes → Jusqu'au 45<sup>e</sup> anniversaire
- **47** centres autorisés en France (secteur public +++)



## 2 Préservation de la fertilité (PF) féminine non médicale : contexte

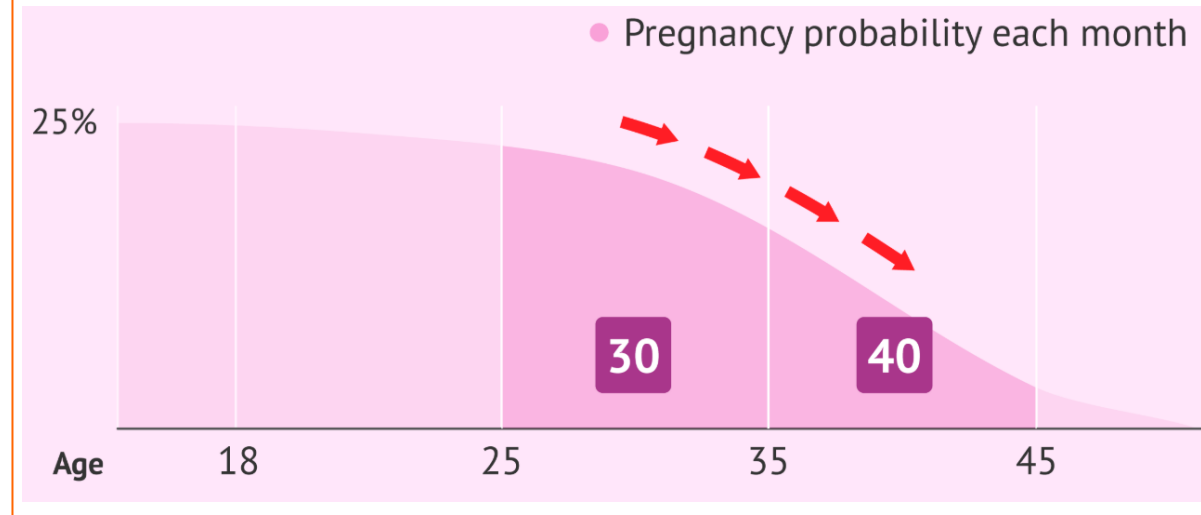
- En réponse aux évolutions sociétales actuelles  
= **Tendance des femmes à retarder leur projet parental**  
→ En France, âge moyen à l'accouchement > 30 ans

Figure 1 - Âge moyen des mères à l'accouchement depuis 1901



Répercussions sur la fertilité du recul de l'âge de la maternité

- **Vieillesse ovarien**  
= √ Nombre + √ Qualité des ovocytes  
⇒ **Majoration du risque d'infécondité**



Mesure préventive face au déclin physiologique de la fertilité lié à l'âge

3 Préservation de la fertilité (PF) féminine non médicale : tendance

**Demande forte et en hausse constante**



Délai moyen de prise en charge : 13 mois au niveau national en 2024

**Enjeu majeur en santé reproductive → Intérêt croissant et légitime**

## 4 Qu'est-ce que l'éthique ?

## Science de la morale



- Réflexion raisonnée sur ce qui est **juste**, **bon** et **souhaitable** dans nos actions  
→ Aide à déterminer la conduite la plus responsable dans un contexte donné

*L'éthique, c'est l'art de bien décider quand plusieurs choix sont possibles, et qu'aucun n'est parfait*

### En santé → **Vise à équilibrer quatre principes fondamentaux**

(Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1979)

- Autonomie** : Respecter la liberté et le choix du patient
- Bienfaisance** : Chercher à faire le bien pour le patient
- Non-malfaisance** : Ne pas nuire au patient
- Justice** : Assurer l'équité d'accès et la répartition juste des ressources

## 5 PF féminine non médicale : Progrès ou nouvelles questions éthiques ?

- Présentée comme un progrès en matière d'autonomie et d'égalité
- ➔ **Mais soulève de nombreuses questions éthiques...**
- La décision est-elle réellement libre, ou influencée par des normes sociales, familiales ou professionnelles ?
- L'accès à cette technique favorise-t-il l'autonomie ou crée-t-il une dépendance à la biomédecine ?
- Est-il éthiquement acceptable d'exposer des femmes jeunes, en bonne santé, à une procédure invasive pour un bénéfice incertain ?
- La balance bénéfices/risques est-elle raisonnable quand les chances réelles d'obtenir une grossesse restent limitées ?
- La préservation ovocytaire encourage-t-elle malgré elle une nouvelle norme : *“il faut préserver sa fertilité”* ?
- Peut-on parler d'égalité si seules certaines femmes (niveau socio-économique, cadre professionnel) peuvent en bénéficier ?
- La médecine doit-elle répondre à un désir sociétal (retarder la maternité) qui n'est pas lié à une pathologie ?
- La “liberté reproductive” conférée par la congélation ne crée-t-elle pas une illusion de maîtrise totale du temps biologique ?
- Quel rôle doit jouer la société dans l'encadrement de cette pratique (information, financement, régulation) ?
- ...

**Comment concilier liberté individuelle, égalité d'accès et responsabilité collective face à la médicalisation d'un choix de vie ?**

## 1 Autonomie et liberté individuelle

Droit à disposer de son corps et de sa fertilité

### ❑ Vécue comme un **outil d'autonomie reproductive**

= Possibilité de procréer au moment souhaité, indépendamment du vieillissement ovocytaire (« *Je décide quand je serai mère* »)

- Motivations multiples au report du projet parental :
  - Absence de partenaire stable
  - Etudes longues
  - Précarité professionnelle

➔ **Donner du temps pour construire un projet parental stable et compatible avec études, emploi et vie personnelle**

### ➤ Une autonomie réelle ?

- **Autonomie partielle** → Dépendance à un partenaire masculin / gamètes masculins pour une fécondation
- **Autonomie relative** → Absence de garantie quant au succès du projet parental

## Congeler ses ovocytes pour une grossesse plus tardive

Paris Match | Publié le 09/01/2019 à 01h00 | Mis à jour le 09/01/2019 à 09h45

Marine Dumeurger



Vanessa est en couple depuis 5 mois. Son ami Louis, l'a accompagnée. « *La fertilité baisse à partir de 35 ans et c'est une bonne façon d'y remédier* », complète-t-il.

A ce jour, ils n'envisagent pas encore d'avoir des enfants, peut-être plus tard ; leur relation est trop récente. D'autant que Louis travaille à Nouméa et ne doit pas rentrer en France avant plusieurs mois.

« *Je n'ai pas envie de faire un enfant parce que le temps presse, argumente Vanessa, pragmatique. **Vitrifier mes ovocytes, c'est une façon de me laisser le choix.** Je peux ainsi vivre mon couple pleinement, sans me mettre la pression.* »

**Liberté de choix, respect de l'autonomie**

## ➤ Le choix est-il réellement libre ?

### • Nouvelle forme de pression sociale ?

- Valorisation de la liberté reproductive par la société
- Mais émergence d'une nouvelle injonction :  
*“préserver sa fertilité pour ne pas le regretter plus tard”*
  - ➔ **Injonction paradoxale** : un choix présenté comme libre... mais potentiellement contraint

Vitrifier ses ovocytes avant 35 ans augmente de 40 % le taux de réussite de la FIV



### • Pression sociale implicite à devoir procréer ?

- Offre de préservation de fertilité proposée à des jeunes femmes en bonne santé
- Procédure contraignante, parfois en décalage avec leurs priorités réelle (études, emploi, logement, vie affective...)
- Forte probabilité de conception spontanée à cet âge
- ➔ **Risque que cette offre entretienne l'idée d'un « devoir de procréer »**, créant un fossé entre projet de vie personnel et pression sociale

### • Nouvelle forme de contrôle social ?

- Survalorisation de la performance et de la disponibilité attendues au travail
- Risque que la possibilité de procréer au moment souhaité soit remise en cause pour des impératifs professionnels
- Financement de l'autoconservation par certaines entreprises (USA) : report encouragé de la maternité
- ➔ « Liberté de choix » qui peut aussi constituer une **pression implicite à retarder la maternité**

## 2 Bienfaisance et non-malfaisance

### ➤ Intérêt réel de l'acte ?

L'acte médical doit viser le bien du patient, tout en évitant de lui nuire

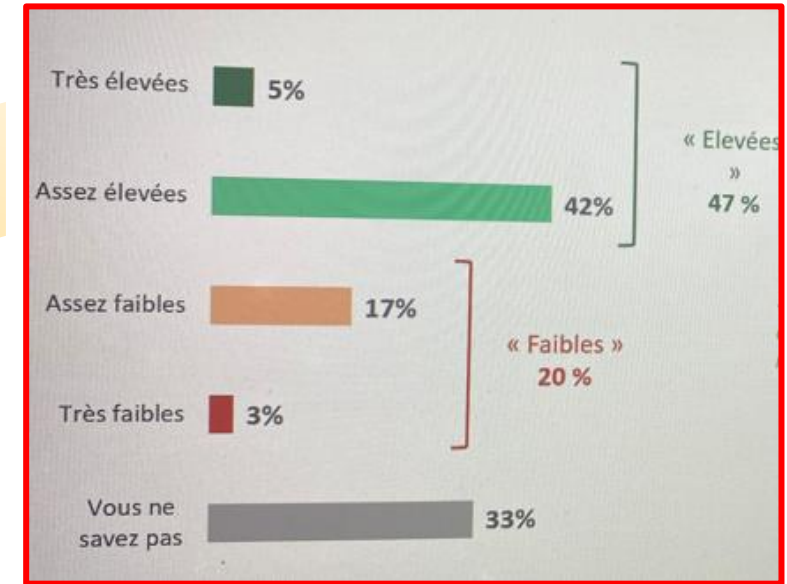
- Acte réalisé **sans indication médicale** → Repose sur un projet hypothétique
- ➔ **Efficacité incertaine et non garantie !**
- Taux de succès variables selon l'âge au moment de la congélation
- Taux de naissances modestes

### • **Illusion de maîtrise ?**

- Image médiatique très positive : « *Je décide quand je serai mère* »
- ➔ Représentation d'un contrôle total sur la fertilité
- ➔ **Risque de croire que l'autoconservation « garantit » une future grossesse (“assurance fertilité”)**
- ➔ Peut entretenir de **faux espoirs / Illusion de succès**

### • **Risques disproportionnés ?**

- Procédure de stimulation et de ponction physiquement contraignante
- Charge psychique et logistique
- **Effets indésirables rares mais réels, et potentiellement graves** (HSO, risque infectieux, risque hémorragique...)



### Kirubarajan, 2024

- 27 études
- 13 724 femmes, 17 418 cycles
- 9 –14 oocytes par femme en moyenne
- 10,8% des femmes reviennent pour les utiliser
- Taux survie ovocytes à la décongélation 81,4%
- 1,693 cycles de transferts d'embryons (13 études)
- Taux d'implantation moyen de 44.4% (6 études)
- Taux de naissances vivantes par femme revenue pour les utiliser 28.9% (575 naissances /1 989 femmes)
- Taux de naissance vivante par ovocyte ayant survécu à la décongélation: 3.13% (485/15,487, 9 studies)

## 3 Justice et équité

Assurer l'équité d'accès aux soins et la répartition juste des ressources

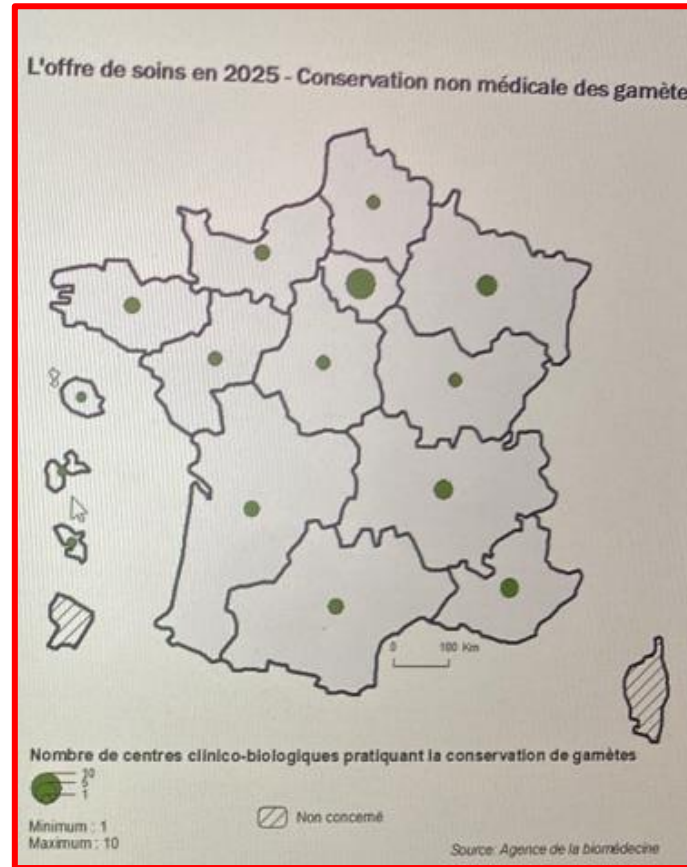
### ➤ Accès réellement équitable ?

#### • Inégalités sociales

→ Femmes les plus favorisées sur les plans économique et culturel semblent davantage en mesure d'accéder à ce parcours

#### • Disparités territoriales

→ Centres autorisés inégalement répartis  
→ Information variable selon les régions



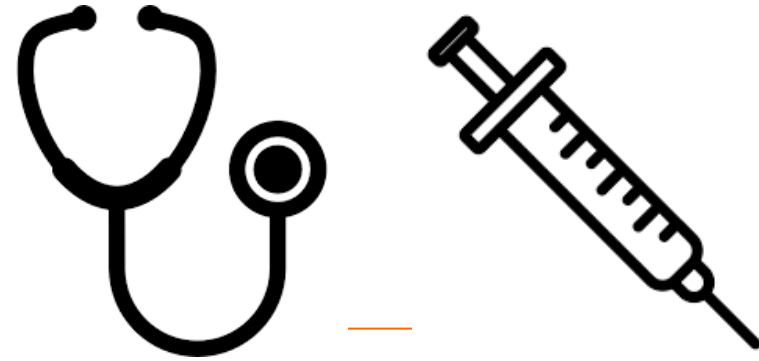
➔ **Risque d'un accès réservé aux femmes les mieux informées, les mieux dotées ou issues de milieux favorisés**

Or liberté reproductive = nécessite la **possibilité réelle de choisir...**

	Population interrogée (n = 200)
<b>Age au moment de la congélation, médiane [Q1-Q3] (ans)</b>	Moyenne : 34,5 Médiane [Q1-Q3] : 35 ans [34-36]
<b>CSP*, n (%)</b>	
• Agriculteurs exploitants	0 (0,0)
• Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	8 (4)
• <b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	<b>112 (56)</b>
• Professions intermédiaires	40 (20)
• Employés	16 (8)
• Ouvriers	0 (0,0)
• Autres personnes sans activité professionnelle	6 (3)
• NR***	18 (9)
<b>Nombre d'ovocytes congelés, médiane [Q1-Q3]</b>	Moyenne : 10,66 Médiane [Q1-Q3] : 10 [7-13,25]

## 4 Médicalisation du social

### ➤ Jusqu'où va le soin ?



- **Médicalisation d'un choix de vie**

- **Réponse médicale à un problème social**, non à une pathologie

- Redéfinition des frontières entre soin et confort

- La médecine devient acteur de la norme en proposant une solution technique à une contrainte sociale

- Frontière éthique fragile : le rôle du médecin est-il d'accompagner un souhait individuel, ou de préserver la santé ?

- **Risque de banalisation**

- L'offre peut faire émerger l'idée que "toutes les femmes devraient préserver"

- **Risque de légitimer la contrainte sociale** qu'elle prétend compenser

- Sens de la démarche médicale ?

## 5 Conséquences collectives : conséquences médico-économiques

### • Coût élevé pour la collectivité

- Analyses biologiques, stimulation, ponction, vitrification, stockage → **≈ 3000 €** par cycle : PEC 100%
- Taux de réutilisation faible (MA à l'étranger ≈ 10%)
- **Pertinence au vu du rapport "coût-efficacité" ?**
- ☞ *Ben-Rafael (2018)* : Serait rentable si réutilisation > 50%...



### • Risque de tension sur le système de santé

- Mobilisation de ressources médicales et biologiques importantes (personnels, créneaux de blocs, ressources des laboratoires d'AMP)
- **Risque de tension avec l'AMP médicale si ressources limitées**

### • Marchandisation potentielle du corps féminin

- Développement du secteur privé
- **Risque d'une valorisation économique du corps féminin**
- Risque de transformer la fertilité en capital biologique

### • Impact sociétal

- Transformation possible des normes : âge de la maternité, confiance excessive dans la technique
- Message implicite : **la solution serait technologique plutôt que sociétale** (conciliation études/emploi)

## Une pratique éthiquement défendable... sous conditions

- **Un choix réellement libre = un choix éclairé**

- Information **loyale, claire, honnête** et **complète** de la part de l'ensemble des professionnels de santé
- Importance d'un **consentement éclairé**, sans minimiser les limites, pour éviter les faux espoirs
- Liberté reproductive n'est réelle que lorsque la patiente comprend les limites de la technique
  - Chances réelles de succès selon l'âge
  - Succès conditionné au nombre d'ovocytes (dépendance AMH / CFA)
  - Limites temporelles d'utilisation
  - Risques médicaux et organisationnels

- **Informer sans promettre & Accompagner sans tromper**

- **Soutenir leur projet, sans surmédicaliser ni créer d'attentes irréalistes**
- Proposer une démarche **utile** et **proportionnée**
  - Transparence des statistiques du centre : taux de survie ovocytaire, TNV par âge/ovocytes
  - Données réalistes à transmettre (TNV global modéré)
  - Eviter l'illusion de maîtrise entretenue par les médias
  - Éviter l'« assurance trompeuse » : probabilités concrètes et personnalisées
  - Importance d'un accompagnement pluridisciplinaire

Outil utile, JAMAIS UNE ASSURANCE TOUS-RISQUES  
 Plus tôt et suffisamment d'ovocytes → chances réelles, MAIS JAMAIS GARANTIES

# Formidable progrès technologique mais un défi éthique majeur !

ETHIQUEMENT DÉFENDABLE ET ACCEPTABLE SI :

- **Information loyale et personnalisée**
- **Consentement libre et éclairé** (sans pressions)
- **Accompagnement responsable**
- **Proportionnalité des moyens et équité d'accès**
- **Vigilance contre la marchandisation et la banalisation**
- **Préserver la liberté sans créer d'injonction** (ne dois pas devenir une contrainte sociale déguisée)

*“Préserver sa fertilité, est-ce un acte d'autonomie ou le symptôme d'une société qui ne laisse plus de place au temps de vivre ?”*

## REFERENCES

- LOI N° 2021-1017 Du 2 Août 2021 Relative à La Bioéthique (1); 2021.
- Décret N° 2021-1243 Du 28 Septembre 2021 Fixant Les Conditions d'organisation et de Prise En Charge Des Parcours d'assistance Médicale à La Procréation; 2021.
- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8608134>
- Avis n° 126 (15 juin 2017) Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP)
- Avis 129 « Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019 »
- <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/fin-des-gametes-anonymes-les-personnes-nees-par-procreation-medicalement>
- <https://www.revuegenesis.fr/lautoconservation-ovocytaire-en-france-2-ans-apres-la-loi-de-bioethique>
- Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1979
- [Agence de la biomédecine - Du don à la vie](#)
- INFAVOUROFFREEZINGEGGSFORNON-MEDICALREASONS BioethicsISSN0269-9702(print);1467-8519(online) doi:10.1111/j.1467-8519.2008.00679.x Volume23Number12009pp47–58
- Ben-Rafael, Z. The Dilemma of Social Oocyte Freezing: Usage Rate Is Too Low to Make It Cost-Effective. *Reprod. Biomed. Online* 2018, 37 (4), 443–448. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.06.024>.
- Kirubarajan, A.; Patel, P.; Thangavelu, N.; Salim, S.; Sadeghi, Y.; Yeretsian, T.; Sierra, S. Return Rates and Pregnancy Outcomes after Oocyte Preservation for Planned Fertility Delay: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Fertility and Sterility* 2024, 122 (5), 902–917. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.06.025>.

**Merci pour  
votre  
attention**

