

# Assistance médicale à la procréation chez la femme célibataire

C. Decanter

La loi de bioéthique régissant l'assistance médicale à la procréation (AMP) en France précise la nécessité d'être en couple, composé d'un homme et d'une femme, et de faire valoir un problème d'infertilité attesté médicalement pour pouvoir bénéficier de la mise en œuvre des procédures. Cependant, ce contexte légal n'exclut pas le désir de maternité actuel ou futur des patientes célibataires. Deux situations peuvent être distinguées dans ce contexte :

- la patiente célibataire souhaitant une grossesse hors projet conjugal nécessitant le recours aux inséminations avec sperme de donneur ;
- la patiente célibataire souhaitant préserver sa fertilité dans l'attente d'une situation conjugale future permettant la structuration d'un projet parental.

Si cette dernière situation peut se concevoir dans le cadre législatif français, la première nécessitera de solliciter les équipes européennes voisines autorisant ces pratiques.

## Le désir d'enfant hors projet conjugal

Peu d'études concernent ce projet spécifique car, en réalité, même dans les pays autorisés, les demandes sont peu nombreuses, parfois même difficilement chiffrables. Bien souvent en effet, ces études confondent les patientes célibataires sans conjoint avec les patientes homosexuelles, ce qui introduit un biais évident dans l'interprétation des résultats. L'accès à l'AMP des femmes célibataires est source de nombreuses contro-

verses. Néanmoins, les sociétés savantes américaines et européennes ont chacune rédigé des rapports officiels incitant à la bienveillance dans l'examen des demandes [1, 2].

## Contexte légal en Europe

L'esprit de la loi française est de se « caler » sur les structures naturelles de la parentalité : le couple doit donc être composé d'un homme et d'une femme, vivants, en âge de procréer, avec une infertilité avérée médicalement. La loi française reste ainsi attachée au cadre familial traditionnel, revendique une AMP aidante à la procréation naturelle et non pas source d'alternatives « contre-nature » à la procréation. La prise en charge totale des frais par l'assurance maladie n'est sans doute pas étrangère à cette immobilité juridique et culturelle.

D'autres pays européens, à l'instar des États-Unis, ont choisi d'assumer l'artificialité des techniques et d'accepter que l'AMP soit utilisée y compris à des fins de parentalités naturellement impossibles [1, 2]. C'est le cas de la Belgique, l'Espagne, la Grèce, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, le Luxembourg, la Lettonie et l'Estonie. Dans la plupart de ces pays, les demandeurs participent pour tout ou partie aux frais engagés. Pour autant, l'accès à ces modes de procréation « atypiques » ne constitue pas un droit : en 2011, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a rejeté la requête de deux couples autrichiens demandeurs de don de sperme, l'Autriche étant avec l'Allemagne l'un des pays d'Europe les plus restrictifs pour l'AMP, estimant qu'un État ne viole pas l'article 8 de la CEDH relative aux droits et au respect de la vie privée,

en ne légalisant pas la procréation artificielle avec don de gamètes [3]. À l'inverse, en 2008, la cour suprême de Californie condamne le refus par certains médecins d'accéder à une demande de don de sperme chez des patientes homosexuelles pour des raisons religieuses accusant ceux-ci de discrimination contraire à la loi de l'État [1, 4].

## Le débat

Deux types d'objections sont avancés de manière récurrente : la première est d'ordre déontologique reposant sur l'absence d'indication médicale et le contexte « contre-nature » de ce type de parentalité ; la seconde est plutôt d'ordre conséquentiel avec un souci du bien-être psychologique et affectif de ces enfants conçus et éduqués en l'absence de figure paternelle et de toute forme de conjugalité. Il existe une littérature abondante concernant les troubles psychologiques plus fréquents des enfants élevés par une mère célibataire. Néanmoins, l'ensemble de ces études concerne des cas de divorces et de veuvages, les mères sont bien souvent isolées, parfois dépressives et souvent avec des problèmes socio-économiques. Golombok et Badger ont assuré le suivi prospectif d'enfants âgés de 6 à 18 ans de 42 femmes ayant conçu sans conjoint et les ont comparés à ceux de couples homosexuels ou traditionnels [5]. Aucune différence significative n'est mise en évidence, suggérant que la sérénité du foyer au moment de la conception et durant l'éducation reste l'élément fondamental de l'équilibre de l'enfant. Par ailleurs, les résultats rassurants des nombreuses études de suivi d'enfants de familles homosexuelles sont souvent avancés pour défendre l'accès aux inséminations des femmes célibataires. Il faut également noter que dans de nombreux pays, l'accès aux inséminations dans ce contexte impose des tests psychologiques préalables et... des moyens économiques conséquents !

## Préservation de la fertilité chez la femme célibataire : du cancer à l'assistance médicale à la procréation du futur

Les techniques de préservation de la fertilité féminine se sont considérablement développées ces

dernières années avec, notamment, l'amélioration de la congélation ovocytaire par vitrification. En France, l'indication principale du recours à ces techniques est représentée par l'oncologie. Pourtant, la loi française permet d'aller bien plus loin dans les champs de réflexion, ouvrant ainsi la porte à une nouvelle AMP.

## Le contexte légal

Avant de juger le caractère trop restrictif d'une loi, il convient d'étudier l'ensemble des possibilités offertes par celle-ci. La loi de bioéthique française (2004 et 2011) prévoit qu'« en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée ». Par essence, toute femme voit sa fertilité « prématurément altérée », à tout le moins par rapport à celle de l'homme. Ainsi, le contexte légal français, souvent décrié concernant l'autoconservation des ovocytes, s'avère bien plus permissif qu'annoncé. Par conséquent, la proposition de congélation des ovocytes peut se concevoir, au même titre d'ailleurs que l'autoconservation de sperme, au-delà des seuls traitements gonadotoxiques, dans les situations de mise en différé du projet de grossesse pour raison médicale et de risque de voir réduite la fenêtre physiologique de conception : pathologies ovariennes bénignes, altérations de la réserve folliculaire... Aux États-Unis, les femmes sont libres de congeler leurs ovocytes pour des raisons non médicales et cette indication représente 65 % des demandes de congélation [6]. Dans la majorité des pays européens, les droits sont identiques. Dans la plupart des cas, la procédure est à la charge du patient.

## Le débat

En France, le débat est troublé principalement du fait d'un problème sémantique : l'idée d'une préservation de type sociétale, dite « de convenance » prévaut sur l'ensemble des arguments médicaux pouvant faire s'exercer la préservation de la fertilité féminine dans l'esprit de notre loi de bioéthique [7, 8]. La frontière entre le sociétal et le médical est en effet extrêmement ténue et relève de l'appréciation de chacun : une femme

célibataire peut choisir de faire réaliser son bilan de réserve ovarienne et, si celui-ci montre une réserve jugée inférieure à celle d'une population témoin du même âge, se voir autorisée à préserver sa fertilité pour raison médicale. Par ailleurs, nombreux sont les arguments médicaux allégués par les sociétés savantes américaines et européennes pour en quelque sorte faire entrer l'autoconservation d'ovocytes dans le champ de la médecine préventive [9–11]. D'autres vont même jusqu'à comparer le coût médico-économique d'une FIV après 38 ans chez une femme avec diminution de la réserve ovarienne *versus* une FIV utilisant les ovocytes de la même patiente mais recueillis 8 ans plus tôt [12] ! La Société américaine de médecine de la reproduction incite à la prudence concernant l'autoconservation d'ovocytes en vue de fertilité future de peur d'être pourvoyeurs de faux espoirs; en effet, dans les pays où cette pratique est autorisée, l'immense majorité des femmes y ayant recours ont plus de 38 ans, faisant augurer de chances de conception très faibles [10]. Les recommandations les plus récentes prônent une congélation idéalement avant 35 ans voire 32 ans [10, 11]. En effet, de récentes études, réalisées en Espagne et en Italie, estiment que les chances de grossesse ne seront « satisfaisantes » (40 à 50 % si l'on a obtenu des embryons après la décongélation des ovocytes) qu'à la condition de disposer d'au moins huit ovocytes matures et d'avoir moins de 38 ans [13]. Les recommandations européennes attirent l'attention sur le caractère préventif d'une future infertilité. L'autoconservation d'ovocytes chez les patientes jeunes à risque d'infertilité future éviterait le recours au don d'ovocytes dont les problèmes éthiques sont au moins aussi importants que ceux davantage décriés de la congélation ovocytaire chez la femme célibataire [11], mais aussi les pathologies chromosomiques liées à l'âge [14]. Il est intéressant de constater que le dernier avis de l'ESHRE, très positif et convaincant, était pourtant négatif et dissuasif en 2004. Le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) s'est prononcé en faveur de la congélation ovocytaire pour raisons non médicales en prenant soin de préciser qu'il est impératif de réaliser cette autoconservation avant 35 ans et d'envisager la ré-utilisation des gamètes conservés avant 43 ans pour éviter

les risques inhérents aux grossesses tardives. La fédération nationale des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) juge le débat prématuré et la demande non pertinente à ce jour. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) n'a pas encore rendu son avis officiel mais poursuit la réflexion. Sans aucun doute et encore une fois, le problème de la prise en charge par l'assurance maladie posera problème dans l'avancée des débats. Et pourtant, les choses pourraient être simples : les patientes ayant une preuve médicale de risque d'infertilité future pourraient se voir remboursées des procédures. Quant aux patientes avec réserve ovarienne normale qui souhaiteraient quand même accéder à l'autoconservation d'ovocytes, elles se verraient payer l'intégralité du processus. Reste à définir qui prendra en charge la ré-utilisation des gamètes décongelés en FIV...

## Conclusion

La demande d'AMP chez la femme célibataire dans les deux configurations précitées se doit d'être accueillie et traitée par le corps médical bien sûr mais aussi par la société avec bienveillance. L'évolution des recommandations européennes et américaines atteste de la légitimité du débat et de la mouvance sociétale qui nourrit celui-ci. L'accès aux techniques de préservation de la fertilité chez la femme célibataire se doit d'être élargi pour, à terme, diminuer la demande de dons d'ovocytes et, par conséquent, le tourisme procréatif mais aussi la demande d'enfant sans conjoint.

## Références

- [1] Ethics Committee of American Society for reproductive medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons : a committee opinion. *Fertil Steril* 2013; 100 : 1524–7.
- [2] De Wert G, Dondorp W, Shenfield F, et al. ESHRE task force on Ethics and Laws 23 : medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Human reprod* 2014; 29 : 1859–65.
- [3] CEDH, grande chambre, 03/11/2011. SH. Autriche, requête n° 57813/00.
- [4] North Coast Women's care Medical Group. *Benitez v*, 44 cal th 1145 (2008).

- [5] Golombok S, Badger S. Children raised in mother-headed families from infancy : a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod* 2010; 25 : 150–7.
- [6] Rudick B, Opper N, Paulson R, et al. The status of oocyte cryopreservation in the United States. *Fertil Steril* 2010; 94 : 2642–6.
- [7] Belaisch-Allart J, Brzakowski M, Chouraqui A, et al. Social egg freezing : which problems? *Gynecol Obstet Fertil* 2013; 41 : 518–20.
- [8] Belaisch-Allart J. "Societal" assisted reproductive technology : why so scared? *Gynecol Obstet Fertil* 2014; 42 : 557–8.
- [9] Practice Committees of American Society of Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. Mature oocyte cryopreservation : a guideline. *Fertil Steril* 2013; 99 : 37–43.
- [10] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynaecologic Practice, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Female age-related fertility decline. *Obstet Gynecol* 2014; 123 : 719–21. Committee opinion n° 589.
- [11] ESHRE Task Force on Ethics and Law, Dondorp W, de Wert G, et al. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Human Reproduction* 2012; 27 : 1231–7.
- [12] Hirshfeld-Cytron J, Grobman WA, Milad MP. Fertility preservation for social indications : a cost-based decision analysis. *Fertil Steril* 2012; 97 : 665–70.
- [13] Rienzi L, Cobo A, Paffoni A, et al. Consistent and predictable delivery rates after oocyte vitrification : an observational longitudinal cohort multicentric study. *Hum Reprod* 2012; 27 : 1606–12.
- [14] Shkedi-Rafid S, Hashiloni-Dolev Y. Egg freezing for age-related fertility decline : preventive medicine or a further medicalization of reproduction? Analyzing the new Israeli policy. *Fertil Steril* 2011; 96 : 291–4.