

Manifeste des Médecins et Biologistes de la Reproduction

Nous, médecins, biologistes, reconnaissons avoir aidé, accompagné certains couples ou femmes célibataires dans leur projet d'enfant dont la réalisation n'est pas possible en France. Nous faisons référence ici à quatre situations que nous rencontrons fréquemment en médecine de la reproduction.

1. Le don d'ovocytes

Le désir d'enfant, surtout lorsqu'il est tardif, peut bénéficier du recours au don d'ovocytes. Le système en vigueur dans notre pays ne permet pas de répondre à la demande (pas assez de donneuses) et de très nombreux couples se tournent alors vers l'étranger. Nous regrettons que la totalité des mesures qui permettraient de développer le don d'ovocytes en France ne soient pas prises (possibilité d'une campagne d'information locale et non pas uniquement nationale par chaque centre, participation de tous les centres publics ou privés, dédommagement et prise en charge correcte des donneuses, création de personnel dédié à l'information sur des dons de gamètes...).

Nous souhaitons développer le don d'ovocytes en France dans un cadre de non commercialisation des éléments du corps humain, ayant conscience que les nombreuses propositions qui sont faites à l'étranger ont trop souvent un aspect mercantile auquel nos patientes ne peuvent que se plier.

L'incohérence de la situation est que la Sécurité sociale rembourse, sous certaines conditions, une partie des frais engagés à l'étranger, même s'ils comportent une indemnisation de la donneuse, qui n'est pas autorisée dans notre pays.

2. L'analyse génétique de l'embryon avant transfert utérin dans des situations à risques élevés d'anomalies embryonnaires.

D'une façon générale, plus de 60 % des embryons que nous transférons ont des anomalies génétiques graves ou sont non viables. Dans des situations particulières, ce pourcentage est encore plus élevé et aboutit à une répétition d'échecs d'implantations, à des fausses couches ou à des anomalies chromosomiques qui vont être détectées lors du dépistage anténatal et peuvent conduire à des douloureuses interruptions thérapeutiques de grossesses. Ces fréquentes anomalies rendent inutiles nombre de transferts ou de congélations embryonnaires ; ces échecs prévisibles sont sources de déception, de complications et d'une multiplication de prises en charge coûteuses et sans bénéfice.

Connaître le statut chromosomique de l'embryon par la technique du diagnostic préimplantatoire (DPI) dans des situations à risques reconnues est devenu courant dans de nombreux pays limitrophes (Belgique, Grande-Bretagne, Italie, Espagne) et constitue une règle de bonne pratique médicale que nous ne pouvons appliquer.

La position de notre pays est **incohérente**, puisque l'analyse du risque chromosomique fœtal est autorisée aux femmes enceintes qui le souhaitent après quelques semaines de grossesse, dans le cadre du dépistage anténatal, alors que ce même examen reste interdit par prélèvement d'une cellule de l'embryon avant qu'il soit transféré dans l'utérus. Quelle est la justification de ces positions contradictoires selon l'âge de l'embryon ?

3. L'autoconservation ovocytaire

ne peut être pratiquée en France que si la femme présente une pathologie à risque pour sa fertilité (chimiothérapie pour cancer, voire endométriose) ou si elle souhaite donner une partie de ses ovocytes. En revanche, une autoconservation ovocytaire préventive alors que la fertilité est encore satisfaisante, mais sans projet de grossesse immédiat, est interdite, alors qu'elle est possible en Espagne, Belgique, Grande-Bretagne, etc. Que cette pratique soit accompagnée, mesurée et encadrée est plus que

souhaitable, mais le principe d'une interdiction ne nous semble pas fondé. D'autant qu'il y a pour les hommes l'autoconservation de sperme en paillettes qui peut être réalisée sur simple ordonnance dans tout laboratoire de ville agréé, autre **incohérence**.

4. **Le don de sperme pour une femme célibataire**, sans préjuger de son mode relationnel actuel ou futur, homo- ou hétérosexuel, est une autre interdiction qui nous paraît devoir être levée, puisqu'une femme célibataire est reconnue dans ses droits pour élever ou adopter un enfant.

A côté de ces **incohérences** les plus criantes pour lesquelles nous réaffirmons notre engagement à aider notre patientèle, d'autres sujets de procréation médicalement assistée nécessitent la poursuite de la réflexion. Nous proposons la création d'un véritable « plan contre l'infertilité » comme il existe d'autres plans nationaux tels que « Vaincre le cancer », « La maladie d'Alzheimer », etc. Ceci est plus que nécessaire dans la mesure où 15 % de la population en âge de procréer consulte, que cela a un coût financier collectif, un coût physique et psychique à l'échelle individuelle.

Ce « plan contre l'infertilité » permettrait de développer une prévention de l'infertilité qui fait cruellement défaut. Il viserait à informer sur l'effet inexorable de l'âge, mais aussi sur les conséquences qu'ont les comportements alimentaires favorisant le surpoids, les addictions (tabac, alcool, drogue) ou encore l'environnement polluant délétère dont il faut apprendre à se protéger. Ce plan de lutte contre l'infertilité permettrait de réduire les **incohérences** actuelles et de définir les objectifs prioritaires en tenant compte de leur financement et en s'appuyant sur le progrès des connaissances scientifiques, tout en respectant deux principes éthiques fondamentaux:

- la non-commercialisation du corps humain
- et le refus du risque d'utiliser ou d'aliéner une autre personne, adulte ou enfant, à son profit, quelle que soit sa situation.