



AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

- JANVIER 2015 -

Plan de l'avis :

Formulation du questionnaire.	Page 1
Présentation de la situation et contour du questionnaire.	
Contexte de questionnaire.	Page 2
Arguments relatifs aux techniques.	Page 3
Quelques éléments légaux et juridiques.	Page 3
Information et suivi.	Page 3
Analyse et arguments.	
Urgence et temporalité(s).	Page 4
Une idée de potentiel ?	Page 4
« Nouveauté » du questionnaire ?	Page 5
Le besoin de statistiques du médecin/ le projet singulier de la patiente.	Page 6
Sous l'angle de la prise en charge hommes/femmes.	Page 7
Une comparaison non légitime.	Page 8
Conclusion	Page 9

FORMULATION DU QUESTIONNEMENT :

La congélation ovocytaire est un processus dont la mise au point ne s'est accomplie que très récemment (2011) et qui pourrait remplacer avantageusement la congélation d'embryons dans l'optique de la préservation de la fertilité. Toutefois, un médecin chargé d'en faire la proposition saisit la commission consultative de l'EEHU parce qu'il ressent un certain « malaise » : d'une part au regard du manque de recul vis-à-vis de cette nouvelle technique de congélation ovocytaire ; d'autre part parce que la congélation embryonnaire préserve la fertilité d'un couple alors que la congélation ovocytaire préserve la fertilité individuelle.

Quels sont les enjeux éthiques et les critères de choix entre la congélation ovocytaire ou embryonnaire pour la préservation de la fertilité des femmes atteintes de cancer se présentant en situation de couple ?

Doit-on encore proposer (voire accepter) la congélation embryonnaire comme technique de préservation aux patientes qui sont en couple au moment du diagnostic de cancer alors que le principe de congélation ovocytaire (appelé vitrification) a été reconnu récemment comme efficace et sans risque ?

PRESENTATION DE LA SITUATION ET CONTOUR DU QUESTIONNEMENT.

Contexte de questionnement :

Environ 12 femmes de moins de 35 ans atteintes de cancer et allant bénéficier d'une chimiothérapie potentiellement stérilisante sont adressées mensuellement aux consultations de préservation de la fertilité. Dans ce cadre, plusieurs cas de figure se présentent au médecin : d'une part, le cas des couples avec un projet de grossesse qui essayaient déjà d'avoir un enfant et, d'autre part, le cas des couples sans projet actuel de grossesse (couples récents, couples sans désir parental). Le demandeur explique qu'il « est *indispensable de clarifier la situation dans le couple, car la décision peut dépendre de la façon de présenter les différentes alternatives. Il est nécessaire d'éclairer les patientes le plus objectivement possible, d'autant plus dans cette situation d'urgence où le médecin est souvent sollicité dans la décision* ». A ce titre, le demandeur se questionne sur le meilleur accompagnement de la patiente qui vient en consultation avec son conjoint dans un contexte de pathologie cancéreuse et d'urgence. Toutefois, sans présager de la solidité du couple notamment au regard de l'épreuve qu'ils vont traverser, le médecin s'adresse d'abord à la patiente, puis au conjoint. Si le médecin expose toujours les faits et possibilités avec clarté, la question se pose pourtant : **Ne pouvant connaître le devenir des couples après le cancer, le demandeur doit-il poursuivre la proposition de congélation d'embryons dans ce contexte d'incertitude ? Faut-il encore proposer la congélation embryonnaire ? Faut-il toujours accepter ce choix de congélation embryonnaire lorsque le couple apparaît catégorique sur celle-ci ?**

Pourtant, il arrive souvent que, pour les couples sans projet de grossesse au moment de la consultation, les patientes demandent une congélation embryonnaire comme pour prouver leur amour à leur conjoint. Il est également à noter que ces patientes doivent rester en couple avec le même partenaire (et le prouver) pour que les embryons soient ensuite implantés (les 2 personnes doivent venir ensemble). Un autre élément important pour le demandeur est qu'il n'existe pas aujourd'hui de statistiques relatives à la qualité ovocytaire concernant les patientes cancéreuses. Or l'on pourrait craindre que la fragilité ovocytaire soit plus grande chez les femmes atteintes d'un cancer.

Le problème est lié au contexte de la consultation dans la mesure où le médecin est sollicité pour une patiente et que cette femme vient parfois avec un conjoint plus ou moins « impliqué », plus ou moins « stable » ... Généralement, la femme et l'homme n'appréhendent, ni ne perçoivent les choses, ni ne se projettent de la même manière. La situation peut alors devenir embarrassante et modifier la consultation. Si dans le cadre de la médecine de reproduction classique, le médecin est dans une relation triangulaire avec l'homme et la femme du couple, avec une responsabilité envers les 2 personnes comme s'il y avait 2 patients, dans le contexte de la prise en charge de la femme atteinte d'un cancer, il n'y a qu'une patiente ; mais cette patiente ne vient pas toujours seule et le médecin ne peut ignorer l'autre personne présente. Un autre cas de figure existe : lorsque la patiente ne vient pas avec un conjoint mais avec sa mère. Dans cette situation, le choix de la congélation ovocytaire est très souvent déjà décidé (est-ce parce que l'oncologue a déjà orienté ce choix ?)¹.

Un dernier élément contextuel s'ajoute : en effet, le demandeur a pu percevoir que la préservation de la fertilité des femmes ne semblait pas soucier, de manière générale, les médecins de la reproduction, y compris les médecins femmes. A l'heure où l'on informait les hommes des techniques de préservation de la fertilité, alors que certains médecins prélevaient (et prélèvent) chez les hommes « plus qu'il ne faut » (dans l'hypothèse d'une autre union), les femmes n'étaient pas informées des techniques efficaces concernant la préservation de leur propre fertilité. Il y a donc une indifférence majoritaire qui n'a pas facilité les prises en charges actuelles.

Ainsi, le questionnement se pose **dans le champ d'un « débordement » de la relation thérapeutique** puisqu'il inclut les différents acteurs que sont non seulement le médecin et la patiente, mais aussi le compagnon (voire la mère dans certains cas).

¹ La question de la congélation ovocytaire pourrait se poser, par ailleurs, pour les femmes homosexuelles (pour lesquelles le choix entre les 2 techniques ne se pose pas) qui auraient le projet d'un recours à l'assistance médicale à la procréation dans un autre pays. Cependant, l'accord de l'Agence de BioMédecine (ABM) est requis pour que les ovocytes franchissent les frontières.

Arguments relatifs aux techniques :

Quels sont les arguments identifiés par le demandeur en faveur de l'une et l'autre technique² ? Si la congélation d'ovocytes n'est plus une procédure expérimentale, elle demeure toutefois toujours en cours d'évaluation. Alors que l'on a un recul par rapport à la technique de congélation embryonnaire (puisque, à ce jour, il y a 30 à 35% de chance d'implantation par embryon *selon les données du demandeur*), il n'existe pas encore le recul et des statistiques fiables concernant la qualité des ovocytes congelés dans ce contexte de cancer, ce qui met le demandeur « mal à l'aise ». Dans la littérature, les seules données disponibles font référence au don d'ovocytes de femmes jeunes et en bonne santé. Par ailleurs, le médecin décèle parfois une dissonance dans le couple, certains hommes sembleraient paniquer quand on parle d'embryon, cela créant un lien artificiel, un lien de contrainte, voire de culpabilité parce qu'ils « ont » des embryons ; il y aurait, pour la femme et l'homme, une personnification de l'embryon qui n'est pas banal dans l'inconscient collectif. L'embryon symboliserait la vie, un but, un projet de vie, un désir (voire un devoir) de vivre - « je dois guérir pour mes embryons », « je leur dois bien ça ». Semble alors se poser une **tension entre l'idée de potentiel représenté par l'embryon d'une part et l'idée de contrainte ou d'engagement artificiel d'autre part** (nous reviendrons sur ce point). Pourtant, en cas de séparation du couple ou de décès du conjoint, les embryons sont inutilisables alors que l'ovocyte reste personnel. Or, une part non négligeable des couples se séparent après un cancer (60% dans une étude relative au cancer du sein *selon les données du demandeur*). Certaines femmes témoignent également s'être senties changées par et après cette épreuve ; elles quittent alors leur conjoint (selon les données d'un observatoire suivant 500 jeunes femmes pré/post cancer, *selon les données du demandeur*). Enfin, de nombreux embryons « sans projet » remplissent les cuves de centres d'Assistance Médicale à la Procréation, il y a peu (voire pas) de destruction et il est demandé de congeler moins d'embryons.

Quelques éléments légaux et juridiques :

Avant la loi de bioéthique³, il y avait des critères établis ouvrant droit à la congélation embryonnaire : le couple devait le couple doit être hétérosexuel, marié ou justifiant d'une communauté de vie d'au moins deux ans. Avec la nouvelle loi, il n'y a plus de critère établi quant à la durée du couple : il revient au médecin d'apprécier les situations ; ce qui est forcément difficile. En termes de statut patrimonial, les embryons appartiennent aux 2 conjoints, seuls décisionnaires du sort de l'embryon, tandis que les ovocytes n'appartiennent qu'à la femme. Les frais de conservation sont pris en charge durant la durée du traitement (durant la prise en charge à 100% du cancer). Il revient ensuite à la patiente de régler les frais de conservation des ovocytes et au couple de régler les frais de conservation des embryons⁴. Une limite d'âge est fixée pour la réutilisation des embryons : 43 ans pour la femme (en référence aux règles de bonnes pratiques).

Information et suivi :

Concernant l'information relative aux différentes techniques, dans un souci de loyauté, même dans les cas de cancer du sein, le médecin explique toutes les différentes techniques puis procède par élimination en disant lesquelles sont possibles ou non. Une fiche regroupant les différents éléments d'informations est remise à la patiente pour qu'elle puisse revoir tout ce qui lui a été dit. On ne dit pas que c'est un nouveau mode de conception car il se peut que malgré les traitements, la conception se fasse naturellement (c'est ce qui est d'abord préconisé). Il est proposé à la patiente d'être suivie par l'observatoire mis en place localement qui est important en termes d'accompagnement⁵.

² Dans les deux techniques, pour éviter l'échec d'*embryonnement*, c'est forcément une Fécondation In Vitro par ICSI (Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes) qui est privilégiée. Ainsi, les embryons, qu'ils aient été conçus d'emblée ou après congélation ovocytaire préalable, seront des embryons « ICSI ».

³ Cf. la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, révisée en 2004 par la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, elle-même révisée par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 dont une des innovations est une nouvelle définition des modalités et des critères permettant d'autoriser les techniques d'assistance médicale à la procréation et d'encadrer leur amélioration.

⁴ En cas d'impayé, à Lille, les embryons ne sont pas détruits (d'autres centres le font). Dans le cas d'un couple qui n'a plus de projet d'enfant, il reste possible de les donner à la science (mais il ne peut être question de don notamment au regard du risque de transmission de cancers génétiques).

⁵ Pour les patientes qui reçoivent des traitements lourds, une étude de l'ovaire est réalisée avant, pendant et après chimiothérapie. Puis le suivi s'échelonne tous les 3 mois les premières années, puis tous les 6 mois, etc. Même lorsque les pronostics sont mauvais, les patientes

Urgence et temporalité(s) :

Un élément contextuel sur lequel il convient d'insister concerne l'urgence de la décision : les oncologues adressent les patientes dans les 48 heures suivant le diagnostic et laissent 2 à 6 semaines selon la pathologie pour préserver la fertilité. La décision doit donc être prise très rapidement.

Dans le choix de la technique, la temporalité est un des paramètres en jeu. En effet, la succession des annonces et des informations se fait très rapidement (annonce du cancer, annonce de la chimiothérapie le lendemain, informations sur les techniques de préservation de la fertilité le surlendemain ...). Cela représente beaucoup d'annonces bouleversantes sans qu'il y ait des temps pour se les approprier. Toutefois, pour le choix de la technique de préservation de la fertilité, est laissé un délai d'un jour à une semaine (variable selon les cas). Il convient donc de **prendre en compte le contexte d'urgence et l'effet de « sidération »**. Les annonces se succèdent, des annonces graves qui surgissent et remettent en question les projets de la patiente. C'est **comme si deux temporalités paradoxales s'imposaient dans un même moment** : « je vais mourir » par l'annonce du cancer qui renforce et rend réelle la finitude (notre condition de vivant fini) et « je pourrai probablement donner la vie » par l'annonce de la préservation de la fertilité.

Dans le contexte de questionnement ainsi décrit (urgence, sidération, paradoxe), qu'en est-il de l'idée de potentiel liée à la personnification de l'embryon chez la femme, en tension avec l'idée de contrainte ou d'engagement artificiel chez l'homme ? Cela constitue-t-il un critère de choix décisif dans la délivrance de l'information ?

Une idée de potentiel ?

Lorsque, dans le cadre de la question du choix de la technique de préservation de la fertilité dans le contexte d'une pathologie cancéreuse et de traitements stérilisants, l'embryon représenterait déjà un enfant pour la femme, il resterait de l'ordre du concept pour l'homme. L'embryon serait un potentiel concret et généralement personnifié par les patientes, pouvant alors être rassurées sur leur fertilité. Certains oncologues témoignent de cet apaisement et de son impact positif sur l'épreuve de la maladie et des traitements.

L'on peut toutefois se demander s'il n'est pas caricatural d'imaginer que les femmes considèrent davantage l'embryon comme un enfant potentiel, contrairement aux hommes pour lesquels il ne serait que conceptuel. D'ailleurs, si certains hommes semblent paniquer à l'idée d'une congélation embryonnaire les engageant, c'est qu'ils « investissent » aussi l'embryon, même si la manière reste probablement différente. Cela a pu être constaté dans des situations en Assistance Médicale à la Procréation, le contexte étant toutefois différent puisqu'il s'agissait de prise en charge d'une infertilité sans qu'il y ait de pathologies cancéreuses. La démarche même de l'homme et de la femme est donc autre, il en va de même pour le parcours de soin.

Pourtant, **en parlant de fertilité (sans même parler des techniques), l'on se situe déjà dans la dimension d'un potentiel**. Et, a contrario, l'ovocyte ne représente-t-il pas plus de potentiel que l'embryon ? En effet, si l'embryon reste celui du couple qui restera uni ou pas, l'ovocyte est celui de la femme. En ce sens, la congélation ovocytaire préserverait le mieux l'individualité. Dans « Les progrès de la congélation d'ovocytes : conséquences sociologiques »⁶, évoquant les avantages de la

viennent pour leur suivi, pour que les choses soient annoncées au conjoint ... La finalité de cet observatoire est à la fois scientifique et humaine, au service de la patiente et pour améliorer les protocoles de soins.

⁶ Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale – Volume 2009 publié le 09.12.2009 (Trente-troisièmes journées nationales) – Collège national des gynécologues et obstétriciens français : « Les progrès de la congélation d'ovocytes : conséquences sociologiques ». F. SHENFIELD (Londres, Grande-Bretagne), UCLH – Reproductive medicine unit, membre du Taskforce Ethics and Law de l'ESHRE et du comité d'éthique de la FIGO.

techniques de la congélation d'ovocytes, F. SHENFIELD écrit : *Dans le cas de la femme atteinte d'un cancer, on estime que son avenir reproductif sera mieux protégé qu'avant la vitrification, mais il en est, comme Natalie Evans, qui n'ont pu en bénéficier. Son cas⁷ n'aurait pas été ainsi médiatisé, ni le système juridique engagé pendant toutes les étapes nationales requises avant d'arriver à cette ultime juridiction, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) de Strasbourg, si elle avait pu vitrifier quelques ovocytes lors de sa FIV initiale. Frappée d'un cancer, son traitement anticancéreux fut suivi d'une stérilisation iatrogénique. Les embryons conçus avec son mari, mais dont elle divorça durant sa chimiothérapie, n'ont pu être transférés dans son utérus lors de sa rémission, faute du consentement de celui-ci qui n'avait plus de projet d'enfant avec elle. Son périple juridique fut largement commenté dans la presse, car elle arguait que « c'était sa seule chance d'être mère génétique ».* Bien évidemment, l'on ne peut faire de ce cas particulier une généralité. Il reste néanmoins éclairant sur l'idée de **destin individuel lié à la congélation ovocytaire** et sur les potentialités qui en découlent.

Pourtant, actuellement, certains centres ne font que de la congélation embryonnaire, disant ne pas maîtriser la congélation ovocytaire et prétextant que celle-ci n'apporte pas de bons résultats. Pourquoi de tels usages ? Est-ce lié à la « nouveauté » du questionnement ? Est-ce lié au besoin de normes et de statistiques ?

« Nouveauté » du questionnement ?

Le choix laissé entre une congélation ovocytaire et une congélation embryonnaire est relativement récent, comme le questionnement qu'il suscite. Auparavant, les questions ne se posaient pas puisqu'il n'y avait pas de technique de conservation ovocytaire. Dans l'avis n°57 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique⁸, l'évolution historique est retracée et l'on peut lire : *La conservation et la congélation de gamètes mâles sont possibles depuis bon nombre d'années. La faculté de congeler des gamètes mâles et de les décongeler ultérieurement signifie que la fertilité masculine peut être contrôlée dans le temps (...). En revanche, la congélation des gamètes femelles était impossible jusqu'à récemment. Toute technique de fertilité portant sur les gamètes femelles était considérée comme expérimentale et avec peu de chance de succès, sauf en cas de gamètes fraîchement prélevées. L'avancée de la technique de la congélation des ovules a permis les mêmes possibilités de conservation des gamètes femelles que des gamètes mâles et soulève de nouvelles questions. On peut aussi lire : Il convient par ailleurs encore de préciser que la congélation d'embryons est possible et appliquée depuis déjà très longtemps. (...) En effet, jusqu'à présent, dans le cadre d'un traitement de procréation médicalement assistée (PMA), étant donné qu'il y avait un avantage pratique à congeler des embryons plutôt que les ovules, des embryons congelés surnuméraires ont été accumulés. La congélation d'ovules présente un avantage, celui d'éviter la congélation d'embryons surnuméraires (...).* Ainsi, l'évolution, la pratique et la maîtrise des différentes techniques génèrent de nouvelles possibilités et des questions qui ne se posaient pas. Mais, dans ce champ de pratique et de questionnement, l'on peut s'intéresser à l'embryon en tant qu'être vivant potentiel, davantage qu'aux êtres avérés à l'origine de cet être, ainsi qu'aux techniques qui le produisent – ce qui déplace le questionnement.

Dans « Les progrès de la congélation d'ovocytes : conséquences sociologiques » déjà cité, reprenant en quelques sortes l'idée de potentiel mais dans un sens différent, l'auteur évoque les dilemmes éthiques relatifs à l'embryon et en fait un argument en faveur de la congélation ovocytaire : *Compte-tenu de la charge émotionnelle et symbolique, renforcée parfois par le droit, il est plus simple de congeler des ovocytes que des embryons, car cela permet en effet de minimiser les questions et dilemmes éthiques concernant le statut de l'embryon⁹ et son avenir après la congélation¹⁰.*

Le contexte légal doit être rappelé, la loi permettant, dans une certaine mesure, à la patiente de choisir entre les deux techniques. L'article L2141-1 du code de la santé publique dispose notamment : *« La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation privilégie les pratiques et procédés qui permettent de limiter le nombre des embryons conservés ».* Il est ainsi possible de lire dans cette disposition une invitation de la loi à privilégier les techniques de conservation de gamètes.

⁷ European court rules against Natalie Evans in frozen embryo case. Bionews 269? March 2006. Bionews@progress.org.uk

⁸ Avis n°57 du 16 décembre 2013 relatif aux aspects éthiques de la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge.

⁹ ESHRE Ethics and Law Taskforce I. Shenfield F, Pennings G, Sureau C, Cohen J, Devroey P, Tarlatzis B. The moral status of pre-implantation embryo. Hum Reprod 2001; 16(5) : 1046-8.

¹⁰ ESHRE Ethics and Law Taskforce I. Shenfield F, Pennings G, Sureau C, Cohen J, Devroey P, Tarlatzis B. The cryopreservation of human embryos. Hum Reprod 2001; 16(5) : 1049-1050.

Par ailleurs, l'article L2141-11 du même code prévoit notamment : « *Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité* ». Si la loi confirme donc que le recueil et la conservation des gamètes est la technique à privilégier, elle n'exclut pas dans ces termes précis la congélation embryonnaire qui peut faire l'objet d'une « réalisation ultérieure » au bénéfice de la patiente concernée ; et la notion « ultérieure » reste indéterminée dans le temps.

Enfin, le contexte de ce questionnement est celui d'une **double affiliation**, celui d'une double tutelle, à la fois **ordinaire et biomédicale**. Les services d'AMP dépendent, en effet, de 2 institutions : à la fois du Conseil de l'Ordre des médecins et de l'Agence de BioMédecine (ABM). Or les démarches éthiques diffèrent selon les institutions : l'une est une éthique de la relation thérapeutique entre un médecin et son patient, l'autre une éthique qui s'inscrit dans un contexte biologique et social. L'on se situe donc dans le cadre d'une éthique de la médecine et d'une éthique pour la médecine. Les repères et objectifs sont donc forcément pluriels. Sont-ils cohérents entre eux et suffisent-ils pour autant à fonder toute décision et à résoudre tout dilemme ? Faut-il également recourir à des statistiques ?

Le besoin de statistiques du médecin / le projet singulier de la patiente.

Pour le médecin demandeur, dans le contexte actuel, il n'y a pas de *gêne éthique* à proposer et accepter une congélation ovocytaire. La source de son questionnement lui semble davantage liée au manque de statistiques. Autrement dit, la patiente décide à partir d'arguments conceptuels. La décision est prise, par conséquent, en fonction du choix de la femme et non selon une évaluation scientifique. Pour autant, les données statistiques évaluant l'utilisation de la congélation ovocytaire dépendraient également de la qualité du sperme. D'où l'interrogation du demandeur : « est-ce qu'en proposant les différentes techniques, je fais bien dans l'intérêt de la patiente ? ». Le besoin de statistiques reste toutefois un besoin de la part du médecin ; il ne correspond pas à un besoin exprimé par les patientes même si l'on peut imaginer qu'elles ne seraient pas désintéressées par ces chiffres.

Pourtant le besoin en statistiques s'apparente à un avatar. En effet, les statistiques concerneront toujours une cohorte de patientes mais jamais exactement la patiente en face du médecin. Dans un article récent paru dans « Ethique, La vie en question »¹¹, on peut lire : « (...) *plus l'étude est de haut niveau (cohorte très pure, question très pointue), plus elle emportera la conviction, mais moins elle donnera de renseignement sur le patient courant qu'on a à prendre en charge* ». **Si les statistiques peuvent être éclairantes d'un point de vue scientifique, elles ne peuvent déterminer à elles seules la décision médicale** qui sera prise pour cette patiente-là. Les statistiques n'exempteront donc jamais le médecin soucieux de sa patiente d'une **réflexion adaptée et chaque fois renouvelée**. Mais cela montre précisément que le médecin ne reste pas indifférent à la patiente et met en exergue l'étendue et le sens de sa responsabilité. La décision médicale ne peut donc être prise que dans le cadre de la relation thérapeutique, dans un contexte de plus ou moins grande **incertitude**. Les paramètres définissant cette incertitude sont variés et certains n'entrent pas dans le champ de responsabilité de la médecine : ce qui est précisément le cas pour la stabilité et l'avenir du couple de la patiente. Et, s'il on peut imaginer que des statistiques intéresseraient certaines patientes, le choix n'est pourtant pas de l'ordre du pourcentage de réussite ; il relève de la conception de la procréation, de l'histoire de la patiente, de la situation dans laquelle elle se trouve. C'est pourquoi **ce questionnement s'inscrit dans la relation : ni les statistiques, ni les principes déontologiques, ni les conceptions bioéthiques ne suffiront pour décider**. Il est du devoir du médecin de faire une proposition qui lui semble adaptée à la patiente, proposition à double dimension : une dimension d'**information** et une dimension de **conseil**. Ne pas le faire revient à laisser la patiente seule ; **la déresponsabilisation devient un écueil possible** pour le médecin. Or le médecin trouve sa place et exerce son rôle dans ces situations d'incertitudes délimitées par un dilemme ; c'est à partir de là que l'on entre en éthique et c'est pourquoi l'on parle d'une éthique inhérente à la médecine, une éthique qui lui est indissociable si elle veut conserver son sens et son essence. A ce sujet, l'article précédemment cité¹² explique : « *qu'il existe un degré d'incertitude irréductible et*

¹¹ et ¹² Article du Dr Robin CREMER intitulé « Face au refus de soin des patients : fragilités théoriques de la médecine et chemin vers une « éthique continue, constructrice de la relation » téléchargeable à partir du lien : <http://eep.u.pem.fr/revue-ethique/>

d'inconnaissable, même dans les situations scientifiques les plus balisées. Cette incertitude est la source d'une liberté qui peut être partagée avec le patient. Cette incertitude est aussi le fondement de la responsabilité médicale puisqu'il en découle que ce n'est pas la science qui prescrit mais bien le médecin ». Dans ce cadre, l'auteur intitule le paragraphe qui suit : *Accepter la nécessité des tensions créatrices pour entrer dans une « éthique continue »*.

Enfin, ne pas disposer à ce jour de statistique permet de poser le débat de la prise en charge homme/femme et d'ouvrir la réflexion sur ce que l'on préserve par ces différentes techniques.

Sous l'angle de la prise en charge hommes/femmes.

Chez l'homme, le problème du nombre de spermatozoïdes ne se pose pas. Chez la femme atteinte d'un cancer, 10 ovocytes sont au mieux prélevés. Ce petit nombre impose un choix entre congélation ovocytaire ou congélation embryonnaire ; les deux ne peuvent être faits. L'on peut donc avoir tendance à pousser les femmes à choisir la congélation ovocytaire pour se prémunir des éventuels problèmes conjugaux, par empathie à la fois pour la femme (dans l'hypothèse où elle se retrouve seule) et pour le conjoint (dans l'hypothèse où il serait contraint car parfois l'homme semble « embarqué » malgré lui dans le choix d'une congélation embryonnaire ; il peut aussi craindre de devenir à l'avenir père d'un orphelin). Mais le discours privilégiant la congélation ovocytaire est forcément différent (il inclut l'idée que l'on aura plus d'expériences en la matière d'ici quelques années, que les techniques d'ICSI seront améliorées, etc.). Aujourd'hui, la constitution de 4 embryons environ est possible à partir de 8 ou 10 ovocytes (congelés par paille d'un ou deux). Mais peut-être que d'ici plusieurs années, avec l'évolution des techniques, il sera possible d'en produire davantage.

Si la maîtrise technique de la préservation de la fertilité masculine n'appelle pas de réflexion éthique, ce n'est pas le cas pour la préservation de la fertilité féminine. En ce sens, il y a donc un déséquilibre hommes/femmes, un **déséquilibre de la réflexion selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme**. On se pose des questions pour les femmes sur un sujet qui ne suscite pas de réflexion pour les hommes notamment pour des raisons techniques : parce que, pour l'homme, la technique est plus simple, parce que le geste n'est pas invasif. Et pour ces mêmes raisons techniques, on ne propose pas à l'homme le choix que l'on propose (et impose ?) à la femme : en effet, proposer une congélation embryonnaire à l'homme reviendrait à engager sa compagne dans une démarche lourde et invasive. Toutefois, par là même, on ne lie pas l'homme à la femme qui est sa compagne au moment de la prise en charge. L'on congèle même plus de gamètes (parce que cela est possible), pour le cas où il y aurait plusieurs unions. Alors que **par le choix même qui est laissé à la femme, on la lie à un homme, son compagnon au moment de la prise en charge**, comme si on lui laissait ce choix-là aussi. L'on peut donc s'interroger sur les représentations qui sous-tendent les pratiques actuelles¹³. En ne proposant que la congélation embryonnaire pour les femmes, on tend à véhiculer des images réductrices de la femme *faite, de toute façon, pour faire des enfants*. D'ailleurs, lorsque la question de la préservation de la fertilité se pose en pédiatrie, les réactions sont différentes pour les garçons et pour les filles¹⁴.

Ainsi, la proposition de la possibilité de la congélation embryonnaire lie d'une certaine manière la femme à un homme, à cet homme qui l'accompagne. Dans cette situation de suite d'annonces graves dans laquelle la patiente est forcément bouleversée et vulnérable, ne la met-on pas alors en condition de donner une certaine dimension à une relation qu'elle n'aurait pas donnée dans un autre contexte ? Cette proposition de choix est-elle légitime ? Le choix n'est-il pas en quelque sorte empoisonné avec un **double risque lié à des conditions techniques et à des conditions conjugales** ? Le malaise vient donc du fait que le médecin ne se trouve pas seulement dans une situation d'incertitude au regard de l'évaluation des techniques et du « pari » lié à la décision médicale, mais qu'il se trouve aussi dans une situation qui dépasse le cadre de la relation thérapeutique, devant prendre une décision en fonction d'un couple. D'ailleurs, donner une fiche d'information déclinant les différentes techniques possibles, dans une optique de transparence (qui reste sincère, cela n'est pas remis en cause), peut pourtant laisser la patiente dans une solitude déroutante. La transparence dit-elle tout ce qu'il y a à dire ?

¹³ Sur un autre plan, le « statut » d'un embryon demeure-t-il le même (lui confère-t-on la même reconnaissance, la même représentation) dans une situation d'infertilité de la femme et dans une situation d'infertilité de l'homme ?

¹⁴ Cf. Avis « Maladies héréditaires gravissimes : permettre la filiation et continuer de propager l'anomalie génétique ? » rendu par la commission consultative de l'EEHU en 2012, avis téléchargeable sur le site <http://www.eehu.fr/>

N'assigne-t-on pas cette femme à avoir un enfant avec cet homme-là ? **Par la congélation embryonnaire, l'on passe d'un projet de maternité à un projet de couple.** Pourtant, dans les cas qui nous sont décrits, il s'agit de prendre en charge une patiente et non un couple-patient (comme en AMP). Par conséquent, doit-on encore proposer la congélation embryonnaire ? Peut-on se passer d'une information complète à son sujet ? Y a-t-il des cas où cette proposition s'impose ?

Une comparaison non légitime

La technique de congélation embryonnaire et la technique de congélation ovocytaire sont deux techniques différentes non seulement du point de vue scientifique, dans leur dimension spécifiquement technique, mais également dans leurs objectifs, dans leur dimension de service aux patientes. **La congélation de gamètes pour permettre la préservation de la fertilité est une congélation de potentiel de procréation, pour la femme comme pour l'homme : c'est un destin individuel qui est préservé.** Si la congélation embryonnaire peut véhiculer une idée de potentiel, elle met aussi la femme dans une situation de dépendance, ce qui n'est pas le cas dans le traitement de l'infertilité masculine (même si ce n'est pas le cas pour des raisons techniques). L'enjeu reste celui du destin individuel qui semble ne pas être envisagé de la même manière, aujourd'hui encore, pour un homme et pour une femme. En ne proposant que la congélation embryonnaire aujourd'hui, on lie une femme à la maternité dans ce couple avec cet homme ; ce qui n'est plus le cas avec la congélation ovocytaire. Une question reprise dans la présentation de l'ouvrage « Corps de la femme et biomédecine – Approche internationale »¹⁵ semble appropriée : *par ses progrès vertigineux, la biomédecine, qui engendre aujourd'hui une extrême médicalisation du corps, libère-t-elle la femme ? N'est-elle pas également un facteur d'aliénation face aux risques d'instrumentalisation du corps ou de ses éléments ?*

Ainsi, l'on ne peut pas proposer la technique de congélation embryonnaire et la congélation ovocytaire comme **deux techniques** comparables car leurs objets et leurs objectifs s'avèrent différents : l'une produit des **embryons** et s'inscrit dans le **projet d'enfant d'un couple** (un projet issu d'une réflexion et d'un désir de couple dans les situations d'AMP classiques), l'autre permet la **préservation de la fertilité d'une patiente** et s'inscrit dans un **destin individuel** : elle préserve la liberté de la patiente. C'est pourquoi l'on peut comparer la technique de congélation d'ovocytes chez la femme à la technique de congélation de spermatozoïdes chez l'homme. **Pour autant, le médecin ne doit pas s'interdire de parler de la congélation embryonnaire, tout comme il peut s'en dispenser.** Cela reste à **décider selon les cas** dans le cadre de la relation thérapeutique. Toutefois, si les deux techniques sont proposées, dans l'information qui est apportée, elles doivent **être présentées comme des méthodes permettant des projets qui ne sont pas équivalents.** Les critères de choix entre les deux techniques ne sont pas des critères d'efficacité (pas seulement) ; par conséquent, si les statistiques apportaient des éléments scientifiques sur le plan des cohortes, elles ne pourraient permettre de trancher au plan individuel. **Il devient alors légitime de réfléchir à ce sujet selon un autre paradigme, avec d'autres repères et d'autres modèles à construire ou à consolider.**

¹⁵ « Corps de la femme et biomédecine – Approche internationale », sous la direction d'Amel AOUIJ-MRAD et Brigitte FEUILLET-LIGER, Editions Bruylant, 2013.

Doit-on encore proposer (voire accepter) la congélation embryonnaire comme technique de préservation aux patientes qui sont en couple au moment du diagnostic de cancer alors que le principe de congélation ovocytaire a été reconnu récemment comme efficace et sans risque ?

L'examen de la commission consultative d'éthique s'est d'abord intéressé au contexte dans lequel s'inscrit ce questionnement et cet avis s'inscrit également dans ce contexte. Dans le cadre de la consultation de préservation de la fertilité pour les patientes jeunes atteintes d'un cancer, la question relative au maintien de la proposition de la congélation embryonnaire se pose dans le champ d'un « débordement » de la relation thérapeutique puisque les acteurs en présence sont non seulement le médecin et sa patiente, mais également le conjoint de cette patiente. L'urgence, l'effet de « sidération » immanquablement généré par la succession des annonces graves et les temporalités paradoxales qui en découlent (la maladie, la finitude, la mort / la procréation, le projet, la vie) s'imposent comme des paramètres à prendre en compte dans l'ajustement de sa posture face à la patiente. Au regard de la mise en pratique récente de la technique de congélation ovocytaire, les statistiques manquent à son évaluation scientifique. Pour autant, la décision du médecin quant aux informations et aux conseils ne se réduit pas à des normes chiffrées car les critères de choix ne relèvent pas (pas uniquement) de l'efficacité. Il convient donc de s'adapter à chaque situation. Le pari est double et doit être pris ensemble, médecin-patient, dans le cadre d'une relation de confiance – cela relève de la responsabilité médicale. Le médecin ne peut pas ne pas tenir compte de la présence du conjoint ni ignorer l'incertitude liée aux conditions et à l'avenir conjugal bien que cela n'entre pas dans son champ de maîtrise. Il ne peut, dans un prétexte de transparence, informer indifféremment des deux techniques puisqu'elles ne sont pas comparables dans leurs objets, objectifs ni dans les projets qu'elles permettent.

Dans l'intérêt de la patiente, la préservation de sa liberté et de son destin individuel semble à privilégier pour ne pas imposer systématiquement un projet de couple et, intrinsèquement, une dépendance de la femme à un homme. Pourtant, tout comme il peut s'en dispenser, le médecin ne doit pas s'interdire de parler de la congélation embryonnaire dans les situations où celle-ci serait pertinente. La difficulté de cet exercice médical s'envisage dans une médecine responsable et créative au service du patient, dans une relation thérapeutique intersubjective indispensable, non stéréotypée mais toujours renouvelée, dont la complexité en fait la richesse et l'intérêt.