# Contribution écrite du GEDO pour la Concertation sur les sujets relatifs à l'Assistance Médicale à la Procréation et propositions d'actions

**Dr Hélène Letur**

**Version finale après commentaires, ajustements et approbation de membres du CA du GEDO : Pr Sophie Catteau-Jonard – Pr Samir Hamamah – Dr Emmanuelle Mathieu d'Argent – Dr Jeanine Ohl – Dr Bénédicte Paillusson**

Pour notre société savante, Groupe d'Etudes pour le Don d'Ovocytes [GEDO], les enjeux et défis à relever en matière d'Assistance Médicale à la Procréation concernent différents aspects de l'exercice du don d'ovocytes et plus généralement de l'infertilité en France en gardant en toute prospective et action l'horizon de préservation de l'Humain.

Plusieurs aspects peuvent être envisagés, mais il nous est apparu souhaitable d'être synthétique à défaut d'être exhaustif.

I. Le point majeur reste à ce jour la question non résolue de l'inadéquation entre l'offre de don d'ovocytes et la demande en France avec les pistes d'amélioration qui ont fait l'objet de notre réflexion et qui ont été par ailleurs présentées à différentes instances dans le cadre de la révision de la Loi relative à la Bioéthique de 2021 et à l'audition effectuée au niveau du Comité National Consultatif d'Ethique en Janvier de cette année 2026.

II. D'autres points sont également cruciaux :
La réalisation dans les meilleures conditions d'accès à l'autoconservation ovocytaire,
La préparation et l'organisation du don secondaire espéré,
Le dépistage génétique des donneuses d'ovocytes,
Et comme partie intégrante de notre ADN la préservation du caractère éminemment humain du don par notamment la prise en compte et l'encadrement des nombreux mouvements psychiques mis en œuvre tant au niveau des receveurs que des donneurs,
Quelques mots également sur la Réception des Ovocytes de la Partenaire.

Nous tenterons d'organiser notre contribution, dans la mesure du possible, selon les chapitres que vous avez pré établis.

# 1/ Parcours donneurs et gestion des stocks de gamètes

## 1. Etat des lieux

L'enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 2011 a évalué la demande annuelle de don d'ovocytes en France entre 2500 et 5000 nouveaux couples et ce sans compter aujourd'hui l'adjonction de nouveaux publics ayant accès à l'AMP.

Le rapport annuel de l'Agence de la Biomédecine (ABM) 2025 révèle en 2024 un nombre d'inscription de 1619 demandeurs et un nombre de transferts embryonnaires de 2183 sachant qu'il peut y avoir dans l'année plusieurs transferts embryonnaires pour le même demandeur. Au 31/12/2023, on objective 2950 demandeurs en attente.

On admet qu'environ 2/3 des demandeurs souhaitent faire appel à des ovocytes hors frontières et s'y résolvent pour les plus fortunés ce qui induit une inégalité d'accès aux soins malgré l'apport du Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE).

L'ovocyte étant le « *nerf de la guerre* », le constat est simple : il nous faut plus d'ovocytes dans un contexte affiché de demande d'autosuffisance d'Etat. L'équation peut se résumer en deux points :

- Plus de donneuses
- Plus de possibilités de prise en charge

La prise en compte de ces deux points est validée par la multiplication par 2.64 des prélèvements ovocytaires entre 2010 et 2023 (356→ 941). Interviennent les rôles respectifs des campagnes d'information et l'augmentation du nombre de centres actifs. Reste à évaluer l'impact de l'arrêté du 14 avril 2022 mettant fin à toute tentative de priorisation même compensée et celui de l'accès aux origines personnelles.

Le but à atteindre est l'optimisation des possibilités d'attribution ovocytaire en un délai d'environ six mois entre la première consultation et cette attribution. En effet, n'oublions pas que la démarche entreprise n'est rien moins qu'un « projet de vie ». Ce délai nécessite responsabilisation et adhésion des demandeurs à leur propre parcours notamment par exemple en réalisation les points d'étape clés sans procrastination.

## 2. Propositions de moyens d'évolution

### Comment recruter davantage de donneuses, comment augmenter l'apport d'ovocytes ?

L'intensification des **campagnes d'information**, surtout avec l'utilisation des réseaux sociaux semble une piste prometteuse avec des influenceuses correctement renseignées. Notre Commission Ethique a conclu en ce sens mais…car il y a un mais, s'il y a bien augmentation de l'information et de l'intérêt pour le don, il reste à trouver **l'élément déclencheur** entre l'intérêt et le passage à l'acte de donner. L'étude Gratuité Reconnaissance dans le parcours de don d'ovocytes [GRDO] actuellement en cours

d'analyse permettra possiblement un éclairage complémentaire : Dans l'équation démarche altruiste intervient l'accroissement de l'estime de soi.

Le **principe de gratuité** dans le don d'ovocytes en France, principe fondateur basé sur la générosité et la non marchandisation des éléments du corps humain et que nous ne contestons nullement, doit-il être repensé pour tenter de motiver davantage de donneuses ? L'enquête GEDO en 2017 dans deux centres parisiens a rappelé que dans l'exercice du don d'ovocytes en France, en raison d'un encadrement strict, il n'y avait pas d'atteinte manifeste à la santé de la donneuse et que 60% d'entre elles souhaitent une reconnaissance sans atteinte au potentiel d'altruisme, soit d'ordre financier sans enrichissement soit, et ce de façon majoritaire, d'une autre nature. Conclusion confirmée par l'étude de Guido Pennings en 2018 : une contribution modeste stimule l'altruisme. L'étude GRDO nous apportera des compléments d'information sur ce point, son potentiel rôle incitatif tout en permettant une comparaison entre les publics de l'hexagone et de l'Outre- Mer.

**L'importation d'ovocytes** soulève les questions inhérentes à cette activité de respect des principes éthiques, de sécurité et traçabilité des dons, de gratuité.

La potentielle « manne » du **don secondaire** : l'enquête menée par J.Ohl et coll. en 2022 montre que 44.5% des femmes souhaitant faire une autoconservation ovocytaire pour raisons non médicales donneraient les ovocytes non utilisés à un tiers. L'enquête ABM menée en 2025 montre que 73% des femmes en parcours ayant effectué cette autoconservation ovocytaire seraient favorables à faire don des ovocytes congelés non utilisés (sans précision de destination) [34% oui, 39 % oui plutôt].

### Comment améliorer les moyens dédiés ou à dédier au don d'ovocytes ?

Quels moyens ?

- Augmentation du **nombre de plateformes** de dons d'ovocytes (29 en 2015→ 36 en 2023) (cf plus haut)
- Mise en place de **services dédiés** avec accueil spécifique et référent

Une **facilitation du parcours** de la donneuse est souhaitée. Elle serait à même de déterminer des femmes réticentes à la démarche pour des raisons organisationnelles : à commencer par un accueil rapide et privilégié, ce qui implique un secrétariat spécifique, accessible, investi et compétent, se poursuivant par une prise en charge dévolue à des équipes de praticiens dédiés à ce domaine d'activité. Les praticiens plébiscitent la création de ces structures dédiées permettant une permanence de l'esprit de ce type de prise en charge, un tuilage efficace pour les nouveaux participants au programme, une meilleure appréhension de l'efficacité et de la sécurité des dons.

- **Participation des centres privés**

La participation des centres privés à l'offre de don n'est pas autorisée en France au motif que ces centres ont une qualité d'exercice tournée vers le profit… ce qui est une généralisation infondée car de nombreux praticiens y exerçant sont conventionnés et prêts

à fonctionner selon les mêmes principes prônés par la Loi Bioéthique (LBE). Ces centres ont la même expérience que les centres publics, réalisent 49.4% des prélèvements ovocytaires pour FIV (2013) et sont susceptibles de solliciter une grande réserve de donneuses. Notre Commission éthique avait conclu que l'activité de don d'ovocytes étant essentiellement clinique, dans une situation d'insuffisance de dons, se priver des centres privés constituerait un « manquement éthique » à l'égalité des chances d'accès aux soins et ce d'autant que le CNSE participe financièrement à l'offre de dons de cliniques privées hors frontières.

- **Financement du don d'ovocytes** et compartiment MIG qui sera développé au chapitre *ad hoc*.

**3. Trois autres points d'importance pour compléter nos propositions**

Sans vouloir revenir sur l'entretien, les examens cliniques et complémentaires effectués lors du parcours de don d'ovocytes, nous souhaitons mettre l'accent sur trois points d'importance :

**a. Le dépistage génétique des donneuses d'ovocytes**

L'arrêté du 05/10/2023 modifiant l'arrêté du 11/04/2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation en sa section IV.1.3 indique qu'au plan génétique doit être réalisé pour le donneur de gamètes une enquête génétique (permettant notamment l'évitement du cumul de facteurs de risque génétique entre donneur et receveur), un caryotype et autant que possible une recherche d'hétérozygotie dans les groupes de population à risque connu de pathologies récessives.

Le GEDO préconise dans ce contexte une détection systématique des hétérozygotes de génopathies récessives sévères (d'autant que l'enquête génétique peut s'avérer négative tant du côté des donneuses de gamètes que de celui du receveur). Cette détection pouvant être réalisée lorsque l'incidence de la maladie est > 1/10 000 naissances (soit une fréquence des hétérozygotes > 1/50). Le même seuil est raisonnable pour les affections récessives liées à l'X. Trois affections se dégagent : la mutation hétérozygote pour la mucoviscidose (fréquence des hétérozygotes 1/33), l'amyotrophie spinale infantile liée au gène SMN1 (fréquence des hétérozygotes 1/35-50) et la mutation Xfra (prévalence des femmes porteuses de prémutation de 1 à 2%). Le GEDO souhaiterait une évolution en ce sens de la LBE et un texte avait été présenté au Parlement lors des débats préliminaires à la LBE en 2021. Ces propositions avaient reçu un avis favorable du Conseil d'Orientation de l'ABM en 2023.

Le décret n°2023-1426 du 30/12/2023 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ne prévoit de dépistage génétique d'un donneur de gamètes que s'il s'agit d'une situation de don « *à un bénéficiaire d'une assistance médicale à la procréation porteur d'une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave dans les conditions fixées à l'article R.1211-28-1)* ».

Le GEDO souhaiterait un éclaircissement concernant les préconisations arrêté de bonnes pratiques / décret et réitère sa demande d'évolution de la LBE pour le dépistage systématique des trois affections précitées.

Nous souhaitons pouvoir disposer :

- d'un référentiel génétique

- de l'appui d'équipes génétiques spécialisées pour les centres de don en lien également avec les équipes de prénatal.

**b. Les entretiens psychologiques**

De nombreuses études ont démontré la fragilisation des receveurs de gamètes (dans le cas de couples hétérosexuels), dans l'annonce de l'infertilité ou des risques de la procréation dans le cas notamment de risque de transmission de pathologies graves, mais aussi en raison du recours au don qui impose une adaptation des chaînes traditionnelles de représentation de la parentalité.

L'expérience clinique, confirmée en première analyse par l'étude GRDO, montre que la démarche de don pour la donneuse d'ovocytes ne saurait être neutre psychologiquement.

Il nous apparaît indispensable pour une prise en charge complète et adaptée de renforcer les équipes de psychologues / psychiatres dédiées à cette activité.

**c. La préparation au don secondaire**

Cette possibilité d'augmentation de l'offre de don nécessite une évaluation de son potentiel réel et porte la réflexion sur sa formalisation, tant sur le plan de la cession que de l'évaluation de la qualité de la cryoconservation mais aussi de la participation à cette offre des centres privés.

## 2/ Fluidification du parcours d'AMP (réduction des délais)

Nous avons proposé plus haut dans cet écrit, la nécessité d'un *département dédié*, avec accueil, secrétariat et équipe spécifiques.

**Un maillage territorial équilibré** avec augmentation des centres (centres publics, privés à but non lucratif, mais aussi participation des centres privés, comme vu plus haut, de façon autonome ou en collaboration à définir avec un centre public ou privé à but non lucratif) favorisant ainsi la proximité et l'accès aux soins.

**Une rationalisation des examens complémentaires de première intention** à réaliser si possible en un temps et sur le même lieu. Le **regroupement des consultations** cliniques, biologiques et psychologiques peut idéalement être réalisé en hospitalisation de jour (HDJ), facteur de limitation de la pénibilité du parcours de don.

Une **co-construction collaborative centres publics/ privés à but non lucratif, privés et médecine de ville** pour la réalisation de certains actes tel le monitorage de l'ovulation dans le but de maximiser proximité et efficience.

## 3/ Réponse à la demande d'autoconservation sociétale (non médicale) ovocytaire

La réponse à la demande d'autoconservation ovocytaire pour des motifs non médicaux passe nécessairement par une augmentation du nombre de centres susceptibles d'accueillir la demande, qu'ils soient publics ou privés adhérents aux critères de réalisation, l'antériorité et le savoir – faire en AMP étant identiques.

Elle nécessite également un renforcement des équipes, un agrandissement des locaux de conservation et/ou la création d'une centralisation.

En sus, les centres ayant reçu cette autorisation devraient s'engager à un pourcentage plancher de prise en charge de patientes demandant une autoconservation ovocytaire au sein de leurs autres activités.

## 4/ Financement de l'AMP clinique et biologique, y compris des centres de don et des consultations de génétique pout l'AMP

Il conviendrait de repenser **le financement du don d'ovocytes et le compartiment MIG**. Si cette dotation au service du don d'ovocytes est conséquente et bienvenue, l'épine irritative reste l'attribution des fonds versés pour l'amélioration de la prise en charge et la fluidification des parcours des publics concernés, au service qui les a générés. Leur attribution, bien que théoriquement fléchée est souvent allouée à des départements ayant un meilleur coefficient de rentabilité. Les praticiens du don se sentent « mal aimés », « dévalorisés », considérés comme non suffisamment quantitativement productifs, et surtout « non récompensés » car les moyens financiers destinés à l'activité, à un niveau qu'ils ont eux-mêmes généré, ne leur reviennent dans les meilleurs cas que pour part. Ils ne sont pas en situation suffisamment persuasive quand il s'agit de « rentabilité hospitalière » pour amender la situation lors des dialogues de gestion.

Par ailleurs, une réflexion devrait être menée pour **la répartition MIG** avec les centres privés qui participent à la prise en charge des couples de femmes et des femmes « non mariées » souhaitant entreprendre une démarche AMP, en termes d'information, d'interrogatoire, d'examens cliniques et complémentaires avec réalisation des gestes additionnels qui pourraient s'avérer nécessaires.

## 5/ Prise en compte des spécificités des territoires d'outremer

Le don d'ovocytes est abordé dans les Antilles françaises avec une certaine interrogation qui *a priori* pourrait constituer un obstacle à une réelle adhésion.

Même si l'on ne retrouve pas cependant d'objection définitive, force est de constater l'existence de freins tant sur le plan logistique que socio-culturel.

L'existence d'une seule structure de don au CHU de la Guadeloupe nécessite des déplacements coûteux pour les autres départements, aussi bien pour les receveurs que pour les donneuses,

condensant en sus le manque de compensation parfaite de la perte financière professionnelle et la potentielle pénibilité du retentissement familial.

Pour les receveurs en couple, on retrouve un « certain tabou » de l'infertilité notamment féminine, qui peut conduire à rechercher un « anonymat » de la prise en charge par une inscription dans l'hexagone.

Cette possible démarche est confortée par :

- Le manque de donneuses afro-caribbéennes
- La crainte de la consanguinité par effet insulaire
- Une situation contradictoire d'un grand attachement aux origines et à la filiation en même temps qu'une crainte de problèmes familiaux concernant parentalité et héritage particulièrement à la levée de l'anonymat de la donneuse pour l'enfant. La situation n'est pas perçue de la même manière pour les maternités solo (Insémination artificielle ou accueil d'embryons), la culture ayant intégré le fait pour une mère d'élever un ou plusieurs enfants seule… le géniteur étant connu… mais souvent absent.

Pour les donneuses, interviennent en sus des « coûts » évoqués plus haut, la lourdeur du protocole et du parcours… et possiblement pour certaines le souhait d'une compensation financière.

Les trois actions prioritaires pourraient être :

- Une évaluation de la demande potentielle
- La mise en place d'une information factuelle et répétée avec des éléments de langage accessibles prenant en compte les particularismes culturels
- La création d'un service dédié dans chaque département, susceptibles de coopérer dans le but d'une optimisation de la prise en charge avec fluidification des parcours, réduction des déplacements dans l'hexagone et réduction des délais.

L'étude GRDO pourra permettre d'apporter un éclairage sur la conceptualisation de l'ovocyte et la perception du vécu de la démarche de la donneuse d'ovocytes.

## 6/ Qualité des soins, transparence, accompagnement des parcours et évaluation des risques en AMP

La création de centres dédiés participerait grandement à la qualité des soins, de l'accompagnement des parcours ainsi que dans l'évaluation spécifique des risques potentiels de cette technique d'AMP.

Il serait utile aussi en termes de transparence que chaque centre de don puisse voir publier par l'Agence de la Biomédecine certains items tels que le taux de grossesse par transfert et surtout leur délai d'attente dans un but non pas de coercition mais dans une perpective d'amélioration de la qualité des soins.

## 7/ Gouvernance/ pilotage de l'activité d'AMP aux niveaux européen, national et régional

Nous voudrions rappeler :

- En premier lieu l'importance des sociétés savantes et de leurs réunions régulières pour l'aspect de partage d'information et de qualité de la pratique,
- Le souhait, dans le cadre des examens génétiques, d'un référentiel européen
- Le souhait également d'une harmonisation dans le cadre des naissances par don avec une évolution du « comptage » par famille et plus par enfants
- Et aussi, la mise en place d'une étude sur la possibilité de pilotage de l'activité de don sur le plan régional avec mutualisation. Nous avons bien conscience de la difficulté corrélée à l'inadéquation offre de don et demandes.

## 8/ Autres thématiques

**1. La ROPA**

Il s'agit de la « Reception of oocytes from partner » ou réception d'ovocytes de la partenaire, technique d'AMP au sein d'un couple de femmes permettant une « mère génétique » et une « mère gestationnelle ».

Après discussion dans les débats préliminaires du vote parlementaire de la LBE, cette technique n'est pas autorisée par le législateur sans pour autant être interdite. L'argument avancé étant le caractère invasif des actes médicaux qu'elle implique -réalisés habituellement lors des traitements FIV ou d'autoconservation ovocytaire pour raisons non médicales- et les risques accrus de complications vasculaires de la grossesse dont on peut relativiser la prédictibilité et prévenir /traiter par un suivi adapté.

Le Conseil d'Etat, après saisine par le Groupe d'Information et d'Action sur les questions Procréatives et Sexuelles (GIAPS), conclut que « la ROPA même si elle n'est pas expressément interdite par la loi, n'est pas pour autant autorisée » (arrêté du 15/06/2024) au motif que cette technique contrevient à l'interdiction de don dirigé (principe d'anonymat). Or, dans un couple hétérosexuel, l'homme n'est pas considéré comme un donneur de spermatozoïdes. Par principe d'égalité, la compagne dans un couple de femmes ne devrait pas être considérée comme une donneuse d'ovocytes.

Dans une étude GEDO menée en 2022 auprès de professionnels membres de sociétés savantes (GEDO, CECOS, GEFF), il est montré que 2/3 des professionnels sont en faveur de la ROPA surtout s'il existe une indication médicale (contre-indication à la grossesse, cause génétique ou d'insuffisance ovarienne). De même dans le cadre du principe de proportionnalité de l'acte médical, il pourrait être privilégié d'avoir recours aux ressources biologiques disponibles au sein du couple avant de se tourner vers les ovocytes d'une tierce donneuse (par exemple ovocytes antérieurement cryoconservés dans le cadre d'autoconservation ovocytaire pour raisons non médicales, ovocytes cryoconservés d'un homme trans).

Les professionnels souhaitent une évolution de la loi au moins dans le cadre des situations précitées.

Il faut souligner également que les professionnels du don estiment dommage, dans une contexte d'offre insuffisante de don par rapport à la demande, d'avoir recours à des ovocytes d'une donneuse alors qu'il est plus économique en termes de ressources et de temps d'utiliser les ovocytes de la compagne.

**2.[La diminution du nombre d'embryons surnuméraires non utilisés générés par le don d'ovocytes – Jeanine Ohl**

Au quotidien, les embryons non utilisés posent question aux parents et aux soignants. Donner ou détruire un embryon n'est pas comparable à donner des gamètes, a fortiori s'il est issu d'un don d'ovocytes.

Une étude de cohorte multicentrique a été menée par le Gedo, incluant 1234 donneuses, portant sur les dons réalisés sur trois ans. Cette étude a montré que plus le nombre d'ovocytes attribués lors d'un même don augmente, plus les embryons surnuméraires sont nombreux, sans gain majeur en termes de grossesses ou de naissances vivantes. Par ailleurs seulement 54% des receveuses reviennent utiliser ses embryons congelés.

Cela implique de mettre en place une stratégie mesurée, ajustée à l'âge de la receveuse et à son projet parental. Dans un contexte français où le don est gratuit, il n'existe pas d'enjeu financier qui impose d'attribuer d'emblée un nombre élevé d'ovocytes. Il s'agit donc de favoriser une répartition plus équilibrée et un recours successif à plusieurs dons si besoin, permettant de respecter à la fois l'efficacité clinique et la rareté de la ressource.]

**3. La préservation du caractère éminemment humain de l'exercice médical**

« Compétence et Bienveillance » : dans l'effervescence des avancées scientifiques et des mutations sociétales, il nous paraît important de rappeler que la préservation du caractère humain est indissociable de nos missions, projets et activités. Ce caractère peut se traduire par :

- un accueil spécifique, singulier, bienveillant et compétent,

- un encadrement dans une structure de qualité adaptée à la prise en charge,

- une écoute spécifique, ouverte et interactive complétée par un accompagnement psychologique adapté avant, pendant et après le parcours,

- un exercice soucieux du respect de l'éthique en privilégiant autant que faire se peut le « bien-être » de l'humain au regard de la rentabilité clinique, biologique et/ou complémentaire.

**A titre d'exemple : Le double don de gamètes : L'impensé et la politique de choix**

L'autorisation du double don de gamètes par la LBE du 02/08/2021 avait été pensée comme l'attribution de gamètes en amont de la création de l'embryon pour un couple ou une femme « non mariée » spécifique. Ce modèle privilégie le projet parental singulier qui aide à la métabolisation et à l'acceptation du don et évite la création de fratrie génétique considérée par certains comme « bombe à retardement ». Ce modèle, qui a notre faveur, permet aussi une optimisation des ressources que nous pourrons développer plus avant.

Un autre modèle est apparu dans la pratique de quelques centres à savoir la fécondation d'ovocytes d'une même donneuse par les spermatozoïdes d'un même donneur pour la création d'embryons ensuite répartis sur des receveurs a priori préalablement choisis. Ce modèle, éloigné de nos pratiques habituelles, est pragmatique, rentable et crée de fait « une fratrie génétique ». Impensé de la pratique, il pourrait être acceptable pour certains avec un accompagnement psychologique spécifique travaillant sur l'adaptation d'une « scène primitive psychisée ». Il pose la question néanmoins de la qualité de l'information, du choix laissé au patient dans le cadre de l'autonomie de sa décision et comporte le risque de création de banque d'embryons sans projet parental antérieur à leur création.

## Pour conclure

Les axes majeurs pour tenter de résoudre l'inadéquation offre/demande dans l'exercice du don d'ovocytes restent certes la poursuite de l'éducation informative pour obtenir un passage à l'acte mais aussi une prise en conscience de l'environnement structurel pérennisant ce constat. Lui donner ses droits de cité nécessite de réévaluer les mesures existantes, choisir de les appliquer, innover dans l'intérêt des patientes et ce dans le respect des règles de déontologie et de l'éthique. *Nulla tenaci invia est via*… autrement dit « Aux persévérants aucune route n'est infranchissable ».

De manière non exhaustive, nous avons également abordé d'autres éléments de réflexion. Le point central, outre le développement de l'esprit de recherche et la facilitation des démarches, est de maintenir la qualité de l'Art médical et le respect des lignes rouges éthiques.