

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**Tome XXII  
publié le 2.12.1998**



*VINGT-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 1998*

# PRATIQUE DU DON D'OVOCYTES EN FRANCE

H. LETUR-KÖNIRSCH\*  
Paris

## I. INTRODUCTION

Le Don d'Ovocytes (DO) s'entend du don de gamètes de la femme d'un couple à la femme d'un autre couple dans le cadre d'un projet parental.

Grâce à l'avancée des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), en particulier de la Fécondation in Vitro (FIV), il a été rendu possible dès 1983.

Et, depuis la description initiale par Trounson [23], puis la publication par Lutjen [15] de la première grossesse de ce type menée à terme, cette technique a été appliquée avec succès par de nombreuses équipes de par le monde [1, 3, 5, 6, 13, 17, 21, 22].

À l'origine exercé en France en grande partie selon les recommandations du Comité National d'Éthique [2, 20], il a été légalisé le 29 juillet 1994 [14] à la suite d'une large délibération éthique et juridique sur la légitimité de cet acte.

Dans son essence se dessinent plusieurs sujets de réflexion, en particulier : la symbolique du don et son caractère particulier en tant que don

\* CECOS Necker. Hôpital Necker – 149 rue de Sèvres – 75743 PARIS  
Institut Mutualiste Montsouris. Centre de Fertilité  
42 boulevard Jourdan – 75014 PARIS

de gamètes, ses indications, le vécu des différents individus concernés, les conditions d'exercice.

Nous envisagerons ici successivement les indications du don d'ovocytes, l'origine de ce don, les modalités de fonctionnement d'un programme de FIV-DO en soi et à la lumière de son encadrement légal, puis les résultats obtenus.

## II. INDICATIONS

Selon les principes médicaux et la définition légale, le don d'ovocytes doit être « l'ultime recours » pour des couples désirant procréer.

Destiné à l'origine à pallier le déficit exocrine ovarien, ses indications se sont étendues.

Elles sont de deux ordres selon le caractère fonctionnel ou non des ovaires de la receveuse potentielle [6, 9, 12] et, si certaines situations sont indiscutables, d'autres, à la frontière entre physiologie et pathologie, peuvent poser de réelles difficultés d'orientation.

a. Il s'agit fréquemment, environ trois quarts des patientes dans notre expérience, de femmes ovarioprives présentant une aménorrhée primaire ou secondaire :

- Dysgénésie gonadique à caryotype normal ou non et dans ce dernier cas prédominent les syndromes de Turner ;
- agénésie gonadique ;
- insuffisance ovarienne prématurée dite « idiopathique », plus rarement iatrogène post-radiothérapeutique et/ou chimiothérapeutique et/ou chirurgicale.

Dans ce dernier groupe se posent essentiellement deux problèmes.

D'une part, celui de la définition de la ménopause et de la persistance ou non de follicules ovariens. En effet, chez les femmes on évalue à 2 % la fréquence de survenue de grossesses spontanées.

D'autre part, l'appréciation du vocable « précoce » ou « prématuré » par rapport à l'âge de la ménopause physiologique. Cet élément renvoie à la limite d'âge d'inclusion des receveuses qui est loin d'être consensuel.

L'argument de la possibilité de survenue de grossesses sporadiques jusqu'à l'âge de 50 ans voire de 55 ans s'oppose à la nécessité d'une certaine cohérence dans les critères d'âge de prise en charge entre les différentes modalités d'AMP, l'augmentation des risques obstétricaux maternels, et fœtaux avec l'âge, la prise en compte des droits de l'enfant à naître et l'avis des donneuses.

b. Dans un quart des cas, les receveuses ne sont pas ovarioprives et présentent :

- Une anomalie chromosomique ou génique comportant le risque de transmission dominante d'une affection invalidante au-dessus de toute ressource thérapeutique et inaccessible à un diagnostic anténatal, avec à l'extrême, l'impossibilité d'avoir un enfant normal (par exemple lorsqu'il existe décelé par le caryotype une translocation Robertsonienne).

Les affections génétiques soulèvent les questions de l'authentification de l'indication, de l'innocuité de la grossesse, du pronostic parental et de l'alternative par l'Insémination Artificielle avec sperme de Donneur (IAD) dans certaines situations.

Aussi ces dossiers difficiles sont présentés pour avis consultatif à la Commission Génétique des Centres d'Études et de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS).

- Des échecs répétés de stimulations bien menées pour fécondation in vitro dans le cadre d'une insuffisance ovarienne occulte.

Il importe ici d'apprécier avec discernement l'orientation thérapeutique, le don d'ovocytes devant répondre à la notion « d'indication ultime ».

Les situations d'anomalies ovocytaires, de non fécondation, voire pour certains d'échecs répétés et inexpliqués d'implantation, sont également étudiées singulièrement pour apprécier la pertinence du recours au don d'ovocytes.

En effet, il est nécessaire de limiter le risque de dérive qui consisterait à proposer un don à une patiente dont les chances de grossesse avec ses propres ovocytes sont toujours réelles.

- Exceptionnellement des fragments ovariens inaccessibles dans un pelvis adhérentiel après de multiples interventions chirurgicales.

### III. LE DON D'OVOCYTES

Avant la promulgation des lois Bioéthique du 29 juillet 1994 alors que le don de spermatozoïdes était exercé en France depuis de nombreuses années, la possibilité de réaliser un don d'ovocytes avait ravivé la question du caractère licite du don de cellules humaines [13].

Les tenants de deux situations extrêmes se sont opposés : soit l'on considérait l'homme comme propriétaire de lui-même, ses éléments constitutifs étant des « biens », des « choses », soit l'homme et son corps étaient indisponibles. Dans le premier cas il peut exister une offre, donc la possibilité et le risque d'instauration d'un marché avec sa notion de profit, même si celui-ci ne

se mesure pas en prix. Dans l'autre, le corps humain ne se résume pas simplement à des organes ou cellules pouvant faire l'objet de vente, d'échange ou de don.

Les praticiens exerçant dans les programmes de FIV-DO se sont alors situés dans une position intermédiaire en postulant que dans certaines situations l'être humain pourrait consciemment faire don d'une partie de lui-même, don a priori non mutilant, justement parce qu'il dépasse la condition de « choses ».

Pour éviter la pression, la contrainte et l'instauration d'un marché, le volontariat et la gratuité ont été posés en éléments de base, incontournables, du système de fonctionnement et l'option préférentielle de l'anonymat entre donneurs et receveurs orientée par la volonté de ne pas créer des situations d'interférences de filiation pouvant être dommageables pour la mère et l'enfant.

Les lois Bioéthique ont confirmé la licéité de ce don de gamètes sous certaines conditions que nous analyserons lors de l'étude des modalités de fonctionnement.

La source des ovocytes est un problème crucial. En effet, les dons spontanés sont rares, possiblement par défaut d'information. Les dons dits occasionnels, au cours d'une intervention chirurgicale par exemple sont exceptionnels, de même maintenant les dons de femmes déjà mères, en fécondation in vitro pour elles-mêmes, car ceux-ci amputent leurs chances de succès [16].

La principale source de recrutement est relationnelle [4], les receveuses motivant un couple donneur. La femme de ce couple pouvant, avant la loi d'encadrement, faire don de ses ovocytes sur un mode non anonyme, maintenant exclusivement sur un mode anonyme.

#### IV. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT D'UN PROGRAMME DE FIV-DO

1. *Le couple receveur* potentiel sera reçu en consultations médicales préalables au don au cours desquelles sont vérifiées l'indication, expliquées la technique et modalités d'exercice, réalisé le bilan médico-psychologique du couple.

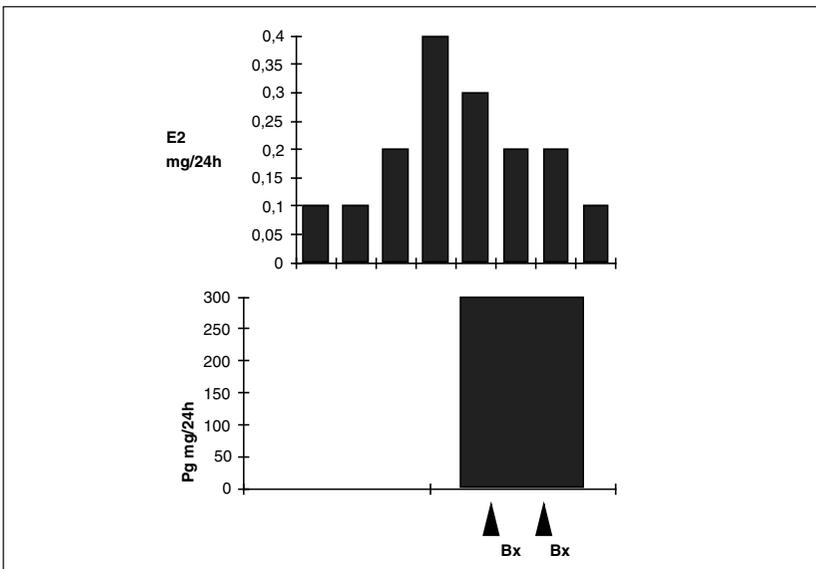
Ce dernier comprend : les examens cliniques avec relevé des caractères phénotypiques des deux membres du couple et les examens complémentaires : sérologies du couple, appréciation de la qualité de la muqueuse utérine avec ou sans traitement de substitution pour la receveuse, bilan spermatique et enquête

génétique pour le conjoint de celle-ci. L'entretien psychologique est effectué par le psychologue, psychanalyste ou médecin psychiatre de l'équipe. Enfin, d'autres examens précis sont demandés selon les situations.

Pour les receveuses *ovarioprives*, différentes associations thérapeutiques hormonales séquentielles peuvent être proposées pour obtenir une différenciation correcte de l'endomètre. Dans notre expérience, celles-ci reçoivent au cours d'un ou plusieurs cycles préparatoires les médications suivantes : 1) estradiol naturel (E2) administré par voie transdermique (Estraderm 100 TTS®, laboratoire Ciba, Rueil, France), la dose quotidienne d'E2 étant de : 0,1 mg de J1 à J7; 0,2 mg de J8 à J11; 0,4 mg de J12 à J14; 0,3 mg de J15 à J18; 0,2 mg de J18 à J25; 0,1 mg de J25 à J28. Les patchs sont changés tous les trois jours et demi; 2) progestérone micronisée par voie vaginale (Utrogestan®, laboratoires Besins-Iscovesco, Paris, France), 100 mg le matin et 200 mg le soir de J15 à J28 [8]. Une biopsie d'endomètre est effectuée au cours de ces cycles préparatoires à J20 et J24 afin de vérifier que l'endomètre a pu atteindre la croissance et la maturation adéquates pour permettre une implantation embryonnaire (figure 1).

Figure 1

Traitement de substitution par estradiol et progestérone au cours du cycle préparatoire chez les femmes *ovarioprives*



L'étude de la qualité de la réceptivité utérine peut également se faire ou être complétée selon les indications par la réalisation de dosages hormonaux, d'une échographie de l'endomètre, d'une évaluation au Doppler couleur de la perfusion utérine [11].

Dans les cycles d'attente, quand le traitement du cycle de préparation a permis une croissance et une maturation correcte de l'endomètre, un traitement simplifié peut être administré, de la façon suivante selon notre expérience [13] : 1) estradiol valérate (E2v) per os (Progynova®, Schering, Lys-Lez-Lannoy, France) 2 à 4 mg par jour en continu ; 2) progestérone micronisée par voie vaginale 200 ou 300 mg par jour du 1<sup>er</sup> au 10 de chaque mois.

Lors du cycle de transfert, ce traitement est adapté permettant la modification attendue de l'endomètre.

Les femmes ayant des ovaires fonctionnels bénéficient, lors d'un cycle préparatoire, d'un bilan endométrial en période péri-implantatoire, en cycle spontané ou programmé par analogue de la GnRH (*gonadotrophine releasing hormone*) associé à l'administration d'E2v et de progestérone naturelle, comme lors d'un cycle de remplacement. Elles ne reçoivent pas de thérapie substitutive pendant les cycles d'attente. Le remplacement s'effectue en cycle maîtrisé par une injection de GnRHa retard (Décapeptyl® 3 mg Ipsen Biotech, Paris – France) et une thérapie substitutive de nature et de séquence identiques à celle des femmes ovarioprives.

2. *Le couple donneur* potentiel en consultation médicale reçoit également les informations concernant l'esprit et le procédé du don.

Si sa motivation perdure, la donneuse, âgée de moins de 38 ans voire de moins de 35 ans pour certaines équipes et ayant déjà au moins un enfant, bénéficie d'un examen clinique avec relevé de ses caractères phénotypiques et de groupe rhésus et devra effectuer des examens complémentaires : sérologies listées par décret 96-992 du 12 novembre 1996 (HIV 1 et 2, HTLV 1 et 2, marqueurs des hépatites B et C, syphilis, cytomégalovirus), enquête génétique et caryotype, appréciation de sa fonction ovulatoire. Enfin, un entretien psychologique pour elle-même et son conjoint est réalisé.

3. Les dossiers complets des couples receveurs et donneurs incluant les documents légaux que nous étudierons plus loin sont exposés en *réunions pluridisciplinaires* régulières pour appréciation des paramètres d'acceptation.

Lorsqu'une donneuse a été définitivement acceptée, après consultation auprès du médecin *anesthésiste* de l'équipe, elle subit une *stimulation ovarienne* précédée d'une désensibilisation selon le protocole suivant :

- analogues de la GnRH retard (Décapeptyl® 3 mg) : 1 ampoule en intramusculaire le premier ou deuxième jour du cycle avec vérification hormonale et échographique de la désensibilisation 18 à 21 jours plus tard ;
- puis, des HMG (*human menopausal gonadotrophin*) (Humegon®, Organon, Saint-Denis – France) 3 ampoules par jour en intramusculaire ou

de la FSH recombinante (Puregon®, Organon, ou Gonal-F®, Serono, Boulogne – France) 150 unités par jour en sous-cutané ou en intramusculaire avec adaptation des doses au sixième jour de stimulation en fonction des résultats des monitorages échographique et hormonal.

Dans un avenir proche se profile la possibilité de protocoles associant la stimulation ovarienne à des antagonistes de la GnRH.

À ce stade, la donneuse est *appariée* à la femme d'un (ou de deux) autre(s) couple(s) que celui qui l'a motivée selon ses caractères phénotypiques, de groupe sanguin rhésus, sérologies cytomégalovirus, en évitant le cumul de facteurs de risque génétique.

Trente-six heures après le déclenchement de l'ovulation à maturité folliculaire adéquate par 5 000 ou 10 000 UI de gonadotrophines chorioniques (HCG®, Organon), la *ponction* ovocytaire s'effectue par voie vaginale écho-guidée sous anesthésie générale, locale ou analgésie simple.

Les ovocytes recueillis sont ensuite mis en fécondation avec les spermatozoïdes préparés à partir du sperme frais ou congelé du conjoint de la (ou des) receveuse(s) choisie(s).

Jusqu'au décret n° 96-992 du 12 novembre 1996, les embryons obtenus pouvaient être immédiatement replacés en synchronisant les cycles donneuse-receveuse. La receveuse était maintenue en phase œstrogénique et recevait de la progestérone naturelle le lendemain soir du déclenchement de la donneuse.

Depuis sa parution, les embryons doivent être systématiquement *congelés* et ne peuvent être replacés qu'après vérification de la non modification des sérologies de la donneuse (HIV 1 et 2, marqueurs des hépatites B et C, CMV lorsque le premier dépistage s'est révélé négatif) six mois au moins après son prélèvement.

Le traitement de substitution pour le remplacement après congélation-décongélation embryonnaire comporte dans notre programme de l'estradiol valérate per os, soit à doses croissantes mimant un cycle physiologique soit plus fréquemment à doses fixes de l'ordre de 6 mg par jour, associé à de la progestérone naturelle micronisée à doses fixes 300 mg par jour par voie vaginale à partir du 15<sup>e</sup> jour du cycle initié. Le remplacement est effectué le 17<sup>e</sup> ou 18<sup>e</sup> jour du cycle induit [13].

V. ENCADREMENT LÉGAL ET PROBLÉMATIQUE DE  
FONCTIONNEMENT

1. *Le couple receveur* doit être « vivant », « en âge de procréer » (Art. L. 152-2) et la demande de don n'est recevable que s'il s'agit d'une « ultime indication lorsque la procréation médicalement assistée à l'intérieur du couple ne peut aboutir » (Art. L. 152-6).

« La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation est subordonnée à des règles de sécurité sanitaire définies par décret en Conseil d'État » (Art. L. 152-10).

Les membres du couple doivent apporter la preuve de leur mariage ou d'une vie commune de plus de deux ans (Art. L. 152-2) et signer un consentement au don rendant la filiation incontestable devant le président du tribunal de Grande Instance de leur choix ou son délégué ou devant notaire (Art. L. 152-10, décret n° 95-223 du 24 février 1995).

Un consentement est également signé dans le centre de prise en charge après information éclairée, puis une confirmation de celui-ci.

« La demande ne peut être confirmée qu'à l'expiration d'un délai de réflexion d'un mois, à l'issu du dernier entretien ».

La confirmation de la demande est faite par écrit (Art. L. 152-10). Ces consentements sont révocables par l'un ou l'autre des membres du couple avant toute intervention (Art. L. 673-2).

Enfin, le bénéficiaire du don « ne peut en aucune manière être subordonné à la désignation par le couple receveur » d'un tiers donneur anonyme (Art. L. 673-7).

Cet article présente le double aspect de laisser une entière liberté à la donneuse et de permettre aux couples qui ne peuvent ou ne veulent motiver un couple donneur de bénéficier des mêmes chances.

À l'encontre, le pourcentage de donneuses par rapport aux demandes s'infléchit et les possibilités d'attribution d'ovocytes de ce fait s'amouindrissent [7, 12].

2. *La donneuse* fait partie d'un couple ayant déjà procréé (Art. L. 673-2) et effectue son don de façon volontaire, gratuite (Art L. 665-13) et anonyme (Art L. 665-14).

Ainsi, en France, aucune pression pour effectuer un don n'est tolérable, et aucune rémunération sous quelque forme que ce soit n'est envisageable.

Confidentialité et anonymat sont garantis à savoir que couple donneur et couple receveur ne peuvent connaître leurs identités respectives.

Après information de l'ensemble du processus, un consentement auprès du centre est requis pour la donneuse et son conjoint, consentement

« qui peut être révoqué » avant toute intervention, par l'un ou l'autre des membres du couple (Art. L. 673-2).

Les conditions de sécurité sanitaire que nous avons envisagées précédemment, visant à éviter la transmission d'affections bactériennes et virales listées par décret n° 96-992 doivent être remplies. Enfin, les gamètes issus d'un même donneur ne doivent pas délibérément donner naissance à plus de cinq enfants (Art. L. 673-4) [7].

3. Le don d'ovocytes s'effectue dans des établissements à but non lucratif *autorisés* (Art. L. 673-5) sous la responsabilité de *médecins agréés* pour la ponction et le traitement d'ovocytes issus du don (Art. R. 152-9-3 et R. 152-9-4).

Comme nous l'avons décrit, l'exercice du don d'ovocytes, du fait de ses connections multidisciplinaires, nécessite une approche rigoureuse et une gestion spécialisée. Celle-ci représente l'essentiel du fonctionnement d'un programme de don, et il serait souhaitable que sa reconnaissance soit effective.

L'ensemble du *fonctionnement* peut être assuré soit sur un seul site, soit sur deux. Dans ce dernier cas, la structure additionnelle représente un pivot central assurant la vérification des indications, des documents légaux, de la sécurité sanitaire, des éléments génétiques, le bilan spermatique avec congélation de sperme, l'appariement avec respect de l'anonymat et possibilité d'échange d'ovocytes entre les centres, le recensement des résultats et l'amorce du suivi des enfants. C'est ainsi que fonctionne le CECOS de Paris-Necker réalisant la gestion de quatre programmes clinico-biologiques sur la région parisienne.

Deux points doivent ici être soulignés :

– Si les lois Bioéthique avalisent la pratique du don d'ovocytes, la prise en charge des frais occasionnés par le don n'est pas assurée par les caisses de Sécurité Sociale. Une solution faisant appel au budget global des établissements se dessine en alternative ;

– La congélation systématique avec quarantaine embryonnaire contribue, comme nous le verrons au niveau des résultats, à l'allongement du délai d'attente pour les couples receveurs [7, 12].

Celui-ci pourrait être réduit grâce à une augmentation du nombre de dons, augmentation corrélée à la possibilité d'information.

Cependant, l'article L. 665-12 de la loi stipule que toute publicité en faveur d'un « don d'éléments ou de produits du corps humain au profit d'une personne déterminée ou au profit d'un établissement ou organisme déterminé est interdite ». Seule est possible une information réalisable sous la responsabilité du ministre chargé de la santé.

#### 4. Le Groupe d'Étude pour le Don d'Ovocytes (GEDO)

Les différents problèmes rencontrés lors de l'exercice du don d'ovocytes en France ont suscité le rassemblement de praticiens exerçant dans cette discipline en un groupe d'étude : le GEDO.

Celui-ci a pour but de recenser et d'harmoniser le fonctionnement des centres en respectant les singularités de chacun, d'effectuer le relevé des résultats obtenus et d'œuvrer pour leur amélioration.

Ce groupe entend également cibler les problèmes et travailler à leur résolution, constituer une interface de discussion et de travail en particulier avec les autorités de tutelle, les praticiens, les associations de patients, les médias.

Dans cette optique, il participe activement à l'élaboration de la campagne d'information pour le don de gamètes à l'initiative du Ministère de la Santé, et propose à l'étude un avis sur certains articles de la loi Bioéthique dans le cadre de sa révision prévue en 1999 [7].

## VI. RÉSULTATS DU DON D'OVOCYTES EN FRANCE

1. Le GEDO rapporte le bilan de l'activité du don d'ovocytes en France sur 4 ans de 1994 à 1997 à partir des données relevées sur l'ensemble des centres en exercice effectif [12].

Sur cette période, on observe un quasi doublement du *nombre de centres* en activité, celui-ci passant de 9 en 1994 à 17 en 1997. Ils sont répartis dans les grandes agglomérations de l'Hexagone (figure 2).

Il s'y associe une augmentation du nombre de nouvelles demandes annuelles d'accession au don d'ovocytes. Cette augmentation est directement liée au nombre de centres, le recrutement restant relativement identique d'une année à l'autre dans le même centre (figure 3).

Mille trois cent soixante nouvelles demandes ont été ainsi recensées sur 4 ans dont 503 en 1997. Le pourcentage de couples récusés reste stable chaque année et est en moyenne de 12,5 %.

L'analyse des *étiologies* montre que les femmes souffrant d'une insuffisance ovarienne prématurée représentent 74 % des indications. Sont individualisées dans ce groupe 55 % de ménopauses précoces dites idiopathiques, 16 % d'insuffisance ovarienne post-thérapeutique (après chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie), 16 % de jeunes femmes présentant un syndrome de Turner et 13 % ayant eu une aménorrhée primaire ou primo-secondaire d'origine gonadique en dehors des étiologies connues précitées (tableau I).

PRATIQUE DU DON D'OVOCYTES EN FRANCE

Figure 2  
Localisation des centres en activité en France

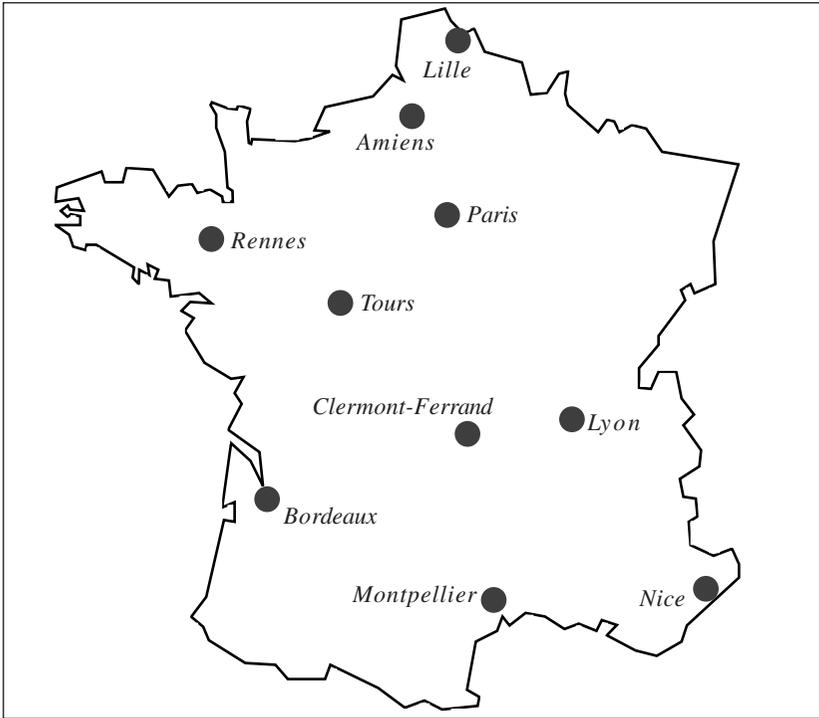
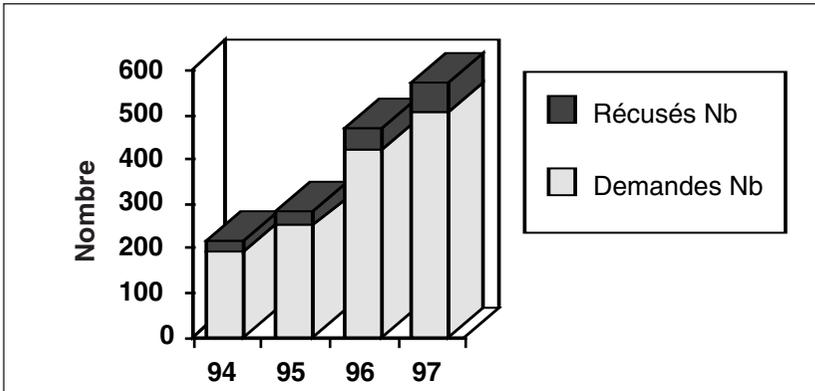


Figure 3  
Recrutement des couples receveurs (1994-1997)



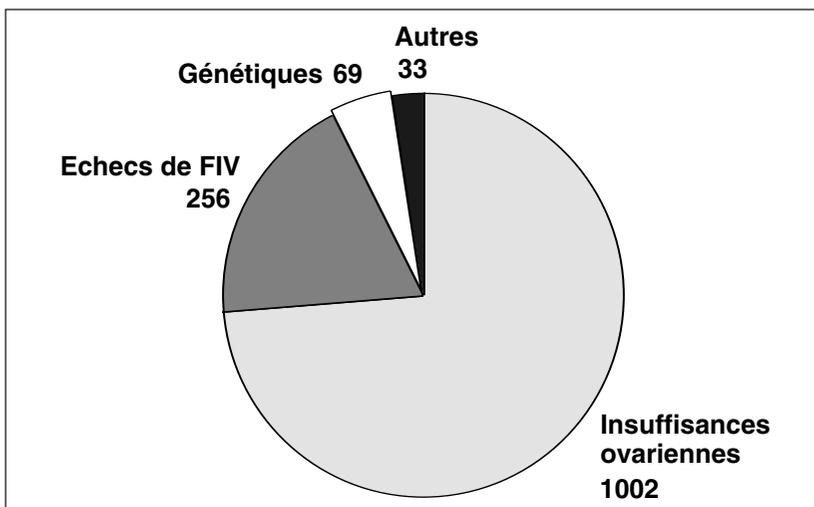
Dix-neuf pour cent des indications correspondent à des femmes ayant subi plusieurs échecs de FIV, 5 % à des causes génétiques et 2 % à des insuffisances ovariennes occultes sans tentative de FIV préalable (figure 4).

Tableau I  
Répartition des insuffisances ovariennes avec aménorrhée (1994-1997)

Années	Turner	MP idiopathique	Castrations	Autres
94	20	87	30	18
95	36	106	26	17
96	48	161	51	45
97	53	199	56	49
Total	157	553	163	129
F %	16 %	55 %	16 %	13 %

La tendance par année révèle une diminution progressive du pourcentage de femmes ayant une insuffisance ovarienne définitive au profit de celles ayant présenté des échecs de FIV à répétition.

Figure 4  
Analyse des étiologies (1994-1997)



L'élément préoccupant est l'augmentation du nombre de *couples receveurs* en attente d'une attribution d'ovocytes, les chiffres étant de façon cumulée en fin d'année de 105, 169, 280 et 441 respectivement de 1994 à 1997.

Cette élévation est en relation d'une part avec l'augmentation de la demande et d'autre part avec la diminution du nombre de donneuses recrutées (actuellement 60 % des couples receveurs motivent un couple donneur).

Par ailleurs 25 % des donneuses n'auront pas de ponction ovocyttaire, qu'elles soient récusées ou perdues de vue.

Enfin, il existe de façon habituelle une perte embryonnaire à la décongélation de l'ordre de 24 % incitant à un partage moins systématique des ovocytes prélevés.

Cette situation limite les possibilités d'attribution d'ovocytes des couples demandeurs et par voie de conséquence le *délai d'attente* s'accroît. Il est en moyenne aujourd'hui de 18 mois à 2 ans.

Ce constat n'autorise plus à inscrire des couples dont les femmes ont plus de 40 à 42 ans et incite nombre d'entre eux quel que soit leur âge à demander une prise en charge à l'étranger.

Les *résultats* recensent en 1994, 34,5 % de grossesses cliniques par transfert en cycles synchronisés avec embryons « frais » (pourcentage comparable aux années antérieures) et 18,7 % après congélation-décongélation embryonnaire (p = 4 %).

En 1997, les remplacements sont tous effectués en cycles différés après congélation-décongélation des embryons et l'on relève 30 % de grossesses cliniques par transfert (NS en comparaison avec les transferts en cycles synchronisés de 1994).

Ce résultat demande confirmation sur les années à venir, du fait du faible nombre de transferts effectués.

Il pourrait signifier une amélioration à la fois des techniques de congélation-décongélation embryonnaire, de préparation endométriale et du choix du jour de remplacement (tableau II).

Aujourd'hui, un couple sur cinq ayant eu un transfert d'embryons aura un enfant vivant à terme.

Sur le plan psychologique [18, 24], au cours des tentatives de don d'ovocytes anonyme, les receveuses paraissent peu anxieuses par rapport aux patientes FIV. À l'inverse, les donneuses trouvent la tentative pénible tant du point de vue psychologique que physiologique. Cependant la personnalisation de ce don rend la tentative acceptable. Si l'avis du mari de la donneuse est demandé (don de couple à couple), son accord semble d'emblée acquis et de peu de poids dans le don (symbolique et réel) de l'ovocyte de femme à femme. À l'inverse, le mari de la receveuse a un rôle important : il est un homme voulant un enfant, il est le soutien de sa femme dans ce parcours médical, prêt à assumer une paternité désirée. L'implication mas-

Tableau II  
Résultats

	1994		1997
Embryons frais			
• transferts Nb	122	] 34,4 %	—
• grossesses Nb	42		
Embryons congelés			
• transferts Nb	48	] 18,7 %	124
• grossesses Nb	9		37
	S p = 4 %		NS

culine, tant au niveau symbolique que réel, nous semble très importante lors des dons d'ovocytes : elle est étayée sur la participation masculine effective avec le recueil du sperme et parfois la survalorisation symbolique des gamètes paternels.

La facilité du vécu technique pour les receveuses paraît se poursuivre lors de la grossesse. Les jeunes mères vivant une grossesse et un accouchement « normaux » semblent avoir « oublié » leur stérilité antérieure. Le déni, qui porte habituellement une connotation négative, paraît ici avoir un rôle positif. Celui-ci permet le saut de l'état de personne stérile à l'état de femme et de mère.

L'élaboration du lien mère-enfant, apparemment simple, ne donne pas lieu aux conflits et aux difficultés de parentalité que l'on retrouve souvent après un long passé de stérilité et le développement des enfants étudiés sur les deux premières années est normal [19].

## CONCLUSION

Le bilan de la FIV-DO en France permet de conduire à de bons résultats tant en termes de grossesses possibles que sur le plan du vécu des couples concernés.

Les problèmes d'exercice font l'objet d'analyses approfondies du GEDO pour améliorer le service aux couples qui, pour devenir parents, recourent à ce type d'AMP.

## PRATIQUE DU DON D'OVOCYTES EN FRANCE

Aujourd'hui, l'aide apportée est principalement corrélée à la possibilité d'attribuer des ovocytes, à savoir d'informer et de motiver des couples donneurs, mais d'autres axes d'étude sont également développés pour améliorer les chances de succès.

### Résumé

*En France, le don d'ovocytes est le don de gamètes de la femme d'un couple ayant procréé, à la femme d'un autre couple dans le cadre d'un projet parental. Destiné initialement à pallier le déficit exocrine ovarien, ses indications se sont étendues à certaines affections génétiques et aux cas documentés d'insuffisance ovarienne occulte.*

*Après une large délibération éthique et juridique, sa pratique est reconnue licite et les lois Bioéthique 94-653 et 94-654 du 29 juillet 1994 en encadrent l'exercice.*

*Ses principes généraux essentiels sont le volontariat, la gratuité, l'anonymat et la confidentialité du don.*

*Le fonctionnement des programmes de FIV-DO s'effectue dans des organismes autorisés sous la responsabilité de praticiens agréés pour le prélèvement et le traitement d'ovocytes issus de don.*

*La gestion de ces programmes représente la clef de voûte du système, car elle assume entre autres la vérification des indications, des documents légaux, de la sécurité sanitaire, l'appariement anonyme donneur-receveur et le recensement des résultats.*

*Les difficultés rencontrées dans l'exercice au quotidien du DO ont conduit au rassemblement des praticiens concernés dans un groupe d'étude pour le don d'ovocytes (GEDO). Celui-ci, travaillant sur différents thèmes, a pour but d'améliorer le service aux couples recourant à ce type d'AMP.*

*Actuellement 18 % des couples ayant bénéficié d'un remplacement embryonnaire auront un enfant. Les études de suivi font état d'excellents résultats concernant les relations familiales, le développement physique et psychologique des enfants.*

**Bibliographie**

1. Antinori S, Versaci C, Hossein, Gholami G, Panci C, Caffa B. Oocyte donation in menopausal women. *Hum Reprod*, 1993; 8: 1487-90.
2. Avis du CCNE : Avis sur l'organisation actuelle du don de gamètes et ses conséquences. 18 juillet 1990. Rapport du CCNE : Organisation actuelle du don de gamètes et ses conséquences. 18 juillet 1990.
3. Cornet D, Alvarez S, Antoine JM, Tibi C, Mandelbaum J, Plachot M, Salat-Baroux J. Pregnancies following ovum donation in gonadal dysgenesis. *Hum Reprod*, 1990; 5: 291-3.
4. Cornet D, Letur-Könirsch H, Le Don d'Ovocytes. Stérilité Féminine et Procréations Médicalement Assistées. *Progrès en Gynécologie* 5, Doin Ed., Paris, 1990 ; p. 177-186.
5. Devroey P, Wisanto A, Camus M, van Waes Berghe L, Bourgain C, Liebaers I, van Steirteghem AC. Oocyte donation in patients without ovarian function. *Hum Reprod*, 1988; 3: 699-704.
6. Frydman R, Letur-Könirsch H, de Ziegler D, Bydlowski M, Raoul-Duval A, Selva J. A protocol for satisfying the ethical issues raised by oocyte donation : the free, anonymous and fertile donors. *Fertil Steril*, 1990; 53: 666-72.
7. Letur-Könirsch H, Benjamin MY. Le don d'ovocytes en France. Modalités techniques et difficultés d'exercice. *La gazette du Palais*, 1998, à paraître.
8. Letur-Könirsch H, Fernandez H, Guis F, André B, Frydman R. Application carcinologique du don d'ovocytes. *Contr Fert Sex*, 1994; 22: 263-70.
9. Letur-Könirsch H, Frydman R. Le don d'ovocytes pour quelles indications ? *Entretiens de Bichat* 90. *Thérapeutique* 3. 1990; 24-28.
10. Letur-Könirsch H, Frydman R. Indications et techniques du don d'ovocytes. *Reprod Hum Horm*, 1990; 3: 235-41.
11. HP Letur-Könirsch , FY Guis, MP DuymeS, JZ Taieb, HM Fernandez. Cancer and oocyte donation. *Assisted Reproduction Reviews*, 1997; 7: 7-16.
12. Letur-Könirsch H, Martin-Pont B, Thépot F, Fénelon P et les membres du GEDO. Bilan du don d'ovocytes en France (GEDO). *Contr Fert Sex*, 1998: 481-484.
13. Letur-Könirsch H, Raoul-Duval A, Bertrand-Servais M, Olivennes F, Fanchin R, Hazout A, Flies-Treves M, Selva J, Frydman R. Pratique du don d'ovocytes : l'expérience de l'hôpital Antoine Béchère. *Méd/Sci*, 1995; 11: 591-600.
14. Lois de Bioéthique n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain et 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisations des éléments et produits du corps humain, à l'Assistance Médicale à la Procréation et au diagnostic prénatal. *Journal Officiel de la République Française* - 30 juillet 1994.
15. Lutjen T, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renou P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, 1984; 307: 174-5.
16. Mandelbaum J, Junca AM, Plachot M, Alnot MO, Cornet D, Salat-Baroux J, Debache C, Cohen J. Un nouveau développement de la fécondation in vitro : le don d'ovocytes. *Contr Fert Sex*, 1987; 15, 12: 1141-1146.
17. Nakamura M, Maciel M, Veiga A, Asch R. Establishing a program of oocyte donation in Brasil. *Fertil Steril*, 1992; 57: 439-41.
18. Raoul-Duval A, Letur-Könirsch H, Frydman R. Anonymous oocyte donation : a psychological study of recipients, donors and children. *Hum Reprod*, 1992; 7: 51-4.
19. Raoul-Duval A, Bertrand-Servais M, Letur-Könirsch H, Frydman R. Que sont ces enfants devenus : les enfants des procréations médicalement assistées. *Med/Sci*, 1993; 9: 747-51.
20. Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 101, rue de Tolbiac, 75654 Paris Cedex 13 (CCNE) : État actuel des études conduites par le Comité concernant les dons de gamètes et d'embryons. 15 décembre 1989.

*PRATIQUE DU DON D'OVOCYTES EN FRANCE*

21. Rosenwaks Z, Veeck LL, Liu HG. Pregnancy following transfer of in vitro fertilized donated oocytes. *Fertil Steril*, 1987; 48: 265.

22. Sauer M, Paulson R, Macoso T, Francis M, Lobo R. Oocyte and preembryo donation to women with ovarian failure, an extended clinical trial. *Fertil Steril*, 1991; 55: 39-43.

23. Trounson A, Leeton J, Besanko M, Wood C, Conti A. Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro. *Br Med J* 1983; 286: 835-9.

24. Weil E. Psychological aspects of anonymous and non anonymous oocyte donation. *Hum Reprod*, 1994; 9: 1344-1347.