



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIEUX FRANÇAIS

Communiqué de Presse

Journée Internationale d'action pour la santé des femmes le 28 mai

Deux appels des gynécologues et obstétriciens français

Paris, le 27 mai 2021 - A la veille de la Journée Internationale d'action pour la santé des femmes le 28 mai, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) lance des appels sur deux sujets qui lui semblent prioritaires et urgents en termes de droits aux meilleurs soins pour les femmes de notre pays :

- Repenser les maternités françaises en grande souffrance faute de moyens qui permettent de répondre aux attentes des femmes et des couples en pleine évolution : une indispensable révolution dans le soin.
- Accorder enfin à toutes les femmes de France qui le souhaitent, dans une limite d'âge définie, la possibilité de bénéficier d'une autoconservation de leurs ovocytes afin de préserver leur fertilité. Un appel déjà lancé par le CNGOF il y a 11 ans et régulièrement réaffirmé.

1^{er} appel

Pour l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour toutes les femmes qui le souhaitent, dans tous les centres d'AMP, sans exception.

A l'heure où la loi de bioéthique va enfin voir le jour, le CNGOF tient à rappeler aux parlementaires l'importance d'accorder à toutes les femmes de France qui le souhaitent la possibilité de bénéficier d'une autoconservation de leurs ovocytes pour préserver leur fertilité. Ce recours doit être offert à toutes les femmes dont l'horloge biologique tourne sans qu'elles aient rencontré celui ou parfois celle avec qui faire un enfant.

Cette autoconservation est trop souvent associée à l'image de femmes qui voudraient privilégier leur carrière alors que **toutes** les études récentes démontrent que les femmes qui recourent à l'autoconservation ovocytaire le font majoritairement parce qu'elles sont seules et voient leur horloge biologique avancer.

Dès 2012, voici 11 ans déjà, le CNGOF s'était déclaré favorable à l'autoconservation et en 2021 un sondage confirmait que la grande majorité des gynécologues et obstétriciens français y était favorable. L'Académie de Médecine s'est prononcée favorablement en 2017, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) après un premier avis défavorable en 2017, s'est prononcé en 2018 en sa faveur pour les femmes qui le désirent. Dans les pays voisins

l'autoconservation pour question d'âge a été acceptée par l'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) dès 2012. La Société Canadienne de Fertilité et d'Andrologie vient d'élaborer des recommandations sur la congélation d'ovules pour pallier le déclin de la fertilité lié à l'âge.

La loi à venir, bien que le Sénat s'y soit opposé à 2 reprises, semble accepter l'autoconservation mais la limiterait au maximum en restreignant le nombre de centres d'AMP ou elle serait autorisée. Il semble que seule la quarantaine de centres d'AMP autorisés à pratiquer l'autoconservation pour raison médicale (avant chimiothérapie par exemple) serait retenue sur les 100 centres français d'AMP. Ces centres devraient bien sûr privilégier les conservations pour raisons médicales et offriront donc peu de disponibilités aux conservations dites de convenance !

Pourquoi tant de réticences en France ?

Certes, il existe des arguments d'opposition comme la médicalisation de la procréation et la lutte contre la nature (mais que fait la médecine sinon lutter contre la nature, la maladie, la souffrance, la mort ?), le risque d'inégalité sociale si l'assurance maladie ne la prend pas en charge, les risques de l'AMP (jamais cités dans les campagnes en faveur du don d'ovocyte et estimés par Bodri, en 2008 à moins de 1 % des ponctions), le coût, la non garantie de succès, la pression possible des employeurs et surtout le risque d'encourager les grossesses tardives.

Mais les arguments en faveur de l'autoconservation des ovocytes sont nombreux et solides : le recul de l'âge du désir d'enfant (la situation actuelle fait hésiter les femmes comme les hommes à faire des enfants), la chute inéluctable de la fertilité avec l'âge, l'échec des campagnes d'information sur ce sujet, l'autorisation de la vitrification ovocytaire dans la loi de 2011, la pénurie de don d'ovocytes, le respect de la liberté individuelle et de l'autonomie des femmes, l'égalité femme-homme et il faut oser le dire : éviter que les femmes ne se résolvent à faire un enfant seule par crainte de ne jamais en avoir si elles attendent leur prince charmant. Enfin, ce serait une façon de lutter contre la chute de la natalité en France.

La pratique peut être encadrée pour éviter des dérives : le CNGOF a proposé un âge limite pour reprendre ses ovocytes : idéal avant 45 ans mais possible jusqu'à 50 si la femme en bonne santé est avertie des risques pour elle et pour son enfant.

Il ne reste que 2 arguments recevables : le coût et la non garantie de succès. On estime actuellement que pour 10 ovocytes vitrifiés avant 35 ans la probabilité de naissance est de 60 %, contre 29 % après 36 ans (Cobo, 2016). Plusieurs études économiques ont montré qu'il revenait moins cher de vitrifier ses ovocytes à 35 ans et de les utiliser à 40 ans plutôt que de faire une FIV à 40 ans avec ses ovocytes de 40 ans et 10 % de naissances (données de l'Agence de Biomédecine, 2020).

Par souci d'égalité, l'autoconservation doit être accessible à toutes les femmes mais toutes n'y auront pas recours, près de 80 % des femmes sont mères avant 35 ans. Ce sont les femmes de 35 ans et plus qui voient leur horloge biologique tourner qui seront concernées.

L'important est que toutes les femmes qui le veulent, qui n'ont pas rencontré celui ou parfois celle avec qui faire un enfant puissent y avoir recours dans tous les centres d'AMP de France, qu'ils soient publics ou privés, et pas seulement dans la quarantaine de centres actuellement autorisés à pratiquer la préservation pour raison médicale !

2ème appel

Les souhaits des femmes et les maternités évoluent. Le CNGOF demande d'urgence des moyens pour moderniser les maternités Françaises.

A croire ce que l'on veut bien lire¹⁻³, les femmes seraient très majoritairement satisfaites de leur prise en charge dans les maternités Françaises.

Le CNGOF estime néanmoins, comme beaucoup, que de nombreux progrès restent à accomplir, notamment dans le domaine de l'écoute et de la bienveillance, en renforçant l'accompagnement des femmes enceintes durant leur parcours, quelle que soit sa trajectoire, de la physiologie à la pathologie. Si les attentes parentales ont beaucoup évolué ces dernières années, la physionomie des maternités a également bien changé en 20 ans avec l'émergence, à marche forcée, de maternités dont la taille a augmenté et/ou dont le fonctionnement s'est alourdi sans qu'aucun plan structurant n'accompagne cette mutation⁴. Ces deux évolutions se télescopent et créent des conditions explosives avec d'un côté des femmes qui, légitimement, demandent du soin dans les soins (donc du temps), et de l'autre des soignants qui, unanimement, ont un sentiment désolant de ne pas réussir à accomplir leurs tâches correctement, écrasés par le manque de temps et le poids croissant d'un travail dont la part administrative, elle aussi s'accroît sans jamais fléchir.

A l'explosion, nous préférons une révolution. Une révolution dans le soin.

Les maternités Françaises ont besoin de moyens humains et matériels pour offrir des espaces d'accouchements physiologiques adaptés aux demandes des mères, tout en maintenant de bonnes conditions de sécurité, en particulier pour les plus fragiles et, le cas échéant, une capacité de soins de recours de haut niveau. Malheureusement et malgré les difficultés qui existaient bien avant la crise sanitaire actuelle, le SEGUR de la santé n'a accouché, en matière de périnatalité, que de la généralisation et pérennisation des maisons de naissances. C'est largement insuffisant puisque ces maisons de naissances comme l'accouchement à domicile d'ailleurs, ne répondent qu'à une demande – respectable - de femmes ultra-minoritaires. Dans un principe d'égalité, la priorité devrait néanmoins être donnée à l'amélioration de la qualité des soins pour toutes les femmes et en particulier aux plus de 99% de celles qui nous font confiance et qui sont très souvent les plus fragiles.

Qu'on ne se méprenne pas, maisons de naissances, accouchement à domicile ou pas et mêmes plateaux techniques dans les maternités, les femmes auront toujours besoin de nos maternités. Une primipare sur trois qui ambitionne de donner la vie en maison de naissance accouche finalement dans une maternité classique et une césarienne de sauvetage maternel ou fœtal sur deux survient chez une femme ayant déjà accouché. Alors un constat s'impose :

il faut et il faudra toujours des maternités avec des équipes au complet ! Pourtant, nos maternités sont malades. Malades des sages-femmes, des infirmières et des auxiliaires de puériculture qui s'en vont et qu'elles ne recrutent plus.

Pourquoi ? Il y a bien des raisons mais une s'impose avant les autres : parce que nos maternités fonctionnent 24/24 h, avec une activité aux 2/3 non programmée et constituée d'urgences pour laquelle établissements comme personnel n'ont aucune reconnaissance spécifique. Ce qui peut expliquer en partie pourquoi les gynécologues-obstétriciens ne se trouvent guère plus que les autres soignants sur le marché « officiel » du travail. Il faut dire aussi que lorsqu'ils ne font pas partie des 2/3 de ceux qui abandonnent les gardes, souvent trop chargées, les 18 € de l'heure de nuit - parfois après des semaines de 90 heures – peinent à convaincre davantage. L'astreinte de nuit avec ou sans déplacement, le plus souvent à 3 ou 4 €/ h n'est pas plus motivante. On ne fait pas ce métier pour l'argent, mais en termes d'attractivité financière, c'est sûr, on trouve mieux ailleurs.

Foin de ces considérations matérielles... Nous sommes à la croisée des chemins. Le temps doit maintenant venir où nous devrions pouvoir assurer un fonctionnement apaisé dans nos maternités et les structurer pour répondre au mieux aux attentes des femmes. Une réflexion globale et générale doit se tenir pour organiser le suivi des grossesses et prendre en charge les naissances en lien avec tous les intervenants libéraux ou salariés en dehors de nos établissements. Les maternités doivent être au cœur de ce système ante, per et post-natal et il faut leur donner les moyens de se mettre pleinement au service des patientes avec tous les acteurs de soins.

(1) Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, Rudigoz RC, Cortet M, Bouvet L, Bouveret L, Touzet S, Gonnaud F, Colin C, Gaucherand P, Dupont C et le Groupe Aurore. Women's dissatisfaction of inappropriate behaviour by healthcare workers during childbirth care in France: a survey study Birth 2021; 00:1–10.

(2) Devos C, Gaucher L, Cortet M, Gonnaud F, Ecochard R, Gaucherand P, Dupont C, Huissoud C Le vécu de la prise en charge en salle de naissance : une étude qualitative comparative. Revue de médecine périnatale 2021.

(3) [Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy]. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 ;48(11):790-799.

(4) Ressources humaines pour les activités non programmées en Gynécologie Obstétrique. Propositions élaborées par le CNGOF, le CARO, la FFRSP, la SFAR, la SFMP, et la SFN. Loïc Sentihles et al., Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie, 2019, 47, 63-78

Contacts communication et relations presse :

Marie-Hélène Coste, MHC – Finn Partners
marie-helene.coste@finnpartners.com
06 20 89 49 03

Véronique Simon-Cluzel, MHC – Finn Partners
veronique.simon-cluzel@finnpartners.com
06 68 86 32 30