

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Hédon*

Quatrième partie  
**Préservation de la fertilité**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Aspects psychologiques et éthiques soulevés par les techniques de la préservation de la fertilité féminine

R. TRÈVES  
(Clamart)

## *Résumé*

*L'oncofertilité est une discipline émergente dans le champ de la médecine de la reproduction. De fait, elle pose de nouvelles problématiques et soulève des questions à la fois psychologiques et éthiques tant du côté des patients que des soignants.*

*Mots clés : préservation de la fertilité, cancer, psychologie, éthique*

Hôpital Antoine Béclère - Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction - 157 rue de la Porte de Trivaux - 92140 Clamart

Correspondance : rachel.treves@gmail.com

## Déclaration publique d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

*« Par une certaine partie de nous-mêmes, nous vivons tous au-delà du temps »*

*Kundera*

Depuis que les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont permis une augmentation significative de l'espérance de vie des patientes atteintes de cancer, les questions relatives à leur qualité de vie sont devenues prépondérantes. En particulier, la problématique de la fertilité après guérison est désormais au centre des préoccupations. Ainsi, depuis une dizaine d'années se sont développées des techniques de préservation de la fertilité (PF) visant à offrir aux jeunes patients la possibilité de concevoir un enfant avec leurs propres gamètes en cas de perte de la fonction gonadique après leurs traitements radio-chimiothérapeutiques.

Dans cet article nous nous intéresserons aux aspects psychologiques de la préservation de la fertilité chez la femme et discuterons des aspects éthiques soulevés par cette technique.

Ces jeunes femmes touchées par la maladie sont brutalement confrontées à une situation traumatique : l'annonce de leur cancer et le risque mortel qu'il comporte. D'autre part, elles apprennent de façon quasiment simultanée que le traitement utilisé pour tenter de les guérir risque d'altérer leur fertilité. Mais il est désormais possible d'envisager de tenter de préserver leur fertilité avant leur traitement.

Ce flot d'informations divergent impose à la patiente de se penser à la fois comme porteuse d'une maladie mortelle et de se projeter dans un désir d'enfant futur. Au-delà de la probabilité de guérison du cancer, la proposition de PF incite la patiente à se projeter dans l'après-cancer, à penser à sa descendance et donc sa survie. Ainsi les patientes peuvent envisager un avenir en refoulant la menace de mort représentée par leur maladie.

## I. LES ANNONCES

### I.1. L'annonce du cancer

Le mot « cancer », sans doute davantage que toute autre maladie, fait peur avant même de faire mal. Les réactions brutales des patientes exprimées par des pleurs, des cris et parfois la sidération sont à entendre comme des réponses en écho à la violence de l'annonce, à cette parole sidérante et « incompréhensible » à laquelle la patiente est confrontée.

C'est donc lourd de craintes et de ces représentations que le patient entend le diagnostic. Parfois les examens et les consultations antérieures l'ont alerté. L'annonce en sera-t-elle moins violente ? Pas nécessairement. Une annonce, quel qu'en soit le cadre, est toujours un moment traumatique et confronte le sujet à une expérience irréprésentable. « Notre inconscient est inaccessible à la représentation de notre propre mort » [1]. Un choc « inimaginable » d'autant plus que la maladie cancéreuse a la particularité d'être diagnostiquée parfois avant même que le patient ne se sente malade. Comment donner un sens à quelque chose que l'on ne voit pas, que l'on ne perçoit encore ?

Face au cataclysme de l'annonce, chaque patient va réagir différemment, en fonction de son histoire, de son âge, du moment où il se situe dans sa vie. En fonction, surtout, de sa capacité à résilier ce traumatisme, à absorber ce choc. Le rôle du médecin « annonceur » est fondamental s'il est capable d'attendre et d'entendre en retour les émotions, les dires et la révolte des patients qu'il a provoqués par ses paroles. Tel le messenger porteur de nouvelles catastrophiques, il doit être en mesure d'endosser provisoirement le rôle de mauvais objet.

### I.2. L'annonce de la préservation de fertilité

L'annonce de préservation de fertilité délivrée par le médecin devrait être accueillie par les patientes avec soulagement, au regard de la découverte de la maladie. Il existerait donc une ouverture vers la vie dans ce parcours, et le médecin peut avoir l'impression de faire une offre rassurante pour l'avenir de la patiente. Cette parole atténue-t-elle les effets de la première annonce, celle du diagnostic de la pathologie cancéreuse ?

Depuis le début de la maladie, il n'est question que de gestes techniques et d'actes concernant la prise en charge médicalisée de son

corps. La médecine propose une PF qui était inenvisageable il y a quelques années. Avant, les patientes atteintes de cancer devaient se plier aux conséquences des traitements sur leur fertilité. Ce progrès est une opportunité pour celles qui peuvent en bénéficier, mais il a aussi son revers dont on doit mesurer les conséquences psychologiques.

Cette consultation est vécue comme pesante car les patientes se trouvent placées à cet instant face à une double finitude. Elles entendent le risque mortel en tant que sujet mais également la menace de mort de leur filiation puisque, sans enfant, c'est par elles que s'interromprait la descendance. Ce qui vient d'être dit est nuancé par l'annonce d'une possible mise en place d'une préservation de leur fertilité, les faisant alors envisager un avenir où existe la possibilité de fonder leur famille.

## II. LA CONSULTATION D'ONCOFERTILITÉ

### II.1. Le cadre des consultations

La consultation de PF succède à celle de l'annonce du cancer posée quelques jours avant par l'oncologue. C'est donc dans ces circonstances que le gynécologue (accompagné parfois par un psychologue) reçoit les patientes, nouvellement informées de leur maladie et des conséquences lourdes qui vont en découler. Cependant il arrive parfois qu'aucune information quant aux effets des traitements sur leur fertilité future n'ait été donnée. Il est important de noter que le discours de l'oncologue est rarement entendu dans son intégralité, notamment sur les possibles altérations de la fertilité, comme si dans ce temps premier d'annonce seul le diagnostic de cancer avait pu être entendu et que l'information complète peine à trouver son chemin. C'est alors au gynécologue de reprendre avec la patiente les effets des traitements anti-cancéreux sur sa fertilité. C'est parce que le gynécologue commence la consultation par « *savez-vous pourquoi vous êtes là ?* » qu'il peut se rendre compte qu'elle n'en avait pas toujours une idée précise : « *pour un bilan gynécologique* », dit l'une, « *m'enlever les ovaires,* » dit une autre.

Souvent longue et éprouvante, cette consultation d'oncofertilité est la première du circuit de PF. Elle a pour but d'informer au mieux la patiente de l'impact du traitement sur sa fertilité et de choisir éventuellement la technique de PF la plus adéquate. L'information est

délivrée dans un langage accessible. La patiente est systématiquement avertie du caractère relativement récent, voire expérimental de certaines techniques ainsi que de l'absence de garantie de grossesse offerte en PF en général.

Lors de ces explications, certaines patientes s'effondrent en larmes, comme si c'était à ce moment-là qu'elles réalisaient ce qui leur arrive, c'est-à-dire qu'elles sont atteintes d'une maladie grave aux lourds effets secondaires. La parole du gynécologue peut dès lors être perçue par les patientes comme rassurante, pleine de promesses pour l'avenir, ou au contraire inquiétante.

## II.2. L'entretien psychologique

L'entretien psychologique individuel fait suite à la consultation en binôme avec le gynécologue. C'est un moment propice pour les patientes où peuvent se réamorcer leurs pensées, les capacités de rêveries, et où les sens divers que recèlent une décision, mettre en place ou pas une PF, peuvent être évoqués.

On peut les laisser se questionner sur les effets psychiques de ces nouveaux dispositifs techniques, sur les fantasmes qu'ils suscitent et sur la façon dont l'image de soi est mise à l'épreuve. Écouter le patient, se rendre disponible à son imaginaire favorisent la mise en place des processus psychiques de défense pour faire face à l'épreuve de la maladie.

L'écoute bienveillante du discours du patient permettrait de mettre à jour les angoisses de mort, en réponse à la fois avec le risque vital et à une stérilité annoncée. Ainsi cette consultation permet d'offrir à la patiente un cadre contenant qui puisse accueillir tout mouvement dépressif. Le psychologue doit prendre aussi un temps pour écouter ce que la patiente a entendu des explications et adapter le discours informatif donné par le gynécologue, afin que celui-ci soit plus audible pour la patiente. Le péril vital qui menace la femme et parfois sa famille sera pensé autrement, face à l'imminence du traitement lourd et castrateur qui ne fait que renforcer les angoisses de mort.

## III. LES PATIENTES DÉJÀ MÈRES ET LES AUTRES

L'offre de PF est ressentie différemment selon que les femmes ont un enfant ou pas. Parmi celles qui ont déjà un enfant, la réaction face

à la proposition de PF est parfois plus nuancée : « l'important c'est que je me soigne pour pouvoir voir grandir mes enfants ».

Le discours est souvent totalement divergent pour les femmes qui n'ont pas d'enfant et qui nous disent « à quoi cela sert de guérir si ce n'est pas pour être mère plus tard... ? ». Ces patientes sont d'ailleurs parfois demandeuses de traitement anti-cancéreux moins efficaces mais avec un impact moindre sur fertilité [2].

### **III.1. La prise en charge chez les enfants**

Lorsqu'un enfant est atteint d'un cancer, la décision à prendre quant à la PF revient aux parents.

Des affects de culpabilité sont perçus chez ces parents qui ont le sentiment d'avoir transmis la maladie à leur enfant. Tentent-ils d'une certaine façon, en acceptant la mise en place de la PF, de réparer « leur faute » et de permettre à leur enfant de devenir parent un jour ?

Préserver la fertilité d'une petite fille c'est aussi signifier aux parents qu'elle va vivre et grandir. Les parents peuvent ainsi se représenter un avenir et créer une alliance avec leur enfant en évitant de penser à une éventuelle désaffiliation, entraînée par la mort, et de leur permettre de s'imaginer grands-parents en maintenant la généalogie familiale.

### **III.2. Lorsque c'est une adolescente**

Les consultations avec les adolescentes sont particulières car se pose toujours la question de la présence ou non des parents. L'adolescente, mineure, est dépendante de la décision de ses parents alors que la prise de décision devrait lui revenir. L'adolescente se trouve à cet instant prise dans une position régressive infantile en contradiction avec le fait qu'en tant qu'adolescente, elle est au seuil de sa sexualité adulte, parfois même réalisée. La situation est très délicate d'autant plus que sa sexualité devient transparente aux yeux de sa famille et que la relation avec la mère se trouve souvent dans des liens de fusion-défusion très violents, propres à la période adolescente. Il est à la fois inconfortable pour cette adolescente de dire à ses parents de ne pas venir à la consultation car elle n'a pas toujours envie d'exposer son intimité alors qu'elle a également besoin d'eux comme soutien dans ce moment d'extrême fragilité pour elle. Il existe, par ailleurs, une pression de la part de certains parents à vouloir que leur enfant fasse

« le maximum » (congélation d'ovocyte + fragment ovarien) alors que la jeune fille exprime une réticence à subir encore d'autres traitements invasifs.

### III.3. La patiente vierge

Les femmes que nous recevons en consultation sont parfois encore vierges. Il est alors compliqué, à la fois pour l'équipe et pour la patiente, de savoir qu'elle conduite tenir. En effet, la technique la plus performante aujourd'hui implique une défloration par la sonde échographique qui sert à ponctionner les ovocytes.

Même si nous entendons dans le discours des patientes leur envie de faire « ce qui marche le mieux », d'un autre côté elles craignent la perte de leur « virginité ». Mais une question se pose tout de même : que signifie perdre sa « virginité » au prix de préserver sa fertilité ?

## IV. REPRÉSENTATION DE LA CONGÉLATION DE L'EMBRYON

Nous avons montré [3] que les patientes ayant eu recours à une PF projetaient dans leurs gamètes congelés de véritables potentiels humains. Ainsi, à la question : « Que représentent pour vous vos embryons congelés ? », une large majorité répondent : « des futurs bébés », « des bébés qui m'attendent », « des enfants que j'appellerai Picard ou Findus » traduisant les diverses représentations, parfois humoristiques, induites par la technique.

Certaines se sentent rassurées d'avoir « quelqu'un » qui les attend pour plus tard, comme si elles souhaitaient conserver une part d'elle-même, indemne de tout traitement qui pourra être ainsi « congelée » et gardée à l'abri, pour plus tard, être restituée.

### IV.1. La temporalité

Nous entendons par « temporalité » la manière dont les processus psychiques créent leur propre gestion du temps, indépendamment du temps chronologique. Intéressons-nous de plus près à la façon dont sont annoncées au sujet à la fois sa maladie, son infertilité potentielle

et la PF. Tout cela dans un temps qui se télescope presque. Cette temporalité bien particulière n'est pas sans conséquences psychologiques et subjectives.

Il est demandé au sujet dans une même unité de temps de se penser comme sujet mourant et aussi comme sujet fécond. Comment intégrer psychiquement ces informations contradictoires ?

Le médecin, de son côté, est pris dans une temporalité bien différente : celle de l'urgence. Sa parole est aussi dépendante de ce temps imposé. Si le traitement anti-cancéreux doit commencer rapidement, et c'est souvent le cas, il n'y a donc pas le choix de patienter. Tous les acteurs concernés dans ce parcours sont donc pris en otage par le temps.

La notion de temporalité peut aussi être évoquée par rapport à la technique de PF en elle-même. La cryoconservation est bien une mise en suspens de la vie d'un tissu vivant, il va pendant toute la durée de la congélation être dans cet entre-deux, ni vraiment tout à fait vivant, ni vraiment tout à fait mort, seulement arrêté dans son évolution, suspendu pour un temps.

Ce qui a été préservé peut alors attendre pour être utilisé ultérieurement, attendre que la patiente devienne « maître » de décider d'en avoir besoin et envie, sans insistance ni urgence.

Quand la femme décidera-t-elle de décongeler ? Quel âge aura-t-elle ? Ce n'est pas parce que la temporalité est suspendue pour l'organe que la temporalité du sujet ne continue pas de s'écouler et que le temps ne fait pas son œuvre sur lui.

#### **IV.2. La question du refus de préservation de fertilité**

Il est rarement arrivé que des patientes ne souhaitent pas faire de PF. Certaines ne donnent plus de nouvelles après la consultation, d'autres appellent pour prévenir que finalement elles souhaitent ne rien mettre en place.

Une patiente nous dit : « *Non mais moi, la grossesse en soi, cela ne m'intéresse pas trop ; avoir un enfant oui, mais le gros ventre et tout ce n'est pas mon truc, il y a d'autres façons d'avoir des enfants...* ».

Une autre nous dit : « *Franchement je ne sais pas quoi vous dire, je n'ai jamais pensé à avoir un enfant, je suis plus intéressée par ma carrière qu'autre chose, ce n'est pas facile de donner une réponse comme ça ...* ».

Nous pouvons être étonnés de ce refus, mais il mérite surtout notre attention. Celles qui refusent : pourquoi refusent-elles ? Pouvons-nous y voir un mouvement auto-destructeur ? Ou alors est-ce l'envie de laisser faire la nature, et par là de ne pas prévoir ?

Le processus psychologique ne se développe pas dans l'urgence. C'est bien pour cela qu'il est parfois proposé un court temps de réflexion, nécessaire afin que les représentations multiples que prend l'intervention de préservation puissent être pensées. Le psychologue peut entendre autrement ce qui se joue sur la scène médicale, et en reparler avec la patiente, en des termes moins dévastateurs que ceux du discours médical brut. Reparler avec la patiente également de ce qu'elle peut en penser, et donc en dire elle-même : « *j'aurais l'impression qu'on m'arrache une partie de moi-même si on m'enlevait un ovaire, et ça je n'en suis pas capable...* ».

## V. QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES

Les questionnements éthiques peuvent se discuter suivant trois grands axes. En effet, ces problématiques peuvent se rapporter aux patientes elles-mêmes, à la future utilisation des produits de congélation et à la descendance.

Nous ne ferons ici que soulever de manière non exhaustive les principales questions éthiques qui se sont posées lors des consultations d'oncofertilité réalisées à Antoine Béclère. Certaines de ces problématiques font partie des réflexions éthiques déjà présentes dans le champ de la médecine et de la biologie de la reproduction.

### V.1. Du point de vue des patientes

#### ***V.1.a. Devons-nous considérer le pronostic de la patiente avant de proposer une PF ?***

Il arrive effectivement que les oncologues adressent des patientes au pronostic vital très engagé au gynécologue. Quelle doit-être la conduite à tenir lorsque les équipes savent pertinemment que ce qui sera congelé sera inéluctablement voué à la destruction après le décès de la patiente ? Doit-on alors tenir compte de l'importance qu'une préservation de la fertilité peut représenter pour la patiente ? Cette

situation pose également la question de l'information du pronostic donnée par l'oncologue à la patiente. Tous les oncologues ne vont pas jusqu'à informer leur patiente d'une issue fatale.

### ***V.1.b. La question des patientes vierges***

Pouvons-nous offrir à ces femmes des techniques qui sont établies d'un point de vue scientifique mais qui impliquent pour certaines une perte de leur virginité au moment du recueil ovocytaire ? Quel que soit le motif de la persistance de virginité, il est remarquable de constater qu'une très large majorité acceptera de recourir à des prélèvements transvaginaux.

### ***V.1.c. La complexité de choisir entre la congélation ovocytaire ou embryonnaire***

Cette problématique ne concernera que les patientes en couple. En effet, la législation française implique qu'une patiente célibataire ne pourra se voir proposer qu'une cryopréservation ovocytaire (la cryopréservation embryonnaire avec sperme de donneur étant interdite dans cette situation).

Avant la généralisation de la vitrification, les couples devaient faire face au dilemme du choix de la congélation gamétique ou d'embryons. En effet, les résultats largement supérieurs obtenus en cryopréservation embryonnaire comparativement aux ovocytes, en système de congélation lente, avaient tendance à orienter les patientes vers un choix susceptible de les placer devant d'autres problèmes. En effet, la législation française implique que les embryons congelés appartiennent au couple, et ne peuvent s'utiliser que dans le cadre où ce dernier est pérenne [4]. Cela soulève par conséquent la question de la congélation systématique d'ovocytes, ce d'autant que les nouvelles techniques de congélation (vitrification) permettent l'obtention de résultats similaires en ovocytes et en embryons.

## **V.2. L'utilisation future des gamètes**

### ***V.2.a. Quel est le temps optimal de conservation des gamètes ?***

Il n'est à ce jour pas connu, en particulier pour les ovocytes vitrifiés.

### ***V.2.b. Quid de la PF dans les cas de pathologie nécessitant une hystérectomie ?***

La législation française interdisant la gestation pour autrui (GPA), quelle doit être la conduite à tenir pour les patientes pour lesquelles la pathologie primitive fait indiquer une hystérectomie ? Certains groupes prennent le parti de ne pas proposer de PF dans ces situations. D'autres orienteront leurs patientes vers l'étranger, dans des pays où la GPA est autorisée, tandis que d'autres proposeront une congélation gamétique ou de tissu ovarien dans l'optique de modifications de la loi. Par ailleurs, la perspective de la transplantation utérine constitue un argument supplémentaire pour la proposition de PF, y compris dans les situations devant conduire à une hystérectomie.

### ***V.2.c. Quel est l'âge limite d'utilisation des gamètes congelés ?***

Les lois de bioéthique font état d'une prise en charge par l'assurance maladie des techniques d'assistance médicale à la procréation jusqu'à l'âge de 43 ans. L'utilisation de gamètes ou d'embryons congelés dans un contexte d'oncofertilité devra vraisemblablement refaire discuter de l'âge limite de restitution. Jusqu'à quel âge une grossesse peut-elle être autorisée chez une patiente qui, pendant plusieurs années, aura eu une contre-indication à la grossesse de la part des oncologues ?

La greffe de tissu ovarien, en permettant à la fois une reprise de fonction ovarienne exocrine et endocrine, pourrait, si elle était envisagée après 45 ans, faire repousser artificiellement l'âge de survenue de la ménopause. Par ailleurs, elle soulève également la question du *risque de réintroduction des cellules malignes*.

## **V.3. La reproduction post-mortem ?**

Que faire si la patiente décède et avait préalablement congelé des embryons avec son conjoint ?

Les questions éthiques doivent aussi être examinées à l'égard de la descendance. En effet, rares sont les données actuellement disponibles sur les enfants issus des techniques de préservation de la fertilité. Par ailleurs, chez les femmes atteintes de cancers du sein évoluant dans un contexte de mutation des gènes BRCA, l'utilisation des ovocytes ou embryons congelés impliquera un risque de transmission de la mutation chez les futurs enfants.

## CONCLUSION

Au-delà des deux temps que sont, « coup sur coup », l'annonce du cancer et la PF, l'offre elle-même vient convoquer le sujet dans son entier, puisqu'elle l'amène à se poser des questions essentielles sur ses limites, des origines de la vie à la finitude de soi.

Préserver la fertilité chez des patientes atteintes d'une pathologie cancéreuse, avec toujours un risque léthal, pourrait amener à se poser la question de préserver une part d'elles-mêmes du côté de la vie.

Il est particulièrement intéressant de noter que bien qu'informé de l'incertitude de succès des techniques de PF, une grande majorité des patientes optent pour leur mise en place.

Il est important de rester vigilant, car quoi qu'il en soit, ce qui a été congelé reste très investi par les patientes. Ce n'est donc pas sans une certaine prudence qu'il faut penser à « l'après-préservation » et il conviendra de bien les informer à nouveau, au moment de la décongélation et être prêt à accueillir une nouvelle déception.

Peut-on alors se dire qu'on tente aussi par la PF de « préserver » une certaine « fertilité psychique » ? Qui permettrait aux patientes de pouvoir penser leur guérison et se projeter dans une vie future ? Cela nous paraît être un étayage essentiel à un moment où leur vie est totalement bouleversée.

## Bibliographie

[1] Freud S. « *Considération actuelle sur la guerre et la mort* » in Essai de psychanalyse, Payot, 1968.

[2] Tschudin S, Bitzer J. Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. Hum Reprod Update 2009 Sep-Oct;15(5):587-97.

[3] Trèves R, Grynberg M, Parco SI, Finet A, Poulain M, Fanchin R. Female fertility preservation in cancer patients: an instrumental tool for the envisioning a postdisease life. Future Oncol 2014 May;10(6):969-74.

[4] Loi n° 2011-118 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.