

Consentement et reproduction humaine

2012

Titia N'DIAYE,

Gynécologue-Obstétricien, responsable clinicien du centre de Procréation Médicale Assistée du CHU de Poitiers

Muriel ROUSSEAU,

Biologiste, responsable du laboratoire du centre de Procréation Médicale Assistée du CHU de Poitiers

Céline BRECHON,

Médecin généraliste, Poitiers

Martine MARECHAUD,

Gynécologue-Obstétricien, responsable du centre de Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal du CHU de Poitiers

Fabrice PIERRE,

Professeur des universités, Gynécologue-Obstétricien, Chef du Pôle Femme-Mère Enfant CHU de Poitiers

Résumé

Au fil de l'accompagnement d'un couple dans son parcours de soins, les différents intervenants de cette table ronde abordent les nombreux aspects du consentement des patients dans les domaines de la procréation médicalement assistée et du diagnostic prénatal.

Le parcours allant de la procréation à la naissance est bien souvent compliqué pour les couples et nécessite le plus souvent dès la prise de cette décision l'intervention du médecin généraliste qui oriente de façon appropriée les couples vers un centre d'assistance médicale à la procréation.

A l'issue de la synthèse des premiers examens une prise en charge peut être envisagée et dès l'adhésion du couple à ce processus divers consentements vont être recueillis notamment ceux concernant le devenir des embryons issus des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), dont la Fécondation In Vitro et l'Insémination intra-cytoplasmique d'un Spermatozoïde. Toute la complexité réside dans la façon de délivrer cette information et sa perception par la couple. Le recueil de ces éléments est soumis à une réglementation stricte.

Par ailleurs autour de cette information d'autres questions se greffent bien souvent concernant la possibilité de sur-risque et de dépistage d'éventuelles malformations, les risques obstétricaux notamment pour les grossesses multiples et de haut rang. Une information claire est donc nécessaire à toutes les étapes de ce processus.

FECONDATION IN VITRO (FIV) ET TECHNIQUES DERIVEES.

C'est en 1978, en Grande Bretagne, que naissait le premier bébé issu d'une fécondation in vitro.

La technique de FIV, utilisée par R. Edwards à l'époque de sa première réussite, est encore utilisée aujourd'hui sans modification significative.

Cette technique dont le but était de permettre aux femmes souffrant essentiellement de stérilité tubaire bilatérale d'avoir des enfants, a été utilisée rapidement dans d'autres indications cliniques, y compris dans le cas de stérilité masculine mineure.

L'utilisation, quelques années plus tard, de l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), a permis de traiter efficacement la stérilité masculine à un niveau beaucoup plus élevé en y associant les techniques de ponctions épидидymaire et testiculaire (Palermo et collaborateurs en 1992).

Les différentes étapes cliniques sont un bilan complet féminin (réserve ovarienne, cavité, perméabilité tubaire, sérologies, habitus), un bilan masculin (habitus, bilan spermatique, sérologies), une vérification de la réalité du couple (guide des bonnes pratiques en AMP).

Après synthèse et restitution au couple des éléments d'évaluation clinique et biologique, le choix de la technique d'AMP est envisagé : explications orales concernant la technique avec support visuel et information concernant le nombre d'embryons frais transférés, les modalités de congélation et les bénéfices apportés en terme d'amélioration de chances de grossesse par tentative, les chances de survie embryonnaires après décongélation .(guide de bonnes pratiques en AMP)

Pour le couple, il n'y a aucune différence de traitement et de déroulement de la procédure entre une FIV conventionnelle et une FIV-ICSI.

La différence se situe seulement au niveau de la technique que va utiliser le biologiste :

- dans la FIV conventionnelle, le biologiste met en contact les spermatozoïdes du conjoint, après leur avoir fait subir une épreuve de « lavage-centrifugation- migration » pour sélectionner les plus mobiles, avec les ovocytes de la conjointe. Cette fécondation se fait naturellement dans un milieu de culture dont la composition est proche du milieu naturel ;
- dans la fécondation in vitro avec micro-injection, le geste que va devoir accomplir le biologiste est bien explicité par l'abréviation « ICSI », qui provient du terme anglais " Intra Cytoplasmic Sperm Injection" : choisir un spermatozoïde et l'injecter dans le cytoplasme de l'ovocyte, à un endroit bien déterminé pour induire le processus de fécondation.

Les indications de l'ICSI sont : l'infertilité masculine, en règle générale, quand le nombre de spermatozoïdes normaux et mobiles ne permet pas de tenter une FIV conventionnelle ; l'échec après tentative(s) de FIV conventionnelles ; et la mauvaise qualité des ovocytes de la conjointe ne rentre pas dans ce type d'indication.

Les formalités administratives sont encadrées par la loi de bioéthique qui encadre strictement la pratique de la fécondation in vitro, en France. Dans ces conditions, les caisses prennent en charge la totalité des frais jusqu'à 4 tentatives par enfant.

Cette technique est réservée aux couples hétérosexuels mariés ou vivants en concubinage notoire depuis plus de deux ans.

La conjointe doit être âgée de moins de 43 ans au moment de la tentative de fécondation in vitro, sous réserve que le bilan clinico-biologique permette de la réaliser.

LES RESULTATS DE L'ICSI

Toutes indications et âges confondus, le pourcentage de chance d'obtenir une grossesse est de 24% environ par ponction et de 28% par transfert d'embryon(s).

Les patientes plus jeunes et certaines indications propices donnent les meilleurs résultats.

Sur 100 grossesses débutantes, il y en aura un peu plus de 75 qui aboutiront à une naissance.

Enfin, en dehors du risque de grossesse multiple, si l'on met plus d'un embryon, il existe une plus grande prématurité chez les enfants nés de FIV, comparés aux enfants nés naturellement

Combien transfère-t-on d'embryons simultanément ?

Ce traitement s'accompagne parfois d'un risque de grossesse multiple qui est proportionnel au nombre des embryons que l'on aura transférés.

En Europe, un consensus a été proposé pour diminuer le nombre d'embryons transférés. Certains pays imposent même le transfert d'un seul embryon à la fois.

Compte tenu de l'observation plus approfondie de la cinétique des embryons, de la recherche des embryons "top quality"...le nombre raisonnable d'embryons transférés varie, selon les pays, de 1 à 2, voire 3 dans certaines situations très particulières (âge de la patiente, Potentiel des embryons, rang de tentative...).

Le choix des embryons pour le transfert s'effectue actuellement sur des critères morphologiques : nombre de cellules, homogénéité de taille et organisation des cellules, quantité de fragments cytoplasmiques, cinétique de développement...

Le nombre d'embryon(s) à transférer est déterminé en fonction de règles internes au centre basées chez nous sur des études statistiques visant à offrir les meilleures chances de grossesse unique en limitant le risque de grossesses multiples. Cette décision est proposée et discutée avec le patient lors d'une consultation avec le clinicien qui doit recevoir les consentements du couple pour les différentes techniques FIV et ICSI ainsi que pour la congélation d'éventuels embryons surnuméraires. La décision du nombre d'embryon à transférer est revue par l'ensemble de l'équipe en staff.

Au niveau du laboratoire, les consentements concernent l'utilisation de gamètes et d'embryons cryoconservés, dans notre centre nous n'effectuons que des conservations de sperme à court terme dans le cadre de la prise en charge en AMP : « Monsieur doit nous signer un consentement pour la congélation et pour l'utilisation de ses gamètes par Madame ».

Concernant les embryons surnuméraires, le clinicien a déjà recueilli le consentement pour la congélation, le laboratoire est tenu de suivre le devenir de la conservation et donc du devenir du projet parental.

Conformément à la Loi, les deux membres du couple dont les embryons sont conservés sont consultés chaque année par écrit pour savoir s'ils maintiennent ou non leur projet parental (Article 2141-4 du Code de la Santé Publique). Il leur est proposé : le maintien du projet parental ; l'accueil de l'embryon par un autre couple ; le don à la recherche à des fins scientifiques ; ou l'arrêt de conservation.

LE TRANSFERT D'EMBRYONS CRYOPRESERVES (TEC), embryons congelés puis décongelés :

Le transfert des embryons s'effectue après leur décongélation, si celle-ci s'est bien passée. Cette procédure est délicate car un certain nombre d'entre eux peuvent se lyser complètement ou partiellement à la décongélation. Après décongélation, on considère que tout embryon qui dispose d'au moins 50% de ses blastomères intacts peut être transféré. Toutefois, tout embryon qui a résisté au processus de décongélation et repris son évolution normale en milieu de culture pendant 12 à 24 heures a des chances réelles d'implantation.

Les indications classiques du TEC :

- les transferts d'embryons surnuméraires recueillis après une FIV ou une FIV/ICSI, soit après échec du transfert d'embryons frais, soit pour une deuxième grossesse ;
- les utérus hypoplasiques ou malformés impliquant le transfert d'un seul embryon à chaque fois ;
- les hyperstimulations ovariennes sans projet de transfert d'embryon frais ;
- les endomètres inadéquats en cours de stimulation ;
- les dons d'embryons (accueil d'embryons) ;
- la préservation du capital ovocytaire avant une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Bilan et traitement pré-transfert :

Un bilan préalable d'évaluation de l'endomètre est indiqué pour le succès de l'implantation. En fonction de ce bilan, le clinicien pourra opter pour l'une des solutions suivantes :

Cycles spontanés: Si la patiente présente des cycles naturels de bonne qualité, il est possible, sans traitement particulier de suivre l'évolution du cycle afin de bien contrôler l'évolution et la qualité du follicule obtenu naturellement.

Cycles Stimulés: Dans certaines conditions on pourra effectuer une légère stimulation ovarienne avec déclenchement programmée de l'ovulation et contrôle de l'aspect de l'utérus.

Cycles substitués(ou artificiels) : Dans Ce dernier cas de figure, en l'absence de cycle, on pourra créer un cycle artificiel en 2 temps, en utilisant l'œstradiol et la progestérone associés souvent à des traitements de complémentation (agoniste, HCG,).

Le transfert s'effectuera généralement en fonction de l'âge des embryons de J3 à J5 après le déclenchement de l'ovulation.

Le transfert de blastocyste se fera dans des conditions similaires.

QUELQUES DONNEES LEGISLATIVES

La Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique a adapté les textes en vigueur aux évolutions de la science et de la recherche, sans remettre en cause les principes fondamentaux de la bioéthique - que sont la dignité de l'être humain, le respect dû au corps, la protection de l'embryon, l'anonymat, la gratuité du don, le caractère libre et éclairé du consentement. L'éclairage de notre débat sur le consentement en AMP y est particulièrement développé dans les articles cités ci-dessous.

L'article L. 2141-3 du Code de la Santé Publique, modifié par Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 36, précise que :

« Un embryon ne peut être conçu in vitro que dans le cadre et selon les objectifs d'une assistance médicale à la procréation telle que définie à l'article L. 2141-1. Il ne peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des membres du couple.

Compte tenu de l'état des techniques médicales, les membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que soit tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser ultérieurement leur projet parental. Dans ce cas, ce nombre est limité à ce qui est strictement nécessaire à la réussite de l'assistance médicale à la procréation, compte tenu du procédé mis en

œuvre. Une information détaillée est remise aux membres du couple sur les possibilités de devenir de leurs embryons conservés qui ne feraient plus l'objet d'un projet parental.

Les membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que les embryons, non susceptibles d'être transférés ou conservés, fassent l'objet d'une recherche dans les conditions prévues à l'article L. 2151-5.

Un couple dont des embryons ont été conservés ne peut bénéficier d'une nouvelle tentative de fécondation in vitro avant le transfert de ceux-ci sauf si un problème de qualité affecte ces embryons ».

L'article L. 2141-4 du Code de la Santé Publique, modifié par Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 34, précise que :

« I.- Les deux membres du couple dont des embryons sont conservés sont consultés chaque année par écrit sur le point de savoir s'ils maintiennent leur projet parental.

II.- S'ils n'ont plus de projet parental ou en cas de décès de l'un d'entre eux, les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, peuvent consentir à ce que :

1° Leurs embryons soient accueillis par un autre couple dans les conditions fixées aux articles L. 2141-5 et L. 2141-6 ;

2° Leurs embryons fassent l'objet d'une recherche dans les conditions prévues à l'article L. 2151-5 ou, dans les conditions fixées par cet article et l'article L. 1125-1, à ce que les cellules dérivées à partir de ceux-ci entrent dans une préparation de thérapie cellulaire à des fins exclusivement thérapeutiques ;

3° Il soit mis fin à la conservation de leurs embryons.

Dans tous les cas, le consentement ou la demande est exprimé par écrit et fait l'objet d'une confirmation par écrit après un délai de réflexion de trois mois. En cas de décès de l'un des membres du couple, le membre survivant ne peut être consulté avant l'expiration d'un délai d'un an à compter du décès, sauf initiative anticipée de sa part.

III.- Dans le cas où l'un des deux membres du couple consultés à plusieurs reprises ne répond pas sur le point de savoir s'il maintient ou non son projet parental, il est mis fin à la conservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à cinq ans. Il en est de même en cas de désaccord des membres du couple sur le maintien du projet parental ou sur le devenir des embryons.

IV.- Lorsque les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, ont consenti, dans les conditions prévues aux articles L. 2141-5 et L. 2141-6, à l'accueil de leurs embryons et que ceux-ci n'ont pas été accueillis dans un délai de cinq ans à compter du jour où ce consentement a été exprimé par écrit, il est mis fin à la conservation de ces embryons. »

LE DON D'OVOCYTES

Cette pratique a été légalisée en France en juillet 1994.

Le don d'ovocytes est effectué dans le cadre d'indications médicales authentifiées et, en aucun cas, pour des raisons de convenance.

En France, le nombre de donneuses est faible et les centres pratiquant le don d'ovocytes sont peu nombreux, ce qui explique des délais d'attente souvent assez long (Rapport IGAS 2011).

L'adoption reste toujours une alternative au don.

Ce don est destiné au couple qui désire procréer et dont la conjointe ne peut pas produire ses propres ovocytes.

Ce couple doit satisfaire aux autres critères habituels pour rentrer dans une procédure d'AMP (FIV ou ICSI).

La donneuse doit être une femme déjà mère, dont l'âge, au moment du don est inférieur à 36 ans et qui détient un statut sérologique satisfaisant.

Comme tous les dons de ce genre, en France, il est gratuit, anonyme et basé sur le volontariat des deux membres du couple.

Les différents caractères physiques principaux "donneuse - receveuse": ethnique, couleur des cheveux, des yeux, rapport poids/taille...groupe rhésus permettent des appariements plus harmonieux quand cela est possible.

La receveuse et son conjoint devront consulter un psychologue ou un médecin psychothérapeute, en plus des examens habituels pratiqués en AMP.

Un certain nombre de renseignements spécifiques serviront à améliorer l'appariement.

Enfin, une enquête génétique pourra être conduite.

Dès la décision prise, un traitement d'attente pourra être constitué, dans les indications le nécessitant.

Selon la loi, les couples receveurs devront aussi signer un consentement à l'assistance médicale à la procréation avec don d'ovocytes et faire la preuve d'une vie commune ou maritale depuis plus de 2 ans. Ce document doit être signé devant le président du tribunal de grande instance, son délégué ou un notaire.

Comme l'indique le rapport de l'IGAS-2011, La France manque actuellement de donneuses d'ovocytes, ce qui a créé, dans les pays voisins, une brèche très lucrative (et non remboursable) dans laquelle se sont introduites de nombreuses cliniques étrangères, généralement bien organisées et aux règles éthiques "élargies", différentes de celles établies en France dans notre contexte de remboursement et de prise en charge par l'assurance maladie.

TOURISME MEDICAL ET AMP

Un tourisme médical très lucratif s'est alors instauré dans les pays où la loi est plus souple, voire inexistante vis à vis de ces problèmes. Les procédures sont moins contraignantes, moins exigeantes et plus rapides puisque les ovocytes ne manquent pas. Le tourisme médical profite aussi à une patientelle masculine ou féminine qui ne peut pas être traitée en France pour diverses raisons : femme de plus de 43 ans, célibataires, homosexuels, candidats à la gestation pour autrui (femme porteuse).

La Grèce, l'Espagne, la Tchéquie, et la Roumanie font partie des pays plus facilement visités pour le don d'ovocytes. Les Etats unis, l'Inde, le Canada, l'Ukraine et la Russie font partie des pays qui proposent la gestation pour autrui.

L'« European Society of Human Reproduction and Embryology » (ESHRE), organe représentatif, en Europe, des professionnels de la Reproduction Humaine a publié en 2008 un rapport sur ce sujet qui, mettant en garde ces professionnels sur leurs implications et responsabilités, soulignait la nécessité d'aborder avec les patientes/couples toute solution pour minimiser cette possibilité ; et surtout le devoir d'information en amont de leur départ vers des pays où la barrière de la langue annihilerait complètement toute efficacité de l'information et du réel consentement éclairé aux soins (Pennings 2008). Ce devoir d'information devait, entre autre, insister sur le haut risque de grossesses multiples, et leurs conséquences.

Dans la continuité de la principale motivation de ce « tourisme procréatique », l'autoconservation sociétale des ovocytes est considérée comme une éventuelle solution à la diminution de telles migrations. Elle a fait l'objet d'un questionnement éthique au sein de l'ESHRE (ESHRE 2012). Le fait que la technique de cryopréservation par vitrification des ovocytes permet d'approcher avec des gamètes congelés et conservés des résultats proches de la FIV conventionnelle avec ovocytes frais, a ouvert un nouveau débat au sein de la communauté des professionnels autant que de la Société sur la place de l'autoconservation ovocytaire en vue de repousser les limites de l'« assaut du temps » sur les capacités reproductives des ovaires. Le groupe de réflexion au sein de l'ESHRE a abouti à un débat très mitigé sur cette pratique, retenant l'incertitude d'obtenir ultérieurement une grossesse sur un nombre limité de tentatives possibles, qui plus est sans recul sur les conséquences à long terme de la technique, et insistant sur la nécessité d'informer clairement la population que les meilleures chances d'obtenir un enfant à terme en bonne santé restent la reproduction naturelle à un âge relativement jeune. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) est en cours de finalisation d'un avis sur le sujet.

LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET LE DIAGNOSTIC PRENATAL

La grossesse obtenue grâce à l'AMP bénéficie des dispositions de surveillance et de dépistage proposés, en France, à toute femme enceinte. Les modalités sont adaptées au caractère unique ou multiple de la grossesse et aux facteurs de risque identifiés (maladie maternelle, maladie génétique au sein de la famille).

La surveillance clinique et certains examens biologiques obligatoires sont régis par l'Article L2122-1, modifié par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V).

La surveillance échographique prévoyant 3 échographies au cours de la grossesse normale n'est pas obligatoire. Ces échographies fœtales sont très attendues par la plupart des futurs parents. Certains examens de dépistage, qu'ils soient biologiques ou échographiques doivent être proposés et expliqués et ne peuvent être effectués sans le consentement de la femme enceinte.

Dans le cas de notre couple, le diagnostic de grossesse triple a conduit à une réflexion sur la possibilité dite de « réduction embryonnaire » qui consiste à arrêter médicalement l'évolution d'un ou plusieurs embryons à un stade précoce de la grossesse afin de réduire les risques maternels des grossesses de haut rang (quadruple et plus) et les risques de grande prématurité pour les nouveaux nés parfois à peine viables. En cas de grossesse triple, le bénéfice n'est pas significatif en l'absence d'autre facteur de risque mais l'on doit aussi prendre en compte les aspects psychologiques et sociaux et la demande parentale.

Cette intervention, peu fréquente, est confrontée à un vide juridique puisqu'il ne s'agit pas d'une interruption volontaire de grossesse pour motif médical, ni d'une interruption volontaire de grossesse pour motif personnel puisque la grossesse est poursuivie.

Par contre le dépistage de la trisomie 21 qui est la plus fréquente des anomalies chromosomiques doit être expliqué et proposé à toutes les femmes enceintes.

Le dépistage consiste à calculer la probabilité que le fœtus examiné soit porteur d'une trisomie 21 en intégrant les probabilités liées à l'âge de la maman, à la valeur de la mesure de la clarté nucale de l'embryon entre 11 et 14 semaines d'aménorrhée et à au dosage d'hormones placentaires dans le sang maternel. Ce dépistage est soumis au consentement éclairé attesté par écrit (obligation réglementaire). L'application de ces bonnes pratiques n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît car il faut veiller à la véritable compréhension et au libre consentement.

Dans le cas particulier des grossesses obtenues par AMP, il est important de préciser que le risque de trisomie 21 est lié à l'âge de la mère au moment du recueil de l'ovocyte ou à l'âge de la donneuse en cas de don d'ovocytes et le recours à l'AMP n'augmente pas de manière significative le risque de malformation ou de maladie fœtale.

Le dépistage n'est qu'une évaluation de risque, ce n'est pas un diagnostic. Si le résultat du dépistage révèle un risque élevé, un examen diagnostique dont l'éventualité aura déjà été évoquée lors de l'information initiale sera proposé.

Ainsi, l'Article R2131-2 du Code de la Santé Publique, modifié par Décret n° 2006-1660 du 22 décembre 2006 - art. 1 (JORF 23 décembre 2006) précise que :

« Les analyses destinées à établir un diagnostic prénatal mentionnées du 1° au 6° de l'article R. 2131-1 doivent être précédées d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée, permettant :

1° D'évaluer le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, compte tenu des antécédents familiaux ou des constatations médicales effectuées au cours de la grossesse ;

2° D'informer la femme enceinte sur les caractéristiques de cette maladie, les moyens de la détecter, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse ainsi que sur leurs éventuelles conséquences ;

3° D'informer la femme enceinte sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Le médecin consulté fournit à la femme enceinte les informations mentionnées ci-dessus.

Il établit une attestation, cosignée par la femme enceinte, certifiant que ces informations lui ont été fournies et en conserve l'original.

Lorsque la femme enceinte consent à la réalisation des analyses, son consentement est recueilli sur un formulaire conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'Agence de la biomédecine. Le médecin en conserve l'original.

Une copie de l'attestation et une copie du formulaire de consentement sont remises à la femme enceinte et au praticien qui effectue les analyses.

Ces documents doivent être conservés par l'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans les mêmes conditions que le compte rendu d'analyses ».

Il est complété par l'Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

La pratique de ces examens est donc très encadrée et comporte à nouveau un temps d'information, de réflexion et la nécessité d'un consentement écrit et réellement « éclairé ». Toute alternative doit être envisagée dans l'intérêt de l'enfant à naître et de ses parents ainsi que le recours possible à un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN). Cette activité est régie par plusieurs articles du Code de la Santé Publique sous la rubrique « Section 2 : centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal » : Art. R2131-10 à R2131-19 Sous-section 1 - missions et autorisation ; Art. R2131-20 à R2131-22 Sous-section 2 – fonctionnement.

Ainsi, tout au long du parcours de soin qui précède la conception médicalement assistée, qui accompagne la gestation et entoure la naissance le consentement parental et/ou maternel est indispensable, mais l'information qui le précède est essentielle et nécessite une écoute empathique, un dialogue adapté, et le respect de la personne et des lois.

REFERENCES

- ESHRE Task Force on Ethics and Law, Dondorp W, de Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, Barri P, Diedrich K. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. Hum Reprod 2012; 27: 1231-7.
- IGAS (Aballea P, Burstin A, Guedj J, et Maysonave C). Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France. Rapport IGAS RM2011-024P (Tome 1), IGAS, Paris 2011, 206 p. (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000113/0000.pdf>)
- Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-border reproductive care. Human Reprod 2008; 23: 2182-4
- Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, publiée au J.O. le 08/07/2011 - et ses liens documentaires :
- Loi no 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique
 - La révision des lois de Bioéthique (texte officiel-2009)
 - Rapport complet d'information, enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale, Le 20 janvier 2010 (pdf) n° 2235
 - Rapport fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique, le 26 janvier 2011 (n° 3111)
 - Les 20 propositions pour l'AMP (pdf : 43 Ko)
 - Le rapport médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine 2011. <http://www.agence-biomedecine.fr/> ; ou <http://www.agence-biomedecine.fr/Site-des-professionnels> ; ou directement par l'adresse suivante <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/accueil.htm>