



Un, ou deux ? Enjeux éthiques de la cryoconservation des ovaires

Célia du Peuty, Louise Pages

DANS **REVUE FRANÇAISE D'ÉTHIQUE APPLIQUÉE** 2026/1 N° 17, PAGES 101 À 117
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 2494-5757

DOI 10.3917/rfeap.017.0101

Date de mise en ligne : 19/06/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2026-1-page-101?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Un, ou deux ? Enjeux éthiques de la cryoconservation des ovaires

CÉLIA DU PEUTY

PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, CONSULTANTE EN ÉTHIQUE CLINIQUE, CENTRE D'ÉTHIQUE CLINIQUE DE L'AP-HP
CELIA.DU-PEUTY@APHP.FR

LOUISE PAGÈS

DOCTEURE JUNIOR EN SANTÉ PUBLIQUE (MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE EN MAI 2025), INTERNE DE L'AP-HP
PAGES.LOUISE@GMAIL.COM

La cryoconservation de tissu ovarien est l'une des techniques utilisées pour préserver la fertilité des patientes devant recevoir des traitements à fort risque de toxicité sur leurs organes reproductifs. Actuellement, un des deux ovaires de la patiente est cryoconservé et l'autre est laissé en place, courant un risque élevé d'être altéré significativement. En France, depuis 2021, le cortex ovarien peut également être greffé sans but procréatif, pour rétablir le fonctionnement hormonal des patientes en insuffisance ovarienne précoce. Des professionnels se sont alors interrogés sur la possibilité de prélever les deux ovaires des patientes plutôt qu'un seul, afin d'obtenir plus de greffons et de restaurer tant leur fonction hormonale que leur fertilité. Ils ont sollicité le Centre d'éthique clinique (CEC) pour les aider à réfléchir aux enjeux éthiques d'une telle démarche. Quatre professionnels du CEC ont rencontré quatorze professionnels impliqués dans la préservation de la fertilité, ainsi que trois femmes, toutes mères de deux enfants grâce à une autogreffe de leur cortex ovarien. Du contenu de ces entretiens émergent cinq questions principales, relatives au parcours de soin, à l'incertitude, à l'impact sur l'identité de genre, à la place de la fonction hormonale et à l'information faite aux patientes. Pour chacune sont exposés les arguments en faveur et contre la cryoconservation des deux ovaires, mettant à jour les risques et les intérêts à envisager une telle stratégie. La question de la cryoconservation des ovaires s'inscrit au cœur des enjeux sociétaux relatifs à la santé des femmes, à leurs droits et au respect de leur autonomie.



English version of this abstract can be found at the end of this issue.

Mots-clés

Préservation de la fertilité | restauration de la fertilité | restauration de la fonction hormonale de l'ovaire | cryoconservation de tissu ovarien | greffe de cortex ovarien | éthique clinique

Dans le champ de la santé, la volonté de lutter contre les biais de genre fait désormais partie intégrante de la recherche et des pratiques professionnelles, à l'étranger comme en France. L'objectif est de remédier aux discriminations entre les sexes dans l'accès aux soins. Les femmes ont, par exemple, longtemps pâti d'une sous-représentation dans la recherche biomédicale et d'une perte de chance liée à l'établissement des normes de référence sur les paramètres physiologiques des hommes (Vidal, 2019). Une observation des pratiques de soin proposées aux femmes met à jour que leur structuration s'est largement organisée autour de la place centrale accordée à la fonction reproductrice (Membrado, 2006). De la même façon, on observe, en matière de droit français de la santé, que la référence explicite au genre féminin est réservée aux pratiques médicales liées à la procréation (Mesnil, 2014). Il semble donc que les représentations sociales liées au genre – ici la fonction maternelle chez la femme – jouent un rôle prépondérant au sein des biais dans le champ médical.

Au sein des questions relatives à la santé des femmes, les menstruations féminines font l'objet d'un intérêt croissant. Le concept de « santé menstruelle » a ainsi vu le jour, défini comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, en lien avec le cycle menstruel », par le Collectif mondial sur les menstruations (Hennegan, 2021). En 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a ainsi demandé qu'elle soit reconnue, définie et traitée comme une question de santé et de droits humains (OMS, 2022). L'enjeu n'est pas seulement d'assurer des conditions hygiéniques aux femmes (accès à de l'eau, à des lieux préservant l'intimité et à des protections hygiéniques), il est de reconnaître l'incidence des menstruations sur la vie des femmes et qu'elles soient intégrées comme un enjeu de santé, ouvrant des droits spécifiques. En France aussi, la question des cycles menstruels a gagné en visibilité dans les sphères sociale, politique et juridique. Des propositions de loi ont été déposées autour de l'incapacité à travailler en lien avec les menstruations ou encore de la « précarité menstruelle », relative à l'accès des personnes précaires aux produits d'hygiène menstruelle (Mesnil, 2023). C'est la mission que s'est donnée l'association Règles élémentaires, créée en 2015, qui dénonce un « impensé collectif » autour des règles et de leur incidence sur la vie des femmes.

De la même façon, la ménopause est, elle aussi, de plus en plus évoquée dans la sphère sociale et les médias, ce que ces derniers désignent eux-mêmes comme « la fin d'un tabou » (Champenois, 2025). Une grande étude prospective baptisée « Climatère » vient d'être lancée en France pour améliorer les connaissances en la matière, faciliter le dépistage des symptômes qui y sont liés et répondre aux enjeux socio-économiques qui en découlent. Les publications internationales permettent d'ores et déjà de connaître certains effets de la ménopause, notamment précoce, sur la santé des femmes. La ménopause naturelle induit une vulnérabilité osseuse (Santoro, 2021) et cardiométabolique (Goldberg, 2024) et influence la qualité et l'espérance de vie selon son âge d'apparition (Ossewaarde, 2005 ; Daan, 2015). La ménopause précoce (<45 ans), et de surcroît prématurée (<40 ans), majore les risques de fracture (Anagnostis, 2018), de maladie et d'événement

cardiovasculaire (Liu, 2023) et métabolique (Han, 2024), de dépression (Georgakis, 2016) et de troubles cognitifs (Sochocka, 2023). Ces deux derniers risques semblent également réduire l'espérance de vie de façon significative (Mondul, 2005 ; Ossewaarde, 2005).

En matière de santé de la femme, la question de l'atteinte de la fonctionnalité des ovaires s'inscrit au carrefour de ces éléments contextuels concernant la santé menstruelle et la place de la reproduction dans le parcours de soin des patientes. En effet, l'ovaire participe à la fois au fonctionnement hormonal et à la procréation. Ces deux fonctions sont indissociables car liées à une seule structure : le follicule ovarien. Son atteinte est susceptible de retarder voire d'empêcher le déclenchement spontané de la puberté, d'entraver la fertilité et d'induire une ménopause précoce. C'est justement les effets que peuvent avoir certains traitements dits gonadotoxiques, c'est-à-dire atteignant les fonctions des gonades. Parmi ces traitements, on trouve certaines chimiothérapies ou radiothérapies, dont l'incidence sur une éventuelle insuffisance ovarienne est plus ou moins définitive (Poirot, 2013). Face à ce risque, des techniques de préservation ont vu le jour, parmi lesquelles la cryoconservation de tissu ovarien, dans les années 1990 en Europe (Belgique, Danemark, Royaume-Uni, France), en Australie et aux États-Unis. Cette technique consiste en un prélèvement de tout ou partie de l'ovaire de la patiente, dont le cortex est fragmenté puis cryoconservé en amont de la mise en œuvre des traitements gonadotoxiques, ou après leur initiation dans certains cas (Dolmans, 2021). Ce tissu peut ensuite être greffé à la patiente, dans le but de restaurer son fonctionnement hormonal et qu'une grossesse soit possible. La cryoconservation et la greffe de tissu ovarien soulèvent des enjeux concernant la santé des femmes qu'il convient d'explorer.

Cryoconservation et greffe de cortex ovarien

La France a été l'un des premiers pays à développer la cryoconservation de cortex ovarien comme alternative aux autres techniques de préservation de la fertilité : transposition ovarienne, cryoconservation d'ovocytes matures prélevés après stimulation, d'ovocytes maturés in vitro ou d'embryons. Le recours à la cryoconservation de cortex ovarien plutôt qu'aux autres techniques varie en fonction d'un certain nombre de critères : urgence de la prise en charge, âge de la patiente, type de maladie et du traitement qui en découle. Elle est la seule stratégie à pouvoir être proposée aux jeunes patientes non pubères, pour lesquelles aucune solution n'existait jusqu'alors. En France, cette technique est devenue légale en 2004 (Légifrance, 2004).

La première greffe de tissu ovarien a eu lieu en 2000 aux États-Unis, chez une patiente pour laquelle les traitements hormonaux substitutifs ne permettaient pas de traiter une ménopause précoce consécutive à des traitements (Oktay, 2000). La première naissance vivante consécutive à une greffe d'ovaire a eu lieu en Belgique, en 2004 (Donnez, 2004). En France, la greffe de cortex ovarien à visée procréative est autorisée depuis 2017, et possible jusqu'au 45^e anniversaire de la femme (Légifrance, 2021). Ces autogreffes permettent aux femmes

de procréer, « naturellement » dans la majorité des cas, ou parfois après assistance médicale à la procréation (AMP). Près de 90 % de ces opérations aboutissent à une restauration du fonctionnement ovarien chez la femme greffée (Dolmans, 2021). Plusieurs centaines de grossesses ont été déclarées dans le monde après une procédure de ce type depuis sa mise en place, et 26 % des femmes en ayant bénéficié ont eu au moins un enfant (Dolmans, 2021 ; Khattak, 2022).

C'est en France, en 2012, qu'a eu lieu la première greffe de cortex ovarien dans le but d'induire une puberté (Poirot, 2012). Lorsque la greffe ne s'insère pas dans un projet procréatif, le cortex ovarien peut être greffé ailleurs qu'à l'endroit où il a été prélevé avant sa cryoconservation, sous la peau du bras par exemple. On parle alors de greffe hétérotopique, par opposition à la greffe orthotopique, qui, elle, respecte la localisation initiale du greffon. Seuls quatre cas ont été publiés dans le monde pour documenter des greffes de cortex à visée uniquement hormonale (Callejo, 2001 ; Kim, 2004 ; Poirot, 2012 ; Courbière, 2024). En France, depuis la dernière révision de la loi de bioéthique, en 2021, la greffe à visée uniquement hormonale est légale et possible jusqu'aux 49 ans révolus de la patiente.

La greffe de cortex ovarien est toutefois utilisée avec prudence dans certains cas. En effet, les professionnels s'inquiètent d'une éventuelle réintroduction de la maladie initiale (Dolmans, 2013 ; Faidherbe, 2023), en cas de présence de cellules cancéreuses au sein de l'ovaire cryoconservé par exemple. Dans ces situations, une analyse des fragments à la recherche de cellules cancéreuses est réalisée en amont de la greffe (Chevillon, 2021). Ces fragments sont ensuite inutilisables, et la non-détection de cellules malignes dans ces échantillons ne dit rien de ce qu'il en est des fragments qui seront, eux, greffés. Cependant, aucun lien de causalité n'a pu être établi par la recherche entre la greffe de cortex ovarien et les rechutes de certaines patientes de leur maladie cancéreuse (Greve, 2012).

Des paramètres demeurent scientifiquement mal connus, ou non prévisibles. C'est le cas de la sévérité de l'altération de l'ovaire restant, non prélevé et non cryoconservé, qui varie notamment en fonction du traitement reçu. Sa récupération fonctionnelle est difficilement prédictible (Bricaire, 2013 ; Chabut, 2023). Les traitements sont d'ailleurs susceptibles d'altérer non seulement les ovaires, mais aussi la muqueuse de l'utérus, notamment lorsque les patientes ont reçu une radiothérapie utérine. Le facteur ovarien n'est donc pas le seul paramètre à prendre en compte pour anticiper l'avenir reproductif de ces patientes. La durée de vie des greffons ovariens demeure également imprévisible : la plus grande série publiée de transplantations de tissu ovarien basée sur des données individuelles a montré que, à 5 ans, 55 % des patientes greffées présentaient encore une fonction ovarienne (Dolmans, 2021). La proportion de tissu ovarien nécessaire pour obtenir au moins une naissance n'est pas connue. Cependant, il existe une corrélation entre le nombre de fragments ovariens transplantés et les chances d'obtenir une grossesse (Poirot, 2019).

L'évolution législative de 2021, qui permet désormais de greffer le cortex ovarien en dehors d'un projet procréatif, a conduit certains professionnels français et belges à s'interroger sur l'opportunité de

prélever non pas un seul ovaire mais les deux aux patientes pour lesquelles l'atteinte de l'ovaire non cryoconservé est la plus probable et la plus sévère. Ce double prélèvement permettrait de greffer la patiente de manière itérative et tout au long de sa vie, à des fins uniquement hormonales ou également procréatives selon son âge et ses besoins. Dans le champ de la greffe de cortex ovarien, aucune publication ne rapporte la cryoconservation des deux ovaires d'une patiente, la pratique habituelle consistant à n'en prélever qu'un seul. Seule une publication¹ en rapporte les enjeux médicaux, juridiques et éthiques (Poirot, 2025). Si la question de prélever un seul ou deux ovaires peut sembler uniquement technique et n'être envisagée que sous le seul prisme de la balance bénéfices-risques, les professionnels s'interrogeant sur une double cryoconservation ont en réalité mesuré, plus largement, les enjeux éthiques de la question. Conscients qu'au sein de la pratique médicale les innovations prennent place dans un contexte sociétal qui en influence tant l'émergence que l'implémentation, ils ont décidé de saisir le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP (CEC) afin qu'il les aide à réfléchir à la possibilité d'une double cryoconservation des ovaires pour certaines patientes.

Démarche employée pour explorer les enjeux de la cryoconservation des ovaires

Pour répondre à cette sollicitation, dite saisine organisationnelle (voir encadré), quatre professionnels exerçant au CEC – un médecin, une interne en santé publique, une psychologue et un juriste – se sont entretenus avec 14 professionnels impliqués dans la préservation de la fertilité : 6 hématologues ou oncologues dont 4 pédiatriques, 2 biologistes de la reproduction, 2 chirurgiens gynécologiques et 4 médecins travaillant dans le domaine de l'AMP. Ces professionnels exerçaient au sein de dix institutions dans quatre villes différentes. Ils ont été sélectionnés car ils avaient participé à un début de réflexion sur le sujet avec la personne qui a saisi le CEC ou bien car ils étaient connus du CEC pour être des personnes ressources sur le sujet. Ont également été rencontrées trois patientes ayant eu recours à une greffe de cortex ovarien cryoconservé, issu du prélèvement d'un seul ovaire, et ayant eu deux enfants à la suite de celle-ci. Elles avaient 18, 23 et 25 ans au moment de la préservation de leur fertilité. La proposition de participer à cette saisine organisationnelle leur a été faite par un médecin biologiste qui a assuré leur prise en charge.

La question générale guidant la démarche était la suivante : faudrait-il proposer à certaines patientes de cryoconserver leurs deux ovaires au lieu d'un seul, dans l'objectif de pouvoir restaurer leur fonction hormonale en plus de leur fertilité ? Il n'existait pas de critère de sélection pour les personnes rencontrées autres que ceux précités et leur accord pour contribuer à ce travail de réflexion. S'agissant d'une saisine organisationnelle et non d'une recherche, aucune hypothèse spécifique n'a guidé les échanges, et les professionnels du CEC ne disposaient pas de grille d'entretien. Les questions posées aux professionnels étaient destinées à la compréhension des pratiques actuelles et des enjeux liés à

leur évolution potentielle vers le prélèvement de deux ovaires, des bénéfices et des risques sur le plan médical dans les deux cas, de l'impact sur le reste de la prise en charge et notamment sur l'information délivrée. Les entretiens menés avec les patientes avaient pour but de connaître le parcours médical au cours duquel elles avaient bénéficié d'une greffe de leur tissu ovarien cryoconservé, leur vécu global de cette prise en charge, leur avis sur la possibilité que la prise en charge évolue vers le prélèvement des deux ovaires pour certaines patientes et la façon d'informer les patientes dans ce cas.

Les entretiens ont été menés dans les services où exercent les professionnels de santé, dans les locaux du CEC et en visioconférence. Ils ont fait l'objet de prises de notes manuscrites de la part des quatre professionnels composant l'équipe. Ils ont été explorés en utilisant les principes de l'éthique biomédicale (Beauchamp, 2008) pour y affilier les arguments employés par les personnes rencontrées, et le contenu a été structuré autour de cinq questions principales mises en évidence par les quatre professionnels du CEC investis dans la saisine.

Ces questions et leurs éléments de réponse ont été discutés en réunion pluridisciplinaire au CEC afin d'enrichir le matériel obtenu. La présentation a respecté l'anonymat des personnes qui ont participé aux entretiens. Ce staff a réuni 16 personnes : 6 médecins, 2 représentants de la société civile, 2 professionnels formés en philosophie, un sociologue, 2 paramédicaux, une assistante sociale, une juriste et un psychologue.

Enfin, ce travail a été présenté lors de la 19^e journée scientifique du GRECOT (Groupe de recherche et d'étude sur la cryoconservation de l'ovaire et du testicule), en mars 2022. L'objectif était de proposer aux experts en charge de la cryoconservation des gamètes et des tissus germinaux des pistes de réflexion éthique concernant les arguments pour prélever ou non les deux ovaires avant un traitement gonadotoxique. Cette présentation a été suivie d'une discussion avec les experts présents (Poirot, 2025).

Cet article propose de présenter les questions et les éléments de réponse obtenus à partir de l'exploration du contenu des entretiens.

Questions éthiques soulevées par le prélèvement d'un ou de deux ovaires

Les entretiens menés ne permettent pas de répondre de façon tranchée à la question, mais laissent au contraire émerger des contradictions qui attestent de la complexité du sujet. L'utilisation de la réflexion éthique pour travailler la question posée permet de révéler les valeurs mobilisées par les personnes interrogées pour y répondre. Ce faisant, il devient possible d'apprécier comment la cryoconservation d'un seul ou des deux ovaires vient satisfaire ou au contraire entraver le respect de ces valeurs. Au sein de chacune des questions dégagées lors de l'exploration des entretiens sont présentés d'un côté les arguments qui sont en faveur du prélèvement des deux ovaires et de l'autre ceux qui conduiraient à ne pas le faire.

Certains professionnels de santé interrogés ne souhaitent pas prélever le deuxième ovaire au regard des actes médicaux supplémentaires que cela implique pour les patientes. Ajouter plusieurs coelioscopies puis des greffes itératives à une prise en charge déjà très lourde leur semble excessif. Pour eux, cette stratégie se justifie d'autant moins que peu de patientes demandent l'utilisation de leurs greffons, et que certains de ceux-ci ne peuvent être utilisés si l'on y retrouve des cellules cancéreuses ou si la patiente présente des particularités génétiques (Dolmans, 2013). Selon eux, les stratégies actuellement utilisées sont déjà satisfaisantes et suffisantes.

Ces professionnels de santé soulignent que le prélèvement des deux ovaires est questionnant au regard de ce que sont censés être, à leurs yeux, les objectifs de la médecine. En effet, cette stratégie consisterait à induire volontairement un état pathologique – une insuffisance ovarienne totale, par le retrait des deux ovaires – dont la survenue consécutivement aux traitements gonadotoxiques est possible, mais ni certaine ni toujours irréversible. Ils craignent que les patientes vivent ce double prélèvement comme une mutilation ou que cela génère une sensation de vide intérieur, de captation de quelque chose leur appartenant. Une telle atteinte à l'intégrité corporelle reviendrait à outrepasser le rôle de la médecine, dans une attitude de toute-puissance et en l'absence de certitude sur la nécessité d'une telle démarche. Un professionnel de santé pense qu'agir ainsi revient à se comporter comme un « médecin apprenti sorcier ».

Pour d'autres professionnels, à l'inverse, le prélèvement des deux ovaires n'implique pas un alourdissement significatif de la prise en charge médicale. Sur le plan technique, dès lors que la patiente doit passer au bloc opératoire pour faire prélever un de ses ovaires, le prélèvement du deuxième ne représente pas une démarche significativement plus lourde au sein de sa prise en charge. Ils expliquent que le faible pourcentage d'utilisation des tissus gonadiques prélevés est trompeur parce qu'il comprend les tissus de patients décédés comme de patients vivants, dont certains ne sont pas encore en âge ou plus en âge de les utiliser.

Enfin, ces professionnels envisagent que le prélèvement des deux ovaires pourrait, au contraire, ouvrir à un avenir moins médicalisé pour ces patientes : la greffe, qui vise à induire ou à restaurer le fonctionnement hormonal, permettrait de diminuer le recours aux traitements hormonaux de substitution ; la greffe à visée procréative offrirait la possibilité d'obtenir une grossesse sans AMP, parcours dont le poids somatique et psychique pour les patientes est bien connu (Canneaux, 2022). Pour ces professionnels, une telle démarche ne contrevient pas à ce que devrait être le rôle de la médecine, dès lors qu'il s'agirait justement de donner des chances à ces patientes de ne pas en dépendre toute leur vie, pour leur santé comme pour leur projet parental. Cela pourrait même constituer un avenir ouvert et rassurant, les aidant à supporter la lourde prise en charge actuelle liée à leur pathologie initiale.

Quel poids accorder à l'incertitude dans la décision de prélever un seul ou deux ovaires ?

Les professionnels de santé rencontrés soulignent très fréquemment l'incertitude qui entoure ces situations médicales. Il s'agit d'un argument prépondérant pour les opposants à la double cryoconservation. Concernant par exemple l'atteinte et la récupération fonctionnelle de l'ovaire non prélevé, plusieurs professionnels ont rencontré des situations de grossesse spontanée chez des patientes ayant reçu des traitements hautement gonadotoxiques. Au sujet de la durée de vie des greffons et donc de la quantité nécessaire pour assurer la double fonction, hormonale et reproductive, aussi longtemps que nécessaire dans la vie d'une femme, certains considèrent que les greffons obtenus à partir d'un seul ovaire pourraient suffire. Enfin, l'efficacité des greffons sur le plan endocrinien demeure mal connue. On ignore si leur effet protecteur sur le plan cardiovasculaire ou osseux est comparable à celui produit par un ovaire « ordinaire » ou procuré par des traitements hormonaux substitutifs. Pour toutes ces raisons, l'intérêt du prélèvement des deux ovaires est à ce jour, pour eux, une hypothèse scientifique qui présente une certaine cohérence, mais pas encore démontrée par l'*evidence based medicine*.

Certains professionnels adoptent une attitude moins catégorique vis-à-vis de ces incertitudes. Ils pensent que chaque cas est singulier et que la combinaison de certains critères au sein de la balance bénéfices-risques pourrait permettre de déterminer les situations spécifiques où cette incertitude serait en faveur de la cryoconservation des deux ovaires. Ces critères sont relatifs à l'âge de la patiente au moment du prélèvement, au type de pathologie en cause ainsi qu'aux traitements indiqués (Bricaire, 2013 ; Gjeterud, 2021).

Les patientes interrogées intègrent l'argument de l'incertitude dans leur réflexion sur le possible prélèvement des deux ovaires. Pour l'une, le sentiment de « mettre toutes les chances de son côté » en prélevant les deux ovaires l'emporte, balayant le reste des facteurs incertains. Pour la seconde, il s'agit au contraire de « mettre toutes les chances d'un seul côté », alors que l'ovaire laissé en place peut récupérer. Pour la troisième, prélever les deux ovaires nécessiterait d'être tout à fait certaine des bénéfices et des risques. La part d'incertitude n'est pas acceptable à ses yeux pour envisager une telle démarche. La tolérance de chaque patiente vis-à-vis de l'incertitude et la façon dont chacune considère, subjectivement, que l'une ou l'autre stratégie représente plus ou moins d'intérêt ou de risque pourraient ainsi conduire à privilégier une démarche plutôt qu'une autre, au cas par cas.

Comment évaluer la malfaisance au regard de l'identité de genre ?

Le fait que les gonades soient spécifiques au genre et impliquées dans la reproduction joue un rôle particulier dans la réflexion. Pour les professionnels opposés à la démarche du double prélèvement, la cryoconservation d'un seul ovaire suscite l'idée d'une préservation là où celle des deux consiste en une castration. Cette castration est entendue non seulement au sens strict, comme l'impossibilité de procréer, mais aussi de façon élargie, comme une privation des attributs liés au genre (en l'occurrence être privée de sa féminité). Cela générerait un

affaiblissement de la personne concernée eu égard à cette appartenance à un genre, mais aussi de façon plus globale. Les professionnels appuient cet argument sur une comparaison avec les testicules et le fait que leur privation engendrerait l'idée d'un homme impuissant tant physiquement que dans ses compétences ou dans ses qualités associées au masculin.

Les professionnels tentés par la préservation des deux ovaires écartent l'argument de la castration, car ils font prévaloir la finalité de ce prélèvement, c'est-à-dire l'autogreffe, plutôt que l'état transitoire de stérilité dans lequel les patientes se trouvent entre la cryoconservation et la réimplantation du cortex ovarien. Dès lors que leur intention est de restituer ces tissus aux patientes, l'idée de castration leur paraît injustifiée.

Lorsque cet argument leur est suggéré, aucune patiente interrogée ne dit percevoir cette double opération comme castratrice. L'une d'elles, au contraire, conçoit cette cryoconservation comme un moyen de préserver sa féminité et sa capacité procréative de façon plus physiologique. Pour elle, il semble plus « naturel » de préserver deux ovaires. D'ailleurs, le retour spontané des menstruations est évoqué par une patiente et plusieurs professionnels comme impactant le sentiment que l'on peut avoir « d'être une femme » ou « une femme normale ».

Des interprétations divergentes émergent quant à ce que serait le fait de « respecter la nature ». Il consiste à ne prélever qu'un seul ovaire pour certains, laissant la chance à l'ovaire restant en place de récupérer spontanément. Pour les autres, il consiste à prélever les deux ovaires, en limitant ainsi le recours à des traitements par la suite.

Quelles places respectives accorder aux fonctions hormonale et reproductive ?

Pour les professionnels réticents au double prélèvement, les enjeux liés uniquement à la restauration de la fonction hormonale arrivent au dernier plan, loin derrière les soins curatifs de la maladie en cause, qui représentent la priorité absolue, et après la préservation de la fertilité, elle-même réalisée si l'urgence de la prise en soin le permet. Au sein des missions assurées par les ovaires, leur rôle dans le fonctionnement hormonal est hiérarchisé comme bien moins important que celui qu'ils assurent dans la fertilité et dont ils tirent leur valeur. Un professionnel soutient qu'il est discutable d'utiliser pour le fonctionnement hormonal un tissu qu'il considère si précieux du fait de sa fonction procréative. Si les professionnels insistent sur l'impact fort, auprès des patientes, de la préservation de la fertilité comme porteuse d'espoir et synonyme d'avenir, cette idée ne semble pas s'appliquer à la préservation du fonctionnement hormonal. Cette relégation du rôle hormonal des ovaires est perceptible dans les propos des patientes au sujet de leur parcours de soin. L'une d'elles évoque par exemple l'absence d'information reçue à propos de la suppression de ses cycles menstruels, et ses conséquences, induite par les traitements de son cancer.

Plusieurs professionnels s'appuient sur l'existence de traitements hormonaux qui suppléent cette fonction hormonale, considérés comme suffisants car efficaces et sans danger. Bien que ces traitements doivent être pris quotidiennement, ils les jugent peu contraignants.

A contrario, d'autres estiment que la fonction hormonale est centrale et essentielle dans la vie de la femme en matière de santé et de bien-être. Ils expliquent que son dérèglement est responsable d'un certain nombre de symptômes dont il est plus ou moins facile de s'accommoder : aménorrhée, bouffées de chaleur, perte osseuse, risque cardiovasculaire augmenté (Bricaire, 2013). Certains professionnels considèrent que les hormones naturelles sont de meilleure qualité et donc plus efficaces que les hormones de synthèse. Leur rôle sur la santé des femmes au sens large, incluant la santé sexuelle et la qualité de vie, est décrit comme déterminant.

La prise quotidienne de traitements hormonaux, toute la vie durant, est décrite comme lourde tant par les femmes interrogées que par des professionnels. Une patiente et plusieurs médecins déclarent que ces traitements représentent un rappel quotidien de la période de combat contre la maladie, ce qui peut être mal vécu par les patientes.

Comment informer la patiente et respecter son autonomie ?

Plusieurs professionnels pointent des difficultés dans la mise en place éventuelle de cette stratégie de double prélèvement en rapport avec l'information à délivrer. Celle-ci est complexe, puisqu'elle suppose d'évoquer et de mettre en perspective les différentes techniques de préservation, en mentionnant tous les points d'incertitude évoqués précédemment.

Si cette information est complexe, la fenêtre temporelle, elle, est étroite dans ces situations, puisque la préservation de la fertilité se déroule parfois dans un contexte d'urgence thérapeutique, où s'entrechoquent l'annonce de la maladie et la mise en place de chimio- ou de radiothérapie. Le climat émotionnel est intense, ce qui ajoute à la difficulté des professionnels, qui souhaitent s'assurer que le consentement donné soit bien éclairé. Certaines patientes sont mineures, parfois très jeunes, ce qui suppose une implication de leurs parents ou tuteurs dans la prise de décision, eux-mêmes très éprouvés par la situation. Imposer une prise de décision si complexe pourrait être jugée inopportune, voire malfaisante à leur égard dans ce contexte.

Les professionnels impliqués dans la préservation de la fertilité sont dans un inconfort eu égard à cette information, même quand elle ne concerne qu'un seul ovaire à prélever. Certains, inquiets de réintroduire la maladie *via* un greffon, dirigent leur information en fonction de ce paramètre pour orienter les patientes vers d'autres techniques. Une professionnelle, ouverte au prélèvement des deux ovaires, constate que des patientes lui posent maintenant spontanément la question d'une double cryoconservation, sans qu'elle n'en ait parlé elle-même. Elle suppose que son implication dans le domaine de la cryoconservation du cortex ovarien oriente incidemment la façon dont elle informe les patientes.

Cependant, plusieurs professionnels considèrent qu'il est indispensable de délivrer cette information, si complexe soit-elle. Il leur semble primordial que les patientes puissent choisir pour ne pas avoir de regret ultérieurement. Ils affirment que le choix revient aux femmes concernées (selon leurs possibilités de le faire, compte tenu de leur âge et de leur maturité notamment). C'est aussi le cas des trois patientes

rencontrées, même celles qui sont incertaines quant aux choix qu'elles auraient fait si l'option leur avait été proposée.

Discussion

Sans que nous puissions prétendre avoir exploré le sujet de manière exhaustive, il nous semble que les différentes questions utilisées pour structurer les arguments des personnes rencontrées permettent d'en envisager les enjeux principaux. Elles pourraient être utilisées par les professionnels pour explorer la question au cas par cas avec les patientes. Elles ont l'intérêt de permettre d'approcher la question du point de vue tant du respect de l'autonomie de ces patientes, que de la bienfaisance, de la non-malfaisance et du principe de justice.

Les entretiens illustrent éminemment les éléments mentionnés en introduction concernant la valorisation de la fonction reproductrice dans les décisions médicales et la manière de structurer le parcours de soin des femmes. La trajectoire législative française dans l'usage de cette technique en témoigne : l'encadrement par la loi a d'abord concerné la greffe à visée reproductrice, ensuite celle à visée hormonale. La manière dont les professionnels parlent de la greffe de cortex ovarien en atteste également : il est question de « préservation de la fertilité » et non de « préservation hormonale et procréative ». Au sujet de la greffe sans projet procréatif, certains professionnels disent qu'il s'agit d'utiliser le greffon « en tant que traitement hormonal substitutif », soulignant une ambiguïté possible quant au statut du tissu ovarien greffé : est-ce un médicament ou un produit du corps humain ? Appartient-il à la femme ou au corps médical ? Remplace-t-il le recours à un traitement hormonal substitutif ou l'évite-t-il ? Faut-il en définir la nature pour en déterminer l'usage et, dans ce cas, à qui cela revient-il ? Une réflexion autour de ces questions, menée par les professionnels impliqués dans ce champ, pourrait leur permettre de construire une nouvelle structuration de la démarche de soin proposée aux patientes.

Les conséquences d'une ménopause précoce sur la santé et le bien-être de la femme, bien que documentées dans la littérature et connues de longue date, semblent moins influentes dans les décisions médicales que la perspective de ne pouvoir enfanter. Cela pourrait surprendre, dans un contexte où des femmes expriment désormais ouvertement leur non-désir d'enfant, voire leur regret lié à la maternité, et émettent de plus en plus fréquemment des demandes de stérilisation définitive (Levy, 2023), y compris lorsqu'elles sont jeunes et sans enfant. Dans le même temps, des études sociologiques mettent en avant les ressorts du refus de devenir parent et son invisibilisation liée à la pression sociale (Debest, 2014), l'appropriation et la médicalisation du corps de la femme par la gynécologie (Koechlin, 2022), ainsi que le poids des normes procréatives sur les prises de décision en matière d'interruption médicale de la grossesse (Perrin, 2023).

Toutefois, on sait aussi que l'infertilité progresse, et que les moyens de l'AMP sont largement insuffisants pour répondre aux demandes actuelles des femmes et des couples. Les équipes médicales se trouvent ainsi écartelées entre des demandes contradictoires des femmes en

matière d'accès à la parentalité ou de son refus, pour des motifs où il est parfois moins question d'indication médicale que d'autodétermination.

La question de la double cryoconservation des ovaires s'insère dans ces enjeux, illustrant combien il peut être complexe de déterminer où se situe le meilleur intérêt des patientes et, surtout, comment respecter leur autonomie. Si la mission peut sembler difficile, plus encore lorsque les patientes concernées sont mineures, il semble pourtant que c'est vers cet objectif que devraient tendre les professionnels impliqués dans cette pratique. N'est-ce pas à cette condition que sera pleinement accompli le passage de cette technique du statut d'innovation à celui de pratique clinique ?

Conclusion

Les professionnels qui ont sollicité une aide à la réflexion éthique concernant la cryoconservation éventuelle des deux ovaires chez certaines patientes s'interrogeaient sur la malfeasance potentielle d'une telle démarche pour les femmes concernées : un surcoût en matière d'information et de prise en charge médicale, le risque de générer un vécu de mutilation, l'induction d'un état pathologique non justifié du fait de bénéfices médicaux incertains. L'exploration éthique de cette question auprès de patientes et de professionnels concernés par ce type de préservation a permis de corroborer la possibilité de cette malfeasance. Mais elle a également permis de la contrebalancer par l'existence de bénéfices potentiels, non seulement en matière de bienfaisance, médicale ou non, mais aussi et surtout au regard du respect de l'autonomie des patientes : respect des valeurs et des préférences vis-à-vis du type de parcours médical souhaité, de la conception subjective de ce qui est féminin ou naturel, du rapport de chacune avec l'incertitude. Il existe donc des arguments éthiques susceptibles de soutenir l'évolution de la prise en charge de ces patientes vers la cryoconservation de leurs deux ovaires. Ce type de stratégie devrait relever de décisions prises au cas par cas, en sollicitant si nécessaire le recours à une consultation d'éthique clinique pour y être aidé.

Remerciements : Nous remercions chaleureusement le Pr Catherine Poirot, le Dr Nicolas Foureur, M^{me} Marta Spranzi et M^{me} Scarlett-May Ferrié pour leurs conseils et leurs relectures avisées.

France. (2002, 4 mars). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), *Journal officiel de la République française*, Légifrance.

France. (2004, 6 août). Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, *Journal officiel de la République française*, Légifrance.

France. (2017, 30 juin). Arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, *Journal officiel de la République française*, Légifrance.

France. (2021, 2 août). Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1), *Journal officiel de la République française*, Légifrance.

France. (2021, 26 octobre). Arrêté du 26 octobre 2021 fixant la limite d'âge pour la conservation des gamètes et des tissus germinaux recueillis et prélevés en application de l'article L. 2141-11 du Code de la santé publique, *Journal officiel de la République française*, Légifrance.

France. (2024, 18 juin). Arrêté du 18 juin 2024 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire, *Journal officiel de la République française*, Légifrance.

Bibliographie

ANAGNOSTIS, P. ; SIOLOS, P. et coll. 2019. « Association between age at menopause and fracture risk: A systematic review and meta-analysis », *Endocrine*, n° 63(2), p. 213-224, <https://doi.org/10.1007/s12020-018-1746-6>

BABBAR, K. ; MARTIN, J. et coll. (2022). « Menstrual health is a public health and human rights issue », *The Lancet Public Health*, vol. 7, n° 1, p. 10-11, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00212-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00212-7)

BEAUCHAMP, T. L. ; CHILDRESS, J. F. 2008. *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres.

BRICAIRE, L. ; Laroche, E. et coll. 2013. « Insuffisances ovariennes prématurées », *La Presse médicale*, vol. 42, n° 11, p. 1500-1507, <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.04.018>

CALLEJO, J. ; Salvador, C. et coll. 2001. « Long-term ovarian function evaluation after autografting by implantation with fresh and frozen-thawed human ovarian tissue », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 86, n° 9, p. 4489-4494, <https://doi.org/10.1210/jcem.86.9.7871>

CANNEAUX, M. 2022. « Le recours à l'assistance médicale à la procréation et ses aspects psychologiques », dans *Devenir parents grâce à un don d'ovocytes*, Toulouse, érès, p. 19-24.

CHABUT, M. ; Schneider, P. et coll. 2023. « Ovarian function and spontaneous pregnancy after hematopoietic stem cell transplantation for leukemia before puberty: An L.E.A. cohort study », *Transplantation and Cellular Therapy*, vol. 29, n° 6, 378.e1-378.e9, <https://doi.org/10.1016/j.jtct.2023.02.019>

CHAMPENOIS, S. 2025. « Grande étude sur la ménopause : une bouffée d'air frais en faveur de la fin d'un tabou », *Libération*, 2 août 2025.

CHEVILLON, F. ; CLAPPIER, E. et coll. 2021. « Minimal residual disease quantification in ovarian tissue collected from patients in complete remission of acute leukemia », *Blood*, vol. 137, n° 12, p. 1697-1701, <https://doi.org/10.1182/blood.2020007782>

COURBIÈRE, B. ; MIQUEL, L. et coll. 2024. « Heterotopic ovarian transplantation instead hormonal replacement therapy after radical hysterectomy for cervical cancer : Case report and review of literature », *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 41, n° 9, p. 2515-2520, <https://doi.org/10.1007/s10815-024-03196-5>

DAAN, N. M. P. ; FAUSER, B. C. J. M. 2015. « Menopause prediction and potential implications », *Maturitas*, vol. 82, n° 3, p. 257-265, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.019>

DEBEST, C. 2014. *Le choix d'une vie sans enfant*, PUR, <https://doi.org/10.4000/books.pur.68868>

DOLMANS, M. M. ; LUYCKX, V. et coll. 2013. « Risk of transferring malignant cells with transplanted frozen-thawed ovarian tissue », *Fertility and Sterility*, vol. 99, n° 6, p. 1514-1522, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.03.027>

DOLMANS, M. M. ; VON WOLFF, M. et coll. 2021. « Transplantation of cryopreserved ovarian tissue in a series of 285 women: A review of five leading European centers », *Fertility and Sterility*, vol. 115, n° 5, p. 1102-1115, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.03.008>

DONNEZ, J. ; DOLMANS, M. M., et coll. 2004. « Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue », *The Lancet*, vol. 364, n° 9443, p. 1405-1410, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17222-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17222-X)

FAIDHERBE, V. ; FOUREUR, N. 2023. « Greffe de cortex ovarien après guérison d'un cancer : l'histoire de Julie », *Médecine/sciences*, vol. 39, n° 1, p. 79-81, <https://doi.org/10.1051/medsci/2022190>

FOURNIER, V. ; SPRANZI, M. et coll. 2015. « The "Commitment Model" for Clinical Ethics Consultations : Society's Involvement in the Solution of Individual Cases », *The Journal of clinical ethics*, n° 26(4), p. 286-296.

FOURNIER, V. ; BRETONNIÈRE, S. et coll. 2020. « Empirical research in clinical bioethics : The committed researcher approach », *Bioethics*, vol. 34, n° 7, p. 719-726, <https://doi.org/10.1111/bioe.12742>

FOURNIER, V. ; FOUREUR, N. 2021. *Aide-mémoire. Éthique clinique. En 10 cas et 10 repères méthodologiques*, Paris, Dunod.

GEORGAKIS, M. K. ; THOMOPOULOS, T. P. et coll. 2016. « Association of age at menopause and duration of reproductive period with depression after menopause: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, n° 2, p. 139-149, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2653>

GJETERUD, J. ; KRISTENSEN, S. G. ; FEDDER, J. 2021. « Indications for cryopreservation and autotransplantation of ovarian tissue », *Tidsskrift for Den norske legeforening*, n° 141, <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0030>

GOLDBERG, C. ; GREENBERG, M. R. et coll. 2024. « Ovarian suppression: Early menopause, late effects », *Current Oncology Reports*, vol. 26, n° 5, p. 427-438, <https://doi.org/10.1007/s11912-023-01491-5>

GREVE, T. ; CLASEN-LINDE, E. et coll. 2012. « Cryopreserved ovarian cortex from patients with leukemia in complete remission contains no apparent viable malignant cells », *Blood*, vol. 120, n° 22, p. 4311-4316, <https://doi.org/10.1182/blood-2012-01-403022>

HAN, S. ; LEE, J. et coll. 2024. « Comparison of metabolic syndrome (MetS) risk and nutritional status according to menopause age and the impact of socioeconomic status on MetS prevalence in postmenopausal women: A cross-sectional study based on the 8th Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) », *Nutrients*, vol. 16, n° 7, p. 967, <https://doi.org/10.3390/nu16070967>

HENNEGAN, J. ; WINKLER, I. T. et coll. 2021. « Menstrual health: A definition for policy, practice, and research », *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 29, n° 1, 1911618, <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1911618>

Institut national du cancer. 2021. *Préservation de la fertilité et cancer. Thésaurus & Synthèse*, INCa, janvier 2020.

KHATTAK, H. ; MALHAS, R. et coll. 2022. « Fresh and cryopreserved ovarian tissue transplantation for preserving reproductive and endocrine function: A systematic review and individual patient data meta-analysis », *Human Reproduction Update*, vol. 28, n° 3, p. 400-416, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac001>

KIM, S. S. ; HWANG, I.-T. ; LEE, H.-C. 2004. « Heterotopic autotransplantation of cryobanked human ovarian tissue as a strategy to restore ovarian function », *Fertility and Sterility*, vol. 82, n° 4, p. 930-932, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.02.137>

KOECHLIN, A. 2022. *La norme gynécologique. Ce que la médecine fait au corps des femmes*, Amsterdam.

LÉVY, L. 2023. *Mes trompes, mon choix. Stérilisation contraceptive : de l'oppression à la libération*, Le Passager clandestin.

LIU, J. ; JIN, X. et coll. 2023. « The risk of long-term cardiometabolic disease in women with premature or early menopause: A systematic review and meta-analysis », *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, n° 10, 1131251, <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1131251>

MAÎTRE, M. ; FOUREUR, N. et coll. 2022. « Congenital portosystemic shunts : To close or not to close ? Ethical stakeholders' perspectives », *Bioethica Forum*, vol. 15, n° 1, p. 33-46, <https://doi.org/10.24894/BF.2022.15003>

MEMBRADO, M. 2006. « Les femmes dans le champ de la santé. De l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n° 2, p. 16-31, <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0016>

MESNIL, M. 2014. « Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 44, n° 3, p. 3-42.

MESNIL, M. 2023. « Améliorer la prise en charge des frais de santé menstruelle : les règles comme risque social », *Journal du droit de la santé et de l'assurance-maladie*, vol. 37, n° 2, p. 104-110.

MONDUL, A. M. ; RODRIGUEZ, C. et coll. 2005. « Age at natural menopause and cause-specific mortality », *American Journal of Epidemiology*, vol. 162, n° 11, p. 1089-1097, <https://doi.org/10.1093/aje/kwi324>

MURANO, M. C. ; MAGLIO, M. et coll. 2021. « Clinical ethics consultation during the first Covid-19 lockdown in France : The "Commitment Model". Balancing general questions and individual cases », *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 32, n° 2, p. 155-164.

OKTAY, K. ; KARLIKAYA, G. 2000. « Ovarian function after transplantation of frozen, banked autologous ovarian tissue [Lettre à la rédaction] », *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, n° 25, 22 juin 2000, 1919, <https://doi.org/10.1056/NEJM200006223422516>

OSSEWAARDE, M. E. ; BOTS, M. L. et coll. 2005. « Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy », *Epidemiology*, vol. 16, n° 4, p. 556-562, <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000165392.35273.d4>

PERRIN, R. 2023. « Au tribunal des femmes enceintes. Enquête sur les pratiques d'interruption médicale de grossesse pour détresse psychosociale », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 107-129.

POIROT, C. ; ABIRACHED, F. et coll. 2012. « Induction of puberty by autograft of cryopreserved ovarian tissue [Correspondance] », *The Lancet*, vol. 379, n° 9815, p. 588, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61781-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61781-9)

POIROT, C. ; SITBON, L. et coll. 2013. « Fertility and cancer », *La Presse Médicale*, vol. 42, n° 11, p. 1513-1520, <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.06.019>

POIROT, C. ; FORTIN, A. et coll. 2019. « Impact of cancer chemotherapy before ovarian cortex cryopreservation on ovarian tissue transplantation », *Human Reproduction*, vol. 34, n° 6, p. 1083-1094, <https://doi.org/10.1093/humrep/dez047>

POIROT, C. ; FOUREUR, N. et coll. 2025. « Fertility preservation before sterilizing treatment: Cryopreservation of both ovaries to restore endocrine and reproductive functions », *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 50, n° 2, 104472, <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104472>

SANTORO, N. ; ROECA, C. et coll. 2021. « The menopause transition: Signs, symptoms, and management options », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 106, n° 1, p. 1-15, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>

SOCHOCKA, M. ; KARSKA, J. et coll. 2023. « Cognitive decline in early and premature menopause », *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 24, n° 7, p. 65-66, <https://doi.org/10.3390/ijms24076566>

SPRANZI, M. 2018. *Le travail de l'éthique. Décision clinique et intuitions morales*, Mardaga.

VIDAL, C. 2019. « Biais de genre dans l'accès au soin : une préoccupation éthique », *Revue française d'éthique appliquée*, vol. 8, n° 2, p. 12-14.

En ligne :

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 50^e session du Conseil des droits de l'homme. Table ronde sur la gestion de l'hygiène menstruelle, les droits humains et l'égalité des sexes, <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>

Étude Climatère : <https://climatere.fr>

Le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP

Le CEC a été créé en 2002 à la suite de la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, qui a notamment consacré les droits des patients à être informés, la nécessité de recueillir leur consentement libre et éclairé, leur droit à accéder à leur dossier médical et à refuser un traitement (Légifrance, 2022). Le CEC est composé d'une équipe pluridisciplinaire : deux médecins, un psychologue, un juriste, un philosophe et un assistant (quatre ETP en tout).

L'activité principale du CEC est la consultation d'éthique clinique : un dispositif d'aide à la décision médicale, en temps réel, quand cette décision occasionne un conflit de valeur entre des professionnels de santé et un patient (ou ses proches). La démarche repose sur la rencontre d'un binôme composé d'un médecin et d'un non-médecin avec les protagonistes impliqués dans la décision, y compris le patient et ses proches. Ce binôme présente ensuite la situation lors d'une réunion pluridisciplinaire composée de médecins et de soignants, mais aussi de professionnels issus des sciences humaines et sociales, de juristes et de représentants de la société civile, tous formés en éthique clinique durant deux ans au CEC. Le contenu de leurs échanges est restitué à tous les protagonistes sous la forme d'un avis consultatif (Fournier, 2021). Le CEC mène une cinquantaine de consultations d'éthique clinique chaque année.

La démarche du CEC repose sur le modèle du « *commitment* », qui s'inspire et se différencie des modèles classiquement utilisés dans le monde concernant la consultation d'éthique clinique : celui de la facilitation, celui de l'expertise morale et celui de la médiation (Fournier, 2015). La pluridisciplinarité soignante et non soignante structure sa méthode. Ce modèle vise à rehausser la voix du patient à hauteur de celle des professionnels de santé et à se faire l'écho des valeurs sociales émergentes. Les principes d'éthique biomédicale de Beauchamp et Childress (Beauchamp, 2008) structurent l'analyse des situations individuelles explorées : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Les principes sont spécifiés et pondérés en fonction du cas particulier (Spranzi, 2018).

Le CEC étant également sollicité pour des questions éthiques qui se posent de manière récurrente au sein d'une pratique, qui concernent donc plusieurs patients et non un seul, il propose d'autres types de réponse, comme la mise en place d'études (Fournier, 2020) ou des « saisines organisationnelles ». Dans ce cas, le travail consiste toujours à rencontrer les protagonistes pour réfléchir à partir de cas concrets, à travailler de manière pluridisciplinaire et à utiliser les principes de l'éthique biomédicale pour structurer l'exploration de la question posée. L'objectif reste de proposer aux professionnels des éléments de réflexion ou des outils leur permettant ensuite de se positionner, au cas par cas, sur la façon de structurer la prise en charge d'un patient (Murano, 2021 ; Maître, 2022).