



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8639

Le don d'ovocytes : Evaluation médicale et psychologique de la donneuse d'ovocytes et conséquences pour sa santé

7 juillet 2010

1. INTRODUCTION

En date du 6 janvier 2010, le Conseil Supérieur de la Santé a reçu une demande d'avis de Madame la ministre Laurette Onkelinx concernant le don d'ovocytes. Le don d'ovocytes est un don de matériel corporel humain en vue d'une utilisation thérapeutique en médecine de la reproduction.

Contrairement au don de gamètes masculins, le don d'ovocytes présuppose un traitement hormonal préalable et une procédure relativement invasive afin de prélever les gamètes féminins. Les problématiques à traiter sont les suivantes:

- a) l'évaluation médicale et psychologique de la candidate donneuse d'ovocytes;
- b) les implications de santé potentielles à court et long terme, y compris les implications pour le bien-être psychosocial;
- c) les suites possibles en ce qui concerne la fertilité de la donneuse;
- d) le besoin éventuel d'un suivi médical de la donneuse après le don.

Afin de pouvoir répondre à ces questions, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué au sein duquel les expertises suivantes sont représentées: bioéthique, embryologie, gynécologie, toxicologie, psychologie, médecine de la reproduction. Le présent avis repose sur une revue de la littérature et, à défaut de celle-ci, sur l'opinion des experts.

2. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le CSS formule les réponses suivantes aux questions de Madame la ministre:

- a) Le CSS rappelle que l'évaluation médicale de la candidate donneuse d'ovocytes doit, au minimum, satisfaire aux dispositions légales en la matière (loi du 19 décembre 2008 et A.R. du 28 septembre 2009). La donneuse doit recevoir des informations exhaustives sur les conséquences médicales et psychologiques de son objectif d'effectuer un tel don et doit donner son consentement par écrit. Bien que ce ne soit pas une obligation légale, il est préférable que la donneuse d'ovocytes soit déjà mère. Dans ce cas, la donneuse d'ovocytes doit être stable par rapport à sa propre parentalité. La donneuse doit être suffisamment mature pour pouvoir comprendre les conséquences de sa décision tant sur le plan psychologique que physique. En outre, le CSS estime que la donneuse d'ovocytes doit avoir atteint l'âge de 21 ans et être âgée de moins de 39 ans. Si elle est âgée de plus de 35, la receveuse doit en être avertie et marquer son accord. Une évaluation psychologique de la donneuse d'ovocytes potentielle et de son partenaire éventuel est tout à fait indispensable. Néanmoins, il n'est pas possible de formuler des critères psychologiques auxquels la donneuse doit répondre. Le don d'ovocytes ne peut toutefois

avoir lieu qu'après avis favorable du psychologue du centre, de préférence dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

- b) Les conséquences de santé potentielles à court et à long terme sont identiques à celles pour toute patiente recevant un traitement de FIV. Le risque de syndrome d'hyperstimulation ovarienne et de complications thromboemboliques éventuelles est réduit à néant en prenant des mesures préventives correctes et en écartant les personnes à risque. La candidate donneuse doit être informée de tous les risques potentiels lors d'un entretien approfondi. A long terme, il n'existe pas de problèmes de santé connus. Au niveau psychosocial également, aucune conséquence négative n'a été décrite pour la donneuse d'ovocytes.
- c) Les risques éventuels sur le plan de la fertilité des donneuses sont inconnus. En théorie, l'apparition d'adhérences péri-ovariennes induisant une infertilité mécanique est possible. Il est préférable de recruter des donneuses d'ovocytes dont le désir de maternité est satisfait, mais il ne s'agit pas d'une exigence, vu l'absence de preuves dans la littérature.
- d) Le centre doit avertir la donneuse qu'en cas de symptômes anormaux aussi bien pendant qu'après le traitement, elle est invitée à prendre immédiatement contact avec le centre. Le centre est tenu d'assurer une permanence (24h/24 et 7j/7) et d'informer la donneuse des mesures à prendre. Le CSS estime qu'il est préférable que la donneuse d'ovocytes bénéficie d'un examen gynécologique et d'une échographie dans les deux mois suivant le don. Si la donneuse d'ovocytes le souhaite, un suivi psychologique doit lui être offert.

Recommandations complémentaires: compte tenu de l'importante pénurie de donneuses, le CSS recommande que les autorités prennent des initiatives afin de lancer des campagnes de sensibilisation auprès du grand public dans le but de l'informer de la problématique du don d'ovocytes.

3. ELABORATION ET ARGUMENTATION

ABREVIATIONS

CMV	<i>Cytomégalovirus</i>
FIV	<i>Fécondation in vitro</i>
HBV	<i>Hepatitis B Virus</i>
HCV	<i>Hepatitis C Virus</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency Virus</i>
HTLV	<i>Human T-cell lymphotropic Virus</i>
SHO	Syndrome d'hyperstimulation ovarienne.

3.1 Définitions

Le don d'ovocytes est une forme de procréation médicalement assistée dans laquelle une donneuse d'ovocytes subit une stimulation hormonale et une ponction d'ovocytes. Les ovocytes sont inséminés avec le sperme du partenaire de la receveuse dans le laboratoire de FIV. Une fois que des embryons se sont développés, ils sont transférés dans l'utérus de la receveuse. Ce traitement est indiqué chez les femmes qui n'ont pas d'ovocytes ou dont les ovocytes sont insuffisants ou inutilisables. Des exemples d'indications sont le syndrome de Turner, l'insuffisance ovarienne prématurée, une réserve ovarienne limitée ou un âge avancé de la femme. Les patientes chez lesquelles plusieurs traitements de FIV ont échoué en raison d'ovocytes ou d'embryons de moindre qualité, peuvent profiter du don d'ovocytes. Etant donné qu'il y a une pénurie importante de donneuses d'ovocytes dans notre pays, les délais d'attente sont considérables.

Actuellement, le don d'ovocytes se pratique principalement avec des gamètes frais dans des cycles synchronisés entre les donneuses et les receveuses. Avec l'amélioration des techniques de congélation des ovocytes, la pratique du don d'ovocytes sera certainement simplifiée dans un futur proche.

On peut distinguer **3 types de donneuses d'ovocytes** (Baetens et al., 2000 ; Baetens, 2001 ; Baetens, 2002 ; Baetens & Devroey, 2009):

1. Les volontaires: Il s'agit de femme qui se présente spontanément, sur base volontaire, au centre de médecine de la reproduction dans le but de faire un don d'ovocytes pour des motifs altruistes. Ce don est toujours anonyme parce que la donneuse est en principe recrutée par le centre même et qu'elle ne se présente pas avec une receveuse.
2. Les donneuses « personnelles »: il s'agit de donneuses d'ovocytes recrutées par les receveuses elles-mêmes. La donneuse est souvent un membre de la famille (habituellement une sœur ou une cousine) ou une très bonne amie de la receveuse. Elle est généralement motivée par le récit de la receveuse et effectue ce don en raison du lien personnel qu'elle a avec celle-ci. Une donneuse d'ovocytes connue est parfois recrutée via *Internet*, les médias ou les associations de patients. Dans la plupart de ces cas, la donneuse et la receveuse n'ont une relation que dans le cadre du don. Ce don d'ovocytes peut être un don dirigé ou anonyme.
3. Egg-sharing: Il s'agit de donneuses d'ovocytes qui sont des patientes et subissent elles-mêmes un traitement. Elles cèdent une partie de leurs ovocytes (si un nombre suffisant est disponible au moment de la ponction) dans le cadre de leur propre traitement de FIV. Ce don est toujours anonyme étant donné que ces donneuses sont en principe elles-aussi recrutées par le centre.

Il existe également **3 types de don d'ovocytes**:

1. Don anonyme par donneuse volontaire non recrutée par la receveuse. Aucune information qui permet d'identifier la donneuse ne peut être communiquée à la receveuse dans le cadre de dons de ce type. Dans la plupart des cas, il s'agit de receveuse qui figure sur une liste d'attente. Celle-ci est généralement dressée en fonction du moment de la demande. D'autres critères d'extrême urgence pourraient également être pris en compte pour cette liste, notamment l'âge de la receveuse, le nombre d'enfants issus de la même relation ou d'une relation précédente d'un ou des deux bénéficiaires, la durée du traitement,

La donneuse d'ovocytes pour la receveuse sur la liste d'attente est dans la plupart des cas une donneuse volontaire ou recrutée parmi les patientes (*egg-sharing*).

2. Don croisé anonyme. Dans ce système, les ovocytes d'une donneuse A recrutée par une receveuse AA sont échangés avec ceux d'une donneuse B recrutée par une receveuse BB. Dans certains centres, l'accès à ce système se fonde sur le principe du *egg-sharing*: une donneuse C cède la moitié de ses ovocytes de façon anonyme à une receveuse AA et l'autre moitié à la receveuse BB. Au cours du cycle suivant, la donneuse D recrutée par la receveuse DD cèdera ses ovocytes (*egg-sharing*) à la receveuse BB qui a droit à une deuxième tentative et à la receveuse CC qui a recruté une donneuse au cours du cycle précédent.

La donneuse est donc recrutée par la receveuse elle-même. Grâce à son effort, la donneuse offre à la receveuse qui l'a recrutée la possibilité d'entrer plus rapidement en ligne de compte pour le traitement que ce qui est généralement autorisé par la liste d'attente. Cette forme de don offre à la receveuse et à la donneuse la protection de l'anonymat. Si le traitement aboutit, il est certain qu'il n'y aura pas de lien génétique entre l'enfant et la donneuse recrutée, ce qui implique une meilleure délimitation du noyau familial. Il y a en outre une valorisation de la donneuse parce que cette forme de don permet d'aider grâce au même effort, plusieurs receveuses à savoir la ou les deux receveuses bénéficiaires ainsi que la receveuse qui a recruté la donneuse.

3. Don dirigé. Dans ce système, les ovocytes de la donneuse (qui a été recrutée par la receveuse elle-même) seront utilisés directement chez cette dernière. La motivation pour le don dirigé est la confiance mutuelle de la receveuse et de la donneuse. Plus précisément, il s'agit de la confiance de la receveuse dans la donneuse, entre autres sa personnalité, son apparence physique, l'image miroir de ses enfants et sa santé. La receveuse peut également motiver sa préférence pour le don dirigé par le souhait de disposer d'une référence génétique tant pour elle-même que pour l'enfant éventuel. Dans le cas de donneuse issue de la même famille, le lien génétique avec l'enfant peut constituer un motif important pour le don dirigé. La donneuse d'ovocytes motive sa préférence pour le don dirigé par la confiance qu'elle a dans la receveuse en tant que parent et considère le don dirigé comme une expression de son estime pour l'effort qu'elle fournit. Chez la receveuse d'origine non-européenne, la provenance ethnique ainsi que des motifs religieux et/ou culturels peuvent jouer un rôle dans le choix du don dirigé. Le risque de conflit est toujours plus élevé dans le cas d'un don dirigé que d'un don anonyme. Lorsque ce risque est considéré comme trop élevé, le don dirigé doit être refusé.

3.2 L'évaluation médicale et psychologique de la candidate donneuse d'ovocytes

3.2.1 L'évaluation médicale

L'évaluation médicale de la donneuse d'ovocytes doit satisfaire aux dispositions légales en la matière. En vertu de la loi du 19 décembre 2008 relative aux banques de tissus, la donneuse d'ovocytes doit être majeure et donner son consentement éclairé. Conformément à l'A.R. du 28 septembre 2009 (arrêté royal fixant les normes de qualité et de sécurité pour le don, le prélèvement, l'obtention, le contrôle, le traitement, le stockage et la distribution de matériel corporel humain, auxquelles les banques de matériel corporel humain, les structures intermédiaires de matériel corporel humain et les établissements de production doivent répondre), les donneuses sont sélectionnées sur base de leur âge, état de santé et anamnèse médicale à l'aide d'un questionnaire et d'un entretien avec un professionnel de la santé compétent et formé à cet effet. Pour la donneuse d'ovocytes, il s'agira de préférence d'un spécialiste en médecine de la reproduction. Cette évaluation comprend tous les facteurs pertinents qui sont susceptibles de contribuer à l'identification et l'écartement de personnes chez lesquelles le don pourrait constituer un danger pour la santé d'autrui, tels que la transmission éventuelle de maladies (par exemple des maladies sexuellement transmissibles), ou pour leur propre santé (par exemple superovulation, sédation, risques liés à la ponction d'ovocytes ou les implications psychologiques du don). La donneuse doit présenter des résultats négatifs aux tests de dépistage du HIV 1 et 2, du HCV, du HBV et de la syphilis dans un échantillon de sérum ou de plasma. Des tests de dépistage d'anticorps HTLV-I sont pratiqués chez la donneuse qui vit ou est originaire d'une région où l'incidence de cette infection est élevée ou qui a un partenaire ou un parent originaire d'une telle région. Des tests supplémentaires peuvent être nécessaires dans certaines situations, en fonction de l'anamnèse de la donneuse (par exemple RhD, malaria, CMV, *Trypanosoma cruzi*).

Après accord, on procède à:

- a. un dépistage de gènes récessifs autosomiques pour lesquels les données scientifiques internationales montrent qu'ils sont présents chez des personnes de la même origine ethnique que la donneuse;
- b. une évaluation du risque de transmission d'affections héréditaires dont on sait qu'elles se produisent dans cette famille. Cela signifie qu'il convient de dresser un arbre généalogique pour la donneuse.

Bien que légalement, l'âge maximum soit de 45 ans, quel que soit le type de don, les centres préfèrent ne pas accepter de donneuses âgées de plus de 38 ans. Chez les femmes âgées de

plus de 38 ans, les résultats des traitements de FIV montrent une diminution de la qualité et du nombre d'ovocytes et le risque d'anomalies chromosomiques devient trop important. Le CSS recommande de limiter l'âge de la donneuse à 38 ans et propose en outre que la receveuse soit avertie lorsque les ovocytes qu'elle reçoit proviennent d'une femme de plus de 35 ans, de sorte qu'elle aie la liberté de choix.

3.2.2 L'évaluation psychologique

Dans les centres où sont pratiqués le don dirigé et le don croisé, les psychologues rencontrent d'abord la receveuse et la donneuse (avec leur partenaire éventuel) séparément, afin que chaque partie puisse poser ses questions en toute liberté sans influencer l'autre. Ensuite, le psychologue et la receveuse et la donneuse se réunissent. Les attentes de chaque partie sont analysées.

La donneuse d'ovocytes doit être informée clairement des implications de cette intervention médicale, aussi bien en ce qui concerne l'effort physique (prise de médicaments, prises de sang, échographies, ponction) que les répercussions du traitement sur le plan personnel (durée du traitement, temps investi, déplacements pour les examens, garde des enfants éventuels de la donneuse,...), relationnel (contraception, conséquences pour la relation sexuelle, information du partenaire, des enfants...) et professionnel (absences du travail).

Il convient de leur fournir des renseignements clairs sur les risques potentiels tant de la stimulation (par exemple SHO) que de la ponction (intervention chirurgicale). Dans la plupart des cas, la donneuse d'ovocytes n'est pas ou est insuffisamment informée des implications de cette intervention médicale.

Le caractère volontaire du don doit être garanti, surtout chez la donneuse qui a été recrutée par la receveuse elle-même et encore plus particulièrement chez la donneuse appartenant à la même famille. La pression familiale ne peut être de nature telle que la donneuse ne souscrive plus personnellement à sa décision.

Chaque don doit rester volontaire et la donneuse potentielle d'ovocytes doit conserver le droit de refuser.

Il convient de vérifier la motivation de la donneuse. Il ne peut y avoir en aucun cas une incitation financière pour le don. Celui-ci doit s'effectuer pour des motifs altruistes.

La donneuse doit comprendre que l'autonomie de la receveuse doit être respectée: les décisions à prendre par rapport au don ainsi que la décision d'informer ou non l'enfant du don relèvent de la responsabilité de la receveuse.

La donneuse doit être éclairée sur la limitation de son rôle. La maternité doit être redéfinie en termes non-génétiques. Le désir d'enfants et le projet parental sont ceux du couple receveur. De plus, la donneuse d'ovocytes et la receveuse sont protégées par la loi: la femme qui met l'enfant au monde est sa mère au sens juridique.

En cas de don dirigé, le noyau familial de la receveuse ainsi que celui de la donneuse doivent être clairement délimités. Il ne peut y avoir de confusion dans les rôles en ce qui concerne les droits et obligations de la donneuse par rapport à l'enfant éventuel: la donneuse d'ovocytes n'est responsable que de son don et n'est investie d'aucune responsabilité parentale.

En cas de don dirigé, la donneuse d'ovocytes doit être informée du fait que l'enfant puisse ressentir le besoin de disposer d'une référence génétique. La donneuse doit être consciente de ce que son identité ne soit pas tenue secrète. Lorsque l'enfant issu du don connaît son identité, la donneuse d'ovocytes doit en informer ses propres enfants. Elle doit alors distinguer clairement son rôle de mère de celui de donneuse d'ovocytes.

Bien que d'un point de vue légal, seul le « consentement éclairé » de la donneuse d'ovocytes soit requis, il est important que le partenaire de celle-ci soit au courant de son intention d'effectuer un tel don et qu'il la soutienne dans cette décision. La décision d'effectuer un don d'ovocytes relève toutefois de l'autonomie de la donneuse d'ovocytes.

Le don d'ovocytes ne peut être réalisé qu'après l'avis favorable du psychologue du centre, de préférence dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

3.3 Les conséquences potentielles pour la santé à court et long terme, y compris les conséquences pour le bien-être psychosocial

3.3.1 Conséquences potentielles pour la santé

Les implications de santé potentielles pour une donneuse d'ovocytes sont essentiellement les mêmes que pour toute patiente qui subit un traitement de FIV (De Sutter & Dhont, 2003). Bien que la stimulation hormonale et la ponction d'ovocytes impliquent certains risques et complications, ceux-ci demeurent minimes. Le risque le plus important à court terme est celui du syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO). Il se caractérise par le développement d'un nombre trop important (généralement plus de vingt) de follicules. Après la stimulation, la femme concernée souffre d'ovaires augmentés de volume, de douleurs et de sensations d'inconfort, d'ascite, parfois d'essoufflements, de nausées et de vomissements. Bien que cet état se résorbe spontanément avec du repos, il peut engendrer une hémocoagulation et donc un risque d'accidents thromboemboliques. Dans ce cas, une hospitalisation avec une mise en observation et une anticoagulothérapie est indiquée. On estime que le risque de SHO sévère aboutissant à une hospitalisation concerne environ 1 à 2 % de l'ensemble des stimulations effectuées dans le cadre d'une FIV (Nyboe Andersen et al., 2009). Les chiffres rapportés plus spécifiquement pour les stimulations chez la donneuse d'ovocytes sont inférieures à 1 % (Bodri et al., 2008). La prévention joue un rôle important dans ce contexte (Arslan et al., 2005). L'utilisation de protocoles de stimulation légers et surtout l'identification des patientes à risque (par exemple des jeunes femmes maigres qui souffrent du syndrome des ovaires polykystiques) peuvent prévenir de nombreux cas de SHO. Une bonne anamnèse personnelle et familiale en ce qui concerne le risque de thrombose et, le cas échéant, une prévention adéquate permettent aussi d'éviter les accidents thromboemboliques. Il va de soi que cette prévention auprès de la donneuse d'ovocytes relève d'une importance primordiale et que l'écartement de donneuse d'ovocytes qui présente un risque accru de SHO doit être recommandé.

D'autres risques pour la donneuse d'ovocytes sont l'apparition d'une hémorragie ou d'une infection induite par la ponction transvaginale. L'incidence de ces deux complications s'élève à environ 0,2 %. En général, ces complications n'engendrent pas de séquelles permanentes. Une torsion ovarienne est très rarement observée (0,024 %) (Bodri et al., 2008).

En ce qui concerne le long terme, aucun risque ni aucune complication à l'issue d'une stimulation hormonale ou d'une ponction d'ovocytes n'ont été décrits à ce jour. Plus particulièrement, les stimulations dans le cadre d'une FIV ne semblent pas augmenter le risque de cancer du sein ou des ovaires (Salhab et al., 2005; Silva Idos et al., 2009).

3.3.2 Conséquences pour le bien-être psychosocial

D'après une revue systématique de la littérature récente (Purewal & van den Akker, 2009), la procédure du don d'ovocytes semble être bien supportée. La plupart des donneuses, toutes catégories confondues (dons dirigés, anonymes, volontaires et rémunérés), rapportent des niveaux élevés de satisfaction en ce qui concerne la qualité des soins médicaux. Une minorité significative déclare avoir trouvé le traitement douloureux et/ou stressant, mais conclut que, dans l'ensemble, il était supportable. Une plainte importante des donneuses concernait l'investissement en temps et les désagréments engendrés par le besoin de concilier la procédure avec les activités quotidiennes ainsi que les déplacements, plutôt que les aspects médicaux ou physiques du don. La plupart des donneuses, toutes catégories confondues, ont déclaré vouloir effectuer un don ultérieur. Aucune des donneuses interrogées dans l'étude de Söderström-Anttila (1995) n'a regretté son don et les 32 donneuses rémunérées dans l'étude de Rosenberg et Epstein (1995) ont estimé que leur don avait influencé leur vie de façon positive. En outre, plusieurs études signalent que les informations reçues par les donneuses avant le début du traitement laissent souvent à désirer, alors que celles-ci n'ont aucune influence sur l'évaluation du traitement.

3.4 Les conséquences possibles en ce qui concerne la fertilité de la donneuse

Le CSS n'a pas connaissance de données dans la littérature démontrant un risque d'infertilité chez la donneuse à l'issue du don d'ovocytes. En théorie, on peut s'attendre à ce qu'une ponction d'ovocytes, comme c'est le cas pour toute intervention dans le petit bassin, puisse induire la formation d'adhérences et la fixation de l'ovaire, ce qui peut mener à une infertilité chez la donneuse d'ovocytes elle-même. Dans certains pays, la donneuse d'ovocytes doit avoir satisfait son désir d'enfants pour pouvoir effectuer un tel don, mais il n'existe aucune preuve en ce sens. Il est recommandé qu'une donneuse d'ovocytes soit informée du fait qu'il s'agit d'un risque théorique, probablement faible. S'il est préférable d'avoir des donneuses dont le désir d'enfants est satisfait, il ne s'agit pas d'une exigence absolue.

3.5 Le besoin éventuel d'un suivi médical de la donneuse après le don

Compte tenu du risque d'implications médicales du don d'ovocytes, le CSS estime judicieux que la donneuse d'ovocytes bénéficie d'un suivi médical après le don. Ainsi, le CSS recommande qu'un contrôle gynécologique et une échographie soient réalisés dans les deux mois qui suivent l'intervention. Ceux-ci peuvent être effectués par un gynécologue choisi par la donneuse ou par celui du centre de procréation dans lequel elle a subi le traitement. Dans tous les cas, le centre doit s'informer des résultats de ce contrôle. Etant donné que les problèmes psychosociaux à l'issue d'un don d'ovocytes sont rares, il ne semble pas nécessaire de rendre obligatoire un entretien chez le psychologue après le don. Néanmoins, le centre doit proposer la possibilité d'un suivi psychologique après le don.

4. REFERENCES

- Arslan M, Bocca S, Mirkin S, Barroso G, Stadtmauer L, Oehninger S. Controlled ovarian hyperstimulation protocols for in vitro fertilization: two decades of experience after the birth of Elizabeth Carr. *Fertil Steril* 2005;84(3):555-69
- Baetens P., Devroey P, Camus M, Van Steirteghem AC, Ponjaert-Kristoffersen I. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod* 2000; 15(2): 476-84.
- Baetens P. Counselling in Third Party Conception. In: Pre-congress course program Psychology and Counselling, 17th annual Meeting of ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology, Lausanne. 2001.
- Baetens P. Oocyte donation. Guidelines for Counselling in Infertility, ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology Monographs, Oxford University Press, 33-34. In: Boivin J, Kentenich J, editors.; 2002.
- Baetens P, Devroey P. Motivations des femmes péri ou post-ménopausiques en vue d'une grossesse. *Références en Gynécologie Obstétrique*. 2009;12(1):85-91.
- Belgisch Koninkrijk. Koninklijk besluit van 28 september 2009 tot vaststelling van de lijst van de artikelen van de wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek, die van toepassing zijn op gameten, gonaden, fragmenten van gonaden, embryo's en foetaal menselijk lichaamsmateriaal. BS van 23 oktober 2009, blz. 69408-9.
- Belgisch Koninkrijk. Wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek, BS van 30 december 2008, blz. 68774-87
- Bodri D, Guillen JJ, Polo A, Trullenque M, Esteve C, Coll O. Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles. *Reprod Biomed Online* 2008;17(2):237-43.
- De Sutter P, Dhont M. Geassisteerde voortplantingstechnieken: mogelijke risico's en complicaties voor moeder en kind. *Tijdschr Geneeskunde* 2003; 59:1283-91.

- Nyboe Andersen A, Goossens V, Bhattacharya S, Ferraretti AP, Kupka MS, de Mouzon J, et al. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE: ESHRE. The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Hum Reprod 2009;24(6):1267-87.
- Pennings G. Postmenopausal women and the right of access to oocyte donation. J Appl Philos. 2001;18(2):171-81.
- Purewal S, van den Akker OB. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. Hum Reprod Update 2009; 15(5): 499-515.
- Rosenberg, H. and Y. Epstein. Follow-up study of anonymous ovum donors. Hum Reprod 1995; 10(10): 2741-7.
- Salhab M, Al Sarakbi W, Mokbel K. In vitro fertilization and breast cancer risk: a review. Int J Fertil Womens Med. 2005 Nov-Dec;50(6):259-66.
- Silva Idos S, Wark PA, McCormack VA, Mayer D, Overton C, Little V et al.. Ovulation-stimulation drugs and cancer risks: a long-term follow-up of a British cohort. Br J Cancer. 2009 Jun 2;100(11):1824-31.
- Söderström-Anttila V. Follow-up study of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. Hum Reprod 1995;10(11):3073-6

5. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé à *titre personnel* au groupe de travail. Les noms des experts du CSS sont annotés d'un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis:

BAETENS Patricia	(psychologie – CRG UZ Brussel)
CAILLEAU Françoise	(psychologie – ULB)
DE SUTTER Petra*	(gynécologie, médecine de la reproduction – UZ Gent)
DEBOOSERE Patrick	(démographie – VUB)
DELVIGNE Annick	(gynécologie, médecine de la reproduction – CHC Rocourt)
DUBOIS Michel	(gynécologie, médecine de la reproduction – ULG)
PENNINGS Guido	(éthique/bio-éthique – UGent)
THONON Fabienne*	(embryologie – ULG)
VAN DEN ABBEEL Etienne*	(embryologie – CRG UZ Brussel)
VAN GEYT Caroline*	(sciences socio-médicales – UZ Gent)
VAN LAREBEKE Nicolas*	(toxicologie – UZ Gent)
VANSTEENBRUGGE Anne*	(embryologie – CHR Namur)
VLEMINCKX Christiane*	(toxicologie – WIV-ISP)

Le groupe de travail a été présidé par Petra DE SUTTER et le secrétariat scientifique a été assuré par Muriel BALTES.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (European Science Advisory Network for Health), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez vous abonner à une *mailing-list* et/ou un *RSS-feed* via le lien suivant : <http://www.hgr-css.be/rss>.