

**Avis n° 68 du 14 novembre 2016  
relatif à la limite d'âge en matière de  
procréation médicalement assistée**

## Demande d'avis

Madame Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a posé la question suivante dans sa lettre du 31 mars 2016 :

*« En décembre 2013, le Comité consultatif de Bioéthique a rendu un avis sur les aspects éthiques de l'AGE banking, la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge.*

*Dans celui-ci, le Comité tenait compte des limites d'âge pour les traitements de fertilité actuellement en vigueur dans notre pays en vertu de l'art. 4 de la Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. Les questions éthiques soulevées par un relèvement éventuel de ces limites d'âge ne furent pas envisagées dans cet avis.*

*Aux Pays-Bas, on examine actuellement si un relèvement de la limite d'âge à 50 ans est souhaitable. Au plan médical, aucune contre-indication majeure ne semble s'opposer à l'administration après l'âge de 47 ans de traitements dans le cadre de la procréation médicalement assistée. Mais au plan éthique, cela ne répond pas à la question de savoir si nous devons encourager les femmes à devenir mères à un âge encore plus avancé.*

*Puis-je vous demander de bien vouloir, dans un délai d'un an à compter de la réception de la présente, actualiser ledit avis n° 57 et l'étendre à la question: est-il acceptable, du point de vue éthique, de relever la limite d'âge pour les traitements de fertilité? Et cela, en tenant notamment compte des conséquences psychosociales pour les enfants nés de mères d'âge avancé. »*

Prise en considération par le comité plénier du 18 avril 2016, les membres approuvèrent la proposition du Bureau de charger quelques membres de rédiger une réponse à cette question précise et de portée limitée.

## Avis

Le Comité estime inopportun de modifier l'avis n°57 du Comité relatif à l'infertilité liée à l'âge<sup>1</sup> puisqu'il visait la problématique des indications tandis que la question actuelle de la ministre concerne les limites d'âge. Parmi les femmes confrontées à celles-ci, seule une partie a opté pour la congélation d'ovocytes pour des raisons d'âge. Les autres devront donc y faire face sans ovocytes congelés.

Compte tenu de la baisse de la fertilité de la femme, une fécondation *in vitro* (FIV) avec les ovules frais de la patiente est déconseillée au-delà d'un certain âge en raison des faibles chances de réussite. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le remboursement d'un cycle de FIV n'est prévu que jusqu'à 43 ans. Le gouvernement néerlandais a récemment décidé de relever la limite d'âge à 50 ans, une décision qui ne s'est d'ailleurs pas accompagnée d'un relèvement de l'âge pour le remboursement. Voilà qui n'est guère cohérent – tant en Belgique qu'aux Pays-Bas –, étant donné que les femmes de plus de 43 ans qui recourent au don d'ovocytes n'ont pas moins de chance de réussite. En Belgique, le transfert d'embryons est autorisé jusqu'à 47 ans conformément à la loi relative à la procréation médicalement assistée<sup>2</sup>. Cette donnée est interprétée par le Collège de médecins de la Médecine de la Reproduction comme 47 ans et 364 jours. Trois groupes de femmes pourraient souhaiter suivre un traitement après cette limite d'âge actuelle : 1) des femmes qui ont congelé des ovocytes lorsqu'elles étaient plus jeunes (au plus tard avant leur 46e anniversaire au terme de la loi), 2) des femmes qui ont congelé des embryons dans le cadre d'une précédente FIV et 3) des femmes qui font appel à des dons d'ovocytes.

Il est peu probable que le relèvement de la limite d'âge actuelle de 47 à 50 ans marque une différence significative au niveau des risques sur le plan médical et psychosocial. C'est probablement le cas si l'on souhaite introduire une limite d'âge considérablement plus élevée (jusqu'à 55 ou 60 ans).

Il y a peu d'informations disponibles concernant les conséquences psychosociales d'une maternité tardive sur la famille, la femme, l'homme et l'enfant. La seule étude relative aux

---

<sup>1</sup> Avis n°57 du 16 décembre 2013 relatif aux aspects éthiques de la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge. <http://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-57-social-freezing>

<sup>2</sup> Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (MB 6/07/2007, p.3875).

conséquences sur le bien-être de l'enfant est celle de Boivin et al. (2009) mentionnée dans l'avis 57. Par ailleurs, il n'y a pas plus d'informations disponibles au sujet des conséquences psychosociales d'une paternité tardive. Plusieurs éléments peuvent indirectement représenter des indicateurs quant aux effets sur le bien-être de l'enfant. Dans ce cadre, l'éventualité du décès de l'un des parents durant l'enfance du bébé est probablement la plus importante. Et l'on sait que cette expérience peut être particulièrement traumatisante pour un enfant (Rostila & Saarele, 2011). Toutefois, cette probabilité est particulièrement faible compte tenu de l'espérance de vie moyenne des femmes en Belgique (cf. ci-après). D'autres éléments, tels que le style d'éducation, des revenus plus importants et un taux de divorce moins élevé pourraient indirectement avoir un effet positif sur les enfants. La plupart des études considèrent cependant les femmes de 35 ans et plus comme des mères déjà âgées. On ignore si cette conclusion générale serait toujours valable pour les femmes qui ont un enfant à 45 ans ou plus.

La concrétisation normative de la parentalité représente une donnée connexe: qu'attend-on d'un parent? Plusieurs opinions peuvent ici être distinguées. Si l'on part de l'hypothèse qu'une politique doit reposer sur une concrétisation raisonnable de la tâche de parent, d'aucuns peuvent arguer qu'un parent doit pouvoir assister son enfant jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge adulte. Dans ce cas, l'âge maximum auquel une personne peut encore s'attendre, avec une certitude raisonnable, à devoir s'acquitter de cette tâche correspond à l'espérance de vie moyenne réduite de 18 ans (Pennings, 1995). Incidemment, ce critère devrait dès lors aussi s'appliquer à d'autres groupes de femmes qui ont également une espérance de vie limitée. En Belgique, l'espérance de vie pour les femmes est de 83,5 ans. Pour pouvoir remplir comme il se doit son rôle, le parent doit également être en mesure de disposer d'un nombre minimum de compétences. Dès lors, nous devrions nous baser sur une « espérance de vie saine » et non sur l'une espérance de vie au sens strict du terme. Ce critère se situe aux alentours de 76 ans pour les femmes. Une femme de 65 ans en Belgique peut encore espérer 11 années de vie en bonne santé sans être entravée dans ses activités (EHLEIS, 2015). 76 ans moins 18 ans, cela fait 58 ans. Le fait d'être en bonne santé ne garantit en rien que le parent dispose également des capacités requises afin d'élever un enfant, mais il en va de même pour les innombrables autres parents qui possèdent des caractéristiques (pauvreté, obésité...) pouvant aussi, à un plus jeune âge, avoir un effet négatif sur ces capacités.

Une autre concrétisation normative pourrait être que l'on s'attende à ce qu'un bon parent ait également l'obligation d'entretenir et d'éduquer son enfant après sa majorité et jusqu'à la fin de sa formation. Le cas échéant, il convient probablement de déduire 25 ans de l'espérance de vie moyenne.

Dans ce type de calcul, l'on part du principe qu'il n'y a qu'un seul parent. La plupart des enfants naissent dans une famille avec deux parents. Dès lors, il est défendable de considérer l'espérance de vie du couple afin de prendre une décision en matière d'acceptabilité pour la limite d'âge.

L'avis des patients au sujet de la limite d'âge n'est pas documenté. Le nombre de traitements au-delà de l'âge de 43 ans est très limité, mais il pourrait s'agir d'une conséquence de la législation actuelle. Dans le rapport BELRAP de 2015 (chiffres de 2013), nous constatons qu'il y a eu 272 transferts chez des femmes de plus de 43 ans avec leurs propres ovocytes et 187 transferts avec un don d'ovocytes (137 frais et 50 congelés). Cela correspond à environ 500 patientes sur les 18 000 (2,7 %) qui ont subi une FIV/ICSI cette année. Il est probable que le nombre de candidates de plus de 50 ans sera relativement peu élevé. D'après l'étude de Stoop et al. (2015), les femmes qui ont congelé des ovocytes en raison d'une infertilité liée à l'âge indiquent que pour elles l'âge limite d'une grossesse est d'environ 44 ans. C'est largement en dessous de la limite actuelle. Un sondage réalisé par les collaborateurs de centres de fertilité (N=186) démontre que 9 répondants sur 10 sont d'accord avec la limite d'âge telle qu'elle est fixée par la loi de 2007 relative à la procréation médicalement assistée (Vanhaecke et al., 2010).

## Conclusion

Le Comité ne voit pas d'obstacles éthiques essentiels au relèvement de l'âge maximum à 50 ans. D'une part, la différence avec la limite d'âge actuelle est relativement limitée et n'est pas déterminante. D'autre part, les risques médicaux augmentent à mesure que l'âge avance et les capacités générales de l'individu diminuent. En d'autres termes, cela n'est ni idéal ni à encourager, ce qui ne veut pas dire pour autant que l'on ne puisse pas le permettre.

Reste que l'on peut se demander si et dans quelle mesure nos sociétés laissent une réelle possibilité aux femmes de mener de façon optimale leurs différents projets personnels et professionnels dans des limites d'âge raisonnables. Le Comité renvoie dès lors à la dernière recommandation de son avis n°57 du 16 décembre 2013 précité selon laquelle il soulignait déjà la nécessité d'introduire les mesures d'ordre social nécessaires, tant pour les hommes que pour les femmes qui le souhaitent, en vue de réduire les obstacles à la réalisation des projets parentaux au moment où leurs auteurs le décident.

\*\*\*

## Références

Boivin, J., Rice, F., Hay, D. A., Harold, G., Lewis, A., Van den Bree, M. M. B. & Thapar, A. (2009) Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social science and Medicine* 68: 1948.-1955.

EHLEIS (2015) Health expectancy in Belgium.

[http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports\\_Issue9/Belgium\\_Issue%209.pdf](http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9/Belgium_Issue%209.pdf)

Pennings, G. (1995) Age and assisted reproduction. *Medicine and Law*, 17 (7/8): 531.-541.

Rostila M, Saarela J (2011) Time does not heal all wounds. Mortality following the death of a parent. *J Marriage Fam* 73:236-249.

Stoop, D., Maes, E., Polyzos, N. P., Verheyen, G., Tournaye, H. & Nekkebroeck, J. (2015) Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. *Human Reproduction*, 30 (2): 338.-344.

Vanhaecke, M., Provoost, V. & Pennings, G. (2010) Attitudes van medewerkers van fertiliteitscentra ten aanzien van de Belgische wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (22): 1076.-1086.

\*\*\*

### L'avis a été préparé par :

- Martine Dumont
- Nicole Gallus
- Guido Pennings
- Robert Rubens
- Paul Schotsmans, membre du Bureau

**Membre du secrétariat :** Monique Bosson

Les documents relatifs à la préparation de cet avis sont conservés au centre de documentation du Comité où ils peuvent être consultés.

Cet avis est disponible sur : [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)