

# L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE POUR RAISON D'ÂGE :

Y A-T-IL DES ARGUMENTS ÉTHIQUES  
POUR L'INTERDIRE ?

COORDONNÉ  
PAR LAURENCE BRUNET  
ET VÉRONIQUE FOURNIER  
AVEC LA COLLABORATION DE LÉA SEGUI





# L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE POUR RAISON D'ÂGE :

Y A-T-IL DES ARGUMENTS ÉTHIQUES  
POUR L'INTERDIRE ?

COORDONNÉ  
PAR LAURENCE BRUNET  
ET VÉRONIQUE FOURNIER  
AVEC LA COLLABORATION DE LÉA SEGUI



# SOMMAIRE

## L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE POUR RAISON D'ÂGE : Y A-T-IL DES ARGUMENTS ÉTHIQUES POUR L'INTERDIRE ?

<b>EDITORIAL</b>	7
Véronique Fournier	
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE POUR RAISON D'ÂGE : UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE</b>	11
Laurence Brunet et Véronique Fournier	
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>L'AUTOCONSERVATION DES OVOCYTES EST-ELLE UNE BONNE IDÉE AU PLAN PSYCHANALYTIQUE ?</b>	45
Geneviève Delais de Parseval	
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE : UN REGARD SOCIOLOGIQUE</b>	49
Dominique Mehl	
<b>CHAPITRE 4</b>	
<b>L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE : UNE LECTURE ÉTHIQUE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</b>	55
Véronique Fournier	
<b>CHAPITRE 5</b>	
<b>L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE SELON QUELQUES EXPERTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX</b>	69
Cécile Gallo, Dominic Stoop, Françoise Shenfield et Sylvie Epelboin	
<b>CHAPITRE 6</b>	
<b>UNE JOURNÉE DE DÉBAT PUBLIC</b>	85
<b>CHAPITRE 7</b>	
<b>CONCLUSION</b>	93
Camille Froidevaux-Metterie	



## SOMMAIRE DES TABLEAUX ET FIGURES

Guide d'entretien avec les femmes en âge de procréer et sans enfants	15
Caractéristiques sociodémographiques du groupe 1	17-19
Caractéristiques sociodémographiques du groupe 2	20
Caractéristiques sociodémographiques du groupe 3	23
Une forte revendication en faveur d'une totale liberté reproductive	25
Celles qui ne sont pas intéressées par l'autoconservation pour elles-mêmes	26
Un projet d'enfant conditionné à l'existence d'un projet familial	28
Les difficultés de la relation amoureuse	29
Principaux enseignements contenus dans les entretiens menés avec les femmes sans enfant et en âge de procréer	29
Un financement par la Sécu ?	32
Autres enseignements issus des entretiens menés avec les femmes sans enfant et en âge de procréer	32
Des positions contrastées sur l'autoconservation ...	34
Principaux enseignements contenus dans les entretiens menés avec les gynécologues	35
Des positions contrastées sur le financement de la technique par la Sécurité sociale	36
Autres enseignements issus des entretiens menés avec les gynécologues	37
La joie d'avoir un enfant, mais une souffrance souvent importante	39
Principaux enseignements contenus dans les entretiens menés avec les femmes ayant dû avoir recours à un don d'ovocytes pour avoir un enfant en raison de leur âge	41



### Véronique Fournier, médecin, Centre d'éthique clinique

La vitrification ovocytaire, nouveau procédé de congélation dont il est établi qu'elle est sans danger et la plus efficace pour conserver les ovocytes, est désormais disponible. Le procédé est accessible en France, mais il est exclusivement réservé aux dons d'ovocytes et à la préservation de la fertilité pour raison médicale. Il n'est pas ouvert aux femmes qui voudraient par ce moyen anticiper sur la baisse « naturelle » de leur fécondité liée à l'âge et se ménager ainsi la possibilité d'avoir un enfant lorsqu'elles ne pourront plus être enceintes spontanément.

La loi française a tout de même récemment et de manière indirecte ouvert une certaine possibilité d'autoconservation hors raison strictement médicale. En effet, pour tenter de pallier la pénurie en dons d'ovocytes et contrairement à ce qui avait toujours été la règle, il est permis depuis la seconde révision de la loi bioéthique en 2011, à des femmes qui n'ont pas eu d'enfant de se porter candidates pour donner leurs ovocytes. Il leur est alors proposé, en compensation en quelque sorte, de conserver une partie de leurs ovocytes prélevés pour elles-mêmes. Cette solution a été fortement critiquée par le Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), qui l'a dénoncée comme un « chantage » pour augmenter le recrutement des donneuses et a plaidé pour que « l'autoconservation sociétale » soit accessible à toutes les femmes et non aux seules donneuses (12 décembre 2012). Dans le même temps, certains experts ont noté que cette même disposition d'autoconservation contre don introduisait une rupture dans le principe de la gratuité du don, auquel le législateur français était pourtant très attaché jusque-là, tout comme a aussi été soulignée la contradiction de cette même disposition avec le principe de l'égalité d'accès de tous et toutes aux soins – les femmes candidates au don mais ayant déjà un enfant ne se voient pas proposer la possibilité d'une autoconservation. Le débat s'est rapidement enflammé, notamment dans la presse et les réseaux féminins (Elle, Causette, blog BAMP, etc.) et chez les professionnels. Il s'est encore avivé lorsque cent trente médecins, majoritairement gynécologues, obstétriciens et spécialistes de l'assistance médicale à la procréation ont signé un manifeste pour demander que soient assouplies les lois encadrant l'AMP (le Monde, 17 mars 2016).

C'est ce contexte qui nous a conduites à entreprendre l'ensemble du travail qui est présenté dans cet ouvrage. L'objectif était de pouvoir contribuer, grâce à des éléments venus du terrain, au débat qui ne devrait pas manquer de s'ouvrir prochainement sur la question de savoir si l'accès à cette technique doit être autorisé par la loi.

Pour cela, nous avons mené une étude de recherche en éthique clinique, directement auprès des premiers acteurs concernés, au premier chef les femmes susceptibles d'être

intéressées par la technique pour elles-mêmes ainsi que leurs gynécologues référents. La question que nous leur avons posée était la suivante : l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge est-elle selon vous une bonne idée au plan éthique ? Faut-il en autoriser l'accès pour toutes par la loi ? Pourquoi oui ou pourquoi non ?

Comme toujours quand nous menons ce genre d'étude au Centre d'éthique clinique, nous avons mené celle-ci à plusieurs pour multiplier les regards et les écoutes. Cette fois, nous étions 4 : une juriste, une psychanalyste, une sociologue, et un médecin.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à la présentation assez exhaustive des résultats de ce travail, complétée par la lecture multidisciplinaire, à la fois psychanalytique par Geneviève Delaisi de Parseval, anthropologue et psychanalyste, sociologique par Dominique Mehl sociologue au CNRS, et éthique que nous en proposons.

Nous avons ensuite souhaité compléter notre réflexion, en la confrontant à celle de quelques experts en la matière, nationaux et internationaux. Pour cela, nous avons organisé quelques séances de séminaire au cours desquelles nous les avons auditionnés. Nous avons notamment reçu dans cette configuration :

- Cécile Gallo, gynécologue spécialiste de l'infertilité et de l'autoconservation ovocytaire à la clinique IVI à Valence, en Espagne.
- Dominic Stoop, professeur en médecine reproductive et directeur médical du Centre for Reproductive Medicine à Bruxelles, en Belgique, pays dans lequel l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge est possible.
- Françoise Shenfield, gynécologue-obstétricienne à l'unité de médecine reproductive, à l'University College London Hospital, coordinatrice du « Special interest group (SIG) in Ethics and Law », au sein de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) et qui a mené à ce titre une grande étude sur l'autoconservation ovocytaire en Europe.
- Sylvie Epelboin, gynécologue-obstétricienne, responsable du Centre d'assistance médicale à la procréation du Groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, membre du groupe stratégique de l'Agence de la Biomédecine et de la plate-forme sur la préservation de la fertilité à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et signataire du Manifeste du 17 mars 2016, porté par René Frydman, cité plus haut.

Enfin, nous avons organisé une journée de débat public pour restituer les résultats de notre recherche et les mettre en discussion, d'une part avec un certain nombre des experts que nous avons déjà auditionnés, d'autre part avec d'autres que nous savions

particulièrement intéressés par la question. Nous avons aussi invité à participer à cette journée l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées au cours de notre travail de terrain, que ce soit les femmes susceptibles d'être intéressées pour elles-mêmes par l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ou leurs gynécologues, ou du moins les gynécologues de ville, équivalents à leurs gynécologues référents et que nous avons pu interroger au cours de cette étude. Nous avons organisé ces débats de façon à ce que toutes les sensibilités et positions soient au mieux représentées à la fois à la table des intervenants et dans la salle, et que chacun puisse s'exprimer librement sur l'ensemble des questions qui fâchent à propos de ce sujet.

Les chapitres 5 et 6 de cette brochure sont respectivement occupés par la restitution des auditions des experts cités ci-dessus, puis par la restitution des principaux éléments des discussions qui se sont succédé lors de cette journée. Il faut souligner son franc – et assez exceptionnel - succès. Il est rare en effet que nous ayons une audience aussi forte lors des événements de ce type que nous organisons au Centre d'éthique clinique. La journée a notamment attiré beaucoup de jeunes femmes visiblement intéressées par la question et bien au-delà des seules que nous avons rencontrées. Ces jeunes femmes ont été pour beaucoup d'entre elles très participatives aux différentes discussions, n'hésitant pas à résister parfois à certaines positions des professionnels ou autres sachants, et à faire part de leur expérience personnelle de don ou d'autoconservation ovocytaire. Force est aussi de souligner à ce stade que si ces travaux, à la fois préalables à la journée et affinés au cours de celle-ci, ont été très denses, ils n'ont réussi qu'à souligner la complexité et l'entremêlement des enjeux en présence. On ne trouvera pas de réponse manichéenne dans cet ouvrage à la question princeps qui était la nôtre au départ de notre initiative.

Enfin le dernier chapitre de cet ouvrage est un chapitre de conclusion. Il est écrit par Camille Froidevaux-Metterie, chercheure en sciences politiques et auteure de « La révolution du féminin » (Gallimard 2015) qui a accepté d'être présente tout au long du débat, en tant que grand témoin et d'en faire la synthèse, ce dont nous la remercions vivement. Elle a en effet su mettre en perspective les enjeux de cette question particulière de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, avec l'histoire du féminisme et de ses différents âges, ou plutôt des féminismes, devrais-je dire. Sa réflexion nous a permis de mieux comprendre en quoi les implications soulevées par cette nouvelle technique, qui semble à première vue relativement banale, dépassent en fait largement la question de ses enjeux à la fois médicaux et bioéthiques. Pour Camille Froidevaux-Metterie, elle pourrait contribuer à « égaliser le positionnement des hommes et des femmes », face à la fois aux « conditions procréatives » et « à la parentalité » : « *Le fantasme masculin d'une paternité perpétuelle parce que non limitée par une transformation biologique brutale s'en trouve ébranlé, dit-elle et surtout, les femmes se voient enfin offrir la possibilité de vivre*

*leur vie sociale aussi pleinement que les hommes tout en ne sacrifiant pas leur potentialité maternelle ».*

On comprend mieux à la lumière de cette lecture, pourquoi ce sujet semble interpeller autant les jeunes femmes d'aujourd'hui : il vient probablement en écho à la violence des changements en voie d'émergence qu'elles vivent au quotidien dans la relation homme-femme et dont elles ont été si nombreuses à nous parler spontanément, à l'occasion de cette enquête, disant toutes leurs difficultés et leur souffrance à y faire face. A suivre ce raisonnement, il se pourrait que cette nouvelle possibilité de « congeler sa maternité » révèle les prémisses, comme l'a dit aussi Frédéric Worms, philosophe présent lors de cette journée, d'une véritable mutation anthropologique probablement déjà en cours.

Le dernier mot de cet éditorial sera pour remercier non seulement tous ceux qui ont participé à ce travail, à l'organisation de cette journée et à la préparation de cet ouvrage, mais aussi le Fonds de dotation agnès b qui nous a généreusement aidés au plan financier pour mener à bien cette initiative.

## CHAPITRE I

L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE POUR RAISON D'ÂGE :  
UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Laurence Brunet, juriste et Véronique Fournier, médecin, Centre d'éthique clinique<sup>1</sup>

## I - INTRODUCTION

Les innovations dans le domaine des technologies de la reproduction ont toujours suscité de nombreuses questions éthiques, notamment du fait de la dissociation qu'elles permettent entre sexualité et procréation. La dernière d'entre elles ne déroge pas à cette règle. Alors que jusqu'ici on ne savait pas conserver des ovocytes de telle façon qu'ils puissent être réutilisables ultérieurement, un nouveau procédé dit de « vitrification ovocytaire », devenu légal en France depuis 2011<sup>2</sup>, le permet désormais. Ainsi, ce qui était possible pour les hommes l'est devenu depuis peu pour les femmes : utiliser leurs gamètes ou cellules reproductives pour elles-mêmes mais de façon différée.

La technique, dans les pays où elle est disponible, est utilisée par les femmes comme solution de précaution, pour le cas où elles ne pourraient pas avoir d'enfant spontanément. Du reste, un certain nombre de femmes françaises sont déjà allées à l'étranger pour en bénéficier<sup>3</sup>. La question ne peut donc manquer de se poser expressément de savoir dans quelles circonstances on pourrait autoriser officiellement en France le recours à cette possibilité : ne pourrait-on ouvrir l'accès à ce que l'on appelle l'« autoconservation sociétale » (ou pour seule raison d'âge), alors que jusqu'à récemment la loi de bioéthique n'autorisait la conservation que pour une raison médicale (pathologique) dûment avérée ? La question ne revêt pas la même acuité pour les femmes et pour les hommes, parce que la fertilité des femmes diminue rapidement et fortement avec l'âge, dès l'âge de 35 ans. La capacité spontanée des femmes à faire des enfants devient ainsi quasi nulle, sauf exception, à 45 ans. On sait qu'à l'inverse, la capacité reproductive d'un homme peut se conserver relativement bonne jusqu'à des âges très avancés de la vie, ce qui fait que l'autoconservation de sperme pour raisons sociétales n'a jamais été un sujet aigu pour eux jusqu'ici.

Ce qui est en débat dans la pratique de l'autoconservation, c'est le choix libre et personnel offert aux femmes de mettre en réserve leurs ovocytes, à un stade où ils existent encore en quantité et en qualité suffisantes, par exemple aux environs de 30-35 ans, voire plus tôt, pour les utiliser ultérieurement, lorsqu'une grossesse sera souhaitée alors que la femme concernée n'aura plus la capacité de l'obtenir spontanément. On le voit, cette ouverture

<sup>1</sup> Les auteures remercient vivement pour leur contribution au bon déroulement de cette étude et de son analyse Sandrine Belise et Negar Yahaghi, stagiaires en 2015-2016 au Centre d'éthique clinique.

<sup>2</sup> Article L. 2141-1 al. 4 CSP

<sup>3</sup> Fertilité : elles ont congelé leurs ovocytes, Magazine Elle, 10 octobre 2014 ; Bébé à volonté : elles ont décidé de congeler leurs ovocytes à l'étranger, par G. Dupont, le Monde, 2 décembre 2014, p.15.

rendrait caduque l'un des piliers ayant fondé jusque-là la loi de bioéthique : pas d'accès à l'assistance médicale à la procréation pour raisons autres que strictement médicales, c'est-à-dire notamment pas d'accès possible si la baisse de fécondité n'est liée qu'à l'âge. De fait, on le comprend, une telle ouverture remettrait en cause l'équilibre paradigmatique de la loi.

L'autoconservation sociétale pour les femmes a pourtant commencé d'être introduite dans la loi du 7 juillet 2011. Le but a été de favoriser le don d'ovocytes, très en retard en France relativement aux pays voisins et aux besoins des couples. Pour améliorer les performances de cette technique et faciliter le recours à des donneuses plus nombreuses, plus jeunes et plus fécondes<sup>4</sup>, il a été inséré dans la loi une disposition permettant aux femmes n'ayant pas encore eu d'enfant de donner leurs ovocytes, ce qui n'était pas possible jusque-là, en leur offrant, en contrepartie, l'assurance de pouvoir disposer ultérieurement pour elles-mêmes, en cas de nécessité, d'une partie de leurs ovocytes ainsi congelés (art. L. 1244-2 CSP).

Dès qu'elle a été évoquée, cette disposition a, comme on l'a déjà dit, suscité un vif débat, du moins dans la communauté des gynécologues. En effet, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) s'est ému jusqu'à dénoncer le "chantage" consistant à "limiter la possibilité d'autoconservation aux seules femmes qui accepteraient de donner une partie de leurs ovocytes"<sup>5</sup>. Il a préconisé d'ouvrir plus largement l'autoconservation, dans un souci d'égalité d'accès aux soins. Sa proposition était de rendre l'autoconservation accessible à toutes les femmes, et non aux seules donneuses. Il proposait à l'époque que l'on informe davantage les femmes, et suffisamment précocement, sur la chute de leur fertilité avec l'âge, voire qu'on leur propose un bilan systématique de fertilité aux environs de la trentaine, payé par la Sécurité sociale.

Alarmés par le recul régulier de l'âge à la première grossesse, et l'augmentation des difficultés que rencontrent de plus en plus de femmes de ce fait pour être enceintes, la préoccupation des gynécologues était avant tout médicale. Mais même si on entend leur souci, le débat sur l'ouverture de l'accès à cette technique pour raison d'âge ne saurait se résumer à des arguments seulement médicaux. De nombreux autres enjeux y participent, comme par exemple des enjeux législatifs, puisqu'autoriser l'accès à l'autoconservation pour raison d'âge remettrait en cause l'équilibre d'ensemble de la loi de bioéthique, et notamment la question du rôle de la loi dans ces sujets, dont on pourrait penser qu'ils relèvent exclusivement de la sphère privée.

<sup>4</sup> Rapport fait au nom de la Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi sur la bioéthique, par J. Leonetti, janvier 2011, Doc. Ass. Nat. n° 3111, p. 56

<sup>5</sup> Communiqué de presse du CNGOF du 12 décembre 2012

Des arguments sociétaux participent aussi du débat. En effet, celui-ci survient alors que la société évolue, avec un renouvellement des façons de faire famille, une multiplication des recompositions familiales, et un changement non négligeable, voire une mutation profonde, du positionnement global des femmes dans la société, qui leur fait probablement penser différemment leur équilibre entre vie amoureuse, vie professionnelle et vie familiale. La polémique suscitée par l'annonce récente faite par Facebook et Apple<sup>6</sup> de financer la congélation des ovocytes de leurs salariées a fait découvrir brutalement combien les enjeux sociaux liés à cette technique dépassaient le seul domaine du droit au respect de la vie privée et familiale : les inégalités professionnelles liées à la maternité et les pressions dont les femmes sont parfois l'objet dans le monde du travail pourraient bien être aussi concernées.

Enfin, ce débat est également l'occasion de sonder à nouveau au plan éthique quelles sont les valeurs qui font sens pour les personnes concernées, mais aussi pour l'ensemble de la société sur ces questions.

La réflexion collective sur ce sujet ne manquera pas de s'ouvrir prochainement à nouveau, probablement à l'occasion de la prochaine révision de la loi de bioéthique, qui devrait intervenir au plus tard en 2019, d'autant qu'elle a déjà été largement entamée au plan européen et international.

C'est ce contexte, ainsi que l'absence de travail documenté sur le sujet en France, qui a conduit le Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin à prendre l'initiative d'une étude de recherche pour tenter de contribuer de façon utile à la réflexion sur ce sujet émergent. La vocation de ce Centre est en effet d'aider à la prise de décision médicale lorsque celle-ci est rendue difficile parce qu'elle soulève un conflit de valeurs. De ce fait, il est amené à particulièrement s'intéresser aux questionnements qui traversent la société civile lorsqu'une pratique médicale nouvelle suscite des controverses au plan éthique. Tel paraît bien être le cas de l'autoconservation des ovocytes pour prévenir la chute naturelle de la fertilité.

## 2 - MÉTHODE

Pour conduire ces travaux de recherche, le Centre d'éthique clinique procède toujours de la même façon. Il a en effet au cours des années progressivement développé à cette fin, une méthode d'approche déjà décrite dans plusieurs publications faisant état de recherches précédentes<sup>7</sup>.

<sup>6</sup>Voir par exemple : <http://www.lefigaro.fr/societes/2014/10/15/20005-20141015ARTFIG00103-facebook-et-apple-encouragent-la-congelation-d-ovules-de-leurs-salaries.php> ; <http://www.la-croix.com/Ethique/Actualite/Apple-et-Facebook-re lancent-le-debat-sur-la-congelation-d-ovocytes-2014-10-19-1223881>.

<sup>7</sup>Voir par exemple, L'arrêt d'alimentation et d'hydratation en contexte de fin de vie, V. Fournier et M. Maglio (dir), CEC-MGEN, 2016 ; Les directives anticipées chez les personnes de plus de 75 ans, E. Favereau et M. Spranzi (dir), CEC, 2013 ; voir aussi infra la section 4.1.

Son premier objectif est de systématiquement s'intéresser à mieux connaître la position des principaux acteurs concernés, plutôt que de se contenter d'une analyse extérieure des enjeux éthiques en présence.

En la circonstance, les acteurs les premiers concernés semblaient être d'une part les femmes en âge de procréer et sans enfants, d'autre part leurs gynécologues, en cela qu'ils sont a priori leurs premiers interlocuteurs sur ces questions. Ce sont ceux vers qui elles sont censées se tourner spontanément si elles souhaitent accéder à cette technique ou recueillir des informations la concernant. C'est pourquoi, l'étude que nous avons conduite s'est attachée à aller à la rencontre de ces deux populations, avec pour but de recueillir leur position au sujet de la question centrale suivante : l'autoconservation ovocytaire pour raisons sociétales, et notamment d'âge, pose-t-elle problème selon vous au plan éthique ? Pourquoi oui ? Pourquoi non ?

L'outil principal de la méthode est ainsi l'entretien : entretien dit d'éthique clinique. Il s'agit d'un entretien au cours duquel il est laissé une grande liberté narrative aux personnes interviewées, même s'ils sont guidés par une grille spécifique, préparée par les chercheurs et finalisée après quelques premiers entretiens-tests. La rencontre dure au moins une heure et parfois plus. Les entretiens sont toujours menés à deux et par deux chercheurs d'origine disciplinaire différente, de façon à multiplier les regards et les écoutes et à limiter le risque d'interprétation de ce qui se dit. En la circonstance, les entretiens ont été essentiellement menés par un duo médecin-juriste. Ils ne sont pas enregistrés mais font l'objet de notes qui sont ensuite comparées, discutées, synthétisées et saisies de façon anonymisée dans une base de données *ad hoc*.

Au cours de cette étude spécifique, les entretiens ont principalement consisté à s'interroger :

- d'une part avec les femmes autour des questions suivantes : que pensent-elles de la technique ? Y auraient-elles recours pour elles-mêmes ? Pourquoi oui, pourquoi non ? Quelle est leur relation à leur capacité reproductive, à leur fertilité ? Qu'attendent-elles de leurs gynécologues sur ces questions ? Quel devrait être le rôle de la collectivité et de la loi en la matière ? Si l'accès à la technique était ouvert, faudrait-il qu'il soit pris en charge par la Sécurité sociale ?
- d'autre part avec des gynécologues, pouvant être les leurs ou des gynécologues de ville équivalents, sur ce qu'ils pensaient de la technique et de son éventuelle ouverture aux femmes pour raison d'âge ; s'ils seraient prêts à inciter leurs patientes à y recourir : pourquoi oui ou pourquoi non ? Et quel devrait être selon eux la place de la loi et de la Sécurité sociale sur ce sujet.

Le détail du guide ayant servi pour les entretiens mené avec les femmes est disponible dans le tableau I.

Tous les entretiens ont été conduits entre novembre 2013 et octobre 2015. Les personnes rencontrées ont été recrutées par voie de proximité avec les chercheuses de l'étude, puis de l'une à l'autre par le bouche-à-oreille.

#### Tableau I : Guide d'entretien avec les femmes en âge de procréer et sans enfant

##### **Les enjeux de l'autoconservation pour raison d'âge au plan personnel**

- L'autoconservation pour soi-même
- Le désir d'enfant
- La relation amoureuse
- L'âge maximum pour devenir mère
- La pression familiale, sociale, professionnelle vis-à-vis de la maternité
- L'influence du modèle parental
- L'importance du lien génétique avec l'enfant
- La position vis-à-vis de la contraception
- La position vis-à-vis du progrès médical
- La relation au gynécologue

##### **Les enjeux de l'autoconservation pour raison d'âge au plan collectif**

- Faut-il autoriser l'accès ?
- Que dit-on du dispositif don/autoconservation ?
- La loi doit-elle se mêler de ces sujets ?
- Est-ce à la sécurité sociale de payer ?

Au plan éthique, le consentement écrit de tous les participants a été recueilli après qu'ils aient été dûment informés de l'objet de l'étude, conformément aux recommandations internationales. La confidentialité des données recueillies a été scrupuleusement respectée et tous les participant(e)s ont été prévenu(e)s dès la fin de l'étude que les résultats étaient à leur disposition, et qu'ils (elles) pouvaient les obtenir sur simple demande. Le protocole de recherche avait été soumis à l'approbation éthique d'un comité *ad hoc*, dès avant le démarrage de l'étude (CERES n° 20133700001072).

Une fois terminée la phase de conduite des entretiens, l'analyse de leur contenu a fait l'objet d'une analyse menée selon les méthodes de référence en recherche qualitative, consistant schématiquement à en repérer les éléments-clés, puis à en apprécier le poids respectif ainsi que la cohérence ou la contradiction d'un entretien à l'autre, pour finalement les ordonner, les hiérarchiser et les pondérer<sup>8</sup>. Les principaux messages de l'étude sont ensuite illustrés par des verbatim, particulièrement représentatifs de ce qui a été entendu.

Il avait ensuite été prévu pour cette étude de retravailler plus finement le contenu des entretiens, en les faisant relire par deux autres chercheuses, l'une anthropologue et psychanalyste et l'autre sociologue, particulièrement compétentes dans le domaine de la procréation médicalement assistée. Enfin, ce groupe de quatre chercheuses a éprouvé le besoin, avant de conclure définitivement quant à ses résultats, d'entendre sur cette question de l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, quelques experts à la fois nationaux et européens. Les résultats présentés ci-après sont donc le fruit de cette triple lecture : dans un premier temps proche du contenu brut des entretiens, puis passée au crible d'un regard plus distancié et multidisciplinaire, enfin enrichie par comparaison critique avec des données extérieures sur le même thème.

### 3 - POPULATION DE L'ÉTUDE

La population interviewée pour cette étude comprenait trois différents groupes.

#### 3.1 - Groupe I

Le premier groupe a été constitué par des femmes en âge de procréer et sans enfant.

Trente-six femmes ont été rencontrées. Elles avaient entre 26 et 43 ans : 17 avaient entre 25 et 30 ans (âge moyen : 27,5 ans), 10 avaient entre 31 et 36 ans (âge moyen : 33,2 ans), 9 avaient entre 37 et 43 ans (âge moyen : 40,3 ans). Pour des raisons de facilité logistique, ces femmes vivaient toutes à Paris ou en Ile-de-France. Si elles étaient issues d'une catégorie socio-professionnelle plutôt favorisée, elles venaient néanmoins d'horizons variés. Il faut souligner que pour ce groupe, il n'y a eu aucun problème de recrutement : les femmes ont été nombreuses à se porter candidates pour participer à ces entretiens. Leurs principales caractéristiques sociodémographiques sont détaillées dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques du Groupe I**

<sup>8</sup> grounded theory ou méthode dit de « thématization séquentielle »

## Femmes entre 25 et 30 ans

Age	Profession	Lieu de résidence	Sexualité	En couple	Modèle familial
28	Journaliste	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
26	Etudiante	Paris	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle catholique
30	Notaire		Homo	Oui	NR
25	Etudiante (agrégation)	Ile-de-France	Homo	Non	Parents mariés, 1 enfant hors mariage pour la mère
29	Journaliste	Paris	Hétéro	Non	
28	En freelance dans l'édition	Paris	Hétéro	Non	Parents divorcés
30	Styliste	Paris	Hétéro	Non	NR
28	En thèse	Paris	Hétéro	Oui	Parents séparés
27	Sage-femme et en thèse d'anthropologie	Paris	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle
30	En thèse d'anthropologie	Paris	Hétéro	Oui	NR
30	Communication	Ile-de-France	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle
25	Agent artistique dans un orchestre	Paris	Homo	Oui	Famille traditionnelle
26	Chef de projet e-commerce	Paris	Hétéro	Oui	Père décédé, mère seule
25	En thèse de sociologie	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
29	Travaille dans l'urbanisme	Paris	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle
26	Psychologue clinicienne	Paris	Hétéro	Oui	Parents divorcés
30	En reconversion RH	Paris	Hétéro	Oui	NR

## Femmes entre 31 et 36 ans

Age	Profession	Lieu de résidence	Sexualité	En couple	Modèle familial
33	Educatrice en crèche	Paris	Hétéro	Oui	Mère veuve qui a refait sa vie
33	Communication	Paris	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle
33	Technicienne de laboratoire	Paris	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle
35	Chef d'entreprise	Ile-de-France	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
32	Gynécologue	Nord	Hétéro	Oui	NR
32	Graphiste	Paris	Hétéro	Oui	Parents désunis mais pas séparés
36	Communication	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
34	Psychologue clinicienne	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
34	Avocate	Paris	Hétéro	Oui	NR
32	Graphiste	Paris	Hétéro	Non	Parents séparés

## Femmes entres 37 ans et 43 ans

Age	Profession	Lieu de résidence	Sexualité	En couple	Modèle familial
42	Professeur de pilates	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
37	Chargée de mission dans le secteur culturel	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
43	Technicienne de laboratoire	Ile-de-France	Hétéro	Oui	NR
38	Commerciale	Ile-de-France	Hétéro	Non	Parents divorcés
40	Commerciale	Nord	Hétéro	Oui	NR
44	Graphiste	Paris	Hétéro	Oui	Famille traditionnelle
41	NR	Ile-de-France	Hétéro	Non	Famille traditionnelle
44	Avocate	Paris	Hétéro	Non	Parents divorcés
38	Publicité	Paris	Hétéro	Non	Famille traditionnelle

### 3.2 - Groupe II

Le deuxième groupe interviewé a rassemblé des gynécologues, équivalents aux gynécologues des femmes du groupe précédent, c'est-à-dire des gynécologues tout-venant, non particulièrement spécialisés dans le traitement de l'infertilité et exerçant principalement en cabinet de ville. Le recrutement s'est fait là encore par réseau de proximité professionnelle. A ce titre, 19 gynécologues ont été rencontrés : 15 femmes, 4 hommes, 4 de moins de 40 ans, 4 d'âge compris entre 40 et 50 ans et 11 d'âge supérieur à 50 ans. Ils exerçaient pour une petite moitié d'entre eux à Paris ou en Ile-de-France et pour le reste en province (Marseille, Aix-en-Provence, Toulouse, Morlaix). Leurs principales caractéristiques d'exercice professionnel sont détaillées dans le Tableau 3.

**Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques du Groupe II**

Sexe	Age	Lieu de résidence	Nombre d'années d'exercice	Type de gynécologie pratiquée	Lieu d'exercice	Type clientèle
H	42	Marseille	26	Gynéco-méd + psychosomatique	Cabinet	Tout-venant, plutôt jeune
F	31	Marseille	2	IVG, retour de couche, AMP	Hôpital	-
F	58	Marseille	28	Gynéco-méd	Cabinet	Tout-venant, plutôt âgée
F	59	Marseille	30	Gynéco-méd + psychosomatique	Cabinet	Tout-venant
F	66	Marseille	> 30	Gynéco-méd + AMP	Cabinet + hôpital	Tout-venant + 30% infertilité
F	42	Toulouse	9	Gynéco-méd + AMP	Cabinet	Tout-venant
F	45	Morlaix	16	Gynéco-méd	Cabinet	Tout-venant
F	35	Toulouse	5	Gynéco-méd	Cabinet	Tout-venant, plutôt jeune
F	33	Toulouse	3	Gynéco-méd	Cabinet	Tout-venant, plutôt jeune

Sexe	Age	Lieu de résidence	Nombre d'années d'exercice	Type de gynécologie pratiquée	Lieu d'exercice	Type clientèle
F	33	Toulouse	5	Gynéco-méd + AMP	Cabinet	Tout-venant
F	58	Toulouse	> 30	Gynéco-méd	Cabinet	Tout-venant
F	52	Paris	> 20	Gynéco-obs	Cabinet + hôpital	Tout-venant
F	60	Région parisienne	> 20	Gynéco-méd + psychosomatique	Cabinet	Tout-venant
F	48	Paris	19	Gynéco-obs, chirurgie vulvaire	Cabinet	Intéressée par chirurgie vulvaire + couples de femmes
F	55	Paris	35	Gynéco-méd	Cabinet	Tout-venant
H	40	Région parisienne	10	Infertilité et préservation fertilité/AMP	Hôpital	Jeune, immigrée, précaire
H	68	Paris	> 30	Gynéco-méd + AMP	Cabinet + hôpital	Plutôt âgée
F	60	Paris	29	Gynéco-méd + AMP	Cabinet + hôpital	Tout-venant
F	62	Région parisienne	> 30	Gynéco médicale	Cabinet + hôpital	Tout-venant

### 3.3 - Groupe III

Enfin, le protocole de l'étude avait aussi prévu que soit rencontré un troisième type de population : des femmes ayant dû recourir à un don d'ovocytes pour avoir un enfant du fait de leur âge. En effet, c'était jusqu'à présent la seule possibilité d'obtenir une grossesse pour les femmes ayant passé l'âge de pouvoir avoir des enfants spontanément. Ce troisième groupe avait pour objet de servir en quelque sorte de groupe « miroir ». La question qui était investiguée auprès de ces femmes était celle de savoir ce qu'elles pensaient a posteriori du recours au don. Auraient-elles préféré, et pourquoi, la possibilité d'une autoconservation, ou considéreraient-elles après coup que l'essentiel était d'avoir réussi à porter un enfant, sans plus attacher trop d'importance à la rupture génétique générée par le recours au don ?

Huit femmes ont ainsi été interviewées, ayant eu au moins un enfant par don du fait de cette raison d'âge. Nous les avons rencontrées alors que l'enfant avait au moins 6 mois, afin qu'elles aient un minimum du recul nécessaire pour pouvoir parler de leur expérience. Elles ont été très difficiles à recruter: Beaucoup ont refusé l'entretien, dont elles avaient probablement peur qu'il leur soit trop douloureux. Ce recrutement n'aurait pas pu se faire sans l'aide active de deux médecins spécialistes de l'infertilité, qui nous ont mises en contact avec certaines de leurs patientes. C'est essentiellement par gratitude envers le médecin qui les a soutenues jusqu'au bout de leur difficile parcours que ces femmes ont accepté de participer à cette étude. Dans la moitié des cas l'entretien a eu lieu à leur domicile, en présence de l'enfant, et souvent même du père. Une fois le principe de l'entretien confirmé, tou(te)s ont longuement parlé. Les principales caractéristiques utiles pour cette étude de ces 8 femmes et de leurs conjoints sont disponibles dans le Tableau 4 : elles avaient en moyenne 45,2 ans à la naissance du premier enfant par don (âges extrêmes: 38-52). Leur conjoint ou compagnon étaient eux âgés en moyenne de 51 ans (âges extrêmes: 36-63). La plupart vivaient en Ile-de-France.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques du Groupe III

Age/F	Age/H	Conditions de vie	Enfants nés par don d'ovocyte
46	55	Les deux sont médecins hospitaliers	2 garçons par double don à 2 ans d'intervalle (3 ans, 7 mois)
46	41	Les deux sont fonctionnaires de police	1 fille de 15 mois
41	48	Elle travaille dans le tourisme, lui est informaticien.	2 jumeaux de 7 mois par double don
48,5	58,5	Elle est psychothérapeute, ne travaille pas actuellement. lui est conseiller politique.	1 garçon de 6 mois par double don
43	36	Les deux sont agents de la fonction publique en région parisienne	1 garçon de 14 mois
38	63	Elle est enseignante, lui est à la retraite.	1 fille de 2 ans
47	55	Elle est enseignante à Paris, lui vit à l'étranger.	1 fille de 3 mois
52	55	Elle est notaire, lui est dans les affaires.	2 jumeaux de 2 ans

## 4 - RÉSULTATS

### 4.1 - Qu'ont dit les femmes du Groupe I, premières concernées par cette technique ?

Les principaux messages issus de l'enquête menée auprès des 36 femmes en âge de procréer mais encore sans enfants, rencontrées dans le cadre de cette étude, peuvent se résumer autour de 4 points principaux :

1. La grande majorité des femmes, quel que soit leur âge, ont revendiqué une levée de l'interdiction d'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, au nom de l'argument de la liberté procréative.
2. Pour autant, elles ne sont pas apparues toutes convaincues, loin de là, de l'intérêt pour elles-mêmes d'avoir recours à cette technique. Elles ont articulé de façon très intéressante leurs arguments sur ce point.
3. Il est ressorti de l'étude que la technique est confrontée à une impasse : les femmes ne souhaitent pas entendre parler à l'heure où elle leur serait utile, et elles fondaient ce refus sur des arguments tout à fait recevables ; mais lorsqu'elles s'y intéressaient il était en quelque sorte trop tard.
4. Ces entretiens ont été l'occasion pour ces femmes de parler d'un sujet qui leur tient particulièrement à cœur: la difficulté de trouver le bon partenaire avec qui faire sa vie.

#### 4.1.1 - La grande majorité des femmes, quel que soit leur âge, ont revendiqué une levée de l'interdiction d'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, au nom de l'argument de la liberté procréative.

La position défendue de façon très majoritaire par les femmes rencontrées, quel que soit leur âge, a été que l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge devrait être largement ouverte. Au soutien de cette position, ont été invoqués la liberté reproductive et le droit d'accéder aux progrès médicaux, surtout lorsqu'à l'étranger des femmes peuvent déjà en bénéficier. Ce sont pour ces femmes des prérogatives sur lesquelles l'Etat ne devrait pas empiéter. La société ne devrait pas interdire. Le choix d'avoir recours ou non à cette technique était pour elles de l'ordre de la vie privée.

**Verbatims 4.1.1 : Une forte revendication en faveur d'une totale liberté reproductive**

*« Il ne doit pas y avoir d'interdiction par la société, chacun son business, il y en a marre de ces politiques qui se mêlent de tout ». (F, 29 ans, célibataire)*

*« Je suis contre les interdits tant que cela ne provoque pas des changements de société majeur. L'autoconservation : pour moi à titre personnel ce serait incongru, mais je ne vois pas en quoi ce serait scandaleux de l'ouvrir aux femmes ». (F, 28 ans, célibataire)*

*« Il faut profiter de ce que la science nous offre, et ensuite c'est le choix des femmes, chacun doit pouvoir faire ce qu'il veut ». (F, 42 ans, en couple depuis peu)*

**4.1.2 - Pour autant, elles ne sont pas apparues convaincues de l'intérêt pour elles-mêmes d'avoir recours à cette technique.**

Au nom même de la liberté qui devrait leur être reconnue de pouvoir choisir ou non d'autoconserver; beaucoup des femmes rencontrées ont exprimé qu'elles n'étaient pas très intéressées par la technique pour elles-mêmes : un petit quart était favorable (dont 3 qui y ont eu recours à l'étranger), un petit tiers était hésitant (pourquoi pas ? mais elles n'étaient pas prêtes à franchir le pas), un gros tiers était contre. Cette répartition était homogène dans les trois sous-groupes d'âge étudiés. Celles à qui l'autoconservation apparaissait comme une véritable option sont celles qui la considéraient comme une chance de plus d'avoir un enfant, en laissant du temps supplémentaire pour trouver celui ou celle avec qui construire un projet commun d'enfant. En revanche, la raison principale invoquée par celles qui sont contre l'autoconservation pour elles-mêmes, ou qui n'envisagent pas réellement d'y recourir varie sensiblement d'un sous-groupe à l'autre : les plus jeunes considèrent qu'il faut laisser faire la nature, la médecine en fait déjà beaucoup trop, alors que l'argument principal avancé par les plus âgées, est plutôt celui de la « providence » : il faut laisser faire le destin, ne pas le forcer.

### Verbatims 4.1.2 : Celles qui ne sont pas intéressées par l'autoconservation pour elles-mêmes

« J'ai encore une idée très romantique de ma vie de reproduction... Je trouve cela sinistre tous ces machins, l'AMP, le don, ... ». (F, 28 ans, célibataire).

« La technique peut être utile pour se rassurer, pas pour s'en servir, il ne faut pas que l'homme se prenne pour Dieu ». (F, 32 ans, en couple depuis 8 ans).

« L'autoconservation, pourquoi pas, pas comme un anti-regret mais comme une liberté ». (F, 28 ans, en couple depuis 4 ans).

#### 4.1.3 - L'organisation de l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge pourrait se confronter à une impasse autant d'opportunité qu'organisationnelle.

Le troisième message fort qui découle de ce qu'ont dit les femmes rencontrées au cours de cette étude a été que la technique semble confrontée à une impasse, car elle est difficile à organiser en temps utile pour les femmes, et ceci pour trois raisons. La première est liée à la difficulté de pouvoir leur parler d'autoconservation à un moment adéquat pour elles. En effet, celles qui avaient entre 25-30 ans ont dit qu'elles n'avaient pas l'âge pour réfléchir à l'autoconservation, que c'était trop tôt et qu'une information systématique faite à cet âge serait contreproductive et inutilement agressive : « Cela fait partie de la jeunesse de ne pas anticiper ». Celles qui avaient entre 31 et 36 ans ont exprimé combien elles supportaient mal qu'on leur rappelle la baisse de la fertilité liée à l'âge ; elles disaient qu'elles n'aimaient pas que leur gynécologue soit intrusif et directif en la matière ; il lui fallait répondre à leur demande, mais ne pas les sermonner. Quant à celles ayant 37 ans ou plus, toutes avaient déjà compris en venant à l'entretien, que l'autoconservation n'était plus pour elles une solution envisageable, c'était devenu trop tard pour y penser.

Au-delà du « bon » moment pour en parler, la deuxième raison qui rendrait l'information à faire aux femmes sur l'autoconservation délicate est celle de savoir par quel canal les informer. La moitié des femmes interrogées ont dit que l'information devait être faite par leur gynécologue habituel, mais qu'il se devait de leur parler avec tact et au « bon » moment. Elles ont exprimé que c'était pour elles une conversation désagréable et stressante, ce qui a été confirmé par ce qu'ont dit aussi les gynécologues, au cours de cette étude (cf *infra*). Par ailleurs, un certain nombre des femmes rencontrées, notamment les plus jeunes, ont manifesté leur hostilité à toute intrusion paternaliste et culpabilisante de leur gynécologue sur

le terrain de leur fertilité : « *Si ma gynécologue me dit : attention vous avez 29 ans, il va falloir commencer à y penser sérieusement, je change de gynécologue immédiatement* », s'est ainsi exprimé l'une d'entre elles. Beaucoup ont mentionné l'importance du rôle des magazines et sites internet féminins, ainsi que des plaquettes d'information dans les salles d'attente du médecin.

Une dernière raison pourrait freiner la mise en oeuvre en pratique de l'autoconservation : le fait que ces femmes se sont plutôt positionnées contre une médicalisation excessive de leur fertilité. Dans l'ensemble, elles ont exprimé de fortes réserves envers l'évaluation systématique de leur réserve ovarienne et fertilité à un certain âge, proposition évoquée, nous le verrons par exemple au chapitre 5, par certains gynécologues, particulièrement les spécialistes de la fertilité. Les souhaits de ces femmes étaient plutôt en faveur d'une démedicalisation ainsi que d'un allègement de toute forme d'emprise sociale à cet égard. Cette réticence, face à la maîtrise médicale de la reproduction, notamment chez les plus jeunes de notre échantillon, a fait écho à celle qu'elles ont aussi formulé à propos de la contraception : en effet, même si une majorité prenait ou avait pris la pilule, il émanait des entretiens, menés notamment avec les plus jeunes, une méfiance importante à l'égard de la pilule et des hormones, tendance là encore confirmée par les gynécologues et qui les inquiétaient (cf *infra*).

De ces différents résultats, il ressort que l'organisation pratique d'une véritable politique de prévention de l'infertilité du fait de l'âge, incitant éventuellement à la réalisation d'une autoconservation, se heurterait probablement à d'importants obstacles autant d'opportunité qu'organisationnels. On peut ainsi retenir à ce stade que si les femmes rencontrées au cours de cette étude ont défendu l'ouverture de l'accès à l'autoconservation pour raison d'âge, au nom du principe selon elles absolu de respect de la liberté reproductive de chacun, elles n'ont pas plaidé pour une incitation à y avoir recours pour elles-mêmes.

#### 4.1.4 - Un projet d'enfant conditionné à l'existence d'un projet familial, mais retardé par la difficulté à trouver le partenaire avec qui faire sa vie.

Quasiment toutes ont plébiscité la vie de couple avec enfant, mais elles se sont montrées davantage préoccupées de trouver le bon compagnon de vie que de faire un enfant à tout prix. Très peu se sont dit prêtes à faire un enfant seules ou « dans le dos » d'un homme. Elles ont aussi souvent exprimé qu'elles avaient le souci d'avoir un enfant dans de bonnes conditions matérielles, une fois leur situation professionnelle suffisamment assise et stable : un enfant, c'est « contraignant et cher ». Néanmoins, peu nous ont dit donner la priorité à leur vie professionnelle ou à leur carrière. Elles étaient au contraire nombreuses à affirmer être prêtes à ralentir leur parcours professionnel dès lors qu'elles auraient trouvé le/la partenaire

avec qui partager un projet d'enfant. Très peu se plaignaient d'avoir subi des pressions professionnelles, en vue de leur faire repousser une éventuelle maternité.

#### Verbatims 4.1.4 : Un projet d'enfant conditionné à l'existence d'un projet familial

*« Le désir d'enfant est lié à une rencontre, à quelqu'un de particulier; si je ne trouve pas le bon mec, ce n'est pas grave, je n'aurai pas d'enfant ».* (F, 26 ans, en couple depuis 9 ans)

*« J'ai le désir d'être mère un jour, mais pas avec n'importe qui et à n'importe quelles conditions ».* (F, 33 ans, en couple depuis peu).

*« On ne peut pas faire un enfant pour satisfaire un besoin, il faut qu'il y ait une histoire ».* (F, 37 ans, célibataire)

*« Un enfant, ça se fait à deux ».* (F, 42 ans, en couple depuis peu).

*« J'attends de trouver le bon père, c'est mon côté Disney : un homme, une femme, des enfants ».* (F, 29 ans, en couple depuis peu).

Mais elles ont été nombreuses à souligner la difficulté de trouver le compagnon pouvant être le père qu'elles souhaitent pour leurs enfants. Selon elles, les causes de ces difficultés sont partagées : d'une part, les femmes sont devenues trop indépendantes, elles ne cherchent plus un homme protecteur, elles veulent un autre type de relation. D'autre part, les hommes d'aujourd'hui hésiteraient, selon elles, à s'engager : *« Ils ont toujours en tête qu'ils trouveront mieux ailleurs »*, ce qui résonne avec un modèle social qu'elles dénoncent comme *« faisant trop de place au zapping, à la consommation facile »*. Beaucoup de ces femmes ont dit que de ce fait elles hésitaient à exprimer trop vite leur désir d'enfant, de crainte de *« mettre trop vite trop de pression »* sur l'homme et de fragiliser la relation amoureuse. Sur ce point, les témoignages sont très homogènes entre les différentes sous-classes d'âge, à ceci près que ce sont surtout les plus âgées qui se sont plaintes le plus de la difficulté des relations homme-femme.

#### Verbatims 4.1.4 bis : Les difficultés de la relation amoureuse

« Aujourd'hui, ce n'est pas facile de trouver un père qui reste. Les hommes ont du mal à trouver leur place. Ils sont toujours dans le schéma de nous protéger, mais nous ce que l'on cherche, c'est un compagnon de vie, pas un protecteur ». (F, 29 ans, célibataire).

« Les femmes sont devenues couillues, elles ne savent plus quelle place donner aux hommes dans leur vie ». (F, 34 ans, célibataire).

« C'est compliqué dans le monde actuel de trouver un compagnon pour construire à long terme. » (F, 29 ans, en couple depuis 11 mois).

« Les hommes ont toujours en tête qu'ils pourraient trouver mieux ailleurs ». (F, 32 ans, célibataire).

Plusieurs de ces femmes, en réfléchissant à voix haute devant nous au cours de ces entretiens, se sont demandé si autoconserver serait véritablement susceptible de faciliter la relation amoureuse. Certes, ont-elles fait valoir, une autoconservation permettrait peut-être d'alléger la contrainte temporelle que l'horloge biologique féminine peut faire peser sur la relation amoureuse. Mais pour elles, le risque était au contraire que cette précaution, en dépouillant l'échange amoureux d'une partie de son romantisme, l'hypothèque encore un peu plus.

Ces résultats sont dans l'ensemble très convergents, quel que soit le groupe d'âge considéré, c'est-à-dire que les femmes aient moins de 30 ans, entre 30 et 37 ans, ou au-delà de 37 ans.

#### Tableau I : Principaux enseignements contenus dans les entretiens menés avec les femmes sans enfant et en âge de procréer

- La grande majorité des femmes revendique une levée de l'interdiction d'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, au nom de la liberté procréative.
- Elles ne sont pas convaincues de l'intérêt pour elles-mêmes d'avoir recours à cette technique.
- Les femmes ne souhaitent pas entendre parler de l'autoconservation ovocytaire à l'heure où elle leur serait utile, mais lorsqu'elles seraient susceptibles de s'y intéresser, il serait trop tard.
- Ces entretiens ont été l'occasion pour ces femmes de parler de la difficulté de trouver le bon partenaire avec qui faire leur vie et fonder une famille.

D'autres résultats ressortent de cette enquête.

#### 4.1.5 - Existe-t-il une pression familiale et/ou sociale qui inciterait les femmes à faire des enfants ?

Les femmes ont toutes exprimé que la pression sur ce point venait d'elles-mêmes, qu'elle était en lien direct avec les exigences auxquelles elles subordonnaient la réalisation de leur potentiel désir d'enfant. Quel que soit leur âge, et surtout si elles ne vivaient pas en couple, elles ne se plaignaient d'aucune pression exercée par leur entourage familial à cet égard. Ce sentiment était très largement partagé, quel que soit le modèle familial transmis, soudé ou désuni, traditionnel ou recomposé, par leurs parents. Quelques femmes avouaient cependant ressentir dans la société le poids ambiant du modèle familial nucléaire traditionnel.

#### 4.1.6 - Un risque de recul de l'âge de la maternité ?

La plupart des femmes rencontrées, tous âges confondus, n'envisageaient pas une maternité après 45 ans. Le premier argument invoqué au soutien de cette limite d'âge était l'intérêt de la mère : après 45 ans, les grossesses étaient jugées difficiles et à risque, et les mères moins résistantes pour faire face aux soins du nourrisson. L'intérêt de l'enfant d'avoir des parents jeunes se confondait souvent pour ces femmes avec l'intérêt des mères à la fois pour leur santé et pour leur équilibre de vie. Pour la grande majorité des femmes interrogées, l'autoconservation ne serait pas une bonne raison pour repousser au-delà de ce seuil de 45 ans l'âge de la maternité. L'autorisation d'une telle technique leur semblait donc peu susceptible d'augmenter le nombre de grossesses tardives.

#### 4.1.7 - Quelle place pour la loi ?

Les femmes, en dehors de leur souhait exprimé pour que soit reconnue leur pleine liberté reproductive, se sont majoritairement montrées très attachées à l'intervention de la loi pour, tout à la fois, autoriser expressément la technique de préservation de la fertilité pour raison d'âge et l'encadrer par des limites. Elles ont dit en effet souhaiter qu'un âge maximum soit prévu aussi bien pour bénéficier d'une autoconservation que pour réutiliser les ovocytes conservés.

Par ailleurs, les femmes rencontrées ont très majoritairement estimé que la liberté procréative serait mieux respectée par la légalisation encadrée de l'autoconservation que par le dispositif adopté en 2011, qui conditionne l'autoconservation au don d'une partie de ses ovocytes et amalgame malencontreusement des démarches de nature différente. A leurs yeux, en effet les femmes qui seraient prêtes à être donneuses n'auraient pas forcément besoin de contrepartie pour motiver leur geste altruiste, et celles qui voudraient autoconserver leurs

ovocytes ne seraient pas spécialement enclines à les donner. La mesure prise par le législateur pour dynamiser l'activité du don en France, en élargissant le périmètre de recrutement des donneuses d'ovocytes, leur paraît d'autant plus inopportune qu'elles ne seraient qu'une faible moitié à imaginer être prêtes à recourir pour elles-mêmes à un don d'ovocytes si nécessaire. Cependant plus leur âge avançait, moins elles se montraient résistantes à cette perspective, de la même façon que plus elles vieillissaient, moins elles disaient accorder de l'importance au lien génétique.

#### 4.1.8 - Quels autres rôles pour l'Etat ?

Les femmes interrogées ont aussi considéré qu'il revenait à l'Etat d'assurer de la part des professionnels de santé qui exerceront dans ce domaine des garanties de sécurité sanitaire et d'efficacité.

Enfin, lorsqu'elles ont été interrogées sur la prise en charge financière de l'autoconservation dans l'hypothèse où cette pratique viendrait à être autorisée en France, on les a découvertes très partagées (50/50) sur la question de savoir si la Sécurité sociale devait assumer les frais liés à ce traitement préventif. Elles ont convenu que la solidarité nationale ne pouvait pas tout prendre en charge et que des arbitrages collectifs étaient nécessaires. Par ailleurs, pour un nombre non négligeable d'entre elles, il serait normal d'assumer personnellement le financement de l'autoconservation de ses ovocytes. Seul un paiement avec ses propres deniers serait cohérent avec une décision revendiquée au nom de la non-intrusion de la société dans la sphère intime. Néanmoins, une moitié s'inquiétait des inégalités d'accès à l'autoconservation ovocytaire que le financement personnel ne manquerait d'entraîner entre les femmes, même si les coûts annoncés ne leur semblaient pas exorbitants.

**Verbatims 4.1.8 : Un financement par la Sécu ?**

*« Il faut éviter que cela soit réservé aux plus riches ». (F, 26 ans, en couple).*

*« C'est inégalitaire, mais on ne vit pas dans un monde égalitaire » (F, 30 ans, en couple).*

*« C'est moi qui paye ma demande, mes envies, mon truc. A celles qui ne peuvent pas, je dis : mais alors comment pourrez-vous subvenir aux besoins de votre enfant? » (F, 33 ans, en couple).*

*« La Sécu doit prendre en charge ce qui est de l'ordre de la maladie, cela, ce n'est pas une maladie, c'est quelque chose de totalement personnel, dans des choix de vie » (F, 33 ans, célibataire).*

**Tableau II :Autres enseignements issus des entretiens menés  
avec les femmes sans enfant et en âge de procréer**

- Les femmes ne ressentent pas de pression sociale ou familiale pour avoir des enfants.
- Elles n'envisagent pas une maternité après 45 ans.
- Elles plébiscitent l'intervention de la loi pour autoriser et encadrer la mise en œuvre de l'autoconservation ovocytaire.

## 4.2 - Qu'ont dit les gynécologues rencontrés ?

Les principaux messages qui se dégagent des entretiens menés avec les 19 gynécologues tout-venant rencontrés au cours de cette étude peuvent se résumer ainsi :

1. Ils n'étaient pas enthousiastes à l'idée que les femmes puissent autoconserver leurs ovocytes pour anticiper la chute de leur fertilité avec l'âge. Ils estimaient que c'était à la société de s'adapter aux femmes et non l'inverse. Selon eux, la société devrait créer un environnement social et financier favorable pour inciter les femmes à faire des enfants quand elles sont jeunes.
2. Toutefois, ils se sont dits prêts à soutenir leurs patientes si celles-ci manifestaient la volonté de recourir à cette technique et si la loi venait à en autoriser l'accès. Quasiment tous, sauf deux, prônaient une ouverture par la loi de l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge et plaidaient pour que la loi vienne fixer un cadre, notamment un âge maximum pour pouvoir réutiliser ses ovocytes conservés.

### 4.2.1 - Un avis très partagé sur l'autoconservation des ovocytes pour raison d'âge

Les gynécologues que nous avons rencontrés se partageaient presque à égalité sur le sujet de l'autoconservation pour raison d'âge. Une petite moitié y était favorable, les autres s'y montraient hostiles. Il faut souligner, que ni leur âge, ni le lieu où ils exerçaient, ni le fait d'avoir déjà été confronté en consultation à une demande d'autoconservation ou de suivre une patiente y ayant eu recours ne semblait avoir une influence sur leur position.

Ceux qui y étaient favorables valorisaient l'autonomie des femmes, insistaient sur le rééquilibrage apporté par cette technique vers plus d'égalité de l'horloge biologique entre homme et femme, et saluaient l'allongement du temps au bénéfice des femmes pour trouver un bon partenaire. Ces raisons recoupaient assez exactement les arguments invoqués par les femmes elles-mêmes au soutien de l'ouverture de l'autoconservation.

Quant aux gynécologues opposés à la technique, ils faisaient valoir qu'il fallait protéger les femmes contre ce qu'ils considéraient être une fausse garantie : selon eux, même si l'information sur l'efficacité relative de ce procédé était bien faite, il y avait de forts risques que les femmes croient à tort pouvoir obtenir une grossesse le jour où elles le désireraient. Par ailleurs, ils pensaient que si l'autoconservation était accessible, les femmes allaient se sentir obligées d'y recourir, ce qui alourdirait encore le carcan des obligations sociales et sanitaires qui pesait sur elles. Ils étaient nombreux aussi à s'inquiéter des maternités tardives, à cause

des risques encourus par la mère et l'enfant, mais aussi par crainte d'une perturbation de l'ordre générationnel : il vaudrait mieux, selon eux, que l'Etat encourage les femmes à faire leurs enfants quand elles sont jeunes en développant des services d'aide. Pourtant, il faut rappeler que les femmes rencontrées avaient une position différente : elles ne souhaitaient ni avoir des enfants trop jeunes, car elles aspiraient, comme les hommes, à pouvoir profiter de la vie avant d'assumer des charges familiales, ni avoir des enfants trop tard, en raison des risques médicaux et de l'excès de fatigue liés à l'âge. Elles considéraient que la décision du moment leur appartenait à elles seules, les politiques publiques n'avaient pas à interférer dans cette sphère très privée.

#### Verbatims 4.2.1 : Des positions contrastées sur l'autoconservation ...

*« Je suis pour, au nom de l'égalité homme/femmes! Professionnellement, les femmes enceintes sont mises au placard ». (Gynéco, 60 ans, Paris).*

*« Les patientes qui font l'autoconservation à l'étranger, ça les tranquillise dans leurs relations amoureuses ou dans la quête d'un compagnon ». (Gynéco, 60 ans, Paris).*

*« Ça ne sera pas une réelle garantie d'avoir des enfants, c'est de la poudre aux yeux qui augmentera les regrets ». (Gynéco, 56 ans, Marseille).*

*« Il faut aider les femmes pour qu'elles puissent mener de front leur boulot et les enfants ». (Gynéco, 33 ans, Toulouse).*

*« Si le programme biologique s'arrête vers 40 ans, ce n'est pas par hasard, il y a un temps pour tout dans la vie ». (Gynéco, 35 ans, Paris).*

Il est intéressant de constater que les arguments des gynécologues n'étaient pas de nature seulement médicale ; ils étaient tout autant représentatifs des opinions qui s'expriment sur ce sujet dans la société civile, même si leur profession les conduisaient à être tout de même plus attentifs aux limites naturelles de l'échéancier reproductif des femmes.

#### 4.2.2 - La grande majorité appelle néanmoins à une ouverture légalement encadrée de la technique

Il ressort clairement de l'enquête que, quel que soit le point de vue de chacun, y compris si personnellement ils étaient plutôt hostiles à ce procédé, les gynécologues interrogés préféraient que la loi vienne autoriser l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge afin d'éviter que des pratiques ne se développent sans encadrement et sans garanties. L'important, de leur point de vue, était notamment que la loi vienne imposer des limites d'âge, tant pour avoir accès à la conservation des ovocytes que pour pouvoir réutiliser les ovocytes congelés plus tard. A cet égard, leurs préoccupations rejoignaient les souhaits exprimés par les femmes du groupe I. C'est au demeurant à l'occasion de cette réflexion sur l'importance d'une régulation sous contrôle de l'Etat de l'accès aux diverses techniques de procréation médicalement assistée disponibles, qu'ils se sont spontanément au cours de ces entretiens, prononcés pour la grande majorité d'entre eux, en faveur d'un accès à l'AMP pour les couples de femmes, autre sujet qui défraye la chronique actuellement.

Par ailleurs les gynécologues étaient eux aussi, comme les femmes interrogées, fortement réservés sur le dispositif mis en place par la loi de 2011, qui ouvre, on l'a dit, l'autoconservation comme une possible compensation du don d'ovocytes. Du reste, ils étaient dans l'ensemble très réticents à l'égard du don d'ovocytes, non pas vis-à-vis du principe même du don, mais parce qu'ils étaient préoccupés par les traitements de stimulation préalables au recueil des ovocytes. Pour eux, cette stimulation n'est jamais dénuée de risques pour la santé des femmes et ils se demandaient s'il était légitime de faire prendre le moindre risque à une femme pour autrui, surtout à une femme jeune, n'ayant a priori pas encore comblé pour elle-même son désir de maternité.

#### Tableau III : Principaux enseignements contenus dans les entretiens menés avec les gynécologues

- Les gynécologues n'apparaissent pas convaincus par l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge.
- Pour eux, la société devrait plutôt mettre en place un environnement social et financier qui inciterait les femmes à faire leurs enfants jeunes.
- Ils appellent néanmoins à une ouverture légalement encadrée de la technique.

D'autres enseignements sont ressortis de ces entretiens avec les gynécologues.

#### 4.2.3 - Des positions également contrastées quant à un financement de la technique par la Sécurité sociale

Sur cette question, les gynécologues rencontrés se sont montrés beaucoup plus péremptoirs que les femmes de l'enquête : ils étaient très majoritairement contre la prise en charge de son coût par la Sécurité sociale : non seulement parce que la solidarité nationale était déjà, selon eux, bien trop sollicitée pour d'autres prises en charge qui lui incombent sans conteste possible, mais parce qu'ils pensaient que le paiement direct par les femmes les obligerait à s'investir davantage dans leur décision. Néanmoins, plusieurs étaient sensibles à l'inégalité entre les femmes qui en résulterait.

#### Verbatims 4.2.3 - Des positions contrastées sur le financement de la technique par la Sécurité sociale

*« La sécu paye déjà beaucoup de choses, je serai plutôt pour que ce soit les femmes qui payent, qui prennent leurs responsabilités, et qui s'investissent dans leur décision ». (Gynéco, 66 ans, Marseille).*

*« Il faut que la Sécu paye, oui, parce qu'elles n'ont pas choisi de faire un gamin tard ». (Gynéco, 58 ans, Toulouse).*

#### 4.2.4 - Quel rôle pour eux si l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge devenait autorisée par la loi ?

Les gynécologues interrogés dans l'enquête ont affirmé très généralement qu'ils donneraient à leurs patientes l'information la plus honnête possible sur les avantages et les inconvénients de cette technique. Au demeurant, certains ont aussi avancé que peut-être pouvoir apporter une telle information pourrait faciliter la conversation toujours délicate qu'il leur faut parfois aborder avec leurs patientes sur la fertilité. En effet, beaucoup ont rapporté combien il était difficile d'aborder la question de la chute rapide de la fertilité avec l'âge, notamment avec les trentenaires sans enfants. Beaucoup ont souligné combien ils se sentaient alors intrusifs. Même celles qui vivent en couple, ont-ils témoigné, peuvent ressentir cette information sur leur horloge biologique de manière très agressive et angoissante. Leur proposer une solution de secours pourrait sans doute les amener à réfléchir de manière plus apaisée et plus constructive sur le déclin de leur fertilité. En revanche, ils se sont dans l'ensemble montrés réservés sur l'intérêt d'un bilan

systematique de fertilité proposé à toutes les femmes de 30 ans : pour eux, les techniques d'évaluation de la fertilité existant aujourd'hui ne sont pas suffisamment fiables.

**Tableau IV : Autres enseignements issus des entretiens menés avec les gynécologues**

- Les gynécologues sont majoritairement contre la prise en charge par la Sécurité sociale de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge
- Si la loi autorisait la technique, ils seraient les mieux placés pour informer les femmes sur ses avantages et ses inconvénients.

### 4.3 - Qu'ont dit à propos de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge les femmes ayant eu recours à un don d'ovocyte pour avoir un enfant, précisément en raison de leur âge ?

Le principal message qui résulte des entretiens menés dans ce groupe peut se résumer de la façon suivante :

Bien que ces femmes ne soient plus concernées par cette technique pour elles-mêmes, elles se sont toutes exprimées massivement en sa faveur. Elles ont dit combien elles auraient aimé pouvoir y avoir accès, en imaginant que cela leur aurait permis d'éviter bien des épreuves traversées pour enfin obtenir l'enfant souhaité.

#### 4.3.1 - Des parcours personnels assez éprouvants

Dans ce groupe, l'âge moyen des femmes à la naissance du premier enfant par don était de 45 ans et celui des hommes de 51 ans. Pour la plupart, le projet d'enfant est survenu tard car les femmes n'avaient pas trouvé avant le bon compagnon avec qui faire famille. Elles ont souvent décrit des histoires personnelles sentimentales assez chaotiques et douloureuses. Dans un cas, il s'agissait d'un projet de troisième enfant avec le même homme, mais abordé à un âge trop tardif pour qu'une grossesse spontanée puisse être obtenue aussi facilement que les précédentes. Dans tous les cas, ces femmes avaient aussi vécu des parcours d'AMP longs et difficiles (5 ans en moyenne), dont elles ont toutes dit combien ils avaient été éprouvants. Enfin, elles ont témoigné qu'il n'avait pas été si facile pour elles de se résoudre à recourir à un don d'ovocyte.

#### 4.3.2 - Le recours au don d'ovocytes : une épreuve autant physique et psychologique

Au cours de ces entretiens, il a souvent été très difficile de recentrer ces femmes sur le sujet de l'enquête, à savoir l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge. Toutes voulaient parler du don et de l'épreuve que cette expérience avait en fait été et continuait d'être pour elles. Elles nous ont toutes dit combien elles étaient heureuses d'avoir finalement réussi à avoir un enfant. Mais toutes ont aussi témoigné qu'une fois l'enfant obtenu, les choses n'étaient pas si faciles. Pour plusieurs raisons :

- D'abord du fait de l'existence de la donneuse : c'était moins la rupture génétique qui semblait leur poser problème que l'existence d'un tiers ayant participé à la conception de l'enfant : quelle place lui donner ? Comment faire pour que cette place ne ruine pas leur équilibre ou l'équilibre familial ?

- Elles ont souvent dit aussi qu'elles se sentaient coupables vis-à-vis de l'enfant de lui imposer la difficulté d'être né d'un don qu'il lui faudra un jour assumer:
- Plusieurs ont exprimé encore qu'elles se vivaient en situation d'infériorité par rapport au père, du moins celles n'ayant pas eu recours à un don de sperme associé au don d'ovocyte.
- Enfin, de façon assez générale elles ont témoigné du fait que depuis la naissance de l'enfant, la vie s'était concentrée autour de lui, de façon possiblement étouffante pour lui et aux dépens souvent de la relation de couple.

#### Verbatims 4.3.2 - La joie d'avoir un enfant, mais une souffrance souvent importante

*« Personne ne peut dire ce que va devenir notre couple, mais cela n'a pas d'importance, ce qui est important maintenant c'est d'aimer les enfants ».* (F: 49 ans, 2 enfants par don de 3 ans et 7 mois).

*« Avoir un enfant aux moyens d'une AMP, cela peut abîmer un couple : c'est si dur, si long ! Alors quand l'enfant est là, on se concentre dessus et on oublie la vie de couple »* (F: 38 ans, 1 enfant par don de 3 ans).

*« J'ai beau me dire que je l'ai portée et que je suis sa mère, j'ai l'impression qu'elle me rejette parce que ce n'est pas mes gènes »* (F: 47 ans, 1 enfant par don de 15 mois).

*« Je lui ai fait une double crasse: ni son père, ni sa mère ne sont les siens »* (F: 49 ans, H: 59 ans, 1 enfant par don de 14 mois).

*« Parfois, je me dis que ce n'est pas moi la mère, la maternité qu'est-ce que c'est, c'est ma question aujourd'hui ? ».* (F: 47 ans, 1 enfant par don).

#### 4.3.3 - Une certaine culpabilité résiduelle ?

Aucune des femmes rencontrées n'a exprimé que son âge ou celui du père pouvait être un problème pour l'enfant. Une seule, celle qui était déjà mère de deux enfants plus âgés, s'est plainte de la fatigue engendrée par sa grossesse gémellaire et aussi d'avoir des enfants petits à élever à un âge devenu pour elle assez avancé.

Le pays où a eu lieu le don d'ovocytes n'a été la France que dans un cas dans ce groupe. Dans les autres situations, les couples sont allés à l'étranger recourir à un don de gamète

payant : la donneuse recevait une compensation financière pour son acte, ce qui est contraire au principe de gratuité, considéré en France comme un fondement essentiel de la loi relative à la bioéthique. Par ailleurs, dans environ un tiers des situations, il a été aussi nécessaire de recourir à un don de sperme : le couple a donc eu recours à un double don de gamètes, en contravention avec la loi française qui l'interdit. Pourtant, pour ces femmes qui se sont rendues à l'étranger, le fait d'avoir transgressé la loi pour arriver à leurs fins ne semblait pas avoir été un problème, alors même qu'elles étaient parfaitement au courant des interdictions françaises. Ce sentiment de légitimité s'explique probablement par le fait que toutes contestaient la rigueur du cadre légal français en vigueur.

Pour autant, dans un tiers des cas, les autres membres de la famille proche n'avaient pas été mis au courant du mode de conception de l'enfant. Les femmes disaient redouter des réflexions qui les fragiliseraient.

Ceci dit, la plupart se sont dit convaincues qu'il conviendrait d'expliquer tôt ou tard à l'enfant son mode de conception. Selon elles, il faudrait aussi qu'il puisse avoir accès à ses origines. C'est pourquoi elles étaient plutôt contre, disaient-elles, l'anonymat du don. Mais on ne pouvait s'empêcher en les écoutant de penser que c'était une position de principe assez facile à tenir; dans la mesure où dans leur cas, l'accès aux origines serait probablement impossible, du fait de l'état de la loi au moment de leur recours au don, et en raison aussi de la réalisation du don dans un pays éloigné, rendant toute démarche administrative plus difficile.

#### 4.3.4 - Conserver ses ovocytes plutôt que de devoir recourir à ceux d'une autre. Mais à quel âge ?

Comme on l'a dit, les femmes de ce groupe plébiscitaient massivement l'autoconservation ovocytaire, dans le souci principal qu'une solution autre que le don d'ovocytes soit disponible pour surmonter l'infertilité féminine liée à l'âge. C'est donc bien de leur expérience personnelle du don qu'elles tiraient leur position, se différenciant en cela de l'argument principal des femmes du groupe I, qui se sont, elles, exprimées en faveur de l'autoconservation au nom d'une revendication en faveur de la liberté procréative.

Ceci dit, toutes ont dit qu'elles n'auraient pas eu recours à la technique à 25 ans. Et souvent, elles se sont interrogées pour savoir si elles auraient suffisamment prêté l'oreille aux messages d'alerte des gynécologues, pour y aller à 30 ans. A cet égard, leur réflexion fait écho aux questionnements de certaines des femmes du Groupe I à propos du moment opportun pour informer sur l'autoconservation et y recourir. Ces incertitudes

confirment les doutes qui pèsent sur la réelle faisabilité d'une politique de prévention contre l'infertilité du fait de l'âge. Par ailleurs, contrairement aux femmes rencontrées dans le premier groupe, qui ont eu tendance à minimiser les contraintes de la stimulation ovarienne, ces femmes du Groupe 3 ont insisté sur la lourdeur de ce traitement, elles qui l'ont pleinement éprouvée.

**Tableau V : Principaux enseignements contenus dans les entretiens menés avec les femmes ayant dû avoir recours à un don d'ovocytes pour avoir un enfant en raison de leur âge**

- Malgré la joie d'avoir un enfant, ces femmes gardent un souvenir douloureux de l'ensemble de leur parcours.
- Le fait d'avoir dû finalement recourir au don est en soi une épreuve psychologique.
- Il serait préférable pour les femmes d'autoconserver leurs ovocytes plutôt que de recourir à ceux d'une autre.

## 5 - DISCUSSION

A ce chapitre, nous ne discuterons l'étude qu'au plan méthodologique. En ce qui concerne ses résultats ils seront discutés tout au long du reste de cette brochure. Nous n'y reviendrons donc pas ici.

Au plan méthodologique, l'étude a les limites habituelles des études en recherche qualitative. Elle ne saurait être démonstrative. En effet, l'échantillon enquêté est trop petit pour cela. Par ailleurs, il est peu représentatif. Les femmes rencontrées, que ce soit dans le Groupe 1 ou dans le Groupe 3, ont été recrutées par proximité avec les chercheuses. Elles habitaient toutes peu ou prou en région parisienne et étaient d'un niveau socio-éducatif et professionnel plutôt élevé. Le panorama sociologique est plus nuancé pour les gynécologues du Groupe 2, dont le recrutement en province est assez conséquent, mais elles aussi ont été recrutées d'abord par proximité soit professionnelle, soit personnelle avec les enquêtrices, puis par bouche à oreille, ce qui revient au même.

On l'a dit, les femmes du Groupe 3 ont été difficiles à recruter. En conséquence, l'échantillon d'enquête est encore plus petit, et peut-être surtout n'avons-nous rencontré que des femmes plus en difficulté que d'autres à propos de leur parcours. Peut-être les autres n'ont-elles pas souhaité témoigner; ne serait-ce que par crainte du risque que l'entretien les empêche de

tourner la page. Sans doute les enseignements assez mitigés qui sont sortis de l'étude sur le don d'ovocyte méritent-ils encore plus que les autres d'être accueillis avec prudence et reconfirmés par des études complémentaires.

Malgré ces limites, l'étude présente aussi quelques points très positifs, y compris au plan méthodologique. En effet, même si les échantillons sont petits, les résultats obtenus se sont répétés et consolidés d'un entretien à l'autre et d'un groupe à l'autre, pour finir par former une belle cohérence.

Tous les enseignements avancés au titre des résultats l'ont été après que les chercheuses aient estimé qu'il n'y avait plus de doute et que le point de saturation de la recherche sur ce point avait été obtenu.

Mais les points forts de l'étude au plan méthodologique résident surtout dans deux spécificités de toutes les recherches menées en éthique clinique à l'hôpital Cochin :

- Elles s'intéressent aux premiers concernés, en l'occurrence les femmes et leurs gynécologues; à notre connaissance, c'est la seule étude du genre, en tout cas si l'on en croit la littérature. Comme on le verra dans le chapitre 5, Dominic Stoop en Belgique a mené des enquêtes auprès des femmes, mais par voie de questionnaire et jamais en les rencontrant pour des entretiens longs, individuels et qualitatifs.
- Elles impliquent un groupe de chercheurs collégial et multidisciplinaire, ce qui évite de n'entendre que ce que l'on s'attend à écouter; et permet d'espérer appréhender les résultats à travers toutes leurs facettes.

Enfin, on mentionnera un dernier point à ce propos de la discussion méthodologique, pour venir tempérer la limite citée ci-dessus relative à la composition de l'échantillon. Certes, ce dernier n'a peut-être pas été très représentatif de l'ensemble des femmes françaises possiblement concernées par la technique. Mais comme le souligne à juste titre la sociologue qui a fait partie du groupe des chercheuses, les innovations sociologiques et/ou technologiques émergent toujours à la marge, dans des groupes de ce genre, avant de se diffuser dans l'ensemble de la société. Ce phénomène s'est particulièrement reproduit pour toutes les techniques d'assistance médicale à la procréation et, selon elle, il y a fort à parier que les femmes que nous avons rencontrées soient au contraire un échantillon particulièrement intéressant pour anticiper sur ce qui risque de se vivre demain pour un grand nombre de femmes sur ces sujets.

Toujours est-il qu'il faut répéter que ces résultats ne sauraient être conclusifs par eux-mêmes. Ils ne font que donner des indications qui méritent d'être confirmées par des études postérieures.

## 6 - CONCLUSION

Les réponses, certes partielles, dégagées par cette enquête, vis-à-vis de la question de savoir s'il serait pertinent d'ouvrir par la loi l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, viennent à point nommé, puisqu'il est question que le sujet soit à l'ordre du jour de la prochaine révision de la loi de bioéthique, qui semble-t-il ne saurait tarder.

Les femmes rencontrées dans cette étude étaient massivement favorables à l'ouverture par la loi de l'accès à cette technique, qu'elles fussent sans enfant encore ou qu'elles aient dû recourir à un don d'ovocytes en raison de leur âge pour en avoir un. Les premières invoquaient leur liberté reproductive, et leur droit à ce que la société ne s'en mêle pas. Les secondes ont parlé d'expérience et plaidé pour cette ouverture au motif qu'elle permettrait à bien des femmes de faire l'économie de parcours d'AMP longs et douloureux, à un âge où les chances de succès sont minces, et d'un recours in fine au don, qui n'est pas si facile à vivre que cela, nous ont-elles souvent dit.

Mais les femmes rencontrées nous ont aussi fait comprendre que ce qu'elles plébiscitaient au niveau collectif et sociétal, comme une liberté fondamentale qui devait être ouverte aux femmes, n'était pas forcément une option qu'elles choisiraient pour elles-mêmes. Cette dissociation très nette dans leur esprit entre, d'une part, ce qui relève de la défense d'une liberté collective, considérée comme essentielle dans une société qui promeut l'égalité des hommes et des femmes, et, de l'autre, ce qui appartient à l'histoire personnelle, aux choix intimes, aux préférences individuelles est l'un des résultats les plus éloquents de cette enquête. Il est d'abord le témoin d'une démocratie bien comprise : les réticences personnelles à user d'une liberté n'invalident pas cette liberté en tant que norme ou valeur collective. Ensuite, cette distinction entre les registres collectif et individuel emporte un message rassurant : si l'autoconservation ovocytaire était autorisée en France, il n'y aurait probablement pas pour autant un afflux de demandes de la part des femmes en âge d'y recourir et surtout, l'usage de cette procédure ne serait, semble-t-il, pas susceptible de remettre en cause les structures traditionnelles de la parenté : parmi les enquêtées, le désir d'enfant restait toujours associé à la réalisation d'un projet amoureux, que ce soit avec un conjoint ou une conjointe, et les représentations de la maternité restaient fortement bornées par les limites naturelles (âge, bonne santé, absence de risques obstétricaux).

Pour finir, toutefois, la dissociation entre la dimension collective et la dimension personnelle, dans le point de vue des femmes rencontrées, permet d'identifier clairement les obstacles à surmonter pour mettre en place une véritable politique de prévention

de l'infertilité féminine liée à l'âge : l'embarras à affronter la baisse de la fertilité avec l'âge, avoué par nombre de femmes interrogées, leur tendance à la procrastination face à leur désir d'enfant, tout comme la défiance exprimée à l'égard de toute forme de paternalisme médical ou d'emprise sociale sur leur corps sont autant de freins qu'il faudra arriver à desserrer si l'on veut pouvoir utilement mettre en œuvre, à un niveau national, la pratique de l'autoconservation. Les gynécologues n'ont finalement pas dit autre chose lorsqu'ils ont témoigné de l'attitude de leurs patientes. Mais, malgré ces réserves, eux-mêmes se sont risqués à penser, à l'instar des femmes interrogées, que sur un plan collectif l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ne pouvait plus être interdite, même si elle devait pour des raisons de santé publique et de qualité des soins être encadrée.

Espérons que cette étude contribue à mieux dégager la voie, entre précautions indispensables et écueils à éviter, de la réflexion politique et législative qui ne saurait manquer de s'ouvrir très prochainement.

## CHAPITRE 2

## L'AUTOCONSERVATION DES OVOCYTES EST-ELLE UNE BONNE IDÉE AU PLAN PSYCHANALYTIQUE ?

Geneviève Delaisi de Parseval, anthropologue, psychanalyste

Vis-à-vis du temps de la maternité, les femmes sont ô combien davantage vulnérables, que ne le sont les hommes vis-à-vis du temps de la paternité (qui ont eux d'autres faiblesses comme l'a écrit Romain Gary dans *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable*). Nées avec un capital ovocytaire limité, les femmes perdent quelques potentialités maternelles à chaque cycle. La société y ajoute souvent un peu de pression, en les assommant avec le compte à rebours de la fameuse horloge biologique.

Heureusement, la bonne mère médecine est là, offrant désormais un mode d'emploi intéressant (féministe qui plus est) : la vitrification des ovocytes. Une femme âgée de 40/45 ans pourra ainsi procréer, avec d'excellentes chances de résultat (mieux peut-être même que dans la nature) avec ses ovocytes de 25/30 ans. Le procédé est réservé pour l'instant, aux dons d'ovocytes pour autrui et à la préservation de la fertilité pour raison médicale. Mais, d'une manière indirecte, l'autoconservation sans raison médicale est déjà permise à des femmes candidates au don sans avoir eu d'enfant. On leur offre en échange, la possibilité de conserver une partie de leurs ovocytes pour elles-mêmes. Cette solution, critiquée d'ailleurs en son temps par le Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), est pour moi un « chantage » regrettable pour augmenter le recrutement des donneuses. Les femmes rencontrées estiment elles aussi que la liberté procréative serait mieux respectée par une législation encadrée, que par ce dispositif qui amalgame malencontreusement des démarches de nature différente : celles qui sont prêtes à donner n'ont pas forcément besoin de contrepartie et celles qui veulent autoconserver ne sont pas spécialement enclines à donner.

Indépendamment de l'avenir qui verra sûrement un assouplissement de ce décret à l'instar de ce qui se passe chez nos voisins, je me suis pour ma part demandée, à la lumière des entretiens de l'étude ici rapportée, et en tant qu'analyste qui *baigne* dans la congélation des gamètes (sperme) et des embryons depuis des décennies, si l'autoconservation ovocytaire pour raisons dites sociétales était une bonne idée.

Un constat pour commencer : comme les autres désirs que génère notre société, le désir d'enfant échappe de moins en moins à la règle du « tout maîtrisé », « tout sous contrôle », comme on entend dire à tout bout de champ. Aucun obstacle n'est toléré : on a autre chose à faire que d'attendre le bon moment, le bon partenaire, le bon job, le

bon appartement etc. Comme si dans un « projet de maternité », rien n'était plus ringard que le hasard ! Comme s'il était atrocement conservateur de dire à une femme qu'il vaut peut-être mieux faire des enfants pas trop tard (ce que disent plusieurs gynécologues) ! Comme s'il était parfaitement dépassé d'oser dire que la maternité est compatible avec le travail ! Pourtant, bien des femmes ont réussi à travailler tout en ayant des enfants.

Bref, dès le départ de cette recherche, je me suis colletée avec mes propres résistances, me demandant si on pouvait aussi facilement, et *sans mesure de rétorsion*, rouler dans la farine, à la fois, ce vieux rusé de dieu Chronos, et cet autre dieu des psychanalystes qu'est l'inconscient qui, on le sait, n'en fait qu'à sa tête et ne manque jamais de mystifier les projets conscients.

Au début de la recherche, mon sentiment était que cette technique d'autoconservation pour raison d'âge était une « fausse bonne idée », représentation que j'ai retrouvée dans nombre d'entretiens. Ainsi par exemple chez cette femme de notre cohorte, 40 ans, sans enfant, parmi celles considérant cette technique pour elle inopportune, : elle critiquait le fait qu'aujourd'hui on vit dans un monde d'assurance et que l'on n'entreprend des enfants qu'une fois tout le reste bien organisé, bien ficelé. Elle ajoutait : « Nos parents étaient capables de fonder une famille sans être aussi bordés ». Et encore : « Il faut accepter la part non maîtrisée et non maîtrisable de la vie ». Selon elle, le destin n'a pas à être forcé ! Pourtant, elle n'est ni astrologue ni psychanalyste !

Le mythe faustien fournit une lecture intéressante des temps modernes ; et l'enjeu de l'autoconservation des ovocytes pour raison d'âge me semble en fournir une étonnante illustration. En effet, la question du temps constitue – à l'instar de l'histoire faustienne, un des fils rouges de la question de l'autoconservation. Pour avoir le pouvoir, la beauté, l'amour et la sagesse, Faust, comme on le sait, avait promis son âme au diable si ce dernier parvenait à le libérer de sa profonde insatisfaction existentielle. Méphisto lui avait donc vendu 24 ans de temps supplémentaire et donné un aperçu des plaisirs de la vie, notamment en le mêlant à une histoire d'amour avec la jeune Marguerite, qui au demeurant finira tragiquement. Dans la comparaison, certes anachronique, que je vous propose ici le diable représente la modernité, et évidemment pas la médecine qui n'en est ici que le simple instrument. La modernité avec son culte de la vitesse, l'obsession de gagner du temps, de faire plusieurs tâches à la fois. La modernité qui « vend » la possibilité d'accélération sans frein de la vie, et avec elle le fantasme du recul du vieillissement. La maîtrise du temps semble être LE symptôme contemporain d'une société qui ne supporte ni frustration ni délai pour satisfaire ses pulsions. Ce qui fait dire à la psychanalyste que je suis : « *Bonsoir la sublimation, bonsoir le deuil* ».

Mais de quel temps parle-t-on au fond avec cette technique d'autoconservation ? S'agit-il

du même temps de congélation que celui devenu presque habituel en assistance médicale à la procréation (AMP) : temps qui concerne en fécondation *in vitro* les embryons surnuméraires, ceux qui, en cas d'échec de la première tentative de réimplantation, permettront de ne pas recommencer une nouvelle stimulation. Autre exemple, car l'AMP n'est pas avare de jeux avec le temps : les « jumeaux d'étuve », ceux qui sont issus d'embryons conçus le même jour ; avec le matériel génétique de mêmes parents, et dont seule la date de naissance diffère car ils sont transférés dans l'utérus de la mère, à des moments distants de quelques années ; ces jumeaux décalés dans le temps, restent des jumeaux même s'ils ont plusieurs années d'écart. Dans ces exemples, il y a eu du temps gelé, du temps stocké par avance, une fois pour toutes, tel que nous le connaissons avec les produits surgelés (si vous me pardonnez la trivialité de l'expression). A dire vrai, le dieu Chronos ne me semble pas trop floué dans ces histoires, seule la chronologie (son avatar un peu limité intellectuellement) est légèrement malmenée ! Quant à l'inconscient, c'est une autre affaire ; mais il faut savoir que le temps est le cadet de ses soucis, il l'ignore tout simplement. Autoconservation ou non, peu lui chaut, il se débrouillera toujours pour faire procréer une femme quand son inconscient le lui imposera. Mais c'est un autre sujet...

En matière d'autoconservation ovocytaire, l'affaire est différente. Ici, il s'agit d'un autre temps, que je qualifierai de *faustien*. Etrange pacte en vérité que celui de l'autoconservation. Il est offert à la femme un vrai déni du temps, une sorte de marché proposé par la médecine qui dirait en somme à la candidate : « Donne-moi tes forces reproductrices virtuelles qui, outre pour toi même, pourront être données à d'autres femmes ; en échange je t'offre du temps dont tu pourras faire ce que tu veux : jeunesse, carrière, t'employer à trouver le futur père idéal, faire le tour du monde en bateau, courir les Andes à cheval, que sais-je encore... ». Qui plus est, dans certains pays, les GAFAs (Google, Amazon, Facebook et autres) te dédommageront pour avoir ainsi procrastiné pour le plus grand bien de l'entreprise ». Que demander de plus ? Mais « Attention, Faustine », poursuivra Méphisto. « Ne va pas pleurer si à 48 ans, le jour où tu voudras les utiliser, tes ovocytes congelés ne répondent pas à ton attente. Il sera trop tard pour n'envisager aucune autre alternative. Et le temps supplémentaire que je t'aurai accordé ne t'aura servi qu'à te bercer d'illusions ! Contrat léonin dont il sera d'autant plus difficile de faire le deuil que la patiente pensait avoir souscrit une quasi-assurance ! Dans cette lecture, l'autoconservation serait un « attrape-fantasmes » selon la très juste expression de la psychanalyste Ginette Raimbault.

Puis du temps a passé.

J'ai rencontré ces femmes d'âges différents, qui ont bien voulu réfléchir avec nous à ce sujet. J'ai échangé avec mes collègues chercheuses. J'ai écouté et lu les publications de nos collègues étrangers. Pendant ce même temps, j'ai aussi suivi dans ma pratique clinique de plus en plus de femmes ayant eu des enfants par don d'ovocyte. Toutes m'ont dit avoir eu recours à cette pratique par défaut, et beaucoup déploraient de n'avoir pas pu avoir accès à l'autoconservation qui n'existait pas à l'époque. *In fine*, je suis allée à Canossa, je me suis inclinée devant la clinique, devant les données du terrain. J'en suis venue petit à petit à penser que cette technique, à condition qu'elle soit bien comprise et encadrée semblait finalement intéressante, à défaut d'être parfaite.

Pour moi, l'argument massif en faveur de l'autoconservation tient en ce qu'elle permet d'éviter le recours au don d'ovocyte, qui s'avère être souvent associé à un parcours particulièrement complexe et douloureux tant au plan médical que psychologique, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un don anonyme. C'est du moins ce que j'entends dans ma pratique clinique. L'autre argument, et non des moindres, est que les femmes deviennent plus libres avec cette technique d'avoir des enfants quand elles le veulent et nos entretiens ont montré qu'elles ne comptent pas abuser de cette liberté pour procréer à 50 ans ou plus !

Y aura-t-il des effets pervers ? Sans doute! Rien n'est anodin quand on s'attaque et à Chronos et à l'Inconscient :

- Il n'y aura pas de garantie de résultat.
- On risque de s'habituer à avoir recours de plus en plus souvent à la FIV pour procréer, ce qui est dommage.
- On trouvera peut-être des sites de rencontres où des femmes annonceront : « J'ai 43 ans mais des ovocytes de 30 ans au congélateur, je cherche un homme dans le même cas ».
- Quant à la crainte selon laquelle il y aurait plus de mères célibataires, nos entretiens montrent le contraire : c'est par défaut que les femmes choisiraient ce mode de procréation. Leur souci à toutes est de trouver un bon compagnon, qui soit aussi un bon père, et de procréer sous la couette à un âge « normal ».

Ma conclusion rejoint une phrase d'Hartmut Rosa, sociologue allemand auteur d'un remarquable ouvrage sur le temps : *Accélération. Une critique sociale du temps* (2010). Il écrit : « Plus on économise le temps, plus on a la sensation d'en manquer ». Rapporté à notre affaire d'autoconservation, cela donne : « Plus on essaiera de gagner du temps, de gagner sur le temps, plus on aura la sensation d'en manquer ». C'est ce qu'en psychanalyse, on appelle l'angoisse de castration.

## CHAPITRE 3

## L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE : UN REGARD SOCIOLOGIQUE

Dominique Mehl, sociologue au CNRS

L'enquête du Centre d'Éthique Clinique sur l'autoconservation ovocytaire relève d'une démarche à la fois inédite et bienvenue.

Inédite : en général, les évolutions législatives concernant la procréation médicalement assistée suivent un parcours stéréotypé : depuis l'innovation médicale approuvée par une partie du corps médical, en passant par l'examen par le Comité Consultatif National d'Éthique, puis en cheminant par des auditions parlementaires, pour finalement aboutir aux votes des députés et sénateurs. La société civile, les patients potentiels, les futurs patients sont rarement consultés au préalable et presque jamais associés aux débats politiques. Au mieux la société est sondée : pour ou contre ? L'étude du Centre d'éthique clinique permet de se démarquer de ce scénario typique du débat éthique français, qui se poursuit depuis la naissance d'Amandine jusqu'au vote de la loi de 2011, en passant par l'élaboration de la première version de la loi de bioéthique en 1994. Cette recherche, en effet, se propose de prendre en compte l'état de la société, ses attentes et ses réflexions en amont du processus politique. Aujourd'hui, seul le CCNE a été saisi de la question et son rapport dort encore dans un tiroir. Quant aux parlementaires, la plupart d'entre eux ignorent le sujet, tandis que les assemblées n'ont pas été saisies. Avec cette enquête, l'idée d'éventuellement permettre à toutes les femmes d'accéder sans condition médicale à une technique procréative est évaluée au regard de la société, avant d'être soupesée par les décideurs. Démarche rare!

Bienvenue : l'éventualité d'une autoconservation des ovocytes accordée à toutes les femmes, baptisée volontiers « autoconservation sociétale », émane d'une proposition médicale. Elle est présentée comme une technique s'inscrivant en miroir de la contraception. Après avoir su, avec la contraception, offrir aux femmes une technique leur permettant d'être infécondes lorsqu'elles sont fertiles, la médecine pourrait désormais, grâce à l'autoconservation, leur proposer de recouvrer une possibilité de fécondité alors qu'elles sont devenues infertiles. « Un enfant quand je veux », comme contre-point à « un enfant si je veux ».

Cependant, la symétrie n'est pas évidente. En effet, l'invention de la pilule est intervenue dans un contexte où les femmes depuis bien longtemps tentaient de se protéger contre des grossesses non désirées, en bricolant au moyen de recettes ancestrales. Quand le

petit comprimé est arrivé sur le marché, les femmes déjà se protégeaient. La pilule a répondu grâce à une technique sécurisée à une demande sociale préexistante. D'ailleurs, la société s'était manifestée de façon massive et bruyante, à travers des mobilisations et des mouvements sociaux, en faveur de ce nouveau contrôle des femmes de leur corps et notamment de leur fécondité. La légalisation de la pilule et celle de l'avortement sont intervenues au terme d'un long périple marqué par des revendications émanant de la société civile. Elles ont entériné un processus où concordent vécu féminin, mobilisations sociétales et réponse médicale.

Le scénario actuel concernant l'autoconservation ovocytaire diffère totalement. Il s'agit d'une proposition médicale adressée directement aux décideurs politiques, sans pression pour l'instant de la société, ni même connaissance des pratiques, ou aspiration des femmes. La seule visibilité collective d'une éventuelle attente émanant du corps social tient en peu de signaux : tout d'abord, quelques femmes qui franchissent les frontières pour bénéficier ailleurs de cette offre interdite en France. Ensuite, le témoignage de quelques médecins d'AMP qui commencent à entendre quelques questions de la part de leurs patientes et à recevoir quelques demandes précises. Mais, l'enquête du Centre d'Éthique Clinique en atteste, les cabinets de gynécologie médicale ne sont pas envahis pas des pressions en ce sens. Enfin, des premiers tressaillements collectifs : l'inscription aux programmes de certaines associations (Maïa, BAMP) de cette revendication qui, cependant, n'a pas pour l'instant suscité ni protestation, ni mobilisation comparables à celles qui s'étaient cristallisées sur d'autres enjeux liés à l'AMP, notamment l'anonymat des dons de gamète ou la gestation pour autrui.

En ce sens, l'enquête du Centre d'Éthique Clinique est une fois de plus bienvenue en cette période charnière où l'on ignore ce que la société, et surtout les premières concernées, pensent de cette nouvelle technique devenue depuis peu scientifiquement disponible. Sont-elles informées, intéressées, curieuses, inquiètes, candidates à y avoir accès ?

Surtout, cette enquête donne de riches enseignements sur l'ambivalence des femmes à ce sujet, bien plus que ne pourrait le faire un simple sondage. J'en retiendrai deux, particulièrement intéressants me semble-t-il, au plan sociologique et que je commenterai plus en détail.

### **Le recul de l'âge de la maternité**

La question de la préservation de la fertilité féminine émerge sur la scène publique en écho à un réel phénomène de société : le recul de l'âge de la maternité. En 1970, l'âge

auquel les femmes françaises concevaient leur premier enfant était de 26 ans. En 2014, il s'élève à 30,3 ans<sup>9</sup>.

L'INSEE rappelle que les maternités dites tardives ne constituent pas une nouveauté. Elles étaient fréquentes dans la première moitié du siècle. Ainsi, en 1901, 6,5% des nouveau-nés avaient une mère ayant atteint ou dépassé la quarantaine. Cette proportion a ensuite diminué régulièrement jusqu'en 1981. Mais depuis elle ne cesse d'augmenter à nouveau. La tendance peut certes s'expliquer en partie par des phénomènes purement démographiques, le nombre de femmes de plus de 40 ans ayant augmenté par suite du baby-boom. Mais cette modification tient surtout à une évolution de l'enfantement. Désormais, les naissances dites tardives sont des premières naissances et non plus surtout celles des petits derniers. En 1967, 12% des venues au monde tardives concernaient des premiers nés. En 2007, cette proportion a doublé : dès lors, ce sont 24% des naissances tardives qui sont des premières naissances.

Les raisons sociologiques de ces changements sont aujourd'hui bien connues : allongement de la durée de vie, allongement de la durée des études, entrée plus tardive sur le marché du travail et expansion massive du travail féminin concourent à éloigner le moment de la conception.

Cependant, un des facteurs les plus déterminants tient à la situation de la conjugalité contemporaine. L'étude du Centre d'éthique clinique en atteste, autant que mon enquête récente sur les maternités célibataires volontaires<sup>10</sup>, que j'appellerai ci-dessous les maternités-solo.

Deux problématiques, qui peuvent se percuter et se révéler quelque peu contradictoires, émergent des paroles recueillies auprès de ces femmes sans enfant, mais en âge de procréer, tout comme de ces femmes s'engageant seules dans un projet de grossesse et décidant par là de braver la norme familiale quand elles avancent en âge.

Tout d'abord, l'enfantement est pensé, conçu, souhaité comme un projet de couple. L'argumentaire que l'on entend diffère d'ailleurs sensiblement de celui qui avait envahi l'espace public lors de la controverse sur le mariage pour tous. Le lien entre procréation et conjugalité était alors valorisé par les protagonistes au nom de « l'intérêt de l'enfant », celui d'avoir un père et une mère. Nos enquêtées, en revanche, ne s'expriment pas au nom de l'histoire à venir de l'enfant, mais en vertu d'une conception de l'entrée en famille fondée sur l'amour, la relation sentimentale, le projet commun. Même celles qui ne parviennent pas à s'inscrire dans ce moule, les mères-solo, affichent leur attachement à ce

<sup>9</sup> INSEE, *Couples et familles*, éditions 2015, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528>.

<sup>10</sup> Dominique Mehl, *Maternités solo*, Editions universitaires européennes, 2016.

modèle parental porté par le couple. Elles dérogent *de facto* à cette exigence puisqu'elles décident finalement de se lancer seules dans l'aventure de la maternité. Mais elles ne valorisent pas particulièrement cette option. Au contraire, elles disent s'y être engagées par défaut : malgré l'absence de conjoint et en regrettant de ne pas avoir pu mener à terme un projet d'enfantement à deux. « Ce qui serait pire pour moi serait de ne pas avoir d'enfant du tout, plutôt que d'en avoir un toute seule ». Tel est le leitmotiv des mères-solo que j'ai rencontrées au cours de mon enquête. Cependant, elles ne vantent pas ce parcours solitaire. Elles s'y engagent par défaut à cause de l'urgence liée à leur âge, tout en espérant que le couple viendra ultérieurement. Les circonstances de la vie les ont conduites à inverser l'ordre habituel d'entrée en parenté (le couple d'abord, les enfants ensuite). L'enfantement est passé avant la conjugalité. Mais dans leur esprit, leurs représentations, leurs croyances et leurs convictions, l'espoir d'entrée en conjugalité n'est pas éteint.

De même, les femmes interviewées dans le cadre de l'enquête sur la fertilité dont il s'agit dans cet ouvrage, se montrent davantage préoccupées par la recherche du bon compagnon, la construction de liens conjugaux fiables plutôt que par l'obsession de l'enfant. Chez elles, le désir de couple prime sur le désir d'enfant.

Toutefois, dans le même temps, l'enquête du Centre d'éthique clinique en atteste, et la mienne sur les mères-solo le confirme, cette conjugalité souhaitée, rêvée, explorée, s'avère extrêmement fragile. Les femmes interviewées pour nos enquêtes expriment toutes leurs attentes fortes vis-à-vis de la vie commune, du choix d'un compagnon et surtout du désir de demeurer avec lui et de construire en commun un projet d'enfant. Mais elles déplorent aussi la difficulté de la cohabitation, les aléas de l'entente amoureuse, les déboires de la vie commune. Et surtout elles affichent le fait qu'une relation non satisfaisante mérite d'être défaite, quelle que soit la situation matérielle et familiale du couple.

Ces femmes rencontrées ne sont pas spéciales, marginales, plus exigeantes que les autres. Au contraire, elles ressemblent trait pour trait à celles que les sociologues de la famille et du couple ont déjà identifiées et qualifiées. Comme François de Singly<sup>11</sup> et Jean-Claude Kaufmann<sup>12</sup> l'ont bien montré, la dimension élective et relationnelle de la vie à deux supplante totalement le respect pour une institution sanctifiée par le mariage. Le couple se fait au gré des sentiments, se défait au fil des discordes. En conséquence, la désunion est fréquente tant l'exigence était intense. En découlent une inflation des divorces, un taux plus élevé de séparations sanctionnant une courte vie commune de même que le déclin du mariage. Ainsi se multiplient des itinéraires conjugaux chaotiques où le projet d'enfant ne parvient pas à prendre corps et ne suffit pas non plus à maintenir

<sup>11</sup> François de Singly, *Le soi, le couple et la famille*, Nathan, 1996 et *Séparée, Vivre l'expérience de la rupture*, Armand Colin, 2011.

<sup>12</sup> Jean-Claude Kaufmann, *La femme seule et le prince charmant*, Nathan, 1999.

ensemble deux conjoints désunis par la vie courante. Ni le désir d'enfant, ni l'arrivée de l'enfant ne suffisent à tenir serré le lien conjugal. D'où le taux élevé de célibat dans nos sociétés contemporaines. D'où également la fréquence des unions courtes et des unions successives. De même que les témoignages concordants exprimant la difficulté à trouver « le bon conjoint ». Courantes aussi, notamment dans mon enquête, les liaisons avec un homme marié déjà père et ne souhaitant pas en refaire l'expérience. Ou enfin, la fréquence des remariages au sein desquels surgit un nouvel espoir de maternité mais à un âge déjà avancé.

Ce sont ces phénomènes liés aux mœurs et à la vie relationnelle contemporaine qui, autant que les motifs professionnels, influent sur l'âge d'entrée en maternité et tendent à faire inéluctablement reculer celui-ci.

### Le couperet de l'horloge biologique

Ces maternités dites tardives se retrouvent sous le couperet de l'horloge biologique féminine. Car, on le sait désormais, la fertilité baisse de façon significative, à partir de 35 ans. A la génération précédente, les femmes pensaient pouvoir concevoir jusqu'à la ménopause. Elles sont désormais informées et éventuellement conscientes que leurs chances de devenir mère s'amenuisent nettement bien avant. Si bien que l'âge d'entrée en maternité ne peut plus être envisagé seulement comme un choix individuel lié à un parcours de vie. Il devient un véritable problème de société partagé par une génération entière. Ainsi, la préservation de la fertilité ne se présente plus seulement comme une option purement personnelle, elle devient un enjeu sociétal.

Le recul de l'âge d'entrée en maternité, qui semble irréversible car connecté aux changements professionnels, alliés à la fragilisation du lien conjugal, entraîne insensiblement une expansion de l'enfantement en solo. Même si dans les esprits ce modèle n'est pas vécu comme le plus légitime, il devient toutefois plus acceptable et davantage adopté. Or ces femmes qui se lancent seules dans la grossesse le font toujours à un âge avancé, après avoir tenté sans succès, de se conformer à des scénarios plus classiques. Dès lors, les aspirantes à la maternité solo se retrouvent confrontées en première ligne à l'éventualité d'une infertilité due à l'âge.

Aussi, le débat sur l'autorisation ou non de l'autoconservation ovocytaire hors raison médicale ne peut-il être dissocié d'une réflexion sur la maternité célibataire et plus généralement sur l'accès des femmes seules à l'AMP, accès aujourd'hui interdit par la loi de bioéthique.

Comment, en effet, imaginer pouvoir refuser à une femme de 40 ans, ayant congelé ses ovocytes quinze ans plus tôt, une restitution de son potentiel reproductif au seul motif de son mode de vie ? Quel médecin se sentirait légitime à invoquer l'absence de conjoint pour débouter une femme souhaitant reprendre pour elle ses propres gamètes ?

De façon plus générale, une nouvelle discussion de la loi ne devrait-elle pas désormais s'articuler à une analyse de l'évolution des mœurs, au lieu de s'en tenir à des configurations familiales qui n'ont plus le monopole de l'enfantement ? Dilemme récurrent des controverses bioéthiques : le droit de la famille et de la reproduction se doit-il d'encadrer moralement les pratiques, ou plutôt d'accompagner les mouvements montant de la société elle-même ?

Concernant l'autoconservation des ovocytes offerte à toutes les femmes, il semblerait que l'offre précède en grande partie la demande. La problématique est nouvelle, mais cela n'empêche pas de l'ouvrir. Aux couples et aux femmes-seules de s'en emparer ou non, en toute liberté.

## CHAPITRE 4

### UNE LECTURE ÉTHIQUE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Véronique Fournier, médecin, Centre d'éthique clinique

Dans ce chapitre, j'exposerai une triple lecture éthique des résultats de l'étude dont il est question dans cet ouvrage. Après avoir rapidement précisé dans une première partie, pourquoi nous appelons cette étude une étude de recherche en éthique clinique, je détaillerai dans une deuxième partie ce que nous avons entendu plus spécifiquement des personnes interviewées au cours de cette enquête quant aux enjeux éthiques de la question investiguée. Puis, je développerai dans une troisième partie ce que je pense, à titre personnel et après avoir conduit cette étude, de ces enjeux éthiques de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge.

#### 4.1 - Que signifie de dire de cette étude qu'il s'agit d'une étude de recherche en éthique clinique ?

Comme il a déjà été dit en introduction, nous avons au cours des ans progressivement mis au point une méthode de recherche en éthique clinique au Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin.

Les principales caractéristiques en sont les suivantes :

##### 4.1.1 - S'intéresser à une décision médicale qui ne va pas de soi en termes éthiques.

Aux côtés des cas singuliers pour lesquels nous sommes appelés pour aider à prendre une décision médicale éthiquement difficile du fait d'un conflit de valeurs sous-jacent, nous sommes aussi régulièrement sollicités depuis l'origine par des équipes soignantes, non seulement à propos d'un cas singulier, mais au sujet d'une pratique clinique pour elles récurrente et qui leur pose question au plan éthique. C'est cette pratique problématique pour elles au plan éthique, qui devient l'objet de notre étude de recherche. En l'occurrence, la pratique en question ici a été l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge. On aura compris que si la France ne s'est pas encore décidée à en autoriser officiellement l'accès, c'est en effet au nom d'arguments éthiques. Mais quels sont-ils ? La question méritait plus ample investigation, d'autant que ces réserves officielles étaient contestées par certains acteurs de terrain, ainsi que nous l'avons amplement détaillé en introduction. L'objectif a consisté à aller interpellier ceux qui sont concernés en direct par la pratique pour identifier quels sont, selon eux, les arguments éthiques pour en interdire ou au contraire en autoriser l'accès.

Notre valeur ajoutée spécifique sur ces sujets est d'apporter une vue dite bottom up, c'est-à-dire visant à comprendre comment la question est raisonnée au plan éthique, non pas dans les hautes sphères, mais sur le terrain. L'idée est d'aider les décideurs en leur apportant d'autres éléments pour nourrir leur réflexion que ceux que l'on peut apporter en étudiant la question de plus loin : ces éléments de terrain ne sauraient être décisifs par eux-mêmes, mais ils sont complémentaires d'autres données et permettent de mieux mesurer les enjeux sur les premiers concernés des décisions de politique publique qui seront prises.

#### 4.1.2 - S'attacher à bien comprendre à propos de cette décision les positions des personnes les plus directement concernées: le patient et le prescripteur.

En la circonstance il s'agissait de s'intéresser aux femmes à qui cette technique pourrait bénéficier si l'accès en était ouvert, principalement, les femmes en âge de procréer et encore sans enfant, et à ceux vers qui elles vont se tourner en premier pour leur demander conseil à ce propos, leurs gynécologues.

Pour bien comprendre les positions des uns et des autres, l'outil méthodologique de choix pour ces recherches est toujours, comme on l'a fait au cours de cette étude, l'entretien dit « d'éthique clinique ». Il consiste à rencontrer ceux dont on veut mieux cerner le raisonnement en termes éthiques au cours d'un entretien approfondi en tête-à-tête. Ces entretiens se font de façon collégiale et multidisciplinaire pour multiplier les regards et en plus permettre une compréhension fine de ce qu'exprime la personne interviewée.

#### 4.1.3 - S'intéresser au cours de ces entretiens, moins aux actes (faire ou ne pas faire) qu'aux valeurs

Il s'agit en effet d'essayer de repérer les arguments éthiques que mettent en avant les personnes interviewées, en faveur ou en défaveur de la pratique, et de comprendre leur importance respective dans le raisonnement de la personne rencontrée. Ce qui nous a intéressé ici, a moins été de savoir si les femmes de l'enquête allaient ou non se résoudre à partir en Espagne ou en Belgique pour avoir recours à cette autoconservation pour elles-mêmes, que de savoir ce qu'elles pensaient de cette technique nouvelle, si elles souhaitaient qu'elle puisse être accessible et pourquoi. Bien sûr, nous avons aussi essayé de repérer les femmes qui finalement ont fait le choix d'y recourir, quoi qu'elles aient pu dire au moment de l'entretien. Précisément pour voir s'il y avait hiatus ou non entre ce qu'elles disaient important pour elles (leurs valeurs) et leurs actes.

#### 4.1.4 - Utiliser pour cette exploration une grille éthique référencée

Cette grille éthique n'est qu'un outil qui permet d'organiser le déroulé de l'entretien, d'être systématique dans les questions explorées et de ranger de façon utile et comparable les éléments de réponse collectés au cours de l'étude.

Elle consiste à investiguer la question à l'étude à trois niveaux différents et complémentaires :

- Au niveau de ce que l'on doit au respect de toute personne singulière: quelle politique publique (ouverture ou non de l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge) respecterait le mieux la femme en tant que personne singulière, la première concernée ? C'est que l'on appelle usuellement le principe du respect de l'autonomie.
- Au niveau de ce que l'on doit à l'autre, au service de son meilleur intérêt, compris comme le meilleur rapport bienfaisance/non malfaisance. En l'occurrence, la question se pose au sein de la relation médecin-malade : est-on réellement bienfaisant envers ces femmes à leur proposer le recours à cette technique ? Y a-t-il des risques de leur être malfaisant ? En quoi ? Qui doit les assumer ?
- Au niveau de ce que l'on doit aux autres, au-delà de la femme concernée : en effet, toute décision de cet ordre a des retentissements potentiels sur différentes composantes de la société au-delà du couple médecin-malade : il est important d'en être conscients, car ces retentissements nous concernent tous, en cela que nous sommes tous membres d'une même société. Par exemple, sur notre sujet, la question de savoir si oui ou non la Sécurité sociale devrait prendre en charge financièrement les coûts engendrés par la technique en cas d'ouverture ne saurait se discuter sans être conscient de l'impact de la réponse sur d'autres pratiques pour lesquelles la même question pourrait aussi se poser: De la même façon, la décision en débat pourrait avoir des conséquences sur l'équilibre d'ensemble du droit de la bioéthique. Il s'agit là de la dimension collective de la question à l'étude : cette dernière ne peut être correctement traitée sans que soit aussi investiguée cette troisième dimension : c'est ce que l'on appelle en termes éthiques, la prise en compte du principe de Justice, la justice étant comprise ici comme l'ensemble des éléments relatifs aux aspects collectifs de la question investiguée.

Une fois que ces trois niveaux de la question à l'étude ont été dûment travaillés, au cours de chaque entretien, il convient de ne pas oublier de se pencher sur la question de savoir comment ils s'articulent dans l'esprit de la personne interviewée : quel argument fait-elle prévaloir en cas de conflit éthique? Si par exemple, les femmes plaident à la fois en faveur d'un total respect de leur liberté reproductive, mais qu'elles expriment dans le même temps fortement qu'un cadre légal serait nécessaire pour empêcher les femmes de réutiliser leurs ovocytes au-delà d'un certain âge, n'y a-t-il pas contradiction ? Comment se sortent-elles de cette contradiction ?

#### 4.1.5 - Mener l'enquête à plusieurs, d'origines disciplinaires différentes,

Il s'agit de croiser les regards, postulant que l'éthique appartient à tout le monde à équivalence. Travailler à plusieurs permet non seulement d'être plus subtil dans la perception des enjeux sous-jacents à une question posée, mais aussi de s'assurer qu'un maximum de composantes et de sensibilités différentes de la société seront prises en compte au moment où ces données de terrain devront être utilisées pour élaborer et décider de la politique publique sur le sujet à l'étude.

## 4.2 - Qu'ont dit les personnes interviewées au cours de cette enquête au plan éthique ?

### 4.2.1 - Le principe de respect de l'autonomie des personnes concernées

On l'a dit, les femmes rencontrées ont revendiqué fermement leur droit que soit absolument respectée leur autonomie reproductive. Pour elles, ce droit fait partie des droits de la personne, au titre du respect de la vie privée. La société n'a pas à s'en mêler. Elle ne devrait pas s'autoriser à interdire quoi que ce soit à cet égard, tant que les possibilités ouvertes par cet accès ne remettent pas en cause des fondamentaux importants pour elle. Sur ce point, il n'y a eu qu'une seule limite exprimée par les femmes au cours de cette étude : l'âge pour être mère. A cet égard, non seulement, la majorité d'entre elles ont dit qu'elles n'envisageaient aucunement pour elles-mêmes des maternités trop tardives : 45 ans était en général considéré comme une limite absolue, 50 ans leur paraissait excessif, mais surtout elles ont dit qu'il en allait de l'intérêt de la société de ne pas laisser les femmes transgresser cette limite. Pour elles, laisser se multiplier les maternités tardives serait mauvais en termes d'équilibre générationnel pour la société. Elles ont signalé combien la place des grands parents était importante pour les petits enfants, ce qui conduisait à respecter un âge maximum pour être parent. A l'occasion de cette conversation, elles ont souvent spontanément fait la comparaison avec l'accès à la maternité des homosexuels, autre sujet faisant débat au plan éthique actuellement en France. A cet égard, elles se sont toutes exprimées en faveur de l'ouverture d'un tel accès, considérant qu'il ne serait plus aujourd'hui fondamentalement perturbant pour la société.

Sur ce thème du respect dû à leur autonomie reproductive, les femmes ont également fortement dit que la médecine n'avait pas à s'en mêler, et donc les gynécologues. Au cours des entretiens, beaucoup se sont rebiffées contre l'injonction du tout médical dans leur vie. Pour autant, elles ont reconnu qu'elles étaient insuffisamment informées dans leur ensemble, quant à la nécessité de se préoccuper de leur fertilité et d'éventuellement la préserver en temps voulu. Elles ont été demandeuses de plus d'information complète et

éclairée sur le sujet. Ce devrait être selon elles une préoccupation de la politique publique que de faire en sorte d'organiser par tous les canaux intelligents possibles cette meilleure information de toutes les femmes (cabinets de gynécologie, mais aussi éducation scolaire et presse féminine).

Au-delà de cette position forte exprimée, que l'on pourrait considérer comme une position de principe -le respect dû à la liberté reproductive de chacun, et le droit pour tous d'être informé sur ses limites physiologiques de façon à pouvoir les prendre pleinement en considération-, les femmes ont exprimé des raisonnements éthiques très articulés sur le point de savoir ce qu'elles décideraient pour elles-mêmes si cette technique leur devenait facilement accessible. Celles, assez peu nombreuses, qui penchaient pour avoir recours à la technique disaient qu'elles le feraient pour se donner plus de chances de réussir leur vie, selon le modèle pour elles « idéal » : faire famille avec le « bon » partenaire. Et celles qui résistaient à l'idée d'avoir recours à cette technique avançaient l'argument qu'il était important pour elles de respecter l'ordre des choses, du destin, de la nature, en se méfiant par exemple d'alimenter cette tendance néfaste selon elles d'une médicalisation excessive de la vie de tous et de la société dans son ensemble.

En conclusion de ce premier aspect de la lecture éthique des résultats de l'étude, il est important d'ajouter que cette étude confirme ce que l'on sait déjà bien sûr : que la pensée ne se déploie pleinement qu'en dehors d'un contexte d'interdiction. Les femmes que nous avons rencontrées n'étaient dans l'ensemble que très peu au courant de cette nouvelle possibilité de préserver leur fertilité. Plusieurs sont venues facilement aux entretiens, notamment pour glaner de l'information à cet égard et se faire par elles-mêmes leur point de vue personnel. La réflexion des personnes directement concernées par un choix de ce genre ne peut se déployer que si la possibilité de ce choix est ouverte. L'interdiction bride la pensée et donc ce que l'on pourrait appeler « l'agentivité » morale de tout un chacun, c'est-à-dire la possibilité pour chacun de se déployer pleinement en tant qu'agent moral de sa propre vie.

Quant aux gynécologues, ils sont manifestement dans l'ensemble extrêmement soucieux de respecter au maximum la liberté procréative de leurs patientes. Ils sont nombreux à avoir estimé qu'il ne leur était pas si facile de s'immiscer dans le champ de la vie privée pour donner des conseils aux femmes à cet égard. Ils ont dit se sentir vite intrusifs et agressants. Même informer sur la baisse de la fertilité avec l'âge ne semblait pas si évident pour certains : ils se demandaient alors l'intérêt de qui ils servaient ce faisant : était-ce réellement celui de la femme qu'ils avaient en face d'eux ou n'étaient-ils pas en train de véhiculer un modèle social qui s'imposerait à toutes les femmes ? Certain(e)s (minoritaires) ont

exprimé avoir moins de doutes sur ce point et considéraient qu'il était de leur devoir/mission d'informer clairement les femmes sur leur « horloge biologique », le don d'ovocyte ou même l'autoconservation, quitte à être perçus comme quelque peu injonctifs et paternalistes. Ils se disaient certains en agissant ainsi d'être au meilleur service des femmes, en leur donnant les moyens d'un choix bien éclairé, si bien que l'on peut dire que tous, quelle qu'ait été la façon dont ils avaient choisi de se comporter professionnellement, se considéraient comme étant motivés prioritairement par l'autonomie procréative de leurs patientes. Pour renforcer leur propos et l'illustrer, eux aussi ont souvent eu recours à l'exemple de l'homoparentalité, expliquant qu'ils n'avaient pas d'état d'âme à aider les femmes homosexuelles à avoir un enfant, au nom de ce même respect dû à leur autonomie reproductive, même si la pratique était toujours à ce jour illégale en France.

#### 4.2.2 - La relation médicale et les principes de bienfaisance/non malfaisance:

Au cours de cette étude, les femmes sont apparues peu concernées par cette dimension. Elles ont clairement dit qu'elles ne souhaitaient pas que leur gynécologue se mêle de leurs affaires sous prétexte de bienfaisance médicale. Elles se sont dit prêtes à assumer les risques liés à l'autoconservation s'il y en avait et si elles choisissaient de vouloir y avoir recours : risques médicaux liés à l'hyperstimulation par exemple, ou risque de non utilité au final de l'autoconservation en cas de non utilisation ultérieure des ovocytes conservés. En revanche sur ce point, elles souhaitaient être informées et, là encore, l'entretien a souvent été l'occasion pour elles de poser des questions et de se faire une connaissance sur cette question, ailleurs que chez le gynécologue. Comme s'il était important de ne pas se contenter de l'information véhiculée par le seul corps médical. Pour d'autres, l'information la plus fiable était celle qui venait du gynécologue et c'est sur lui qu'elles comptaient pour être alertées et informées, même si elles reconnaissaient que la conversation risquait de leur être désagréable et donc désagréable en retour pour le gynécologue.

Sans surprise, les gynécologues, eux, raisonnaient davantage que les femmes en termes de bienfaisance/non malfaisance. Ils se sont dits inquiets pour leurs patientes du leur engendré par la technique. Ils craignaient que les femmes y voient une solution miracle à leurs soucis, que cette option leur donne une bonne excuse pour attendre encore avant de se décider et qu'elles s'aperçoivent trop tard que pour elles l'heure de la grossesse est passée, sans retour en arrière possible. Ils étaient inquiets aussi que la technique conduise les femmes à reculer l'âge de la grossesse. Or, dans leur ensemble, ils n'aiment pas les grossesses tardives à cause du sur-risque maternel – même s'il est mineur, qu'elles signifient. Enfin, ils n'aiment pas non plus les risques de la stimulation nécessaire à la procédure d'autoconservation, sur un cycle au moins et parfois plusieurs, pour obtenir

une quantité suffisante d'ovocytes à cryo-préserver. Même s'ils ont reconnu que là encore ces risques étaient relativement peu élevés, ils se demandaient s'il était vraiment légitime de les faire prendre à un grand nombre de femmes, alors que si peu au total recourraient ensuite à leurs ovocytes congelés pour avoir des enfants et qu'elles n'auraient eu de fait recours à la procédure qu'essentiellement pour leur confort psychologique et intellectuel à un instant donné. D'ailleurs, à ce propos, il est intéressant de souligner ce qui a déjà été dit, que beaucoup de ces mêmes gynécologues nous ont avoué être plutôt réticents pour les mêmes raisons de risque, même minimes, à inciter leurs patientes à aller donner leurs ovocytes, comme le prône pourtant la politique publique portée depuis quelque temps par l'Agence nationale de la biomédecine.

#### 4.2.3 - La dimension collective ou principe de Justice

De façon inattendue et étonnante, du moins pour nous, les femmes rencontrées au cours de cette enquête se sont révélées très concernées par la dimension collective de la question en débat. Elles ont clairement énoncé leur position à cet égard, qui a été assez peu différente de l'une à l'autre : oui, il faut que la société se prononce par la loi sur ce sujet, il faut une loi qui autorise, et reconnaisse la liberté procréative de toutes et tous, tout en encadrant ce qui concerne la société : l'âge de la maternité, le financement, la qualité/sécurité sanitaires.

La loi ne doit pas interdire ce qui relève de la vie privée, même en cherchant à protéger les femmes contre elles-mêmes, elle ne doit se préoccuper que de ce dont elle est comptable : l'équilibre global de la société. Les femmes se sont aussi exprimées contre le lien actuellement imposé par la loi entre don et autoconservation, estimant qu'il s'agissait là de deux sujets qui devaient être traités séparément. Elles préféraient « donner » sans contre partie et trouvaient malsain que certaines puissent être conduites à donner sans réel souci d'altruisme, mais pour en fait bénéficier d'une autoconservation.

Elles se sont donc montrées dans l'ensemble très légalistes. Imaginer aller à l'étranger et/ou enfreindre la loi n'était pour elles pas si facile à assumer comme démarche.

En ce qui concerne la question de la prise en charge par la Sécurité sociale de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, on l'a dit, ces mêmes femmes se sont montrées partagées : 50% étaient plutôt pour, et 50% plutôt contre, mais avec un argument révélateur, pour les unes comme pour les autres, leur souci de rechercher le meilleur pour le collectif plutôt que pour elles-mêmes : celles qui étaient plutôt pour défendaient l'argument que sinon, seules les femmes riches pourraient accéder à cette

procédure et elles se disaient très attachées au système français d'égalité d'accès aux soins pour tous ; celles qui étaient plutôt contre avançaient l'idée qu'on ne pouvait à la fois plaider pour un respect de ses choix privés et demander à la collectivité de les assumer.

Quant aux gynécologues, sur ces différents points relatifs à la dimension collective de la question à l'étude, eux (elles) aussi se sont montré(e)s dans l'ensemble plutôt légalistes, estimant qu'il était bon que la société encadre l'accès à toute technique d'assistance médicale à la procréation, à la condition que l'on sache faire évoluer la loi au même rythme que les mœurs. Mais beaucoup ont ajouté que pour eux, il serait encore plus important, crucial et urgent que la société change son regard sur la maternité, de façon à mieux convaincre les femmes d'avoir des enfants tôt et leur faciliter la vie pour cela. Selon certains, ouvrir par la loi l'accès à l'autoconservation pourrait être à cet égard contre-productif car envoyer un signal en sens contraire. En ce qui concerne la question de la prise en charge de la technique par la Sécurité sociale, on l'a dit, les avis étaient là encore partagés : 30% étaient pour, au nom du même argument de l'égalité d'accès de tous et toutes aux mêmes soins ; 70% étaient contre, estimant que faire supporter aux femmes le coût de leur choix permettrait peut-être qu'elles se sentent davantage responsables et tenues de ne pas laisser filer le temps, une fois leurs ovocytes sagement rangés dans un congélateur.

#### **4.3 - Que dit cette étude sur les enjeux éthiques de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ?**

A ce chapitre, j'exposerai donc, une fois enrichie dans ma réflexion par le travail que nous avons mené pendant deux ans, une lecture personnelle des enjeux éthiques d'une éventuelle ouverture par la loi de l'accès à cette technique d'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge.

Dans un premier temps, je traiterai de la question de savoir s'il y a ou non une bonne raison éthique de continuer d'interdire cet accès ; puis à l'inverse, s'il y a de bonnes raisons ou non de l'autoriser. Puis, je tenterai de montrer en quoi la position avancée n'est pas exempte de conséquences importantes au regard de l'équilibre d'ensemble du système de santé d'une part, de la loi de bioéthique d'autre part, montrant ainsi la difficulté de conclure sur la question posée.

#### 4.3.1 -Y-a-t-il des raisons éthiques d'interdire l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ?

A cette question, ma réponse à ce stade est clairement non. Les pages précédentes témoignent en effet suffisamment qu'il faut se laisser faire par l'argument qui s'impose : celui de l'importance de respecter la vie privée d'autrui et ce qui en est un élément capital et indissociable : son autonomie reproductive. Ce d'autant plus que les risques de malveillance à la fois physiques et psychologiques pour les femmes sont minces, et que celles-ci sont prêtes à les assumer, à la condition toutefois, qu'elles en aient été correctement et suffisamment informées. Enfin, en termes d'incidence pour la collectivité, il n'y a pas réellement non plus d'argument convaincant à l'encontre d'une telle ouverture. De fait, il ne semble pas qu'elle conduise à faire le lit d'une multiplication des grossesses tardives, si l'on en croit ce que disent les femmes et l'aversion qu'elles manifestent à l'idée d'avoir des enfants tard. Par ailleurs, la société est déjà acquise, ou semble sur le point de l'être, à propos d'autres possibilités ouvertes par les techniques d'AMP dont les enjeux éthiques étaient initialement largement plus conséquents : comme le don d'ovocyte par exemple, qui est à l'origine d'une rupture génétique entre la mère et l'enfant, ou l'accès à l'AMP avec donneur pour les couples de femmes. En préservant le lien génétique entre la mère et l'enfant et en ne faisant que repousser de quelque temps un projet de grossesse a priori intraconjugal, l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge apparaît en comparaison peu problématique au plan éthique. Son seul véritable enjeu éthique au plan collectif est celui de savoir à qui reviendrait d'assumer la charge financière de cette procédure, on détaillera ce point dans un instant.

#### 4.3.2 -Y-a-t-il des raisons éthiques pour ouvrir l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ?

Cette fois, à l'inverse, ma réponse à la question est franchement positive : oui, il y en a au moins deux. La première a été évoquée mille fois au cours des pages précédentes : il faut qu'un pays respecte la vie privée de ses membres, et au premier rang des éléments qui la constituent, leur liberté procréatrice. Mais au fil de cette étude, il est apparu une deuxième bonne forte raison d'ouvrir l'accès à cette technique : le fait qu'elle devrait permettre de diminuer de façon massive le recours au don d'ovocyte du fait de l'âge. Or, il semble que cette pratique, quand les femmes y recourent après un parcours d'AMP tardif et déjà long, compliqué, douloureux parce que semé d'embûches et d'échecs successifs, reste difficile à vivre, comme une épreuve ultime qu'il aura fallu accepter pour enfin avoir un enfant, mais dont on craint les conséquences encore à venir et pas toutes connues.

On peut alors se demander s'il n'y aurait pas comme un étrange paradoxe au plan collectif à soutenir le recours au don d'ovocyte tout en n'ouvrant pas l'accès à l'autoconservation ovocytaire, alors pourtant que cette option permettrait dans un bon nombre de cas d'échapper à l'épreuve non discutable que constitue le recours au don dans ces conditions, c'est-à-dire à l'extrême bout d'un parcours d'AMP s'étant soldé par autant de douleurs et d'échecs ? Il semble en effet que tous s'entendent – le CCNE par exemple, comme l'Agence de la biomédecine- pour magnifier la pratique du don d'ovocyte, probablement au nom du fait qu'elle est fondée sur l'altruisme, tout en minimisant les difficultés que ce recours au don ne manque pas de soulever au quotidien dans les familles et pour les femmes concernées, à court ou moyen terme.

N'est-ce pas éminemment contradictoire que d'inciter des femmes jeunes à donner pour des femmes âgées, en prenant le risque qu'elles aient elles aussi besoin un jour de recourir à un tel don, sans les avoir plutôt incitées à conserver pour elles-mêmes pour tenter de leur éviter ce qui ne serait que perversité de l'histoire à la fin du jour ? En fait, peut-être aurait-il fallu adopter un dispositif législatif inverse de celui qui prévaut actuellement : proposer aux femmes qui souhaitent autoconserver de donner, plutôt que d'inciter de prime abord à donner en ne proposant l'autoconservation que comme compensation, et s'il y a assez d'ovocytes.

#### 4.3.3 - L'enjeu financier d'une autorisation d'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge

Ainsi qu'on l'a dit, le seul véritable enjeu éthique au plan collectif d'une éventuelle ouverture de l'accès à cette nouvelle technique est celui de savoir à qui reviendrait d'en assumer la charge financière. A explorer l'ensemble des arguments pour ou contre une prise en charge par la Sécurité sociale de l'accès à cette procédure, on se rendra vite compte combien il est difficile de conclure sur ce point tant les conséquences de l'un ou l'autre choix sont loin d'être négligeables pour l'ensemble du système de santé.

Au titre des arguments en faveur de cette prise en charge, on peut tout d'abord avancer qu'il ne s'agirait pas là d'une exception si l'on suit certains gynécologues (voir Dominic Stoop ou Sylvie Epelboin, *infra*), qui proposent de considérer la procédure comme un acte de médecine préventive comme un autre. En effet, la Sécurité sociale finance déjà bien d'autres activités de ce genre, ne serait-ce par exemple que la contraception, ou encore toutes sortes de dépistages systématiques. Si on reste sur cette ligne, alors il ne serait pas logique qu'elle ne soit pas prise en charge par la Sécurité sociale parce qu'on créerait de la sorte une rupture d'égalité devant l'accès à des soins de même nature, contraire aux fondamentaux de notre système de santé.

Ceci dit, il n'est pas besoin d'avoir recours à l'argument qu'il s'agit là d'un traitement préventif au même titre qu'un autre, car toutes les autres activités médicales encadrées par la loi de bioéthique sont actuellement prises en charge par la Sécurité sociale. En fait, c'est ne pas prendre en charge au titre de la solidarité collective les frais engendrés par cette procédure qui serait une exception remarquable.

Par ailleurs, il ne faut pas méconnaître que la société aurait quelques avantages non négligeables à tirer pour elle-même d'assumer la charge financière de la procédure. Si c'est elle qui paye, via la Sécurité sociale, elle est plus aisément en bonne place pour inciter au don à terme des ovocytes congelés non utilisés. Elle est aussi en meilleure position pour encadrer et contrôler les conditions de fonctionnement de la procédure : en effet, ainsi que le dit aussi Dominique Mehl, il sera bien difficile d'imposer à une femme de ne pas réutiliser son propre matériel génétique, de l'abandonner, voire de le donner, si elle vient le chercher pour l'utiliser même tardivement, ou seule, c'est-à-dire sans partenaire, alors que c'est elle qui aura payé la procédure et le banking, de la même façon qu'elle se serait payé en quelque sorte, une assurance privée.

Mais à l'inverse, il y a quasi autant d'arguments contre un financement de cette activité par la Sécurité sociale, parmi lesquels on se contentera d'en citer trois. Le premier a été fortement mobilisé par les personnes interviewées dans le cadre de cette étude ; il consiste à avancer qu'il est important de laisser les gens assumer la responsabilité, y compris financière, d'un choix personnel relatif à leur vie privée, dont ils revendiquent que la société ne se mêle pas, et qu'il reste le plus possible, optionnel et confidentiel.

Le deuxième argument est plus lourd : il consiste à s'interroger pour savoir si faire prendre en charge cette activité par la Sécurité sociale ne reviendrait pas à envoyer le signal que l'on incite en quelque sorte les femmes à y recourir, comme on le ferait d'une politique de santé publique que l'on voudrait promouvoir. C'est du reste bien la position de certains gynécologues, notamment ceux qui sont spécialistes de la fertilité et de l'assistance médicale à la procréation. Ceux-là, on l'a déjà évoqué, se verraient bien promouvoir un bilan systématique de fertilité à toutes les femmes atteignant la trentaine sans avoir fait d'enfant, proposé et pris en charge par la Sécurité sociale et aboutissant à pouvoir au mieux les conseiller sur la pertinence pour elles d'un recours à l'autoconservation. On voit mal comment à l'issue de cela, la Sécurité sociale pourrait se retirer de financer la procédure dont elle aurait elle-même contribué à expliquer la pertinence. Mais est-ce vraiment la position que la société souhaite soutenir, y compris si elle prend le chemin d'ouvrir l'accès à la technique ? N'y a-t-il pas un juste milieu entre ne pas interdire et mettre en place une véritable politique publique en faveur d'une préservation de la fertilité de toutes les femmes par recours à l'autoconservation ovocytaire systématique ? Sur ce point, on ne

peut manquer de se souvenir de la grande réticence manifestée par les femmes de notre enquête vis-à-vis de toute forme de médicalisation de leur vie procréative, si ce n'est à l'égard de l'autoconservation ovocytaire en elle-même, bien qu'elles se soient montrées plutôt mitigées à son endroit.

Enfin, il y a un troisième argument à l'encontre d'une prise en charge par la Sécurité sociale du coût de la technique : son rapport coût/bénéfices peu favorable au plan financier. En effet, il est certain qu'ouvrir l'accès à toutes les femmes qui le souhaiteront et en assumer publiquement la charge, comme de toute autre activité de soins, aura un coût non négligeable (entre 3 000 et 5 000 euros par femme y ayant recours si l'on en croit les coûts actuels pratiqués à l'étranger : voir Cécile Gallo ou Dominic Stoop, *infra*). Et il est à craindre que le bénéfice obtenu en contrepartie de ce coût soit moindre. En effet, si l'on peut en juger là encore par ce qui se passe à l'étranger, il y a de fortes chances que le nombre de femmes ayant in fine recours à leurs ovocytes congelés soit peu important : elles finiront dans la plupart des cas par faire leurs enfants spontanément – et c'est tant mieux-, ou par renoncer à leur projet de maternité, parce que trop d'années se seront finalement écoulées. C'est d'ailleurs, avec bon sens, ce que beaucoup ont dit au cours des entretiens que nous avons menés : elles étaient conscientes que l'on pouvait difficilement demander un effort aussi important à la Sécurité sociale pour un bénéfice, pour elles, somme toute assez modéré. Surtout qu'elles ont aussi nettement dit qu'elles n'étaient pas vraiment en faveur de donner finalement à la collectivité leurs ovocytes non utilisés.

#### 4.3.4 - L'autorisation d'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge pourrait remettre en cause l'équilibre d'ensemble de la loi de bioéthique

Comparativement à ce qui se passe dans beaucoup de pays voisins, la loi française en matière de bioéthique est réputée particulièrement contraignante dans l'encadrement qu'elle propose de l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation et au fond assez peu respectueuse de la liberté reproductive de tout un chacun. Je ne détaillerai pas ce point sur lequel beaucoup se sont déjà abondamment exprimés<sup>13</sup>. Dans la droite ligne du développement précédent sur l'enjeu éthique d'un financement par la Sécurité sociale du coût de la procédure, j'essaierai plutôt ici de montrer en quoi il se pourrait que le sujet de l'autoconservation ovocytaire soit le grain de sable qui vienne finalement fragiliser l'équilibre d'ensemble du dispositif, et peut-être bien du fait précisément de la difficulté que représente le choix financier qu'il nous faudra faire concernant la prise en charge de cette technique.

<sup>13</sup>Voir sur ce point, par exemple, Dominique Mehl, *Les lois de l'enfement, Procréation et politique en France (1982-2011)*, 2011, Presses de Sciences Po ; Geneviève Delaisi de Parseval, *Famille à tout prix*, Seuil, 2008 ; René Frydman, *Le droit de choisir, Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*, 2017.

L'idée est d'avancer que la loi de bioéthique en France a beaucoup fait prévaloir jusqu'ici l'intérêt du collectif sur l'intérêt des personnes. Depuis l'origine, la triade fondatrice de cette loi s'énonce en effet ainsi : don, gratuité, anonymat. L'individu demandeur d'accès aux techniques de procréation médicalement assistée, comme à d'autres techniques encadrées par la même loi, la transplantation d'organes par exemple, ne choisit pas. Il se prête à la façon dont la collectivité entend réguler l'accès à ces activités, organisation qui fait prévaloir, de façon noble il faut le reconnaître, l'altruisme, la solidarité et le respect des valeurs collectives, plutôt que l'individualisme et le respect des choix personnels. Il se pourrait du reste que ce soit parce que le système a jusque-là tout pris en charge au plan financier, via la Sécurité sociale, qu'il s'est arrogé si facilement le droit d'imposer son point de vue, notamment en ce qui concerne l'accès aux différentes techniques d'assistance médicale à la procréation, quitte à ce que cette solution soit aux dépens d'un certain respect de la liberté procréative de nos concitoyens.

Au terme de la réflexion exposée dans cet ouvrage, on pourrait se demander si l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge devrait être un sujet de bioéthique. En effet, il ne le devient que du seul fait qu'il concerne le sort réservé à des gamètes et que la médecine doit s'en mêler. Pourtant, on a montré qu'il est loin de poser les mêmes difficultés au plan éthique que beaucoup des autres activités d'assistance médicale à la procréation encadrées par la loi : ici par exemple, pas de tri d'embryons, de rupture génétique, ou d'intervention d'un tiers donneur. Et la question s'est même posée de savoir si la procédure n'était pas à ranger de ce fait plutôt du côté d'une banale activité de médecine préventive que du côté d'une nouvelle technique devant rentrer dans le cadre de la loi de bioéthique. A ce stade, il est aussi intéressant de constater que la loi s'apprête probablement en France à autoriser l'accès des couples de femme à l'AMP, malgré la controverse éthique encore vive qui entoure ce sujet, quand il semble qu'il reste encore un grand chemin à parcourir avant qu'elle n'accepte de libérer l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, qui pourtant ne soulève aucune des difficultés éthiques habituelles. Ne serait-ce pas précisément parce que ce dernier sujet a une connotation possiblement trop individualiste – et par ce biais assez contraire aux fondamentaux de la loi de bioéthique, soulignée par l'enjeu financier qui le sous-tend ?

En effet, on l'a vu, le choix est cornélien : soit on ne finance pas la procédure, et alors elle échappe à la logique du reste de la loi de bioéthique : on signifie qu'on fait prévaloir l'individu, le respect de sa vie privée et de son autonomie procréative sur le collectif, on ne lie plus l'autoconservation à l'altruisme et au don, et on perd probablement en grande partie le contrôle de la façon dont les femmes utiliseront à terme leur propre matériel génétique – ce qui, soit dit en passant, ne serait peut-être pas aussi scandaleux que cela.

Soit on finance la procédure, mais avec le risque de signifier à l'inverse qu'il en va du meilleur intérêt des femmes d'y recourir et donc de « collectiviser » en quelque sorte ce dernier, en laissant se développer une politique publique en faveur d'une meilleure préservation de leur fertilité, bien au-delà de ce qu'elles souhaitent et de ce qu'elles ont exprimé fortement au cours de notre étude, mais tel qu'espéré par les spécialistes de la fertilité. On peut aussi formuler les choses de la façon suivante : soit on accepte d'ouvrir une brèche dans la loi de bioéthique, au risque qu'il y ait d'autres sujets qui immédiatement s'engouffrent dans ladite brèche et donc de la fragiliser; à moins que cette entorse ne l'amène en fait à se rééquilibrer, en accordant un peu plus d'importance à l'individu qu'au collectif. Soit on dénature l'essence même de la procédure d'autoconservation ovocytaire, en lui faisant perdre d'emblée la valence justement individualiste et auto-décisionnelle, contenue dans son appellation même.

La question reste ouverte mais il serait tout de même paradoxal que le choix de la France soit d'interdire un procédé aussi peu problématique au plan éthique, alors qu'elle en a autorisé d'autres beaucoup plus complexes à cet égard, au seul motif qu'elle ne sait pas comment résoudre le dilemme que lui pose l'aspect financier de la question. Il serait intéressant sur ce point d'interroger les citoyens sur ce qu'ils pensent de cet aspect du débat. On ne peut qu'être frappé en effet de la grande subtilité et profondeur des raisonnements éthiques des femmes rencontrées au cours de notre enquête. Il y a aujourd'hui une forte contradiction entre cette richesse, maturité et autonomie du discours citoyen et la façon dont la société encadre, contrôle, évalue, décide à la place des femmes, les psychologise, médicalise et assiste en tout, au moins dès qu'il s'agit de procréation. Si bien qu'on en vient à se demander si le curseur est réellement au bon endroit chez nous, notamment en matière d'éthique médicale et de bioéthique, entre le respect dû à l'individu et celui dû aux valeurs de la collectivité, et si l'heure n'est pas venue de le faire évoluer. L'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge pourrait en être une bonne occasion, mais on comprend que d'aucuns soient frileux à ouvrir la boîte de Pandore, car on risque alors d'être conduit à rediscuter bien d'autres volets de la même loi.

## CHAPITRE 5

### L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE SELON QUELQUES EXPERTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

Cécile Gallo, Dominic Stoop, Françoise Shenfield, Sylvie Epelboin

#### 5.1 - L'autoconservation ovocytaire en Espagne : pour une « préservation féminine élective »

par Cécile Gallo, gynécologue

En Espagne, l'autoconservation des ovocytes par vitrification est accessible aux femmes qui souhaitent remettre à plus tard leur maternité.

L'accès à cette technique est notamment proposé par la clinique IVI à Valence. Le docteur Gallo est l'une des gynécologues qui prend en charge les femmes venues consulter pour cette demande.

En introduction de son propos, elle a fait état d'une importante augmentation au plan international du recours au don d'ovocytes au cours des dernières années. D'après une étude de l'ESHRE (European Society for Human reproduction and Embryology) sur plus de 17 pays européens, les demandes sont passées de 11 000 à 20 000 entre 2005 et 2009. La première cause en serait, semble-t-il l'âge, les demandeuses ayant en moyenne 40 ans. C'est le cas en tout cas à la clinique IVI puisque 94% des femmes ayant eu recours depuis 2007 à une « préservation féminine élective » (autoconservation ovocytaire) l'ont demandée en raison de leur âge. Elles avaient en moyenne 37,2 ans au moment de la vitrification. Parmi elles, 20% venaient de l'étranger, surtout de France et du Royaume-Uni. Bien qu'il reste marginal, le nombre de patientes françaises ayant recours à l'autoconservation à la clinique IVI semble aller en augmentant : de 2009 à 2014, leur nombre est passé de 1 à 17 par an, tandis qu'en 2015, elles étaient 46 françaises.

Sur la totalité des femmes ayant actuellement recours à l'autoconservation pour raison d'âge à la clinique IVI, 75% n'ont pas de partenaire. Le nombre de demandes de femmes célibataires croît d'année en année depuis 2009. Ces femmes célibataires représentent actuellement la grande majorité des patientes qui ont entre 35 et 39 ans. Le plus souvent, elles expriment l'idée qu'un projet d'enfant ne se fait qu'à deux. Elles espèrent avec l'autoconservation, se libérer pour une part de la pression qui pèse sur elles pour trouver vite un conjoint, et gagner ainsi quelques années de délai supplémentaire. Par ailleurs, ce sont souvent des femmes qui présentent un haut niveau d'éducation : 72% d'entre elles ont fait des études supérieures.

En ce qui concerne l'utilisation des ovocytes ainsi conservés, Cécile Gallo a rapporté que pour l'instant, seulement 9,3% des patientes ayant conservé leurs ovocytes sont revenues pour les utiliser. Ce retour s'est fait après environ 2 ans de conservation, les femmes avaient alors en moyenne 39 ans et la moitié de celles qui étaient célibataires au moment de la vitrification sont revenues en couple.

### 5.1.1 - Argumentation médicale et scientifique

En ce qui concerne la sécurité de la procédure, Cécile Gallo en a dressé un constat positif. Selon elle, la technique est efficace, et il n'y a pas d'argument scientifique justifiant son interdiction. Elle invoque à l'appui de son propos la position de l'ASRM<sup>14</sup> et de la SART<sup>15</sup>, selon lesquelles la procédure de vitrification et de réchauffement avant transfert des ovocytes ne devait plus être considérée comme expérimentale (2012).

Par ailleurs, du point de vue de la sécurité de l'enfant, les différentes études publiées ne révèlent aucun problème génétique particulier; a-t-elle dit. De même, les résultats obstétricaux et périnataux, en comparaison avec la population générale ou avec des enfants nés par FIV, apparaissent satisfaisants<sup>16</sup>.

Au plan de l'efficacité, Cécile Gallo a fait état d'un pourcentage de 88% de succès lors de la décongélation ovocytaire, quel qu'ait été l'âge de la femme au moment de la vitrification. Quant à la procédure de transfert, les taux de réussite sont de l'ordre de 85%. Enfin, le taux d'implantation chez les patientes d'IVI est de 35,9% en moyenne.

Cependant, Cécile Gallo a attiré l'attention sur le fait que selon elle, les femmes devraient se poser la question de l'autoconservation ovocytaire plus tôt qu'aujourd'hui, car leur chance de grossesse après vitrification dépend en grande partie de leur âge au moment de la vitrification. On sait en effet que les chances d'une femme de tomber enceinte spontanément sont de 25% par cycle à 25 ans, tandis qu'elles baissent à 15% à 35 ans. L'âge a en fait une double incidence : d'une part, sur le nombre d'ovocyte susceptibles d'être prélevés à chaque cycle, et aussi sur le taux de naissances vivantes pouvant être obtenu par FIV avec des ovocytes réchauffés. Entre 31 et 35 ans, la moyenne d'ovocytes ponctionnés par cycle est actuellement de 11,2, dont 8,6 seront vitrifiés, tandis qu'entre 36 et 40 ans, cette moyenne est de 8,8 dont 6,6 seront vitrifiés. Au-delà de 40 ans, les chiffres continuent de baisser : 3,9 ovocytes vitrifiés pour 5,1 ponctionnés par cycle. Par ailleurs, le taux de naissances vivantes suite à une FIV avec ovocytes réchauffés diminue de moitié à

<sup>14</sup> American Society for Reproductive Medicine

<sup>15</sup> Society for Assisted Reproductive Technology

<sup>16</sup> Cobo A. et Diaz C., Clinical application of oocyte vitrification : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Fertility and Sterility*, 2011, 96 : 277-285 ; Forman E., Xinying L., Ferry K. et al., Oocyte vitrification does not increase risk of embryonic aneuploidy or diminish the implantation potential of blastocysts created after intracytoplasmic sperm injection: A novel, paired randomized controlled trial using DNA fingerprinting, *Fertility and Sterility*, 2012, 98: 644-649 ; Chian R., Huang J., Tan S. et al., Obstetric and perinatal outcome in 200 infants conceived from vitrified ovocytes, *Reproductive Biomedicine Online*, 2008, 16 : 608- 610.

partir de 36 ans. Pour une femme de moins de 35 ans, il est de 41% pour 5 à 8 ovocytes utilisés, et de 70% pour 9 à 11 ovocytes utilisés. Mais à partir de 36 ans, il n'est plus que de 20% pour 5 à 8 ovocytes utilisés et de 35% pour les cas où 9 à 11 ovocytes peuvent être utilisés, ce qui est moins fréquent dans cette tranche d'âge.

L'intervenante en déduit que dans l'idéal il faudrait que les femmes aillent conserver leurs ovocytes avant 35 ans, car leurs chances d'obtenir un enfant grâce à cette technique sont alors deux fois plus importantes qu'au-delà de cette limite. Cependant, les femmes jeunes ont du mal à s'inquiéter de la diminution de leur capacité reproductive à temps, elles ont la sensation « d'avoir du temps devant elles ». Se pose donc la question de savoir comment favoriser une prise de conscience chez les femmes à un âge utile pour elles.

### 5.1.2 - Argumentation économique

Au-delà du débat sur la rémunération ou compensation du don, qui est considérée, en Espagne, comme légitime et valorisante pour les donneuses, Cécile Gallo a argumenté l'idée que l'autoconservation pour raison d'âge présentait des avantages économiques à la fois pour les femmes et pour la société en général.

Tout d'abord, selon elle, le coût total de la procédure pour la femme est à peu près équivalent en comparaison du coût d'un éventuel recours à un don d'ovocyte, en fin de parcours de FIV.

Dans le premier cas, le coût pour un premier cycle de vitrification ovocytaire est de 2630 euros à la clinique IVI, auxquels il faut ajouter 2290 euros, si un deuxième cycle est nécessaire, ce qui est souvent le cas. Ensuite, lorsque la femme viendra pour réutiliser ses ovocytes il lui faudra recourir à une FIV, et pour cela déboursier entre 2500 et 4000 euros selon la technique utilisée (FIV standard ou FIV/ICSI (intracytoplasmic sperm injection). La procédure revient donc à un coût total d'environ 8000 euros.

Par comparaison, en cas de recours au don d'ovocyte, la stimulation de la donneuse, l'extraction de ses ovocytes et la FIV représentent un total d'environ 7000 euros. A noter que dans ce cas le coût pour une Française peut être moindre, si elle peut se faire prendre en charge au moins pour partie par la Sécurité sociale, ce qui est possible si le couple est hétérosexuel et que la femme a moins de 43 ans. A l'inverse, la Sécurité sociale ne prend pas en charge pour l'instant la procédure en cas d'autoconservation sociétale, puisque la technique n'est pas autorisée en France.

Au plan collectif, l'analyse de Cécile Gallo est qu'autoriser l'autoconservation des ovocytes éviterait à la Sécurité sociale de devoir financer des FIV qui sont faites à un âge trop tardif pour donner de bons résultats. Pour elle, il est indiscutable que la procédure avec ovocytes jeunes « vitrifiés » a nettement plus de chances de succès qu'une AMP réalisée autour de 40 ans avec des ovocytes « frais » de 40 ans. Le rapport coût-efficacité de la procédure<sup>17</sup> est donc nettement plus favorable dans le premier cas que dans le second. Par ailleurs, autoriser l'autoconservation ovocytaire permettrait aussi de libérer des ovocytes pour d'autres programmes de dons.

### 5.1.3 - Argumentation éthique

Au plan éthique, Cécile Gallo a tout d'abord insisté sur la nécessité de respecter l'autonomie des femmes en matière reproductive, en soulignant l'importance de s'abstenir de tout jugement moral sur ce point, quelle que soit la demande de la femme qui vient consulter. Puis, elle a ajouté que pour elle les conditions de cette autonomie passaient par une bonne information, complète, honnête et répétée à propos de la technique. Les femmes doivent être pleinement informées sur la façon dont se déroule la procédure, ainsi que sur les risques qui y sont associés et les chances d'aboutir à une grossesse en fonction de l'âge. Il est également indispensable, a-t-elle complété, que les femmes comprennent qu'il n'y a pas de garantie de succès, afin de ne pas créer de faux espoirs. A cet égard, il faut insister auprès des femmes et ne pas manquer de leur rappeler que leur meilleure chance d'avoir un enfant est de l'avoir sans attendre et par grossesse spontanée.

Sur le plan scientifique, il n'y a pas d'inquiétude à se faire, a dit l'intervenante. Les considérants éthiques sont respectés, il n'y a aucun argument qui justifierait de s'inquiéter d'un risque de malfeasance pour la mère ou l'enfant.

Pour poursuivre, Cécile Gallo a avancé un argument éthique plutôt en faveur de l'autoconservation ovocytaire : le fait que la procédure préserve le lien génétique entre l'enfant et la mère.

Enfin, elle s'est interrogée sur la raison qui fait que les femmes ont des enfants plus tardivement aujourd'hui. L'autoconservation ovocytaire risque-t-elle d'amplifier le phénomène, s'est-elle demandée, avec un risque d'impact éthique négatif sur la société ? Pour elle, la vitrification ovocytaire n'a aucune raison d'amplifier par elle-même le phénomène des grossesses tardives. Elle n'est qu'une alternative à la seule technique peu efficace qui existait jusqu'à aujourd'hui pour répondre à ce désir de grossesses tardives. Il convient de ne pas méconnaître quelle demande crée l'autre.

<sup>17</sup> van Loendersloot L. L., Moolenaar L. M., Mol B. W., Repping S., van der Veen F., Goddijn M., Expanding reproductive lifespan: a cost-effectiveness study on oocyte freezing, *Human Reprod.*, 2011, 26(11) : 3054-60.

## 5.2 - L'autoconservation ovocytaire en Belgique : « l'AGE banking » par Dominic Stoop, professeur en médecine reproductive

En Belgique, l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge n'est pas interdite, mais les femmes qui y ont recours sont tenues de la financer elles-mêmes. Cependant, le système belge offre une possibilité de remboursement si la décongélation des ovocytes en vue de leur utilisation pour FIV est réalisée avant l'âge de 43 ans, qui est l'âge maximum de prise en charge des cycles de FIV en Belgique. En fait, l'utilisation des ovocytes conservés est autorisée jusqu'à 47 ans, mais au-delà de 43 ans il n'y a pas de prise en charge financière publique. Enfin, la législation belge pose une limite supplémentaire : la conservation des ovocytes pour raison d'âge ne peut excéder 10 ans et la femme y ayant recours est tenue de remplir un contrat préalable dans lequel elle choisit ce qu'il adviendra de ses ovocytes s'ils n'ont pas été utilisés au terme de ces dix années (don, recherche ou destruction).

Le nombre des centres belges spécialisés proposant cette technique est limité. Celui dirigé par Dominic Stoop à Bruxelles offre cette possibilité depuis 2009. Il réalise aujourd'hui 25% de l'activité belge en matière d'autoconservation des ovocytes. Les femmes viennent pour cela non seulement de Belgique mais aussi des Pays-Bas, de France ou d'ailleurs, et la demande est croissante, si l'on en croit le Professeur Stoop.

Dominic Stoop est l'auteur de nombreuses études sur l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge qu'il préfère appeler : cryopréservation ovocytaire pour prévenir la raréfaction anticipée des gamètes : Anticipated Gamete Exhaustion (AGE). Il souhaite ainsi faire valoir la procédure comme une mesure médicale préventive : il parle de AGE banking<sup>18</sup>.

Selon l'une de ses études, les principales motivations des femmes pour autoconserver sont les suivantes : s'assurer contre une future infertilité : d'où le terme AGE banking (65%) ; se donner plus de temps pour trouver un partenaire (49%) ; tout essayer pour ne pas avoir de regret plus tard (32%)<sup>19</sup>. Il constate donc, comme beaucoup d'autres<sup>20</sup>, que la majorité des femmes qui demandent l'accès à la procédure ont une conception du projet d'enfant comme partie intégrante d'un projet de couple.

Dans la même étude, Stoop s'est intéressé à l'évolution de la situation personnelle des femmes après vitrification. Toutes les femmes venues pour conserver dans son centre depuis 2009 ont été recontactées et les trois quarts ont accepté de participer à l'étude de suivi. Parmi elles, 39% ont signalé être tombées enceintes depuis la vitrification, dont

<sup>18</sup> Stoop D., van der Veen F., Deneyer M., et al., Oocyte banking for anticipated gamete exhaustion (AGE) is a preventive intervention, neither social nor medical, *Reproductive Biomedicine Online*, 2014, 28 : 548-55.

<sup>19</sup> Stoop D., Maes E., Polyzos N P., Verheyen G., Tournaye H., Nekkebroeck J., Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers, *Human Reprod.*, 2015, 30(2) : 338-44.

<sup>20</sup> Hodes-Wertz B., Duckenmiller S., Smith M., Noyes N., What do reproductive age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility? *Fertility and Sterility*, 2013, 100 : 1343-1349 : dans cette étude 88% des femmes évoquent l'absence de partenaire pour venir autoconserver.

56% par conception naturelle, les autres ayant eu recours à une AMP avec leurs ovocytes conservés. Seules 25% des femmes étaient venues réutiliser leurs ovocytes après 5 ans de congélation. Quand elles étaient revenues, c'était en moyenne après deux ans de délai et avec un partenaire<sup>21</sup>. Quant aux femmes n'ayant pas eu d'enfant depuis la vitrification, elles ont dit qu'elles en avaient toujours le désir. Moins de la moitié avaient eu une relation amoureuse d'au moins six mois depuis, et la moitié seulement pensaient qu'elles arriveraient à utiliser leurs ovocytes un jour ; 80% d'entre elles disaient qu'elles allaient se mettre en route pour chercher plus activement un partenaire, 30% envisageaient le recours à un don anonyme de sperme, et 15% se disaient prêtes à abandonner leur projet d'enfant.

Sur le rapport à l'autoconservation après avoir eu recours à la procédure, l'étude a révélé, selon l'intervenant, un sentiment fortement positif de la part de la majorité des femmes. Aucune n'a exprimé de regret d'avoir eu recours à la procédure et 95% ont répondu à cette enquête qu'elle le referait.

En ce qui concerne l'âge maximal pour être enceinte, Dominic Stoop a rapporté que dans sa cohorte de femmes ayant eu recours à l'autoconservation ovocytaire, elles ont considéré que l'âge maximum estimé raisonnable pour une grossesse était de 43 ans ½, soit environ un an de plus que les femmes qui n'y ont pas eu recours (42.2 ans)<sup>22</sup>. Pour lui, ce faible écart témoigne de ce que l'accès à la technique ne modifie pas la perception des femmes sur l'âge raisonnable pour une grossesse, et ne tend pas à favoriser une augmentation des grossesses tardives. Ainsi, chez lui, l'âge moyen auquel les patientes reviennent actuellement pour utiliser leurs ovocytes est de 42,3 ans.

Enfin, Dominic Stoop a fait état d'une dernière étude, sous forme d'enquête téléphonique sur un panel de femmes de 21 à 40 ans, menée pour étudier le rapport à l'AGE banking de la population féminine en général. A la question « Envisageriez-vous de congeler vos ovocytes pour raison non-médicale/sociale ? », 51,8% des femmes interrogées ont répondu « Non ». L'étude a révélé un taux de 31,5% de candidates potentielles (ayant répondu « oui » ou « peut-être »)<sup>23</sup>. De cette étude ont également émergé les principaux facteurs cités par ces candidates potentielles en faveur d'un recours sans crainte à la procédure : le fait qu'elle soit sans danger pour la santé de l'enfant et qu'elle n'affecte en rien la fertilité future.

<sup>21</sup> Stoop D., Oocyte vitrification pour elective fertility preservation: lessons for patient counseling, *Fertility and Sterility*, 2016, 105 (3) : 603-4.

<sup>22</sup> Stoop D. et al., 2015, article précité.

<sup>23</sup> Stoop D., Nekkebroeck J., Devroey P., A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age, *Human Reprod.*, 2011, 26 : 655-661.

### 5.2.1 - Argumentation médicale et scientifique

Sur ce point, Dominic Stoop a essentiellement détaillé la problématique de l'âge de la femme.

Pour illustrer la baisse de fertilité des femmes avec l'âge, il a utilisé comme indicateur le taux de grossesses spontanées en fonction de l'âge: autour de 500 pour 1000 entre 30 et 35 ans, 300 pour 1000 à 38 ans, 200 pour 1000 à 40 ans et entre 50 et 100 pour 1000 à 45 ans<sup>24</sup>. Il a également rappelé l'incidence de l'infertilité chez les femmes en fonction de l'âge, qui est de moins de 5% à 24 ans, 19% à 32 ans et 26% à 38 ans<sup>25</sup>. Dans son expérience, les femmes demandent à accéder à la vitrification de leurs ovocytes entre 36 et 39 ans en moyenne, soit à un âge déjà considéré comme avancé au regard de leurs capacités reproductives. Certes, a-t-il dit, la tendance est à la baisse : l'âge moyen lors de l'autoconservation est passé de 38 à 36 ans entre 2010 et 2016, mais ce n'est pas suffisant, il reste encore trop tardif.

Comme Cécile Gallo, il a ensuite rappelé que les chances de grossesse après vitrification ovocytaire dépendent en grande partie d'une part de l'âge de la femme au moment de la conservation, d'autre part du nombre d'ovocytes qu'elle a pu conserver. Pour étayer cette affirmation, il s'est appuyé sur de nombreuses références scientifiques, qui toutes aboutissent aux mêmes conclusions<sup>26 27</sup>. L'âge critique selon lui est le même que celui annoncé par Cécile Gallo : 35 ans, au-delà duquel les chances des femmes d'obtenir une grossesse se réduisent vite et de façon importante, comme en procréation spontanée. Quant au nombre d'ovocytes utiles pour que la procédure ait une chance de réussir; il est d'autant plus grand que l'âge de la femme au moment de la conservation est avancé, pour la même raison qu'avec l'âge la qualité de ses ovocytes « frais » diminue.

En conclusion sur ce premier aspect médical et scientifique, Dominic Stoop s'est prononcé en faveur d'un repérage des femmes davantage à risque que les autres de voir leur fertilité chuter avec l'âge : en fonction de la durée de leurs cycles, de leur réserve ovarienne, de leurs prédispositions génétiques, de leurs antécédents médicaux, de leur consommation d'alcool, de café et de tabac, de leur activité physique, etc.

<sup>24</sup> Menken J., Trussell J., Larsen U., Age and infertility, *Science*, 1986, 233 : 1389-94.

<sup>25</sup> van Roode Th., Dickson N.P., Righarts A. A., Gillett W.R., Cumulative incidence of infertility in a New Zealand birth cohort to age 38 by sex and the relationship with family formation, *Fertility and Sterility*, 2015, 103 : 1053-1058.

<sup>26</sup> Cil A.P., Bang H., Oktay K. Age-specific probability of live birth with oocyte cryopreservation: an individual patient data meta-analysis, *Fertility and Sterility*, 2013, 100: 492-499

<sup>27</sup> Cobo A., Garcia-Velasco J.-A., Coello A., Domingo J., et al., Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation, *Fertility and Sterility*, 2016, 105 (3) : 755-764.

<sup>28</sup> van Loendersloot L. L., et al., 2011 article précité.

### 5.2.2 - Arguments économiques

Sur ce point, Dominic Stoop fait état d'une étude menée par Loenderloot et al.<sup>28</sup> qui conclue que la vitrification ovocytaire augmente les chances de naissances vivantes, à âge égal en comparaison de la FIV avec ovocytes « frais », mais à un coût individuel nettement plus élevé. Le rapport coût-efficacité ne devient avantageux que si le taux d'utilisation des ovocytes est élevé (> 60%), ce qui est loin d'être la tendance actuelle dans les pays qui autorisent la procédure.

### 5.2.3 - Arguments éthiques

On l'a dit, pour Dominic Stoop, l'AGE banking doit être considéré comme une mesure médicale préventive, à laquelle la femme doit être libre de pouvoir recourir quelles que soient ses motivations. Selon lui, l'autoconservation d'ovocytes mais également l'autoconservation du cortex ovarien devraient être des techniques accessibles aux femmes, même en bonne santé, si elles souhaitent reporter leur maternité. A partir du moment où un nouveau progrès médical est disponible, tout citoyen doit être libre d'y avoir accès.

Un autre argument positif au plan éthique de l'autoconservation ovocytaire pour lui semble être le fait que la technique permette aux femmes de se donner plus de temps pour trouver un partenaire afin d'avoir un projet parental en couple.

Au plan du respect de l'autonomie des femmes, il a lui aussi insisté comme Cécile Gallo, sur l'importance de leur délivrer une information complète, précise et surtout personnalisée, afin notamment de ne pas susciter des espérances démesurées quant aux chances de réussite de la procédure. A ce chapitre, il a à nouveau insisté sur l'intérêt d'une évaluation personnalisée pour chaque femme de son risque d'infertilité précoce.

### **5.3 - L'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge en Europe : « Beating the biological clock » : Should you freeze your eggs ?** par Françoise Shenfield, ESHRE, gynécologue-obstétricienne

Françoise Shenfield a commencé son intervention en présentant les résultats d'une vaste étude menée en Europe par l'ESHRE entre 2010 et 2014 sur l'autoconservation ovocytaire pour raison sociétale (dite aussi de convenance ou d'âge). Cette étude a été motivée par la couverture médiatique toujours plus importante et l'intérêt croissant que suscite cette procédure chez les femmes, a-t-elle dit.

Elle a été menée par voie de questionnaire et se composait de deux parties. La première portait sur l'existence d'une régulation ou non de l'autoconservation d'ovocytes dans le pays interrogé, les critères pour y avoir accès, l'ouverture ou non en cas de raison non-médicale, et les modalités de remboursement. La seconde partie portait sur l'activité d'autoconservation par elle-même: nombre de cycles et d'ovocytes vitrifiés, indications données aux professionnels par les autorités, etc.

Vingt-sept pays ont répondu, dont la France, l'Espagne, l'Allemagne, la Hongrie, la Grèce, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Suisse, l'Ukraine, la Slovaquie, Malte, etc. Sur ces 27 pays, seulement 17 disposaient de données régulièrement mises à jour. Sur la période étudiée, l'étude a révélé que 2 500 cycles avaient permis le prélèvement de 23 000 ovocytes, soit une moyenne de 9,1 ovocytes par cycle. La part des autoconservations sociétales sur cette totalité représentait 7,6%. Il faudra attendre la poursuite de cette étude a ajouté l'intervenante pour pouvoir vraiment décrire les différences en matière de politique de prise en charge et de remboursement de la procédure en Europe (autorisation de l'autoconservation sociétale, prise en charge uniquement pour raison médicale, etc.).

### 5.3.1 - Argumentation médicale et scientifique

Sur ce point, Françoise Shenfield a insisté sur le fait qu'il n'y a plus de doute aujourd'hui au plan international sur la validité scientifique de la procédure. Pour asseoir ses propos, elle a évoqué la position de l'ASRM (American Society for Reproductive Medicine) et de la SART (Society for Assisted Reproductive Technology) qui ont toutes les deux considéré en mars 2012 que la procédure de vitrification et réchauffement avant transfert des ovocytes ne devait plus être considérée comme expérimentale : « Evidence indicates that oocyte vitrification and warming should no longer be considered experimental ».

Elle a ensuite rapporté les résultats de statistiques venues du Royaume-Uni : sur 834 ovocytes cryo-conservés, la probabilité de grossesse est de 7% par ovocyte transféré et la probabilité de naissance vivante de 4%. Mais comme les intervenants précédents, elle a précisé que ces résultats dépendent fortement de l'âge des femmes au moment de l'autoconservation. Ce qui l'a conduite à s'interroger pour savoir s'il ne conviendrait pas de recommander une éventuelle limite d'âge pour recourir à la procédure et faire vitrifier ses ovocytes. En effet, si les chances de succès dépendent de l'âge de la femme au moment de la vitrification, selon elle, il est important de ne pas faire subir à des femmes une procédure médicale trop lourde lorsque les chances d'une future grossesse sont réduites du fait de l'âge au moment de la conservation. Il apparaît important, a-t-elle dit de préserver le bien-être physique, mais aussi psychologique, de ces femmes en ne leur donnant pas de faux

espoirs qui rendraient l'échec difficile à surmonter.

En ce qui concerne les éventuelles conséquences de la procédure sur la qualité de l'embryon, elle a confirmé qu'il n'y avait a priori aucune inquiétude à se faire et rapporté les résultats d'une étude, réalisée par le Centre for Reproductive and Genetic Health de Londres, faisant état d'une qualité similaire entre ovocytes vitrifiés et ovocytes « frais » : probabilités de grossesse (48,4% / 47,3%), taux de naissances (41,5% / 42,9%), % de naissances prématurées et poids à la naissance tout à fait comparables.

### 5.3.2 - Argumentation éthique

Françoise Shenfield a fait du respect de l'autonomie de la femme quant à ses choix reproductifs le mot d'ordre de sa réflexion éthique sur l'autoconservation d'ovocytes. Pour elle, l'autoconservation pour les femmes qui souhaitent reporter leur maternité est une mesure médicale préventive, qui peut leur éviter une future infertilité liée à l'âge. Pour elle, elle est tout aussi légitime à proposer qu'en cas d'infertilité liée à la prise d'une chimiothérapie par exemple. Dans les deux cas, il s'agit de pallier un dysfonctionnement biologique inévitable, dit-elle. Elle a insisté sur le devoir des médecins de s'abstenir de juger les motifs d'une femme qui souhaite reporter sa maternité.

A ce sujet, elle a évoqué ce qu'en disait le débat féministe<sup>29</sup>. Dans celui-ci, deux thèses s'affrontent, a-t-elle dit. L'une est favorable à l'ouverture de l'autoconservation pour raison non-médicale, considérant qu'elle est une avancée en matière d'autonomie des femmes. Sous cet angle, elle peut être vue comme une technique permettant à celles-ci d'être plus libres en matière de reproduction, et plus à égalité avec les hommes, dont les capacités reproductrices ne s'amenuisent généralement pas de façon si importante à un si jeune âge. A l'inverse, il y a une autre thèse féministe en cours qui dénonce la pratique, au motif qu'elle pourrait être utilisée par les employeurs pour faire pression sur leurs salariées dans l'espoir qu'elles retarderont l'heure de mettre en route un enfant, grâce à l'autoconservation et pour le bénéfice premier de l'entreprise. Les tenants de cette dernière thèse sont en général ceux (celles) qui plaident pour que des mesures soient prises qui permettent aux femmes de ne plus ressentir de pression ni dans un sens ni dans un autre, afin de pouvoir concilier librement, chacune à son heure, vie professionnelle et vie familiale. Pour Françoise Shenfield, le meilleur respect de l'autonomie des femmes passe plutôt par la garantie d'une information loyale et complète, pour qu'elles puissent se décider en toute connaissance de cause vis-à-vis de l'autoconservation. Ce sont, a-t-elle dit, les recommandations de l'ESHRE à ce jour sur le sujet. Il faut impérativement ne pas créer de faux espoirs, et toujours rappeler que les meilleures chances d'avoir un enfant

<sup>29</sup> Homburg R, van der Veen F, Silber S.J., Oocyte vitrification – women's emancipation set in stone. *Fertility and Sterility*, 2009, 91 (4 suppl) : 1319-1320 ; Goold I, Savulescu J., In favour of freezing eggs for non-medical reasons, *Bioethics*, 2009 Jan, 23 (1) : 47-58.

sont de le concevoir naturellement à un âge pas trop avancé. Il est également essentiel de prévenir qu'il n'y a pas de garantie de succès avec cette procédure et enfin fournir des informations précises sur son déroulement.

Ces recommandations s'appliquent également aux cas de « freeze and share » (situation connue désormais en France où il est permis à une femme sans enfant de donner ses ovocytes et d'en conserver une partie pour son utilisation personnelle), et aussi au don d'ovocyte : il est impératif de vérifier que les femmes soient bien informées des implications psychologiques que suppose à court et moyen-long terme le don d'ovocyte, avant de s'y lancer, a-t-elle dit.

En termes de non-malfaisance, l'intervenante s'est inquiétée que la procédure puisse avoir pour conséquences une trop grande médicalisation de la vie procréative des femmes, et aussi une augmentation du nombre de grossesses tardives. Si elle est favorable à ce que la procédure soit accessible aux femmes, c'est à condition de ne pas mettre en cause leur bien-être physique et psychique.

Du point de vue des implications sociétales de la procédure, Françoise Shenfield a fait le constat que l'on manquait de données actuellement sur ce point : quel sens pour les femmes, que vont-elles faire de cette réserve d'ovocytes, etc. Mais elle a insisté sur le fait qu'il est clair qu'il est moins difficile d'être sa propre donneuse, a-t-elle dit, que d'être receveuse d'un don d'ovocytes. L'autoconservation a le grand mérite de permettre l'économie de la rupture du lien génétique qui est consubstantielle au don d'ovocytes. Elle s'est dite favorable à une limite d'âge de 35 ans pour la conservation pour des questions d'efficacité de la technique, et à une limite pour l'utilisation des ovocytes préservés, afin de restreindre l'impact psychologique de la croyance que la grossesse pourrait être possible quel que soit l'âge. Par ailleurs, elle a souligné que la technique permettrait aussi d'avoir moins d'embryons surnuméraires congelés, ce qui est un avantage certain en matière de débat éthique et politique autour de ces questions. Enfin, en termes de politique publique, elle a plaidé pour que l'on tienne les deux bouts de la chaîne : c'est à dire qu'à la fois on légalise l'autoconservation pour raison d'âge, pour prévenir la chute de la fertilité liée à l'âge et faire que l'accès à la technique soit aussi équitable que possible, tout en mettant en place une politique proactive de la petite enfance afin d'aider au mieux les femmes à avoir des enfants spontanément au moment où leur fécondité est optimale.

#### 5.4 - Pourquoi avoir signé le Manifeste de 2016 et demander l'ouverture de l'accès à l'autoconservation pour raison d'âge en France ? par Sylvie Epelboin, gynécologue-obstétricienne

Après avoir décrit sa pratique quotidienne de médecin de l'infertilité et de spécialiste de l'assistance médicale à la procréation, dont elle a dit qu'elle expliquait en grande partie sa position d'aujourd'hui, Sylvie Epelboin s'est clairement portée en faveur de l'autoconservation sociétale pour raison d'âge. Globalement, pour le même ensemble d'arguments que les intervenants précédents.

##### 5.4.1 - Argumentation scientifique et médicale

Selon elle, il convient de traiter le vieillissement de la fertilité comme le vieillissement d'autres fonctions du corps. L'autoconservation ovocytaire est enfin une opportunité pour prévenir efficacement la chute rapide et précoce de la fertilité en raison de l'âge, qui est une véritable injustice faite aux femmes.

Pour elle, il y a deux phases distinctes dans l'autoconservation en raison d'âge, avec deux types d'enjeux différents : au moment de la préservation, l'enjeu est sociétal, mais au moment de l'utilisation des ovocytes conservés, l'enjeu devient médical. Or, sur ce plan, elle fait valoir qu'il y a de fortes chances que les complications maternelles et fœtales connues des grossesses tardives soient nettement moins nombreuses si la grossesse est menée avec ses propres ovocytes jeunes conservés. Pour l'instant, l'expérience des obstétriciens en matière de grossesse tardive consiste essentiellement en des grossesses obtenues par don d'ovocytes. Or, celles-ci présentent un sur-risque vasculaire, notamment lié à des facteurs immunologiques qui ne devraient pas interférer en cas de grossesse avec ses propres ovocytes. Sur ce sujet, elle a notamment évoqué les études menées récemment par le Groupe d'Etude pour le Don d'Ovocyte, qui révèlent un risque d'hypertension artérielle multiplié par trois, à âge de la grossesse égal, lorsque celle-ci a été obtenue par don, ainsi qu'un risque nettement accru de pré-éclampsie (la prévalence passe de 2,8% à 11,2% en cas de don d'ovocyte).

Elle a insisté sur cet aspect des choses pour tenter de minimiser les arguments médicaux et scientifiques négatifs sur l'autoconservation sociétale.

Pour elle, le principal débat à propos de cette technique devrait se concentrer sur les enjeux sociétaux de la procédure : l'âge pour être mère, l'importance du lien génétique, l'ordre générationnel, et la capacité pour une femme d'être enceinte puis de s'occuper de son enfant malgré son âge, la fatigue plus importante et la baisse de l'état de santé général, qu'il entraîne.

### 5.4.2 - Argumentation éthique

Sur ce point, Sylvie Epelboin a d'abord plaidé pour une plus grande compréhension collective des femmes d'aujourd'hui et de leurs difficultés. En effet, contrairement, à ce qui est souvent mis en avant, l'origine des projets d'enfant tardifs ne réside pas uniquement dans un désir qu'auraient les femmes de tout maîtriser, contrôler et stabiliser au plan de leur vie sociale avant d'avoir un enfant. Ces projets tardifs sont, selon elle, également liés à la société d'aujourd'hui, dans laquelle l'émancipation des femmes et de leur autonomie est un phénomène structurel, qui va s'épanouissant et qu'il faut savoir accompagner et respecter. Parfois, la vie professionnelle d'une femme peut être la cause du report de son projet d'enfant, cette situation a pu mener à une rupture avec son conjoint, il lui faut alors attendre d'avoir rencontré un nouveau conjoint. Par ailleurs, les modes de rencontre ont également changé, ainsi que l'équilibre des relations hommes-femmes. L'autoconservation des ovocytes vient à point nommé pour donner un peu plus de souplesse aux femmes et les aider à être moins tributaires du temps qui passe.

En termes de non-malfaisance, Sylvie Epelboin a surtout évoqué la nécessité d'une bonne connaissance des possibilités de la réutilisation, afin de ne pas bercer les femmes avec de faux espoirs. Pour elle, et en s'appuyant par exemple sur les travaux récents de Laura Rienzi, on a besoin d'en moyenne 8 ovocytes matures pour qu'une femme encore jeune qui souhaite conserver ait une chance raisonnable d'obtenir une grossesse le jour où elle le voudra, ce qui veut dire qu'il faut en prélever entre 12 et 14 pour obtenir les 8 ovocytes escomptés<sup>30 31</sup>. Il ne faudrait pas se lancer dans cette procédure de prélèvement s'il y a peu de chances pour une raison ou pour une autre d'obtenir le nombre d'ovocytes utiles chez telle ou telle femme. D'où la nécessité d'adapter l'information délivrée et les conseils prodigués au cas par cas.

En termes de justice, Sylvie Epelboin a d'abord développé quelques éléments relatifs au féminisme et plaidé pour des changements nécessaires au sein de la société, à cet égard. En premier lieu, elle a évoqué la question de l'(in) égalité actuelle entre les hommes et les femmes. Elle a rapporté que l'autoconservation des spermatozoïdes était une indication médicale proposée facilement et fréquemment, dès qu'apparaissait une altération de la fertilité masculine. Alors pourquoi pas la même chose pour les femmes ? Ensuite, elle est revenue sur le débat féministe suscité par la proposition faite par Apple et Facebook à leurs salariées, de prendre en charge leurs frais d'autoconservation ovocytaire. Certains y voient une intervention positive de l'Etat ou des entreprises, a-t-elle dit, qui permet aux femmes de profiter de leur vie professionnelle dans un premier temps, tout en réalisant leur désir de maternité ultérieurement. D'autres, au contraire, dénoncent ce qui est pour

<sup>30</sup> Rienzi L., Romano S., Albricci L., Maggiulli R., Capalbo A. et al., Embryo development of fresh 'versus' vitrified metaphase II oocytes after ICSI: A prospective randomized sibling-oocyte study. *Human Reprod.*, 2010, 25 (1): 66-73.

<sup>31</sup> Ubaldi F., Anniballo R., Romano S., Baroni E., Albricci L., et al., Cumulative ongoing pregnancy rate achieved with oocyte vitrification and cleavage stage transfer without embryo selection in a standard infertility program, *Human Reprod.*, 2010, 25 (5) :1199-205

eux une mainmise sur les femmes et critiquent le fait que la société leur impose l'éternel choix entre vie professionnelle et maternité.

Sans prendre vraiment parti sur ce sujet, elle a enfin insisté sur la mesure essentielle pour elle : la création d'un grand plan global de prévention de la fertilité féminine, comme le propose le Manifeste de mars 2016 dont elle a été signataire. L'objectif de ce plan étant de mieux permettre aux femmes de concilier à la fois leur vie professionnelle, leur vie personnelle et leur éventuel projet d'enfant. La première mission de ce plan serait de mieux informer les femmes dont force est de constater que peu sont au clair sur la contraception, la baisse de la fertilité avec l'âge, ou encore la ménopause. Par ailleurs, un plan global de prévention de la fertilité féminine présenterait également un grand intérêt pour les professionnels, dont beaucoup, médecins généralistes, spécialistes, voire même gynécologues, mériteraient d'être remis à niveau, concernant les progrès de la connaissance notamment à propos de l'évolution de la fertilité avec l'âge. Le manque de connaissance à jour sur ces sujets est frappant, a-t-elle dit, à tous les niveaux, si bien que l'information transmise à l'ensemble des filles de toutes classes d'âge est plus qu'approximative. A son avis, une consultation automatique sur la fertilité devrait être instaurée. On la proposerait aux femmes autour de 30 ans pour les informer de la baisse de la fertilité liée à l'âge. Ce ne serait pas un « bilan fertilité », dans le sens médical du terme, mais l'occasion de sensibiliser au sujet de l'infertilité, d'évoquer les antécédents familiaux, le contexte (famille, projet d'enfant, âge de la ménopause de la mère, etc.). A partir de cette consultation, des mesures de préservation de la fertilité pourraient être envisagées. En effet si, malgré l'information sur l'horloge biologique de la fertilité, les femmes ne parviennent pas à mener à bien un projet d'enfant suffisamment tôt, une alternative devrait pouvoir leur être proposée, telle que l'autoconservation ovocytaire.

#### 5.4.3 - Argumentation économique

Sylvie Epelboin a indiqué que sa réflexion sur la question économique liée à l'autoconservation sociétale avait progressivement évolué, au cours des derniers mois. Auparavant, elle n'envisageait qu'une prise en charge complète par la Sécurité Sociale, avançant que cette prise en charge serait préférable à celle des FIV avec ovocytes « frais » chez des femmes de 38 ans, qui ont peu de chance de succès. Aujourd'hui, elle envisagerait que, dans l'hypothèse où l'autoconservation sociétale serait autorisée, la Sécurité sociale puisse ne pas en assurer totalement le coût. Elle ne prendrait en charge que ce qui concerne les consultations médicales et notamment la consultation sur la fertilité. L'intervenante s'est interrogée sur l'obligation qui incomberait à la société de prendre en charge « la réponse à l'angoisse existentielle de certaines femmes ».

Par ailleurs, selon elle, la fiabilité économique de la procédure doit nécessairement reposer sur l'assurance que les femmes ne reviendront utiliser leurs ovocytes qu'en cas d'indication médicale, notamment celle du vieillissement ovocytaire. En effet, elle considère qu'il faudrait éviter que les femmes n'utilisent leurs ovocytes à un âge où elles sont encore en mesure de procréer naturellement : il ne faudrait pas augmenter le recours à la PMA quand il n'est pas forcément nécessaire.

En ce qui concerne la pratique de l'autoconservation, elle a dénoncé le fait qu'elle génère souvent un « commerce » important dans les pays où elle est autorisée, en citant l'exemple de l'Espagne. En France, en effet, le coût d'une stimulation avec prélèvement d'ovocytes pour une femme de moins de 35 ans se situe entre 1500 et 1800 euros, ces frais comprenant 700-800 euros de stimulation, 600-700 euros de ponction et les frais d'hospitalisation de jour, ce qui est en effet bien moins cher que les chiffres évoqués par Cécile Gallo.

#### 5.4.4 - Faut-il encadrer par la loi l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ?

Sur ce point, Sylvie Epelboin a commencé par faire des remarques un peu critiques sur la loi de bioéthique en France, qui selon elle a installé une sur-réglementation qui va croissant depuis 1994 et reflète une crainte excessive de possibles dérives.

Pour elle, une loi serait effectivement nécessaire en matière d'autoconservation sociétale, ne serait-ce que pour encadrer l'âge d'accès à la technique et lui imposer une limite, ainsi que pour l'âge de réutilisation. Le prélèvement des ovocytes ne devrait pas, selon elle, être envisagé après 35 ans, car au-delà les chances de réussite sont trop faibles.

Elle est ensuite revenue sur la loi qui encadre aujourd'hui le don d'ovocytes, et notamment les décrets d'application de 2015, qui soumettent la possibilité d'autoconserver à un don préalable. Elle a rappelé que le gouvernement a été très clair à l'époque quant à son refus de permettre l'autoconservation pour raison sociétale. Mais dans le but d'inciter au don d'ovocyte, il a en réalité permis une certaine ouverture de l'autoconservation sociétale, sans la nommer, et selon des règles qui sont, d'après Sylvie Epelboin, contraires à l'éthique. Ainsi, par exemple, la situation actuelle ne permet pas aux femmes qui ont déjà eu un enfant d'autoconserver même si elles donnent leurs ovocytes. Par ailleurs, la question se pose en pratique avec ce dispositif de savoir s'il ne convient pas de proposer aux femmes une autoconservation plutôt qu'un don quand on s'aperçoit qu'elles répondent mal à la stimulation. La conclusion de l'intervenante est claire : le dispositif en question

est une atteinte à l'autonomie des femmes, qui doivent être libres de choisir ce qu'elles veulent faire de leurs ovocytes. D'après elle, cette méthode d'incitation au don n'est pas saine. Les jeunes femmes qui viennent donner sont en fait celles qui s'interrogent sur leur fertilité et dont le but réel est en fait d'autoconserver. Le législateur a donc ainsi promu un dispositif contraire à ses objectifs initiaux, qui permet l'autoconservation sociale de façon détournée, tout en l'interdisant formellement dans les textes.

## CHAPITRE 6

### UNE JOURNÉE DE DÉBAT PUBLIC

#### 6.1 - La liberté reproductive et les raisons du report de la maternité

Le débat a levé le mythe de la femme qui n'envisagerait une maternité qu'après la réalisation de ses objectifs professionnels, faisant passer cette ambition avant celle de fonder une famille.

L'argument de l'épanouissement professionnel, s'il est présent dans le discours des femmes, est en effet loin d'être l'unique moteur du report de la maternité. La revendication porte sur la liberté procréative, la liberté de programmer la grossesse et la vie de mère, au moment où on le souhaite, de pouvoir par exemple comme les hommes profiter de quelques années de vie d'adulte, ayant fini ses études et commencé à travailler, avant de s'engager dans une vie de famille. Certain(e)s personnes dans la salle se sont interrogées sur ce que pouvait bien vouloir signifier de « vouloir profiter de la vie avant d'avoir un enfant » et se sont demandé(e)s si c'était à la médecine de prendre en charge ces revendications d'épanouissement personnel. Mais les jeunes femmes présentes ont dans l'ensemble confirmé les résultats de l'étude : ce n'est pas tant l'épanouissement professionnel qui est important, que l'épanouissement personnel tout court, qui peut passer par un désir de se donner quelques années avant de s'engager dans un parcours de maternité. Par ailleurs, ont-elles dit, le report de la maternité est parfois lié à des causes indépendantes de leur volonté. Les femmes ne souhaitent pas avoir des enfants seules et le report de la maternité est parfois simplement dû à l'absence de partenaire, l'enfant est vécu comme un projet de couple, c'est cette dimension relationnelle qui a l'impact le plus important sur les choix des femmes en matière de vie reproductive, ont-elles dit. D'autres ont ajouté que l'engagement dans une vie de couple n'était pas toujours aussi durable qu'il l'était auparavant, et les désunions, avec ou sans recompositions familiale plus fréquentes, faisant que de nombreuses femmes encore célibataires repoussent leur projet d'enfant ou que des femmes engagées dans une seconde union veulent un enfant sur le tard avec leur nouveau compagnon. Au-delà des nouvelles conditions de la vie de couple, les femmes ont aussi fait état de la difficulté de certains hommes à s'engager dans un projet parental.

Il ressort de ces débats une confirmation des résultats de l'étude : si l'épanouissement professionnel est important, l'une des raisons au report de la maternité est la difficulté à rencontrer le bon partenaire pour un projet parental commun. Les femmes ne souhaitent pas avoir des enfants tardivement, ce sont leur parcours de vie qui les amène à repousser l'âge

de la maternité ; elles ne cessent pour autant de se poser à elles-mêmes des limites quant à l'âge auquel elles souhaitent élever un enfant. C'est au nom de cette liberté procréatrice qu'elles considèrent que la discussion publique sur l'autoconservation pour raison d'âge doit être ouverte, et son accès autorisé. Au titre de ce qu'elles ont appelé leur « double-peine » : la difficulté à rencontrer un conjoint, et, dans le cas où elle le rencontre tardivement, l'impossibilité d'avoir mis quelques chances de côté pour pouvoir avoir un enfant.

## 6.2 - L'autoconservation comme technique de prévention de l'infertilité, une mesure de Santé publique ?

Le débat a aussi abordé le rôle de la technique : l'autoconservation ovocytaire doit-elle être considérée comme une mesure de médecine préventive et soutenue comme une politique publique de ce fait ?

Les positions exprimées sur ce sujet ont été contrastées. Pour certain(e)s, la question qui se pose est celle de savoir si c'est « aux ovaires des femmes de s'adapter à la société ou à la société de s'adapter aux ovaires des femmes ». Pour d'autres, la question en termes de Santé publique, est celle du « destin du corps » : doit-on adopter une position fataliste et accepter son vieillissement ou tout faire pour essayer de contourner les lois biologiques concernant la fertilité des femmes ? Nombreux sont ceux qui se sont exprimés contre le terme « médecine de confort » ou « médecine de convenance » pour parler de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge. Ils préfèrent la considérer comme une mesure de médecine préventive comme une autre. Le problème essentiel est celui du vieillissement prématuré de la fonction ovarienne, en comparaison du reste du vieillissement, auquel il faut pouvoir proposer une forme de solution. Or, la technique de l'autoconservation, si elle n'est pas une assurance de parvenir à une grossesse ultérieure, permet aux femmes d'augmenter substantiellement leurs chances. Tant que les femmes repousseront l'âge de leur maternité, il est essentiel en tant que médecin et citoyen de les accompagner.

D'une façon générale, il a été considéré au cours de la discussion qu'il fallait aborder la question autrement qu'à l'aune du débat entre médical et non-médical. Il y a en réalité un continuum entre ce qui est de nature pathologique et ce qui relève de la convenance, ont conclu les uns et les autres.

Tous se sont en tout cas retrouvés sur un argument essentiel : celui de la nécessité de l'information. Cette information doit porter, tout d'abord, sur le déclin de la fertilité lié à l'âge. Certains ont proposé que soit mise en place une alerte systématique, comme

certaines campagnes de prévention contre les cancers du sein ou du colon, qui préviendrait avant 35 ans les femmes de la chute de leur fertilité. D'autres ont évoqué l'idée d'un grand plan de fertilité, visant à faire de l'information sur la chute de la fertilité avec l'âge une mission de prévention essentielle, comprenant un accès à des bilans de réserve ovarienne afin d'assurer un suivi et une information personnalisés pour chaque femme. Si l'accès à la technique venait à être ouvert, cette information personnalisée devrait aussi s'adapter à chaque femme en essayant d'anticiper sur les chances que la technique puisse lui être utile afin de ne pas créer de faux-espoirs à propos d'une technique qui serait présentée comme une « assurance » alors qu'elle n'en est pas une.

C'est en effet l'information, comme support indispensable d'un choix éclairé, qui a été le point d'orgue des débats. Mais si tout le monde a semblé s'accorder sur ce point, la question de son mode de délivrance est apparu compliquée.

Du côté des gynécologues, alors même qu'ils ont des contacts réguliers et privilégiés avec leurs patientes et qu'ils sont en théorie bien placés pour aborder des sujets tels que celui de la fertilité, un certain malaise s'est exprimé. En effet, plusieurs ont dit qu'ils craignaient d'avoir facilement une parole trop nataliste, que les patientes pouvaient ressentir comme une pression. D'autres ont ajouté qu'il n'était jamais facile de mettre en garde les femmes sur le déclin de leur fertilité et qu'avoir à leur proposer une forme de solution avec l'autoconservation ovocytaire pouvait être de ce point de vue intéressant. A l'inverse, d'autres gynécologues n'ont pas hésité à exprimer qu'ils considéraient de leur devoir d'informer, voire de réveiller leurs patientes en âge d'avoir des enfants si celles-ci ne semblaient pas conscientes de la chute de leur fertilité au fil du temps. Elles ont dit qu'elles n'hésitaient pas à être éventuellement « intrusives », jusqu'à même exercer une certaine pression lorsque leurs patientes en couple se donnent trop de temps pour envisager une grossesse. « Mon but est qu'une patiente ne vienne jamais me dire : je ne savais pas, vous ne m'aviez pas dit, je n'avais pas compris », a témoigné l'une d'elles.

Certaines jeunes femmes présentes, ainsi que des professionnels ont également prôné une information délivrée en dehors de la relation médecin-patient, une information plus générale, faisant partie de l'éducation des jeunes (au lycée, à l'université...), des informations en accès libre, permettant ainsi à tous, hommes et femmes, de recevoir cette information, sans pour autant la « subir » dans un rapport éventuellement culpabilisant.

Cependant, cet appel à plus d'information et de prévention ne résume pas l'intégralité des positions défendues puisqu'il est apparu que pour certains l'autoconservation, par ses impacts sur la société, comme sur l'environnement professionnel des femmes, ne

peut être considérée uniquement comme une mesure de Santé publique préventive et positive. Il convient d'être prudent, ont-ils dit, à l'égard de l'effet d'incitation que peut engendrer une certaine information sur des femmes jusque-là ignorantes de la technique. Par ailleurs, le décalage dans le temps entre la conservation des ovocytes et leur utilisation, ajouté au caractère incertain de cette utilisation, empêche de réduire la technique à une simple mesure de médecine préventive, comme une autre, ayant pour objet d'éviter l'apparition d'une pathologie.

### **6.3 - Les enjeux sociétaux d'une éventuelle ouverture de l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge**

Sur ce point, les positions sont aussi apparues contrastées au cours du débat. Certains ont argumenté que la généralisation de l'accès à la technique irait à l'encontre d'une conception du bonheur pour l'individu compris comme un « tout ». Ce « tout » suppose pour celles qui ont le souhait de devenir mère, de s'accomplir de façon conjointe et concomitante, tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. A cet égard, l'autoconservation d'ovocytes pourrait être vécue comme une incitation à morceler sa vie, et à distiller dans la société l'idée que l'épanouissement dans la vie familiale et la vie professionnelle ne peuvent se réaliser de manière simultanée. Plutôt que d'inciter à ce report de maternité, ont dit ceux-là, le message qui doit être véhiculé par la société est la nécessité d'avoir des enfants plus tôt, avant la chute de la fertilité.

La principale réaction à cette position, depuis les femmes présentes dans la salle autant que depuis les professionnels, a été de dénoncer les carences des politiques publiques actuelles, en ce qu'elles ne permettent pas aux femmes de concilier aisément vie professionnelle et maternité. Beaucoup se sont entendus pour faire le constat que de manière générale les femmes non-diplômées ont des enfants plus tôt que les autres. Il convient donc de s'interroger sur ce que la société met en place (politique de revenus, crèches, etc.) pour aider les femmes diplômées - qui sont les plus susceptibles d'avoir recours à l'autoconservation pour raison d'âge - à concilier ces deux aspects de leur vie. Il existe un vrai blocage dans la société à toute réflexion pratique et utile sur ces questions, a estimé une participante. Les médias ne diffusent que des informations paniquantes et affolantes sur la question de l'horloge biologique. Il faudrait informer autrement et positivement sur l'articulation vie privée et vie professionnelle.

En ce qui concerne l'impact de l'autorisation de l'autoconservation pour raison d'âge sur les structures familiales de la société, certains ont craint qu'elle ne génère un « choc

générationnel » si le statut de grand-mère disparaissait peu à peu du fait des grossesses tardives. L'inquiétude a porté également sur la fatigue des parents s'ils deviennent plus âgés et n'ont plus suffisamment d'énergie pour s'occuper d'enfants. Sur ce même point des conséquences sociétales que pourrait avoir l'ouverture de l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge, certains, tout en soulignant qu'ils défendent la liberté absolue des femmes sur leur vie reproductive, ont néanmoins suggéré qu'une telle médicalisation de la grossesse serait susceptible d'induire des mutations sociales importantes. « Cette technique, si elle devenait accessible à toutes ne manquerait pas de provoquer une véritable révolution anthropologique », a ainsi affirmé l'un des philosophes présents dans la salle.

Enfin, à propos des inégalités entre hommes et femmes en matière de reproduction, le débat s'est orienté sur les différences entre autoconservation des ovocytes et autoconservation de sperme. En effet, certains professionnels ont fait état d'une réelle discrimination à l'encontre des femmes sur ce point, puisqu'elles n'ont pas accès à l'autoconservation d'ovocytes, sauf indication médicale, tandis que la pratique en matière l'autoconservation de sperme est plus souple. Bien que d'autres spécialistes de la conservation des gamètes se soient défendus d'une possibilité d'accès des hommes à l'autoconservation de sperme hors raison médicale, les débats ont mis en évidence une assez grande facilité d'accès à cette dernière. L'exemple de la proposition systématique de conservation de sperme avant vasectomie volontaire est éloquent de cette discrimination opérée envers les femmes, ont ajouté certains. La question du report de la paternité n'est pas considérée comme un obstacle pour les hommes, et il semble donc discriminant de l'opposer aux femmes, au-delà de la question des différences biologiques entre hommes et femmes en matière de fertilité.

#### 6.4 - La question de la prise en charge par la Sécurité sociale

Les différents intervenants professionnels, qu'ils soient issus du milieu de l'AMP ou qu'ils soient gynécologues, ont insisté sur cette question, qu'ils ont estimée cruciale. Ils ont rappelé que jusqu'ici les questions économiques n'ont jamais été déterminantes dans les débats qui ont conduit à l'autorisation des autres techniques d'AMP. Mais l'accès à ces techniques n'a été autorisé jusqu'à maintenant que pour raison médicale. La question se pose pour l'autoconservation pour raison d'âge, parce qu'il est difficile de statuer pour savoir si elle relève ou non d'une indication médicale. C'est pourquoi le débat sur la question de savoir s'il s'agit d'une mesure médicale préventive, équivalente à d'autres prises en charge par la Sécurité sociale, ou si c'est une mesure qui doit être appelée sociétale ou de « convenance », plutôt que médicale est importante.

Par ailleurs, d'autres dans la salle ont souligné que ce débat était une bonne occasion de s'interroger sur l'utilisation des deniers publics, qui ne sont pas illimités. Pour d'autres encore, l'argument économique devrait rester secondaire et ne pas « polluer » le débat sur la question de savoir s'il faut légaliser ou non l'autoconservation pour raison d'âge. Certains, enfin ont exprimé la crainte qu'autorisation vaille remboursement et fasse dès lors croître la demande. Il a aussi été noté que les innovations médicales finissent toujours par être prises en charge par la Sécurité sociale et qu'au demeurant, certaines mutuelles pourraient avoir intérêt à encourager des femmes jeunes et en bonne santé à y recourir en proposant une couverture de frais.

Cet aspect du débat met en lumière la philosophie sous-jacente aux décisions de prise en charge par la solidarité nationale, a-t-il été souligné : en fait, la décision de financer un acte, ou non, par la Sécurité sociale le détermine comme relevant, ou non, du médical et non l'inverse, elle légitime l'accès à une technique, et il semble discriminant d'autoriser l'accès à une technique sans en assurer une prise en charge pour tous. Or, la particularité de l'autoconservation ovocytaire est qu'elle intéresserait plus spécifiquement une population plutôt financièrement favorisée, celle des femmes ayant fait des longues études et/ou ayant un haut niveau socio-professionnel.

### 6.5 - Autoconservation contre don

Une femme dans la salle a évoqué son expérience. Jeune et encore sans enfant, elle a répondu à l'appel à candidature de l'Agence de la biomédecine en faveur du don d'ovocytes, en précisant qu'elle souhaitait non seulement donner mais aussi pouvoir dans le même temps conserver pour elle-même, ainsi que c'est maintenant autorisé par la modification législative récente. Malheureusement, la stimulation qu'elle a subie a abouti à un nombre d'ovocytes disponibles insuffisant pour à la fois donner et autoconserver. Les professionnels n'ont pas eu d'autre solution que de lui proposer une deuxième stimulation, afin qu'elle puisse obtenir des ovocytes à conserver pour elle-même ; pour cette deuxième stimulation, les doses de traitement ont été augmentées pour s'assurer d'obtenir une réponse satisfaisante, ce qui a été le cas, mais au prix d'importants effets indésirables d'hyperstimulation. Chemin faisant, la jeune femme s'est rendue compte qu'elle avait nettement manqué d'information avant de faire son choix. Elle s'est ensuite demandée, par exemple, si le fait d'avoir maintenant ce capital d'ovocytes en réserve n'allait pas changer des choses importantes pour elle.

Au cours de cette journée, les professionnels de santé ont unanimement dénoncé le

chantage fait aux femmes par cette option autoconservation contre don, qui conduit manifestement à des effets très négatifs, comme ceux vécus par la jeune femme ayant raconté son expérience. Pour eux, il est essentiel de ne pas mélanger les motivations des femmes. Il faut permettre à celles qui veulent autoconserver en donnant de le faire, mais également permettre une autoconservation sans don.

Ont ensuite été évoquées les implications psychologiques du don d'ovocyte. Elles sont en effet importantes à prendre en considération. Le témoignage d'une femme dans la salle ayant récemment réalisé une autoconservation en Belgique a mis en évidence que, si l'autoconservation lui paraissait évidente, comme un droit des femmes, ne posant pas de problème éthique car n'impliquant qu'elle-même, plus d'interrogations lui sont venues à l'heure de se demander ce qu'il adviendrait de ses ovocytes non-utilisés à l'issue du délai de dix ans, notamment sur la question de les donner ou non

#### 6.6 - Le recours au don d'ovocyte

Les résultats de l'étude à propos des femmes du Groupe 3 ayant eu recours à un don d'ovocyte pour avoir un enfant du fait de leur âge ont suscité plusieurs questions et échanges controversés.

Plusieurs personnes présentes se sont montrées surprises par le constat de la recherche qui faisait état d'un vécu assez difficile par ces femmes de l'ensemble de leur parcours. Ce n'était pas, ont-elles dit, leur expérience du don d'ovocyte. Mais probablement ne s'agit-il pas des mêmes patientes. Il est possible que le vécu de la procédure soit assez radicalement différent si le recours au don se fait plus jeune, et qu'il est motivé par une infertilité pathologique.

Par ailleurs, il est vrai que le recours au don d'ovocytes n'est pas anodin et suppose de prendre le temps nécessaire pour que la receveuse ait le temps de faire le deuil d'une grossesse génétiquement liée. Ce n'est pas toujours le cas pour les femmes qui y ont recours à l'extrême limite d'un parcours d'AMP de plusieurs années, ayant enchaîné plusieurs tentatives et échecs successifs. La décision de recours au don se fait alors souvent rapidement, dans la foulée du dernier échec, sans que la femme ne prenne toujours le temps de mesurer que c'est une aventure nouvelle qui s'engage. Plusieurs professionnels dans la salle ont insisté sur ce point, disant que le don d'ovocyte ne saurait être présenté comme une solution facile et qu'il mérite un accompagnement long et attentif. L'une d'elles, spécialiste de ces suivis, a saisi cette occasion pour redire son inquiétude que

l'autoconservation ne devienne de la même manière une proposition rapidement faite par les professionnels, comme une réponse technique et purement médicale à une question qui ne l'est pas : la difficulté exprimée par les jeunes femmes d'aujourd'hui de rencontrer un partenaire avec qui fonder famille.

## CHAPITRE 7 CONCLUSION

Camille Froidevaux-Metterie, chercheuse en sciences politiques

Au cours de cette passionnante journée à propos de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge un mot n'a curieusement jamais été prononcé, ce mot c'est féminisme. Pourtant, par-delà ses dimensions éthiques et sociales, le sujet résonne fortement avec les grands thèmes féministes. On pourrait même avancer qu'il concentre une bonne part des problématiques auxquelles les militantes et les théoriciennes de l'égalité entre les sexes sont aujourd'hui confrontées. Ce dont il est question en effet, c'est de la liberté des femmes de contrôler leur corps, une liberté conquise par les féministes de la Deuxième vague qui en ont fait le socle de leur projet de libération des femmes. Ce combat fondateur a ouvert un horizon totalement inédit à l'échelle de l'histoire humaine : la maternité a cessé d'être un « destin » pour s'affirmer comme un choix. Or, comme l'a souligné le Pr René Frydman, l'autoconservation ovocytaire constitue précisément la dernière possibilité offerte aux femmes d'« intervenir sur leur propre destin ». Autrement dit, y réfléchir, c'est envisager les éventuelles limites que nous pourrions poser à cet immense acquis du féminisme que constitue la maîtrise par les femmes de leur potentialité maternelle.

On ne mesure pas toujours très bien les conséquences de la révolution contraceptive des années 1970. La loi Neuwirth de 1967 autorisant la contraception et la loi Veil de 1975 dépénalisant l'avortement ont l'une et l'autre enclenché ce qu'il ne faut pas craindre de caractériser comme une véritable mutation anthropologique : après des millénaires de soumission à leur nature procréatrice, les femmes se sont vues donner les moyens d'un pouvoir de contrôle sur leurs corps sans précédent. De destin subi qu'elle était, la maternité s'est transformée en simple potentialité ; pour la première fois dans l'histoire, les femmes ont pu se projeter dans un avenir sans enfants. Car ce n'est pas seulement la possibilité de décider du moment de la grossesse qui leur a été offerte, c'est aussi la légitimité du non-désir d'enfant qui a été implicitement reconnue. Le lien établi de façon immémoriale entre enfantement et existence féminine a ainsi été rompu et c'est la définition même de ce que c'est que d'être une femme qui s'en est trouvée bouleversée.

Le moment où nous sommes de l'évolution des sociétés occidentales se caractérise ainsi par l'avènement d'une condition féminine totalement inédite. Outre leur contribution majeure à l'affranchissement des femmes vis-à-vis des diktats biologiques, les féministes ont également participé d'une profonde transformation de notre monde commun. En s'attachant à extirper les femmes de leur enfermement domestique et en œuvrant à faire d'elles des hommes comme les autres, dans le monde du travail notamment, elles ont mis fin à la hiérarchisation sexuée du vivre-ensemble qui cantonnait les femmes dans la sphère

privée et réservait la sphère publique et sociale aux seuls hommes. Ce ne sont plus deux mais désormais trois ordres qui s'articulent, le public-politique, le privé-social et l'intime-familial, trois ordres au sein desquels les femmes et les hommes possèdent la même légitimité et peuvent nourrir les mêmes aspirations. Reconnues comme des individus de droits, les premières ont pu investir massivement la société, dans tous les domaines et à tous les échelons. Mais en s'engageant ainsi dans le monde, elles n'ont pas pour autant cessé d'assumer les responsabilités et de jouir des gratifications de leur existence intime, qu'elle soit amoureuse, sexuelle et/ou maternelle. Autrement dit, c'est en surimposant leur nouveau statut social à leur ancien statut domestique que les femmes ont conquis leur place dans la modernité devenant des individus simultanément privés et publics<sup>32</sup>.

La condition féminine contemporaine est ainsi une condition duale placée sous le signe de la liberté. Qu'il s'agisse de leur vie professionnelle ou de leur vie privée, les femmes sont placées face à une pluralité de choix inédite. Nous n'ignorons évidemment pas les obstacles qui continuent de se dresser devant elles dans le monde du travail, perpétuant des inégalités criantes ; nous n'oublions pas non plus que le parcours familial et social de nombreuses femmes s'avère synonyme de discriminations. Ce qui nous importe ici, c'est de repérer cette transformation décisive que représente l'ouverture des possibles dans le domaine social et, plus largement, l'ouverture des possibles dans tous les domaines de l'existence. Pour ce qui concerne la conjugalité par exemple, le mariage ne constitue plus la seule option de vie commune, loin s'en faut. Dans la vie amoureuse et sexuelle, là aussi, les normes ont profondément changé, permettant aux femmes de vivre une pluralité d'expériences sans subir l'opprobre sociale. Quand il est question de maternité, les choses se compliquent toutefois un peu. La liberté qui caractérise la condition féminine rencontre là en effet une résistance d'un genre particulier qu'il faut éclairer.

L'accès des femmes à un accomplissement professionnel longtemps réservé aux hommes a modifié la temporalité de leur existence intime. La réalisation de soi dans la sphère sociale constitue un objectif qui concourt à faire reculer le moment de la mise en œuvre d'un projet parental. Les raisons en sont bien connues : allongement de la durée des études, multiplication des relations amoureuses, installation en couple différée, attente de la stabilité professionnelle, tous ces éléments expliquent que l'âge moyen au premier enfant soit aujourd'hui de 28,5 ans pour les femmes, soit 4,5 de plus qu'en 1974<sup>33</sup>. Et si 5% des nouveau-nés ont une mère de 40 ans ou plus, soit la même proportion que dans les années 1950, plus du quart de ces maternités tardives concernent des premiers enfants (26% contre 12% dans les années 1960<sup>34</sup>). Considérant que la fertilité décroît avec l'âge et que cette donnée est une forme d'invariant anthropologique, on saisit immédiatement que la maternité puisse apparaître comme un « problème ». Passé le cap des 30 ans, les capacités fertiles diminuent avec les années, ce qui se traduit par une baisse exponentielle

<sup>32</sup> Nous nous permettons de renvoyer à l'ouvrage dans lequel nous développons cette thèse, Camille Froidevaux-Metterie, *La révolution du féminin*, Paris, Gallimard, 2015.

<sup>33</sup> INSEE Première n° 1642, 27/03/2017.

<sup>34</sup> Vanessa Bellamy, « En 2015, un nouveau-né sur vingt a une mère de 40 ans ou plus », INSEE Focus n° 64, 29/09/2016.

des chances de conception et par un risque augmenté de fausse-couche<sup>35</sup>. Le taux de fécondité des Françaises suit donc logiquement une courbe décroissante avec l'âge<sup>36</sup>.

Parallèlement, et c'est ce qui nous ramène à la question de l'autoconservation ovocytaire, les évolutions juridiques, sociologiques et scientifiques nourrissent l'illusion d'une toute-puissance procréatrice. Après l'étape négative de la révolution procréative, celle qui a permis aux femmes de refuser la maternité, nous sommes entrés dans la phase positive de cette révolution, celle qui autorise les individus des deux sexes à affirmer leur désir d'enfant quel que soit leur mode de conjugalité, leur sexualité et, de plus en plus, leur âge. Aujourd'hui, vouloir un enfant ce doit être pouvoir l'avoir, le seul fait de le désirer légitimant toutes les démarches entreprises en ce sens. Si on laisse de côté la question des revendications émanant des couples homosexuels ou lesbiens en matière d'homoparentalité, il reste l'aspiration massive des femmes à une maternité choisie de part en part, c'est-à-dire s'insérant dans un parcours de vie où les étapes de la vie professionnelle ont acquis une place prépondérante. Les avancées de la science et l'idéalisation médiatique de la maternité tardive ont renforcé l'idée que la maîtrise de la capacité procréatrice ne rencontrait quasiment plus aucune limite. Or, et c'est une évidence bien connue du monde médical, la biologie de la reproduction impose des limites difficilement franchissables au désir d'enfant. La liberté procréative demeure en réalité une liberté sous forte contrainte.

L'autoconservation ovocytaire est une réponse à ce défi d'une liberté sous contrainte puisqu'elle permet de surmonter l'obstacle du déclin ovarien avec l'âge, mais elle est aussi un révélateur, le révélateur de ce qu'il existe un « temps des femmes », celui que leur impose la périodicité et la limitation de leur fertilité. Ce temps n'est pas cyclique mais bien au contraire tragiquement linéaire, situé entre les deux bornes que représentent la puberté à un bout et la ménopause à l'autre. Entre les deux, une période déterminée durant laquelle les femmes peuvent porter des enfants, avec une chance de moins en moins grande à mesure qu'elles vieillissent. Pour employer les mots adéquats, ceux de Françoise Shenfield, il convient de parler du potentiel reproductif des femmes et des possibilités qui leur sont offertes désormais de le maximiser, étant entendu qu'elles disposent d'une autonomie en la matière qui doit être respectée comme un acquis des luttes féministes. Telles sont les données que nous devons tenir ensemble lorsque nous réfléchissons aux enjeux éthiques et sociétaux de l'autoconservation ovocytaire : d'une part, ce que Sylvie Epelboin appelle la « désespérante stabilité de l'âge procréatif » et, d'autre part, la reconnaissance de la liberté nouvelle des femmes en matière de reproduction.

Nous ne pouvons à ce stade que dessiner quelques perspectives et faire quelques suggestions. Le point qui nous paraît le plus important, après avoir écouté les divers

<sup>35</sup> On estime qu'une femme de 30 ans a 75% de chances d'être enceinte en 12 mois, 66% si elle commence à 35 ans et 44% à partir de 40 ans, la probabilité de ne pas y parvenir du tout étant respectivement de 8%, 15 % et 36%, in « La baisse de la fertilité avec l'âge », INED, Note d'analyse, 2016.

<sup>36</sup> 11,5 naissances pour 100 femmes de 25-29 ans, 12,9 pour les 30-34 ans, 7 pour les 35-39 ans et 0,8 pour les 40-50 ans INSEE, Chiffres-clés, 17/01/2017.

spécialistes du sujet, c'est celui de l'information. En dépit d'un accès supposé facile et dense aux données concernant la reproduction, les jeunes femmes ne savent pas grand-chose du déclin de la fertilité avec l'âge et ont encore moins de connaissances relatives à la notion de « réserve ovarienne ». Comme l'a souligné Cécile Gallo, il faut sans cesse leur rappeler les chiffres : à 25 ans, une femme a 25% de chances par mois d'être enceinte, à 35 ans ce taux tombe à 10%, il n'est plus que de 5% à 40 ans et de 1% à 45 ans. Quant à la probabilité de mener une grossesse à son terme suite à une FIV, elle obéit à la même courbe descendante : 42% pour les moins de 35 ans, 32% pour les 35-37 ans, 23% pour les 38-39 ans, 13% pour les 40-42 ans, 5% pour les 43-44 ans et 2,7% pour les plus de 45 ans. Si on ajoute à cela le fait que l'âge moyen de recours à un don d'ovocyte est de 41 ans, on comprend que les demandes d'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge aient été multipliées par 5 depuis 2007.

La nécessité d'apporter aux jeunes femmes une information complète et fiable relative aux conditions dans lesquelles elles peuvent envisager un projet d'enfant s'impose d'évidence. Or c'est une question qui ne mobilise que très peu dans le champ féministe, la maternité étant considérée comme un sujet intime ne nécessitant pas de débat public. Pour avoir été longtemps synonyme d'infériorisation des femmes et d'enfermement domestique, la potentialité maternelle n'est que marginalement envisagée. À se demander si nous ne sommes pas encore sous l'influence de l'interprétation faite par Simone de Beauvoir de la maternité : une insupportable aliénation qui prive les femmes de l'accès à la condition libre de sujet... Il est temps de tourner la page et de réinvestir la thématique de l'enfantement en nous débarrassant de ce prisme négatif pour le remplacer par l'interprétation qui fait de la procréation une liberté fondamentale. Publiciser les discussions relatives à l'autoconservation ovocytaire permettra non seulement de lever les résistances que cette technique suscite spontanément, elle contribuera aussi à développer la réflexion sur la question maternelle dans sa globalité.

Il s'agit de faire entendre la voix de ces premières générations de femmes émancipées qui se trouvent à devoir subir les conséquences inattendues et impensées de la révolution féministe. Nous ne connaissons pas encore très bien les motivations de celles qui font aujourd'hui le choix d'une vitrification de leurs ovocytes dans la perspective d'une grossesse future. Ce que nous savons, et que nous avons appris à l'occasion de cette journée-débat, c'est que l'aspiration à une vie de couple précède et même dépasse l'aspiration à la maternité. L'immense majorité des femmes ayant recours à l'autoconservation ovocytaire sont célibataires au moment où elles effectuent la démarche, mais elles ne le sont généralement plus quand elles enclenchent le processus de décongélation et de fécondation. Quoi qu'il en soit de leur situation, nous devons apprendre à mieux accompagner les femmes qui font l'expérience de la liberté tout en continuant de subir

les impératifs de la nature.

L'autoconservation ovocytaire permet de transformer la potentialité maternelle en possibilité maternelle. Elle met en acte, elle réalise – au sens premier du terme – la liberté abstraite qu'ont les femmes de choisir le moment de leur grossesse. L'argument qu'il convient de mettre en avant dans ce débat me semble ainsi être celui de l'ouverture des possibles procréatifs, dans l'infinie complexité des situations singulières qu'il recouvre, c'est-à-dire aussi jusqu'à la fermeture des possibles, jusqu'au deuil de l'enfant non né. Toute femme doit pouvoir se voir donner la possibilité d'aller jusqu'au bout de son désir d'enfant et cela simplement parce qu'il est devenu pensable (et possible) de préserver son potentiel reproductif en vue d'une maternité tardive. Mais nous devons également intégrer les hommes à cette réflexion, parce qu'ils participent eux aussi des évolutions consécutives au grand tournant féministe.

Les nouvelles générations ne souscrivent plus à l'ancien modèle qui accordait la primauté à l'accomplissement social, elles font montre d'une aspiration inédite à un meilleur équilibre des temps. Nous assistons ainsi à un mouvement de déspecialisation des rôles : faire des enfants et les éduquer n'est plus une prérogative spécifiquement féminine. Le terme de « parentalité » indique bien d'ailleurs que le projet d'enfant n'est plus l'exclusivité des femmes et qu'elles le partagent désormais avec les hommes. La parentalité est un projet qui se pense et se mène à deux dans le respect des parcours professionnels de l'une et de l'autre. Ce processus de convergence des genres qui voient les femmes et les hommes assumer conjointement les versants privé et public de leurs existences doit être intégré dans la réflexion sur la recomposition des possibles procréatifs. Les maternités tardives sont aussi des paternités tardives.

L'autoconservation ovocytaire renvoie donc à un autre enjeu féministe que celui de la liberté, il signale l'importance nouvelle que revêt l'égalité des femmes et des hommes face au projet parental. En un mot, cette technique apparaît comme le moyen d'une égalisation des conditions procréatives. Le fantasme masculin d'une paternité perpétuelle parce que non limitée par une transformation biologique brutale s'en trouve ébranlé. Surtout, les femmes se voient enfin offrir la possibilité de vivre leur vie sociale aussi pleinement que les hommes tout en ne sacrifiant pas leur potentialité maternelle. C'est évidemment un progrès encore limité à celles qui ont les moyens de s'engager dans une telle démarche, mais il faut espérer que ce n'est que la première étape d'un processus de prise en charge globale et précoce des aspirations féminines à la maternité.





ISBN : 979-10-96174-01-0

EAN : 9791096174010

MAQUETTE ET MISE EN PAGE

Staminic - [www.staminic.com](http://www.staminic.com)

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Amina Houmed

Cynthia Le Bon

Achévé d'imprimer sur les presses de Moutot à Montrouge, Juillet 2017



# L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE POUR RAISON D'ÂGE :

Y A-T-IL DES ARGUMENTS ÉTHIQUES  
POUR L'INTERDIRE ?

Y-a-t-il des raisons éthiques d'interdire l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge ? Selon l'ensemble des contributions, nombreuses, pluridisciplinaires, nationales et internationales, contenues dans cet ouvrage, et surtout l'avis des femmes les premières concernées que nous avons rencontrées dans le cadre d'une étude spécialement diligentée à cet effet, la réponse à cette question est très majoritairement non : il n'y a aucune bonne raison éthique d'interdire, d'autant plus que d'autres techniques d'assistance médicale à la procréation sont depuis longtemps autorisées, alors même qu'elles entraînent une rupture entre filiation et lignée génétique. Cette brochure conclut aussi qu'à l'inverse, il y a au moins deux bonnes raisons éthiques d'autoriser l'accès à l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge : (1) elle va dans le sens d'une plus grande liberté reproductive, aujourd'hui reconnue comme une valeur fondamentale; (2) elle réduit le risque de subir des parcours d'AMP tardifs, longs, pénibles, et fréquemment soldés par des échecs ou par un ultime recours au don d'ovocyte, souvent vécu comme une épreuve supplémentaire dont on se serait bien passé. Enfin, plusieurs de nos contributeurs, dont Camille Froidevaux-Metterie, chercheuse en sciences politiques et grand témoin de notre journée de débat public sur le sujet d'il y a quelques mois, avancent qu'il y a une troisième bonne raison, anthropologique cette fois, de ne pas interdire l'accès à cette technique, qui tient à ce qu'elle nous révèle du souhait d'émancipation progressive des femmes vis-à-vis de leur condition féminine, jusque là vouée à la maternité.

Reste une question non résolue, posée par une éventuelle ouverture de l'accès à cette technique, qui peut apparaître secondaire à première vue, mais ne l'est probablement pas tant que cela : celle de savoir si elle doit être prise en charge financièrement par la Sécurité sociale. La réponse à cette question va bien au delà des enjeux économiques qui y sont associés et des limites de la solidarité nationale ; elle risque de remettre en cause les fondements de notre système de soins d'une part, et le bel ordonnancement de la loi de bioéthique d'autre part.

CENTRE D'ÉTHIQUE CLINIQUE  
HÔPITAL COCHIN

tél. 01 58 41 22 33 • [www.ethique-clinique.com](http://www.ethique-clinique.com)

e-mail : [ethique.clinique.cch@aphp.fr](mailto:ethique.clinique.cch@aphp.fr)



ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

fonds de dotation

*agnès b.*