HAL
archives-ouvertes.fr

Essai sur le don d'ovocytes : questionnements éthiques dans le monde d'aujourd'hui

Betty Chevallier

To cite this version:

Betty Chevallier. Essai sur le don d'ovocytes : questionnements éthiques dans le monde d'aujourd'hui. Ethique. Université Paris Sud - Paris XI, 2011. Français. NNT : 2011PA11T104 . tel-00804321

HAL Id: tel-00804321

https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00804321

Submitted on 25 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS XI

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

ANNÉE 2011

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS XI

Champ disciplinaire : Ethique, Sciences, Santé, Société

Ecole Doctorale ED 400, Savoirs Scientifiques, Paris VII

Présentée par Betty CHEVALLIER

Soutenue le 19 Décembre 2011

Essai sur le DON D'OVOCYTES

Questionnements éthiques dans le monde d'aujourd'hui

JURY

Pr Dominique Le LANNOU	Université Rennes I	Rapporteur 1
Pr Pierre BOITTE	Université Catholique Lille	Rapporteur 2
Dr Monique BYDLOWSKI	Inserm	
Mme SEBAG-DEPADT Valérie	Université Paris XIII	
Pr Emmanuel HIRSCH	Université Paris XI	
Dr Jean-Marie KUNSTMANN	Hôpital Cochin	
Pr Pierre JOUANNET	Université Paris V	Directeur

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont offert un cadre indispensable à la réalisation de ce travail. Je pense au CECOS de Cochin qui m'a largement ouvert ses portes et plus précisément à Pierre Jouannet qui m'a accompagnée dès mes débuts, à Jean-Marie Kunstmann, Céline Chalas et beaucoup d'autres en qui j'ai trouvé des amis dynamiques.

De même, je remercie toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, suivi cette étude. Je pense particulièrement à tous les membres de « notre équipe » de travail à l'hôpital Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, aussi bien celle de PMA que celle d'orthogénie !

Je m'adresse aussi à toutes ces femmes « donneuses d'ovocytes » qui ont compris l'enjeu de ce travail et à toutes ces femmes « receveuses » ainsi qu'à leur conjoints car c'est bien grâce à eux que ces recherches ont pu aboutir.

J'espère que ce travail permettra de découvrir celles qui, dans l'ordinaire d'une vie, donnent leurs ovules et surtout qu'il apportera une meilleure compréhension de leur geste pratiqué dans l'anonymat, la modestie et le silence. Je souhaiterais aussi qu'il apporte une pierre d'angle à la souffrance de ces couples qui ne peuvent procréer sans l'aide d'une autre. Enfin, de cette étude peut naître deux intérêts majeurs : le premier est pour le débat continuel sur les lois de bioéthique et leur révision ; le second est pour l'Agence de biomédecine dont une des missions est de promouvoir l'information du don de gamètes.

Ma pensée s'adresse enfin à mes enfants et mon mari qui m'ont soutenu ainsi qu'à mes ami(e)s qui ont régulièrement assuré ma détente et mon bien-être…

Flyer de l'association *enfant KDO*- 201

Table des matières

CHAPITRE 1 : ENGENDRER AVEC TIERS DONNEUSE ET LA TENSION MORALE QUE CET ACTE PRODUIT 22

I. HISTORIQUE 22

A. Des changements dans nos comportements 22

1) Entre hier et aujourd'hui 22

2) L'entreprise *désir d'enfant* 24

3) Jusqu'à quel âge ? 27

B. De l'invisibilité à la visibilité de l'embryon 28

1) L'apparition de l'embryon 28

2) Le Pouvoir-agir sur l'embryon 29

3) L'aide à la stérilité 30

C. De la procréation médicalement assistée (PMA) ou assistance médicale à la procréation (AMP) au don d'ovocytes 31

1) Historique 31

2) Don d'ovocytes : une nouvelle technique procréative 32

3) Des questionnements éthiques 34

D. « L'acte de naître » ou la médicalisation de nos existences 34

1) De la naissance à deux 34

2) De la naissance avec la médecine 35

3) De la naissance à trois 36

E. Commentaires 37

II. DESIR D'ENFANT 37

A. Les désirs et les non-désirs d'enfants **37**

1) Un désir social 37

2) Un désir mystérieux 39

3) Un désir pour une Autre 41

B. Le don d'ovocytes s'adresse t-il à des femmes *particulières* ? **41**

1) L'enfant qui ne vient pas 41

2) Un inconscient collectif 43

3) Des confidences de femmes 44

4) Une dette de vie 47

C. Le « Magnificat de la mère et de son enfant » **49**

1) Un duo fusionnel 49

2) L'adultère ovocytaire 50

3) Conséquences sur le développement de l'enfant avec tiers donneur 51

D. Les enfants ne font pas le bonheur **52**

1) Etudes 52

2) Des illusions et des ambiguïtés 52

E. Le désir n'est pas un droit **54**

1) Sur le plan juridique 54

2) Sur le plan éthique 54

F. Commentaires **54**

III.* LE DON D'OVOCYTES COMME « *MANIERE NOUVELLE D'ENGENDRER DES ENFANTS » ? **56**

A. De la nécessité des lois **56**

1) Règles et principes 56

La technique précède la réflexion. Cette observation générale s'applique aussi pour le don d'ovocytes. La pratique du don a commencé, en France, à se pratiquer en mode direct, sur une petite échelle de cas. Il suffisait d'amener « sa donneuse ». C'est ce que m'a confié R. Frydman. Très vite, il a fallu légiférer car la demande d'une AMP est devenue croissante. La promulgation des lois de bioéthiques relatives au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, lois n. 94-653 et n. 94-654 du 29 juillet 1994, a répondu par un encadrement de cette pratique reposant sur : 56

L'article 16 du Code Civil 56

« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. » 56

« Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »....56

2) Le *« mieux* disant éthique » 58

3) Les contestataires de cette pratique.....59

B. Comment se déroule le don d'ovocytes en France.....66

1) Définitions 66

2) Du coté des couples bénéficiaires.....67

3) Du coté des candidates pour un don d'ovocytes.....67

La femme consentant à donner ses ovocytes doit être jeune – un accord implicite pour de nombreux centres est moins de 35 ans – fertile, et en bonne santé. La version de la loi de 2004 prolongeant celle de 1994 exige qu'elle ait déjà procréé (point qui vient de changer depuis juillet 2011) et que si elle vit en couple, elle obtienne le consentement de son partenaire recueilli par l'équipe médicale à l'issue d'entretiens spécifiques. 67

4) Les différentes étapes du don d'ovocytes en général 70

5) Quels sont les risques de santé pour les femmes donneuses ?.....72

6) Quels sont les risques de santé pour les femmes receveuses ?.....74

C. Le don d'ovocytes et ses résultats 76

1) Résultats de grossesse 76

2) Les indications.....77

3) L'activité des centres : 78

4) La répartition de l'activité : 79

5) Le prix de revient 80

6) Quelques propositions de prise en charge 81

D. Une controverse : idéal ou désarroi 84

1) Un désarroi 84

2) Développement d'un tourisme procréatif 85

3) THE ESHRE TASK FORCE STUDY 92

4) Des difficultés 93

E. Commentaires, réflexions et questions inspirées par l'analyse de la situation actuelle ayant guidé la recherche 94

CHAPITRE 2 : ENQUÊTE AUPRÈS DES DONNEUSES D'OVOCYTES EN FRANCE 100

I. ETUDE QUANTITATIVE AUPRES DE 50 FEMMES FRANÇAISES AYANT FAIT UN DON DE LEURS OVOCYTES AU COURS DE L'ANNEE 2007-2008 100

CETTE ETUDE A INVITE LES DONNEUSES D'OVOCYTES DU CENTRE D'AMP DE COCHIN-SAINT-VINCENT-DE-PAUL, DURANT L'ANNEE 2007-2008, A S'EXPRIMER SUR LES MOTIVATIONS DE LEUR GESTE AINSI QUE SUR L'EFFICIENCE D'UN DON ANONYME ET GRATUIT 100

A. Méthodologie 100

1) Le 1° questionnaire (Q1) 102

2) Le 2° questionnaire (Q2) 102

3) Le 3°questionnaire (Q3) 103

B. Résultats 103

1) Mode de recrutement (Q1) 105

2) Information de leur entourage (Q1) 106
3) Evaluation de l'accueil et de l'information reçus à l'hôpital en temps (Q1) 106
4) Avis des femmes sur l'incitation faite par les médecins à chercher une donneuse (Q1) ... 107
5) Avis des femmes sur les principes éthiques du don (Q1) 107
1) Information de leur entourage (Q2) 108
2) Opinion sur l'Anonymat du don (Q2) 108
3) Opinion sur la gratuité du don (Q2) 108
4) Souhaits d'information sur le devenir du don ? (Q2) 109
5) Souhait de laisser quelque chose de soi ? (Q2) 109
6) Choisir SA donneuse, une bonne chose ? (Q2) 110
1) Pensez-vous avoir pris une bonne décision ? (Q3) 110
2) Vous posez-vous des questions sur les conséquences de votre geste ? (Q3) 111
3) De quelle manière vous voyez-vous vis-à-vis des enfants issus du don ? (Q3) 111
4) Opinion sur l'anonymat, 6 mois après le don (Q3) 111
5) Opinion sur la gratuité du don, 6 mois plus tard (Q3) 113
6) Seriez-vous prêtes à faire un autre don ? (Q3) 113
7) Existe-t-il un mal vécu, en lien avec ce geste ? (Q3) 114

C. Discussion 114
1) Autour du recrutement des donneuses 115
2) Autour du risque de pénurie 115
3) Au sujet des motivations 117

D. En conclusion de cette première étude 118

II. ETUDE QUALITATIVE 119

A. Méthodologie 120

B. Résultats 120
1) Trois profils de donneuses 120
2) Lien avec le couple solliciteur 121

3) Scénarios de rencontre 121

C. Discussion des résultats 122

D. En conclusion de cette seconde étude 123

III. CE QUE NOUS APPRENNENENT CES FEMMES 124

A. Sur « l'exclusivité de la mère » 124

1) Qu'est-ce qu'une « mère » selon elles ? 124

2) Une complémentarité des rôles est-elle envisageable ? 125

3) L'unicité de la mère 126

4) Le don de sperme n'est pas la même chose que le don d'ovocytes 127

5) Confusion avec les enfants nés sous X 128

B. Sur la difficulté de dire et la curiosité de savoir 129

1) Sur la difficulté de « dire » à l'enfant 129

2) Un renversement des devoirs 131

3) Un devoir de transparence 131

C. Sur l'anonymat et la gratuité 134

1) Sur un prétendu « *don d'engendrement* » 134

2) Sur ce que ces femmes nous apprennent sur la gratuité du don 135

D. Terra Nova 136

1) Présentation 136

2) Avis des donneuses sur le projet de Terra Nova 137

E. Conclusion 139

CHAPITRE 3: DON D'OVOCYTES UNE REFLEXION CIVIQUE ET SOCIALE S'IMPOSE 144

I. FAMILLE JE VOUS HAIME 144

A. Autour de l'anonymat, ici et ailleurs 144

1) De notre étude 144

2) Le principe anonymat en France 146

3) L'horizon international 160

B) Autour de la gratuité, ici et ailleurs 162

1) De notre étude 162

2) Les aspects économiques du don et son principe gratuité en France 163

« Le problème fondamental est qu'en France le don est gratuit, alors que dans les pays où le don d'ovocyte fonctionne, les donneuses d'ovocytes bénéficient d'un dédommagement, et non d'une rémunération ! » 163

3) L'horizon étranger 164

C) Autour du mythe de la ressemblance 175

1) L'appariement en question 175

2) La reconnaissance en question 176

3) La donneuse en question 178

4) L'enfant en question 178

D) Autour de la puissance des gènes 181

1) La traçabilité des gènes 181

2) La dissociation de la filiation et ses conséquences 188

3) La théorie de l'imprégnation 189

II. DON D'OVOCYTES : UNE NOUVELLE IDEOLOGIE ? 192

A) De la nécessité de donner 192

1) Le don d'ovocytes : un don moderne 192

2) Quand le don forme un système 195

3) De la générosité des femmes 198

Don, gratuité, générosité. On ne peut faire abstraction de la générosité en parlant du don. Dans générosité il y a *accueil* de l'autre. De quelle manière s'exprime t-il? Écoutons, à ce sujet, les confidences des donneuses. 198

B) De la nécessité d'un anonymat 200

1) Le don anonyme au service de soi-même 200

2) L'anonymat du don au service de la liberté 200

3) L'anonymat du don au service de la stabilité 203

C) Le don d'ovocytes, une névrose collective ? 205

1) Des violences 205

2) Des malentendus 208

3) Des paradoxes 210

D) L'appel de l'Autre 211

1) La dignité de l'Autre 211

2) L'élan vers l'Autre 214

3) La vulnérabilité de l'Autre 216

III. QUELQUES SUGGESTIONS 218

A. Rôle de l'Agence de la Biomédecine 218

1) État des lieux 218

2) AMP Vigilance 221

3) Plan d'actions pour l'avenir 223

B. Rééquilibrer les relations entre les acteurs concernés 224

1) Redéfinition de la donneuse 224

2) Un compromis 226

C. L'urgence d'une réflexion 228

1) Une urgence 228

2) Des suggestions concrètes 228

3) Une recherche d'équilibre 230

D. Donner la parole aux femmes 231

1) Un nouveau pouvoir sur les corps ? 231

2) La bioéthique utilisée par le politique 235

3) Délivrez-nous du mâle 236

E. Conclusion du chapitre 237

ÉPILOGUE 240

Figures et tableaux :

Tableau 1: Les causes des 49 refus médicaux 69

Tableau 2 Activité du centre Cochin-Saint-Vincent-de-Paul 78

Tableau 3: Possibilité de niveau d'activité 82

Figure 1: Activité du don d'ovocytes en 2007 79

Figure 2:Diversité des possibilités d'AMP en Europe et dans le monde… ……. 83

Figure 3: 50 femmes donneuses: Répartition de leurs familles ……101

Figure 4: Répartition des fratries des familles de donneuses…….. 101

Figure 5: Mode de recrutement……...103

Figure 6: Evolution de la pensée des donneuses sur l'anonymat…….109

INTRODUCTION

Pour contourner l'obstacle de la stérilité humaine, des médecins et des scientifiques ont mis au point des techniques de substitution aux relations conjugales qui ont transformé progressivement notre regard sur la procréation humaine et le début de la vie. Ainsi sont apparues diverses formes d'inséminations et de fécondations artificielles, essentiellement dans le dernier quart du XXe siècle. Dans la très grande majorité des situations, l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP) est réalisée avec les cellules sexuelles des deux membres du couple. Elle est dite *homologue* ou *intraconjugale*. Dans certains cas, les gamètes de l'un des deux époux étant inexistants ou non fonctionnels, les médecins ont proposé de sortir du cadre du couple homme-femme en faisant appel à des donneurs de spermatozoïdes ou des donneuses d'ovocytes. Lorsqu'elles utilisent un gamète extérieur au couple, les procédures d'AMP sont alors qualifiées d'*hétérologues* ou *extraconjugales*.

Sans conteste salutaire et miraculeuse, l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur(se) est cependant, depuis plusieurs années, volontiers provocatrice à l'égard du droit et de l'éthique. L'intervention d'un donneur(se) de gamètes soulève désormais de nouveaux questionnements.

Sortir de la réflexion monologique, repenser l'éthique à partir de l'interrogation pour inclure cette interrogation dans un authentique dialogue avec les femmes qui ont donné leurs ovocytes, voila l'objectif principal poursuivi par ce travail. Cette approche de l'éthique, prenant appui sur la pragmatique tout en s'inspirant des apports de la logique, des questions et de la théorie des mondes possibles, se structure en trois parties : la première s'intéresse plus particulièrement à l'exposé et aux débats que soulève cette pratique, la deuxième va mesurer le ressenti et le vécu des donneuses d'ovocytes et nous éclairer, par le biais de questionnaires, sur leurs convictions profondes face à l'emblématique de leur position et enfin la troisième partie cherchera à mettre en lumière les formes sémiotiques du don et de l'échange ainsi que l'organisation des systèmes de valeurs qui soutiennent les relations entre les différents acteurs. Dans ce dernier chapitre, nous nous efforcerons de reprendre, de façon synthétique, les orientations éthiques qui, au fil de nos analyses, nous ont aidé à prendre position et à mesurer la complexité des enjeux. Puis nous esquisserons quelques propositions en matière de dispositions législatives ou règlementaires et nous préciserons les orientations politiques possibles pour notre société.

Ces trois temps de ma recherche se sont appuyés sur les résultats de deux enquêtes, menées sur une période de dix-huit mois, auprès de cinquante jeunes femmes qui ont été volontaires pour donner leurs ovocytes dans le Centre hospitalier universitaire de Cochin, service de Gynécologie Obstétrique II et de la Médecine de la Reproduction, à Paris.

De par leur thématique, ces deux études ont suscité à la fois des questions clinico-épidémiologiques, des questions anthropologiques, une réflexion sociologique ainsi qu'une nécessité de prise de décisions politiques car des sujets aussi intimes que la conception et la naissance, s'ils concernent bien sûr chacun d'entre nous au premier chef, regardent aussi la société. Non seulement la question du don est une question politique, parce qu'elle conditionne le rapport des hommes entre eux et témoigne des idéaux que nous mettons au cœur de notre type de société, mais en plus c'est une question ontologique parce que notre manière de penser la filiation révèle notre conception de l'humanité.

Ce travail prend tout particulièrement en compte la question de ce qu'il est possible de dire à l'enfant et il s'interroge sur la levée de l'anonymat, sur les interrogations posées par ces femmes que moi, sage-femme d'AMP, j'ai reçues, accompagnées, écoutées du premier janvier 2007 au 31 juillet 2008. Non pas dans le but de définir un « prêt-à-penser » ou un « prêt-à-évaluer », mais plutôt avec l'idée d'essayer d'élargir les perspectives et d'explorer les manières diverses dont les différentes disciplines peuvent construire des approches de ce type de don.
De quelle façon ces femmes donneuses souhaitent-elles prendre place au sein du paysage familial contemporain ?
Leur geste a t-il eu des conséquences au sein de leur propre famille ?
Y a-t-il eu des changements dans leur relation avec le couple demandeur qui les a contactées ?

En contextualisant leurs opinions, nous chercherons à savoir s'il y a une grande évolution dans notre société sur le sens que nous donnons à la filiation, principalement à la filiation maternelle. Pouvons-nous parler de « métamorphose de la parenté contemporaine » et dans ce cas ne faut-il pas envisager de changer les principes qui régissent le don de gamètes ?

Ce travail souhaite avant tout mettre en perspective le débat bioéthique français, le considérer d'un regard éloigné pour en rechercher la logique d'ensemble, en le replaçant dans le contexte des grandes évolutions

contemporaines de la famille et de la parenté. Pour cela j'ai choisi un fil rouge et un seul : la *vulnérabilité* de la femme qui se vit encore et toujours en rive avec son désir ou non de maternité.

Nous verrons que ce sujet de travail nous entraînera à repenser le rapport de la femme vis-à-vis d'une autre femme, en posant les bases d'une responsabilité collective où l'enjeu ne concerne pas seulement l'individu, la famille, mais l'espèce humaine et les générations à venir.

Que penser d'une société qui programmerait et achèterait sa procréation ?

Que penser d'une médecine qui basculerait dans l'exigence de rentabilité ?

Que penser d'une Nation orgueilleuse de son pouvoir au point d'anéantir toute imprévisibilité et toute vulnérabilité ?

Au point de bannir toute loi du hasard et maîtriser parfaitement le processus de la reproduction, l'enfant devenant un produit manufacturé ?

Pouvons-nous poser la question des priorités sans être mercantiles, mais en dessinant un projet de société généreux, à la fois réaliste et fidèle aux valeurs de solidarité que nous avons héritées du passé ?

Chapitre 1 : Engendrer avec tiers donneuse et la tension morale que cet acte produit

« Les hommes s'imaginent faire des enfants, alors qu'ils ne font que d'autres hommes ».

Fréderic Dard

I. HISTORIQUE

A. Des changements dans nos comportements

1) D'hier à aujourd'hui
2) L'entreprise *désir d'enfant*
3) Jusqu'à quel âge ?

B. De l'invisibilité à la visibilité de l'embryon

1) L'apparition de l'embryon
2) Le *Pouvoir agir* sur l'embryon
3) L'aide à la stérilité

C. De la procréation médicalement assistée ou l'aide médicale à la procréation au don d'ovocytes

1) Historique
2) DO : une nouvelle technique procréative
3) Des questionnements éthiques

D. L'acte de naître ou la médicalisation de nos existences

1) De la naissance à deux
2) De la naissance avec la médecine
3) De la naissance à trois

E. Commentaires

II. DESIR D'ENFANT

A. Les désirs et les non désirs d'enfant

1) Un désir social
2) Un désir mystérieux
3) Un désir pour une Autre

B. Le don d'ovocytes s'adresse-il à des femmes *particulières* ?

1) L'enfant qui ne vient pas
2) Un inconscient collectif
3) Des confidences de femmes
4) Une dette de vie

C. Le « Magnificat » de la mère et de son enfant

1) Un duo fusionnel
2) L'adultère ovocytaire
3) Conséquences sur le développement de l'enfant

D. Les enfants ne font pas le bonheur

1) Etudes
2) Des illusions et des ambiguïtés

E. Le désir n'est pas un droit

1) Sur le plan juridique
2) Sur le plan éthique

F. Commentaires

III. LE DON D'OVOCYTES comme *manière nouvelle d'engendrer des enfants ?*

A. De la nécessité des lois

1) Règles et principes
2) Le « mieux disant éthique »
3) Les contestataires de cette pratique

B .Comment se déroule le don d'ovocytes en France

1) Définitions
2) Du côté des couples bénéficiaires
3) Du côté des candidates pour un don d'ovocytes
4) Les différentes étapes du don d'ovocytes
5) Les risques de santé pour les femmes donneuses
6) Les risques de santé pour les femmes receveuses

C. Le don d'ovocytes et ses résultats

1) Les taux de grossesse
2) Les indications au don d'ovocytes
3) L'activité des centres
4) La répartition de l'activité
5) Le prix de revient
6) Des propositions de prise en charge

D. Une controverse : idéal ou désarroi ?

1) Un désarroi, pourquoi ?
2) Le développement d'un tourisme procréatif
3) L'ESHRE Task Force Study
4) Des problématiques

E. Commentaires

Chapitre 1 : Engendrer avec tiers donneuse et la tension morale que cet acte produit

I. HISTORIQUE

A. Des changements dans nos comportements

1) Entre hier et aujourd'hui

Jadis une femme avait dix à quinze grossesses, et au moins la moitié de ses enfants, et cela jusqu'au XIXe siècle, mourait à la naissance ou en bas âge. Aujourd'hui, compte tenu de la diminution de la mortalité infantile et de l'augmentation de l'espérance de vie, les couples ont peu d'enfants. Rappelons aussi quelques étapes importantes sur la situation de la femme dans la société française :

- 1938 **:** La femme mariée n'était plus une incapable civile (instauré par le code civil de Napoléon en 1804) ; elle peut avoir une carte d'identité et un passeport, ouvrir un compte en banque sans l'autorisation de son mari.
- 1944 : Le droit de vote des femmes a été instauré en France par Charles De Gaulle et elles ont voté pour la première fois en 1945.
- 1965 **:** La femme était libre de travailler sans l'autorisation de son mari.
- 1967 : La loi Neuwirth abrogeait la loi de 1920 qui interdisait tout moyen de contraception. Cependant celle-ci n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

L'avortement reste complètement interdit : il est un délit. Les grossesses non désirées sont nombreuses et les femmes qui refusent la maternité avortent dans des conditions dramatiques. Dans le couple, l'autorité revient entièrement au mari.

Au travail, les femmes occupent des fonctions peu importantes. Les concours d'entrée à certaines grandes écoles (Polytechnique par exemple) leur sont fermés.

Arrive Mai 68 et l'occasion pour les femmes de sortir des rangs et de se poser en égérie et en allégorie de Marianne.[1]

Mai 68 marquera pour les femmes une explosion du féminisme. Il n'y pas seulement des droits à acquérir ; mais c'est surtout tout un modèle social à faire

[1] Voir *La Marianne de mai 68,* photographiée le 13 mai 1968 aux abords de la Place Denfert-Rochereau à Paris. Photo qui a fait le tour du monde, montrant Caroline de Bendern, juchée sur les épaules d'un manifestant.

évoluer. Le MLF, Mouvement pour la Libération des Femmes, se créera à la suite de Mai 68 et le 5 avril 1971, le *Nouvel Observateur* publiera le « Manifeste des 343 salopes » :

> « *Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On a fait le silence sur ces milliers de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre*. »

Suivi des 343 signatures dont Simone de Beauvoir, Catherine Deneuve, Brigitte Fontaine, Antoinette Fouque… Il faudra attendre 1975, pour que la loi Veil légalise l'avortement (à titre provisoire pendant 5 ans, et reconduite en 1979). Les femmes de cette époque ont vécu (me semble-t-il) tout un mouvement d'idées, de générosité et d'enthousiasme. Elles entrevoyaient un monde différent pour les femmes et réclamaient *: un enfant quand je veux !*
Car à ce moment là, la maternité représentait bien un assujettissement des femmes dont l'espace était circonscrit à l'univers de la domesticité, à la reproduction de l'espèce et au dévouement maternel. On peut dire que cette *racine du mal* remonte bien loin puisque Aristote[2], qui fut une référence dans le développement intellectuel touchant à la génération de l'Homme, considérait la femme comme « *le monstre* » de l'homme, en raison de sa différence ; mais elle est un « *monstre* » utile dont la finalité est la reproductionSource spécifiée non valide.**.**

Yvonne Knibiehler, historienne des femmes dans la deuxième moitié du XXe siècle s'est intéressée *à « la Révolution maternelle »* : la seule identité que l'on reconnaissait véritablement aux femmes, c'était l'identité maternelleSource spécifiée non valide.. La célèbre phrase de Proudhon[3] reste un témoignage de cette époque : « *le ménage et la famille, voilà le sanctuaire de la femme ».*
Ce carcan a été dénoncé notamment par Betty Friedan dans son livre *La Femme mystifiée* rapportant une étude qui a été faite en 1963 auprès de femmes américaines*.* Pour Betty Friedan**,** les tâches ménagères et la maternité sont considérées comme non épanouissantes en regard de l'importance qu'elle donne à l'activité professionnelle des femmesSource spécifiée non valide.. Elle fonde cette opinion sur quelques interviews de femmes dont les seules

[2] Aristote (384 –322 av. JC).
[3] Joseph Proudhon, Le Peuple, 12 avril 1849.

épanouies sont celles qui ont une activité professionnelle reconnue. D'autres ouvrages, dans les années soixante, se sont intéressés, sur un ton passionné, aux conditions de vie des femmes françaisesSource spécifiée non valide. .

Les femmes se sont-elles libérées de cette représentation sociale qui passe nécessairement par la maternité ?
Dans son ouvrage *Histoires d'amour* en 1983, Julia Kristeva écrit :

> « *Nous vivons dans une civilisation où la représentation consacrée (religieuse et laïque) de la féminité est résorbée dans la maternité.* »

Source spécifiée non valide.

Mai 68 et les années qui suivirent ont-ils été un moment de grâce pour les femmes ? Une embellie passagère ? Un creuset d'utopie ? Tout compte fait, cette planification familiale n'a-t-elle pas créé d'autres contraintes ? Si on observe que les femmes d'aujourd'hui sont parvenues à un stade supérieur dans la constitution réflexive de leur identité, si elles se vivent comme « *sujet de désir* [4]» il faut admettre que les exigences sociales, véhiculées par la valorisation d'un certain type de personnalité, n'encouragent pas à la maternité dans la prime jeunesse. Au point, qu'un autre conformisme social – peut-être plus insidieux – s'est empressé de ressurgir : *un enfant au bon moment !*

Que définit ce *bon moment* pour une femme qui désire un enfant en 2011?

2) L'entreprise *désir d'enfant*

Nathalie Bajos[5] s'est intéressée à cette question et différentes études menées sous sa conduite font ressurgir plusieurs conditions préalables à la mise en route d'un enfant : la nécessité d'un couple stable, l'importance du travail professionnel et donc l'impératif d'études longues ainsi que le poids du contexte matériel Source spécifiée non valide..

L'entreprise *désir d'enfant* devient problématique car elle se mène en principe toujours à deux. De nombreuses patientes en attente d'un don ont confié être venues un peu tardivement consulter un service d'AMP, parce qu'elles n'avaient pas rencontré plus tôt *« l'homme de leur vie ».*

[4] Expression de Michel Foucault.
[5] Directrice de recherche à l'Inserm, responsable de l'équipe Genre Santé Sexuelle et Reproductive, INSERM-CESP 10189, Le Kremlin-Bicêtre.

De la rencontre du mouvement structurel de notre société et de l'idéal romantique que les femmes souhaitent vivre est né ce que l'on pourrait décrire comme un nouvel individualisme. La croissance exponentielle des revenus et du temps libre a progressivement élargi l'éventail des choix des femmes qui souhaitent décider « *pour leur corps* ». Leur style de vie les conduit à des expériences sexuelles plurielles qui sont perçues comme l'expression d'une réalisation individuelle. L'enfant est remis à plus tard.

Quant aux hommes, ils redoutent avant tout les paternités imposées et souhaitent faire leur premier enfant « *par amour* » avec une femme aimée, plus tard, et, bien évidemment ils ne doutent pas de réussir là où leurs parents avaient échoué. Cette « *Révolution de l'Amour* » est analysée par Luc Ferry, philosophe kantien, comme un véritable moteur de l'histoire récente qui pour lui, reste encore à penser, car nous assisterions à une nouvelle figure du sacré qui pourrait révolutionner nos existences Source spécifiée non valide.**.**

Il n'empêche que ce désir d'enfant, qui devrait être partagé par un couple qui s'aime au même moment, reste peut-être un fantasme !
Cela devient la quadrature du cercle, on le voit, surtout dans le contexte du recul de l'âge de la première maternité, le corps des femmes - comme celui des hommes - ne répondant plus forcément au *quart de tour*. Le modèle familial ordinaire a donc tendance à vieillir et contraint la médecine à s'adapter aux modes de vie moderne et aux modifications sociales.
De plus, les familles recomposées incitent à concevoir des enfants plus tardivement, et une femme et un homme de 50 ans peuvent raisonnablement penser qu'ils ont devant eux un temps suffisant pour élever un enfant.
Il semble parfois que l'on est jeune très longtemps et vieux très longtemps. C'est pourquoi les femmes ne peuvent faire des enfants que « *trop tôt* » ou « *trop tard* ».

De plus, entre en jeu une conception nouvelle : *ce que l'on doit* à un enfant que l'on va mettre au monde[6]. Les travaux de la psychanalyste Françoise Dolto ne sont pas pour rien dans cette révolution de la considération et de la reconnaissance que notre société accorde à l'enfant, y compris à l'enfant à naître. Elle le met ainsi au même niveau que l'adulte et donne à sa parole la même valeur que celle de ses parents.

Elle fait de lui un être à part entière alors qu'il n'était jusqu'à présent qu'une

[6] Déclaration des droits de l'enfant, 20 Novembre 1959 ; Convention Internationale des droits de l'enfant, ONU, 20 Novembre 1989.

personne en devenir. Ainsi, à partir de la fin des années soixante-dix, s'est manifesté un resserrement des descendances autour de deux enfants, tous milieux confondus Cette décision de n'avoir que deux enfants par femme n'est généralement prise qu'à la suite d'une fin d'étude, d'un travail stable, de l'achat d'une voiture, et recule donc le *projet parental.* Source spécifiée non valide.

Une étude récente de l'Institut National des Études Démographiques (INED) affirme que les femmes ont leur premier enfant de plus en plus tard[7]. Cette étude nous informe que la crise économique n'a pas affecté en 2009 le taux de fécondité des femmes en France. Début 2010, L'INSEE nous apprend que le taux de fécondité a atteint son niveau le plus haut en 35 ans, soit 2,01 enfants par femme (1,99 en 2008), et cela malgré le recul de l'âge moyen de l'accouchement (30 ans), malgré la crise économique et bien que l'Hexagone soit la nation la plus pessimiste du monde, selon un récent sondage.[8]

Ainsi la France a vu naître 3 500 bébés de plus en 2010 qu'en 2009 notamment grâce aux femmes de plus de 35 ans. « *Les naissances chez les femmes de plus de 40 ans ont même représenté près de 5% des naissances en 2010, précise Anne Pla, de l'Insee, soit deux fois plus qu'il y a vingt ans* ». Il semblerait que les femmes et surtout les hommes de 40-50 ans peuvent raisonnablement penser qu'ils ont devant eux à la fois du temps et de l'argent pour élever un enfant et que, par conséquent, la cinquantaine (voire la soixantaine pour les hommes) n'est pas contraire à l'intérêt de l'enfant qui sera accompagné jusqu'à sa majorité, par des parents, fussent-ils plus âgés mais plus présents. Le recul de l'âge à la maternité est général dans les pays développés. Il devrait nous alerter, car ne serait-il pas plus souhaitable d'informer les femmes sur « leur jeunesse ovarienne » qui se situe au mieux entre 20 et 30 ans ? Que fait l'Agence de Biomédecine[9] à ce sujet ?

La presse s'empare du phénomène et sait l'exploiter : « *Il n'y a plus d'âge pour devenir maman* »[10]. La presse « people » n'est pas en reste et n'hésite pas à faire l'éloge irréfléchi voire irresponsable des grossesses tardives. Elle pousse les femmes à vivre une représentation romantique de l'amour (amour largement objectivé et commercialisé) et à vivre la grossesse comme affirmation d'une authenticité de soi. Dans cette optique, les phénomènes sociaux dépendent des

[7] Etude publiée dans le numéro de mars du bulletin « Population et Sociétés » de l'Institut national des études démographiques.
[8] Sondage BVA-Gallup réalisé dans 53 pays et publié début janvier 2010.
[9] Agence de la Biomédecine. Available at: http:// www.agence-biomedecine.fr/agence.
[10] France Soir, 25 novembre 2010.

« lois de l'imitation ». Ce concept d'individuation, cher à Durkheim[11], renvoie à un processus irréversible par lequel les membres d'une société s'affranchissent des obligations traditionnelles et des contraintes normalisantes pour accéder à une plus grande liberté de choix. Ainsi on apprend que la femme de John Travolta âgée de 48 ans a accouché d'un petit garçon en novembre 2010, que Laurence Ferrari, 44 ans, vient d'avoir un troisième enfant, qu'Estelle Lefebvre, 44 ans est enceinte et prête d'accoucher, et que Monica Belluci, 45 ans, vient d'accoucher en mai 2010 de son deuxième enfant. Le monde politique n'échappe pas à ce fait nouveau puisque Rachida Dati a accouché à 43 ans de son premier enfant.

3) Jusqu'à quel âge ?

Y a t-il eu un don ou un achat d'ovocytes pour ces femmes ? Nul ne sait !
Cependant en France, en 2008, plus de 35 000 femmes ont eu un enfant après 40 ans contre moins de 8000 il y a trente ans.
Actuellement, en France, la loi n'autorise l'AMP que pour les personnes qui sont en âge de procréer sans indiquer de limite. Elle transfère donc aux médecins la responsabilité de faire ou de ne pas faire une AMP. La loi ne distingue pas non plus entre les hommes et les femmes pour déterminer l'âge de procréer, il ne s'agit donc pas d'un âge technique mais bien d'un âge *social*. La seule règle existante est celle de la CNAM qui ne rembourse pas les tentatives d'AMP au-delà du 43ème anniversaire. Le don d'ovocytes en France s'arrête donc à 43 ans.
Cela dit, si l'on en a les moyens, il n'est pas interdit de partir à l'étranger où tous les succès et excès sont possibles. Les Françaises qui ont recours à ce moyen, et qui sont plus fréquemment enceintes de jumeaux ou de triplés avec tous les risques qu'une telle grossesse comporte, ont évidemment la possibilité de revenir accoucher en France et d'y être normalement prises en charge par les organismes sociaux.

La croyance en une grossesse tardive, toujours possible, veut-elle nous réassurer en nous faisant croire que le *corps ne vieillit pas* ?
A titre anecdotique, on connait l'histoire de Mme X, 59 ans, ménopausée, mue par son chagrin de ne pas avoir d'enfant, qui est allée au Vietnam consulter un médecin qui lui a transféré trois embryons suite à un don d'ovocyte. Des triplés sont nés à Paris en septembre 2008 qui… allaient bien ! Cette mère fêtera ses 70 ans entourée de ses trois enfants de 11 ans !

[11] Emile Durkheim 1858-1917, père fondateur de la sociologie.

La médecine doit-elle répondre, sans limite d'âge, au désir d'enfant ? Le don d'ovocytes répond-il à l'amélioration de l'autonomie des femmes ? Est-il émancipateur ? Ou bien sa valorisation n'est-elle qu'instrumentalisation des femmes par une société qui les conditionne à adopter exactement des comportements qui entrent dans des normes préétablies? Elles s'obligent ainsi, durant leur jeunesse, à assumer de leur plein gré des tâches et des devoirs servant la société puis elles cherchent à vivre un idéal romantique *d'authenticité* tellement galvaudé qu'il les conduit bien souvent à une vie de solitude dans une perspective égocentrique d'une quête de soi.

En quoi l'enfant doit-il rentrer dans cette forme légitime de reconnaissance sociale ? En quoi est-il de l'intérêt de l'enfant de naître au milieu de parents plus âgés que la moyenne, et jusqu'à quel âge?

Certaines féministes veulent y voir la fin d'une injustice entre les sexes : les hommes, disent-elles, ne font-ils pas des bébés tard sans que cela dérange personne ? Cet argument ne revient-il pas à considérer la ménopause, et donc la différence physiologique entre les sexes, comme une injustice ou une discrimination qu'il faudrait réparer ? Comment faire de cette technique qu'est le don d'ovocytes, une forme de reconnaissance juste, porteuse d'exigences morales et non une contrainte idéologique ?

Parce qu'il n'y aura qu'une ou deux grossesses dans la vie d'une femme, la représentation et l'attente de l'enfant sont surinvesties, surévaluées. La valeur de l'enfant est devenue fondamentale dans notre société, si bien que l'on sera prêt à tout pour en avoir un. Un autre élément entre en ligne de compte, un élément que n'avait sûrement pas prévu le professeur Georges David, fondateur des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) quand, dans les années soixante dix, a été promu la procréation médicale assistée (PMA) avec tiers donneur : nous sommes à une phase où l'exigence d'une vérité biologique de la filiation est élevée.

Comment expliquer ce renforcement moderne ?

B. De l'invisibilité à la visibilité de l'embryon

1) L'apparition de l'embryon

Au XXIe siècle, l'embryon, en raison des progrès d'une technologie biomédicale, est devenu *actuel et visible*. L'embryon humain est à la fois un aboutissement et

un commencement. Son statut n'est pas défini. On en parle en termes de *début jamais banal*, de *rien en expansion, d'un minuscule au potentiel incertain.*

Avant de démasquer l'embryon, avant de pouvoir le voir sous un microscope, la fertilité se situait dans un rituel et associait à l'activité sexuelle un signifiant d'ordre symbolique ou mystique. Le mariage devait reproduire l'hiérogamie initiale et notre culture européenne était imprégnée du mythe des origines : en écoutant le grand récit de la naissance du monde, l'homme et la femme redevenaient les contemporains de l'acte créateur cosmogonique.

Au Moyen Âge comme à la Renaissance, la vieille femme perd avec l'âge sa fertilité et par conséquent l'essence même de sa féminité. Dans une perspective positive, le rapprochement entre la vieillesse et la fécondité est envisagé sous le signe du prodige. C'est le cas des images de grossesses tardives miraculeuses[12]. Dans une autre perspective, la femme vieillissante enceinte est le corollaire d'une sexualité incontrôlée, dévergondée. Elle est le sujet d'une gravure d'Agostino Veneziano de 1516[13], influencée par les dessins de Léonard de Vinci. Le rapport entre vieillesse et naissance dans le contexte profane révèle donc qu'en dehors du contexte sacré, le vieux corps féminin n'a plus voix au chapitre de la fécondité. Toute infraction à la règle est soupçonnable de débauche ou de sorcellerie.

A partir de là, l'absence d'enfant quand la femme est jeune est vite interprétée comme une malédiction, « *Maudite la femme stérile en Israël »* (Ex 23, 26), ou un malheur : « *Vous savez qu'en soi-même et par sa nature cette infirmité est pour les femmes un malheur insupportable* »[14].

Malédiction, malheur, infirmité, souffrance, angoisse du ventre vide… nos sociétés, à travers les siècles, ont toujours cherché à agir sur la conception et la naissance, le but étant de réagir à la résignation et à l'inéluctable.

2) Le Pouvoir-agir sur l'embryon

Autrefois, la prétention, manifestée par la créature de maîtriser son avènement et sa fin, était ressentie comme un empiètement sacrilège sur le domaine réservé du Créateur. Nos ancêtres ne renonçaient pas à agir mais cela devait passer par l'intercession du Très Haut ou de ses Saints ou de Rites chamaniques, religieux ou magiques. Cette volonté de maîtrise n'est pas nouvelle : ce qui est nouveau, pour nous aujourd'hui, c'est *le pouvoir agir.* Les

[12] Bible de Jérusalem, évangile selon St Luc, chapitre I, verset 5, annonce de la naissance de Jean-Baptiste.
[13] Agostino Veneziano, *Proposition de mariage*, 1516. Bonn.
[14] Saint Jean Chrysostome, Homélie sur Anne. I, 4

connaissances du processus qui régit notre reproduction et la possibilité d'intervenir sur lui ont supprimé *l'effet miracle et imprévisible* d'une grossesse.

Aujourd'hui nous sommes passés de l'invisible au visible, du mystérieux au compréhensible, de l'imprévisible à la programmation, de la malédiction à la médicalisation. Sous nos microscopes, dans chaque laboratoire d'AMP, chaque jour se produit ce qui auparavant était impensable : la rencontre de deux gamètes. Exit l'intercession des ancêtres, des esprits ou des Dieux… Aux hasards et aux déterminismes naturels s'est substituée *la volonté humaine***.** Les sujets *« apprennent en tant qu'entrepreneurs d'eux-mêmes* »[15] à assumer la responsabilité de leurs actes.

Nous voici capables d'intervenir de multiples manières sur la réalité biologique de l'embryon. Le bilan 2008 de l'Agence de biomédecine fait état de 235 454 embryons créés en France. Les biologistes définissent des stades de développement[16] ainsi que des qualités embryonnaires. La vitesse de clivage de l'embryon, avec l'obtention de 4 ou 5 blastomères à J2, est reconnue par l'ensemble des spécialistes de la PMA comme l'élément-clé permettant de définir la qualité de l'embryon et de prévoir son potentiel implantatoire.

À ce critère, se sont ajoutées, pour la définition d'un embryon « top qualité », l'absence d'anomalies morphologiques (irrégularités des blastomères, fragmentation) et/ou d'anomalies nucléaires (aneuploïdie, multinucléation).

Pour affiner la sélection des embryons « top qualité », des scores zygotiques ont été proposés par Scott[17], vers la fin des années 90, qui consistent à évaluer les zygotes, aux stades pronucléaire et/ou 2 PN (pronuclei), sur l'existence ou non d'un halo cytoplasmique, sur l'orientation des noyaux par rapport aux globules polaires, et sur la taille, le nombre et la distribution des corpuscules nucléolaires précurseurs (NPB) ou Z-score. De nombreux auteurs ont confirmé les corrélations établies par Scott entre les scores zygotiques et le potentiel de développement jusqu'au stade blastocyste. Deux publications : celles de J. HolteSource spécifiée non valide. et al et celle de P. FauqueSource spécifiée non valide. font référence en ce domaine.

Les couples suivis en médecine de la reproduction apprennent ce nouveau vocabulaire allant de l'embryon 4A à la notion de fragmentation.

---

[15] Expression d'Axel Honneth, philosophe et sociologue allemand né en 1949.
[16] Cf. stades de Carnegie.
[17] Scott LA, Smith S. The successful use of pronuclear embryo transfers the day following oocyte retrieval. Hum Reprod 1998;13(4):1003-13.

3) L'aide à la stérilité

Penser et construire l'embryon est un acte médical qui s'est effectué relativement rapidement. Il suffit de remarquer que c'est seulement depuis le XIXe siècle que l'on sait quelle est la contribution de l'homme et de la femme dans la conception, et que l'on connait les différentes étapes de formation de l'embryon ainsi que son développement. En 1866, James Marion Sims[18] a introduit un chapitre sur l'insémination artificielle dans le livre qu'il a publié sur la stérilité et qui a longtemps fait référence. En France, quelques excès professionnels ont cependant conduit les autorités médicales à exprimer des réticences à la fin du XIXe siècle et l'Eglise catholique a prononcé une condamnation formelle en 1897Source spécifiée non valide.**.** Une nouvelle étape majeure fut franchie au cours de la seconde moitié du XXe siècle quand Robert Edwards et Patrick Steptoe, médecins biologistes anglais, réalisèrent les premières fécondations *in vitro* (FIV) dans l'espèce humaine Source spécifiée non valide. qui conduisirent en 1978 à la naissance de Louise Brown, première enfant conçue grâce à une technique qui sépare totalement l'acte de procréation du lien charnel**Source spécifiée non valide.**. La fécondation *in vitro* offrait de nouveaux espoirs, notamment pour les femmes atteintes de stérilité tubaire et les premières applications cliniques se sont mises en place grâce à l'action de quelques équipes pionnières localisées au Royaume-Uni, mais aussi en Australie, en France et aux USA.

Avons-nous pris conscience à ce moment-là de ce qui se passait de nouveau pour notre humanité ?
Une reproduction possible sans approche des deux sexes ! Cette dissociation de la sexualité et de la procréation est un bouleversement abyssal pour notre société. Un bouleversement sans aucun doute violent.

C. De la procréation médicalement assistée (PMA) ou assistance médicale à la procréation (AMP) au don d'ovocytes

1) Historique

[18] James Marion Sims, 1813-1883, gynécologue américain.

La première FIV en France donna naissance à Amandine le 24 février 1982 à l'hôpital Antoine Béclère de Clamart (Hauts-de-Seine). Elle a été réalisée grâce à la collaboration du biologiste Jacques Testart et du gynécologue René Frydman. Jacques Testart raconte en détail dans son livre *L'œuf transparent,* l'épopée de cette première fécondation en laboratoire et le Pr René Frydman énonce dans son livre *L'irrésistible désir de naissance* les étapes émouvantes et denses de la conception et de la naissance de cette petite «*amande* ».

En 1983, l'équipe de Trounson en Australie est la première à publier l'annonce d'une grossesse obtenue après un don d'embryon faisant suite à une insémination chez une femme donneuse de son ovocyte Source spécifiée non valide.. Malheureusement la grossesse se solde par une fausse couche.

La même année, à l'université de Los Angeles, l'équipe de Buster publie l'obtention de deux grossesses consécutives à un don d'ovocytes, qui seront menées à terme, avec une technique *in vivo* : au cours d'un cycle non stimulé, les donneuses furent inséminées avec le sperme du mari de la receveuse. Après fécondation, l'utérus a été « lavé » au moyen d'un cathéter et les embryons furent transférés chez les receveuses. Dans les deux cas, les patientes receveuses présentaient une stérilité et non une ménopause précoce.

1983 est donc l'année de la première naissance après don d'ovocyte.

S'ensuit la publication de Lutjen en 1984 à propos de la première grossesse obtenue par don d'ovocyte chez une patiente de 25 ans présentant une ménopause précoce Source spécifiée non valide..
Depuis cette date, de nombreuses équipes ont eu recours à cette pratique avec succès Source spécifiée non valide. et la bonne maîtrise des traitements inducteurs d'ovulation permet aujourd'hui de recueillir un nombre d'ovocytes matures et fécondables chez la donneuse pour être répartis entre deux ou trois couples receveurs.

En 1992, l'équipe d'André Van Steirteghem en Belgique démontra que la micro injection d'un spermatozoïde directement dans l'ovocyte (ICSI) permettait d'activer ce dernier, d'obtenir des embryons se développant normalement et la naissance d'enfants avec la même efficacité que la FIV habituelle Source spécifiée non valide.. Cette technique a été à l'origine d'un nouveau bond extraordinaire dans le domaine de l'aide médicale à la procréation puisqu'elle permet de résoudre une grande partie des stérilités masculines.
Cette technique est utilisée dans le don d'ovocyte car elle permet une plus grande justesse dans l'attribution des ovocytes matures entre chaque

receveuse puisque la qualité ovocytaire est plus appréciable après décoronisation[19] et qu'elle se soucie moins de la qualité spermatique de l'homme.

2) Don d'ovocytes : une nouvelle technique procréative

Ainsi, on peut constater que dans le domaine de la reproduction, comme dans d'autres domaines, l'homme souhaite imposer sa volonté et ses projets là où il subit les destins de la nature. Il n'a de cesse de repousser les limites même si paradoxalement il en réclame. Par le plus grand nombre de cycles entrepris, l'Europe se targue d'être le leader mondial des technologies d'assistance médicale à la procréation.

L'ESHRE[20], organisation internationale pour la reproduction, s'est réunie en juin 2010 et a communiqué des résultats d'une étude portant sur des résultats européens de l'année 2006 Source spécifiée non valide.. En ce qui concerne la FIV, on obtient 32,9 % grossesses par transfert, ce chiffre est de 33,3 % pour la technique injection intracytoplasmique ou ICSI, et de 22,5 % pour le transfert d'embryons congelés (TEC). Il monte à 46,3 % pour le don d'ovocytes (DO). Dès lors, on ne peut que constater l'excellence des résultats en don d'ovocytes. Une excellence qui s'explique par le fait que l'on dispose d'ovocytes de femmes donneuses jeunes et fertiles. De plus, selon les données présentées par l'European IVF Monitoring Group (EIM), on constate une augmentation progressive au cours de ces 11 dernières années, soit depuis les débuts de l'EIM, de ces nouvelles techniques procréatives : ainsi on est passé de 26 % des naissances pour la FIV à 33%, de 15 % à 22 % pour le TEC et de 27 % à 46 % pour le don d'ovocytes.

Il y a 25 ans, le don d'ovocytes était destiné aux femmes souffrant d'une absence de fonction ovarienne qui pouvait être primitive, par exemple en cas de syndrome de Turner, ou acquise, comme après un traitement anticancéreux. On a ensuite très vite découvert qu'il permettait de contourner la douloureuse limitation de la reproduction chez les femmes dites « âgées ». Ainsi, le don d'ovocytes s'est d'abord pensé dans une perspective thérapeutique en réponse à une stérilité pathologique (ménopause précoce, non transfert d'une maladie génétique…) et aujourd'hui il est devenu palliatif. Le désir d'enfant des femmes intervenant à un âge de plus en plus élevé et la plus grande fréquence des remariages entraîne une demande exponentielle. Le don d'ovocytes a

[19] La décoronisation se fait juste après la ponction. Elle est indispensable pour voir si l'ovocyte est mature et pour pouvoir faire l'injection du spermatozoïde dans l'ovocyte. Elle se fait en utilisant un produit qui "disperse" les cellules folliculaires : la hyaluronidase.

[20] ESHRE- ROME 2010, European Society of Human Reproduction and Embryology 26th annual meeting.

« l'avantage » de se rapprocher le plus du projet intraconjugal classique (par rapport à l'adoption par exemple), puisque l'enfant sera issu des spermatozoïdes du mari et qu'il sera porté dans le ventre de la femme Dans cette banalisation de l'indication du don d'ovocytes, il ne s'agit pas de stérilité mais d'un recul des limites d'un phénomène purement physiologique qui s'appelle le vieillissement des ovaires. On s'aperçoit alors que la référence à la thérapie n'est ici rien d'autre qu'un certain usage de l'imaginaire médical, qui au départ a cherché à légitimer une pratique nouvelle.

3) Des questionnements éthiques

Il importe de comprendre le rôle que joue ici la médecine : dans le don d'ovocytes, elle ne soigne personne ; *elle devient responsable d'un recueil et d'une redistribution d'ovocytes.* Il s'agit moins d'un système de substitution dans un modèle « *ni vu ni connu* » comme le nomme Irène Théry[21] dans son livre *Des humains comme les autres* paru en 2010*,* que d'un système de redistribution, qui se soucie de la question de l'équité et de la solidarité. Les dommages de notre vie sociale ont conduit désormais à une telle fragmentation du comportement individuel que toute orientation vers des principes supérieurs est la bienvenue. C'est pourquoi ce système de redistribution est basé sur la fraternité, pilier fondateur de notre république et sur la non patrimonialité du corps humain, principe éthique inscrit dans notre code civil. L'exemple du *don,* exempt d'égoïsme et de finalité, modèle d'une communication *désintéressée* répond à une prémisse d'ordre éthique que la France s'est choisie. L'idée d'une universalité coopérative peut-elle être récupérée et instrumentalisée au service d'un calcul rationnel impliqué par le type capitaliste d'échanges de marchandises ? Il ne s'agit pas uniquement de dire que les biotechnologies, utilisées dans une volonté de maîtrise, transforment la reproduction en manufacture et l'enfant en objet manufacturé mais l'interrogation porte aussi et surtout sur les conséquences de cette généralisation du contrôle systématique et sur l'introduction de valeurs marchandes dans un domaine qui fait appel à l'amour et à l'acceptation de l'être tel qu'il est.

D. « L'acte de naître » ou la médicalisation de nos existences

1) De la naissance à deux

[21] Irène Théry, directrice d'études à l'EHESS, partisane de la levée de l'anonymat.

L'événement que représentait une naissance, porteur d'une charge symbolique et émotionnelle profonde, s'est transformé en acte médical inscrit dans un dossier et dans des registres. Toute grossesse doit être suivie, surveillée, déclarée et toute naissance portée à l'état civil est consignée dans un carnet de santé. L'homme moderne s'est habitué à une médicalisation de son existence qui peut remonter jusqu'à la médicalisation de sa conception. Le rituel symbolique d'une naissance a été remplacé par une volonté de maîtrise. Face à leur désir d'enfant, l'homme et la femme ne sont plus dans une position de vœu mais dans une *stratégie volontaire***.** C'est pourquoi, lorsque le médecin propose un don d'ovocyte à un couple qui le plus souvent a vécu plusieurs tentatives de FIV, cette nouvelle procédure peut être ressentie comme « *quelque chose de très simple et de lumineux* »[22]. Si certains resteront réfractaires, la plupart acceptent avec beaucoup d'espoir car notre monde réclame une médecine apte à offrir des résultats sûrs, rapides et efficaces. Ne sommes-nous pas dans un monde d'illusions ?

2) De la naissance avec la médecine

Toutefois, dans un ordre général d'idées, on peut remarquer que toutes ces nouvelles biotechnologies nous placent non seulement face à de nouveaux pouvoirs mais aussi face à de nouvelles responsabilités. Se pose la question des limites : il serait possible de faire porter une grossesse par la mère tout en utilisant des ovocytes de sa fille, possible de transférer un embryon *post mortem* chez une femme dont le géniteur est décédé depuis longtemps, possible grâce à des ponctions ovocytaires sur femmes jeunes de rendre la grossesse évolutive chez les femmes ménopausées… N'est-ce pas là une demande de plus en plus forte de notre société ?

Il est intéressant de noter jusqu'à quel point les couples acceptent la médicalisation de ce qui peut sembler être *le plus intime de leur histoire* à savoir concevoir un enfant. Il faut remarquer aussi à quel point l'aide médicale à la procréation avec don d'ovocytes alimente chez les femmes d'impossibles espoirs, entretenus par des résultats miraculeux affichés sur Internet par certaines cliniques étrangères (de 50 à 80% de réussite en don d'ovocytes). Cette longue attente de la grossesse puis sa psychologisation font que l'accouchement va se vivre comme un « *moment unique*» dans la vie d'une femme. La femme enceinte ne se cache plus derrière des habits amples mais au contraire elle choisit des habits qui *moulent* son ventre. Cette mode

[22] *Eurêka*, numéro spécial, fécondation in vitro, issn: 1267-3552, 1998, témoignage d'un couple.

féminine est signifiante. Elle atteste de l'importance mise par notre société sur la grossesse comme condition d'épanouissement de soi, une expérience avec son corps qui semble incontournable dans la vie d'une femme.
A une époque individualiste où le rapport à soi apparaît comme central, la valorisation du plaisir de la grossesse et l'affirmation de l'enfant comme reconnaissance sociale pourraient presque être considérées comme une espèce de morale. Cette recherche de l'enfant risquant de se transformer en *droit à l'enfant*, il s'ensuit une forte demande de médicalisation et de prédiction de l'enfant à venir. L'ensemble de ces comportements a un coût pour notre société que nous ne pouvons pas négliger et qu'il serait souhaitable d'évaluer. En France, il est possible de réaliser 4 tentatives de fécondation in vitro avec ou sans micromanipulations qui seront remboursées par la sécurité sociale à 100% (tandis que l'IVG est prise en charge à 80%). De même, le don d'ovocyte est pris en charge par les caisses d'assurance maladie. À l'hôpital Cochin, il est proposé 4 essais, à condition que l'(les) embryon(s) transféré(s) soi(en)t de bonne qualité.

Face à cette rationalisation de la naissance et de l'existence humaine, qui sont des processus inhérents au système libéral et mondialisé d'aujourd'hui, la recherche, voire l'exigence du *beau bébé* apparaît comme inéluctable. Des couples français iront à l'étranger choisir leur donneuse sur catalogue selon certains critères socioculturels. Ainsi, on pourra dire que notre monde capitaliste et libéral aura su instrumentaliser, à son profit, la fantasmatique humaine : il aura su intégrer le fantasme à la stratégie commerciale.
Ne sommes-nous pas ici à l'opposé de l'injonction morale de Kant, de ne jamais traiter sa personne en soi-même (et aussi celle d'autrui) comme simplement un moyen, mais plutôt comme une fin ? Tout compte fait, cette médicalisation de nos existences n'entre-t-elle pas dans un processus civilisationnel inquiétant qui est celui d'une chosification du corps humain, d'une instrumentalisation de la personne humaine, qui ne serait qu'une négation de celle-ci ?

3) De la naissance à trois

La médecine de la reproduction avec tiers donneur(ses) n'offre pas seulement de l'espoir à la souffrance de la stérilité, elle remet aussi en question tout un ordre symbolique : celui des parents et des enfants. En permettant à des enfants de naître *de plus d'un homme et d'une femme,* elle devient une discipline qui oblige la société toute entière à se penser sur des fondements qui n'ont *jamais* été ceux des sociétés antérieures.

L*'hybri*s a cessé d'être un défaut. Cette médecine se retrouve sous les feux des projecteurs – à contrario, le service d'orthogénie et de la planification familiale qui stigmatise le « non » à la grossesse reste un secteur non valorisé, voire diabolisé.
Il est sans doute plus facile de décerner le prix Nobel de médecine 2010 à Robert Edwards pour ses travaux pionniers sur la fécondation humaine *in vitro* qu'à un médecin qui aurait amélioré la technique de l'avortement.
Âgé de 85 ans, ce physiologiste britannique voit ainsi couronné ses travaux, qui ont donné naissance, le 25 juillet 1978, au premier « bébé éprouvette ». « *Ses découvertes ont rendu possible le traitement de la stérilité qui affecte une large proportion de l'humanité et plus de 10% des couples dans le monde* » indique le comité Nobel. Certes la remise en cause du caractère inéluctable de la stérilité semble être un progrès, facteur d'une amélioration nécessaire du sort humain, certes il ne faudrait pas conclure que les principes de la sagesse antique constituent des piliers anthropologiques intangibles dont la violation par le monde moderne et sa médecine innovante serait folie et certitude de malheurs. Toutefois, en 2011, il est bon de se poser quelques questions sur cette médecine innovante

E. Commentaires

Pour conclure ce premier point, il importe de comprendre que la majorité des demandes d'ovocytes est formulée par une population de femmes qui ne sont pas malades mais seulement de *mauvaises répondeuses* à la stimulation Source spécifiée non valide.**.** Cette hypofertilité croissante d'une partie de la population occidentale, due à l'âge et peut-être à d'autres facteurs liés à nos conditions de vieSource spécifiée non valide. est, semble-t-il, en passe de devenir un véritable phénomène social et démographique, qui doit intéresser et responsabiliser chaque citoyen que nous sommes. Elle entraîne les couples dans un désir acharné de faire naître et contraint la médecine à n'avoir qu'un rôle administratif : prendre à l'une pour donner à d'autres.
L'infertilité est véritablement présentée aux femmes en attente d'un don comme un échec, une injustice, une frustration engendrant une obsession du projet familial et une course aux explications non médicales, essentiellement psychologiques, moteur de déculpabilisation comme de culpabilisation. L'issue peut se perdre dans une spirale de désirs qu'il nous faut creuser.

II. DESIR D'ENFANT

A. Les désirs et les non-désirs d'enfants

1) Un désir social

Si au point de départ, la fécondité humaine nous renvoie à une lutte contre la mort et l'oubli, aujourd'hui elle n'est plus tant une réponse à la mortalité qu'à un *désir* d'enfant.
Que recouvre ce désir d'enfant ? Chez telle femme, c'est d'abord le désir d'être enceinte et le don d'ovocyte permet cette étape au contraire de l'adoption ; chez une autre il s'agit de vérifier sa capacité de *tomber* enceinte (à ma connaissance aucune femme n'a eu recours à une IVG après don d'ovocyte mais cela existe en FIV) ; chez telle autre, c'est de materner un bébé ; pour d'autres ce sera de rendre grands-parents ses parents (ou ses beaux-parents) ; pour d'autres encore ce sera de retrouver les sensations orgastiques de l'allaitement lors d'une naissance antérieure (en cas de stérilité secondaire). Dans tous les cas la décision s'inscrit dans une logique d'entourage social.

Être fécond, *c'est faire exister quelque chose qui sans moi n'existerait pas.* L'infertilité est une blessure narcissique, liée au sentiment d'anormalité. Cette anormalité se définit par rapport à une norme sociale, informelle et implicite. Car s'il s'agit d'un choix personnel, vouloir un enfant est également un choix social : celui de rentrer dans la norme, d'évoluer dans la société avec un sentiment de promotion sociale des couples et surtout des femmes.
De manière générale, il existe une pression sociale à devenir parent qui est assez forte et qui s'exerce plus particulièrement sur les femmes trentenaires sans enfant ou sur les couples inféconds après plusieurs années de vie à deux.
Cette pression à avoir un enfant est doublée d'une pression à concevoir un enfant biologique.[23]
Ce désir d'enfant nous renvoie aux conditions sociales nécessaires pour permettre aux individus de vivre une vie plus accomplie, en d'autres termes, une *vie réussie*.
L'enfant est mis en avant comme la représentation sociale de *cette vie réussie.* Désirer un enfant est un objectif socialement reconnu ; il permet de faire une expérience *sensée* de la vie. Nous sommes nombreux à penser qu'une vie

[23] Magali Mazuy et Virginie Rozée, (INED), Difficultés à concevoir, aide médicale a la procréation et adoption : variations du sentiment d'infertilité en France, XXVI Congrès International de la Population de l'UIESP, Marrakech (Maroc) - 2009

sans enfant est une vie sans orientations, dans la mesure où les sujets éprouvent, de manière douloureuse, le déficit de finalités communes et universelles. La possibilité d'un don d'ovocytes, sans âge limite pour une femme, peut entretenir ce désir d'enfant à tout prix et… à tous les prix.

Le critère de « *norme procréative »,* tel que le définissent Virginie Rozée et Magali Mazuy, s'insère donc dans une représentation éthique d'une normalité sociale, laquelle dépend de la possibilité de parvenir à la réalisation de soi Source spécifiée non valide.**.**

Recourir à l'AMP est une aventure très éprouvante pour les couples, tant sur le plan physique (les traitements afférents, la fatigue, les déplacements répétitifs et réguliers) que sur le plan moral (accepter un éventuel échec, vivre une importante déshumanisation de la procréation).
Une des conséquences pour les géniteurs, réside en la confiance qu'ils vont accorder à leur progéniture pour les consoler de leurs échecs et de leurs frustrations. L'enfant, espère-t-on, ira bien au-delà de ce que nous avons pu réaliser nous-mêmes. Son œuvre atteindra des sommets que nous n'avons jamais atteints, nous lui en donnons procuration. On peut donc, avec plus d'assurance, s'investir en eux et faire des plans pour leur avenir, plans d'ailleurs le plus souvent (heureusement) déjoués.

2) Un désir mystérieux

Un psychologue me confiait le cas d'une femme ayant eu recours à un don d'ovocytes à l'étranger et qui a eu l'impression de donner naissance à *« deux petits rats »* expression textuelle de la femme qui venait d'accoucher de ses jumeaux.
C'est aussi ce que veut signifier Violaine Kerbrat, sage-femme à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart, qui vient de publier en 2010 un livre *Secrets de sage-femme* Source spécifiée non valide.. Elle a vécu de près les différentes étapes de « *l'épopée* » de l'AMP auprès des pionniers de la fécondation *in vitro* – dont le Pr. René Frydman et le biologiste Jacques Testart – depuis la naissance d'Amandine en février 1982, le premier bébé éprouvette en France, ou celle de Valentin, né après un diagnostic préimplantatoire (DPI). Violaine Kerbrat livre ses réflexions, « *entre espoir et doute* », devant « *toutes ces nouvelles techniques [qui] nous donnent l'illusion d'une quasi toute-puissance* ». Elle prévient que le don de gamètes est loin d'être anodin, avec des conséquences parfois néfastes : elle n'oublie pas cette femme d'une quarantaine d'années, mère de famille, qui s'est rendu au Canada pour un don

d'ovocyte et qui ne parvenait pas à câliner son nouveau-né *: « Je n'arrive pas à le considérer comme le mien »* confiait-elle.

Vulnérabilité des sujets prêts à accepter n'importe quelle promesse pourvu que vienne l'enfant ! Importance du travail préparatoire d*'acceptation* de la nécessité d'une autre femme pour enfanter !

Ainsi, *désirer un enfant* c'est aussi obéir à une normalité d'une société qui conditionne la femme à un *épanouissement de soi dans la maternité*.

Qu'en est-il de cette réalisation de soi dans la maternité quand l'ovule n'est pas le sien ?

En résumé, on peut parler pour la France d'une *norme parentale* particulièrement forte puisque très peu de femmes, et a fortiori de couples (3 à 4%) choisissent de rester sans enfant ; contrairement à d'autres pays de l'Union Européenne (en Allemagne par exemple plus de 20% des femmes restent sans enfant).
On peut également parler pour la France d'une *importante pression sociale à concevoir* que les femmes subissent de la part de leur entourage. C'est aussi ce qui ressort des entretiens que j'ai eu avec les femmes receveuses. Cette pression a le pouvoir de les exacerber et peut les conduire à garder le secret sur la procédure du don d'ovocytes.

Néanmoins, existent des femmes *childfree* ce qui signifie « sans enfant par choix » ou « sans désir d'enfant », à distinguer de *childless* qui signifie « qui ne peut pas avoir d'enfant ». La langue anglaise permet de faire la distinction entre ces deux notions, ce que ne fait pas la langue française.

Ce terme a été employé pour la première fois aux Etats-Unis en 1972 dans le magazine Time, à l'occasion de la création de la *National Organization for Non-Parents* (N.O.N.) dont l'objectif était de soutenir les personnes qui ont décidé de ne pas avoir d'enfant et de lutter contre le pro-natalisme (affirmation de la nécessité d'une fécondité élevée).
Rebaptisé *National Alliance for Optional Parenthood* (N.A.O.P.) en 1978, le mouvement s'est dissout en 1982 pour cause de difficultés financières. Vingt ans plus tard, c'est Leslie Lafayette, écrivain, qui a remis le terme *childfree* au goût du jour. Le mouvement *childfree* commence seulement à être médiatisé en France[24].

[24] Voir leur site childfree.fr

Charlotte Debest[25], doctorante INED et Paris 7 Diderot, s'est intéressée à ce *non désir d'enfant* et pour ce faire elle a exploré la population *résistante* à la norme en vigueur à travers le phénomène d'infécondité volontaire. Le pourcentage de personnes ne désirant pas d'enfant augmenterait-il ? Le choix de ne pas avoir d'enfant correspondrait-il, dans certains cas, à un acte militant ?

Toute cette analyse sur le *désir* ou le *non désir* montre les richesses, mais aussi les limites, les ambiguïtés, les paradoxes et les illusions portés sur l'enfant, présenté souvent aujourd'hui comme un absolu. Les individus veulent à tout prix satisfaire leurs désirs qu'ils présentent comme l'expression de leur autonomie mais, en même temps, ces désirs sont les reflets des normes sociales. D'un côté donc, il y aurait des hommes et des femmes qui renonceraient à l'engendrement, tandis que de l'autre, de plus en plus d'individus doivent passer par les artifices médicaux pour procréer. Ne sommes-nous pas en présence d'une problématique à consonance morale mais aussi politique ?

3) Un désir pour une Autre

Il est licite de s'interroger sur un autre désir : celui de ces femmes qui souhaitent aider d'autres femmes à être enceinte.
Qu'est ce que cette inquiétude d'enfant pour une autre ?
S'agit-il d'un « *don d'engendrement* » comme le présuppose Irène Théry, qui dit ceci :

> *« Je propose de désigner le nouveau statut par l'expression de « donneur d'engendrement » pour deux raisons principales. L'une est que cela permet d'intégrer d'emblée à l'analyse tous les types de dons pratiqués en AMP au plan international (…) l'autre raison est que cela intègre d'emblée à la compréhension de l'acte de donner l'intention dans laquelle il est fait. ».* **(33)**

Notre étude, en interrogeant les donneuses d'ovocytes, cherchera à vérifier cette hypothèse sur l'intention du don.

[25] Charlotte Debest, « L'infécondité volontaire ou le non-désir d'enfant comme transgression des normes de genre » sous la direction de Numa Murard, Université Paris 7 - Denis Diderot UFR de Sciences Sociales charlotte.debest[at]gmail.com

B. Le don d'ovocytes s'adresse t-il à des femmes *particulières* ?

1) L'enfant qui ne vient pas

Que dire quand l'enfant ne vient pas ? Est-ce une pathologie du désir ? D'un désir qui devient folie ? Une manifestation psychosomatique ? C'est en tout cas une souffrance, fragilisant souvent le lien social : enfermement dans un silence quant à la situation procréative du couple, prise de distance avec les amis qui ont des enfants (la grossesse des autres entretenant chez les couples infertiles, et surtout chez la femme, un sentiment de jalousie et d'injustice). Les contacts avec les femmes enceintes sont décrits comme *« douloureux », « difficiles », « durs »* : c'est ce qui ressort de l'analyse socio-démographique du recours à l'Aide médicale à la procréation en France, conduite par Magali Mazuy et Virginie Rozée (2008). Ce sentiment peut être source de difficultés importantes, qui ne sont pas toujours prises en compte dans les projets de construction et d'aménagement de nouvelles maternités, qui, parfois, dans un souci de rentabilité des surfaces, souhaitent regrouper toutes les consultations de gynécologie, d'obstétrique et d AMP dans un même lieu.
En France, le législateur a choisi de ne plus utiliser le terme de procréation médicalement assistée (PMA) mais celui, plus ajusté paraît-il, d'assistance médicale à la procréation (AMP). Cette médecine est particulière puisque, nous l'avons dit, elle ne soigne pas mais elle va essayer de prendre en charge cette absence involontaire d'enfant. Elle va donc s'insinuer dans l'intimité la plus profonde de deux couples, y compris leur sexualité.

David Le Breton écrit à ce sujet : « *ces étapes médicales de la procréation assistée conduisent à une sexualité finalisée, dissociée du plaisir, planifiée à cause des examens médicaux, hantée par un souci d'efficacité.* »Source spécifiée non valide. Dans le même ordre d'idée, l'échec des essais de fécondation *in vitro* chez les femmes trop anxieuses a été démontré Source spécifiée non valide..

Les femmes receveuses sont elles aussi, la plupart du temps, très soucieuses pendant la stimulation de la donneuse. La simple recommandation d'un délai d'abstinence sexuelle de trois jours avant la ponction afin d'optimiser le recueil de sperme suffit à les déstabiliser. D'où l'importance d'une sage-femme accompagnatrice du don, qui va devenir une personne référente à toutes les questions et à tous les stress car le praticien gynécologue, tout en se plaçant au service de la vie, est entraîné dans un savoir-pouvoir soucieux seulement

d'une efficacité. Il va exercer son aide sous la forme d'une palette de technologies de la procréation, sans toujours chercher à décoder le message formulé par l'infertilité.
Qui s'est proposé, par exemple, de faire une recherche sur la relation qu'entretiennent les femmes en don d'ovocytes, avec leur mère ? Quand on sait que la littérature psychanalytique fait un rapprochement entre stérilité et femmes *amatrides*, cela serait un bon sujet d'étude.
Voici ce que François Perrier écrit à ce sujet :

> « *Le problème que j'aborde est celui des cliniques où on s'aperçoit qu'il n'y avait pas possibilité, ni désir pour une fille d'assumer qu'elle est faite de la même façon que sa mère […] d'assumer d'être venue d'un trou qu'elle porte aussi en elle.* » Source spécifiée non valide.

En somme certaines femmes, les amatrides, ne peuvent pas supporter le problème qui se pose à toute femme, celui de savoir ce qu'on pourrait aimer de leur mère en elles, une fois qu'on les aime elles. Non reçue, cette vie ne pourra être donnée.

D'autres femmes évoquent leur stérilité comme une malédiction portée à leur sujet et qui proviendrait d'un règlement de comptes, au cours d'une histoire ancienne. Lors de la préparation au don, nous retrouvons gris-gris et amulettes, portés au dessous du nombril.

D'autres entretiennent un discours très négatif vis-à-vis d'elles-mêmes : « *je n'ai jamais eu de chance » ; « Le sort s'acharne sur moi ».*

Certaines femmes portent un prénom curieux, marque intangible d'une histoire passée, comme celles qui portent un prénom masculin, témoignage d'un désir déçu.

2) Un inconscient collectif

Sigmund Freud n'ignorait rien de l'importance des histoires de famille dans la constitution des psychosomatismes individuels et collectifs : chacun de nous n'est pas seulement déterminé par le triangle Papa-Maman-Bébé, mais par toute une cascade d'influences venues de notre arbre généalogique entier. Mais Freud ne poussa pas plus loin l'exploration du phénomène transgénérationnel. La fidélité inconsciente du sujet au vécu de ses ancêtres a été laissée de côté pendant près de cent ans.
Au début du XXIème siècle, cette reconnaissance prend l'allure d'un véritable mouvement sur le thème :

« Où que vous soyez, vous trimballez toujours votre famille d'origine avec vous, bénissez-la mais libérez-vous ! » Source spécifiée non valide.

La psychogénéalogie - ou, plus généralement, la transgénéalogie - émerge un peu partout, dans de très nombreuses pratiques et écoles. Aujourd'hui, ce chantier-là résonne de partout. De nombreux psychologues et psychanalystes reconnaissent désormais l'importance de la filiation, et surtout des ratées de celle-ci, non-dits, secrets de famille et autres « *grumeaux* » que les générations se « *refilent* » les unes aux autres, dans des jeux de rebondissement si étonnants - à l'humour si noir ! - qu'il faut être un artiste de la relation pour savoir les débusquer.

Serge Tisseron, focalise son attention sur les « *secrets de famille* » qui peuvent devenir pathologiquesSource spécifiée non valide.. Porter un secret de famille ne détermine pas forcément le blocage des capacités d'expression du sujet. La matière même du secret peut devenir l'objet d'une curiosité créatrice. Le meilleur exemple est celui de Tintin qui court après ses origines. Hergé, en effet, a, selon Serge Tisseron, bâti l'ensemble de sa série des Tintin sur la transposition du destin de sa grand-mère paternelle. Cette dernière, domestique dans « un château » avait eu deux fils de père « inconnu » avant d'épouser un ouvrier nommé Rémi (Hergé étant le pseudonyme de Georges Rémi).

Ses deux fils, dont le père d'Hergé, ne connurent jamais leur « géniteur ». Ainsi, le jeune Hergé eut toute latitude pour imaginer qu'il descendait d'un personnage mystérieux, important peut-être. Face au défi du secret, Haddock boit, les Dupond/t tournent en rond, Tournesol s'enferme dans sa surdité et Tintin, lui, continue de chercher.

Désespoir et incapacité à sortir de son histoire passée ?

Je me souviens de Mme W, 42 ans, qui, venant de marier sa fille (grossesse naturelle dans sa jeunesse), se présente dans notre service pour un énième don d'ovocyte après un remariage. Submergée par une souffrance provenant, selon elle, d'une erreur médicale, elle avait mis toute sa défense et son angoisse dans le récit continuel de sa vie auprès des médecins mais aussi auprès du personnel soignant, leur faisant vivre chaque tentative dans l'émotion.

Une grossesse avec don d'ovocytes a été obtenue pour la plus grande joie de tous. Elle s'est arrêtée au deuxième trimestre. Les deux « enfants » sont morts.

3) Des confidences de femmes

Le suivi de ces femmes, donneuses et receveuses, m'a fait partager des moments surprenants.

A titre d'information, le statut des sages-femmes est en cours de reconnaissance en AMP[26]. Ainsi la sage-femme s'implique auprès des femmes dans une relation particulière : il est plus facile de lui raconter ses doutes, ses peurs, ses fantasmes. Elle consacre du temps à la donneuse et à la receveuse et elle s'oppose à un travail mécanisé. Ses qualités d'écoute vont au-delà de la psychologie et de la capacité à faire preuve d'empathie (*felling into)* et de compassion. Elle renvoie aux composantes affectives que des féministes comme Carol Gilligan considéraient comme constitutives de la morale et de l'art médical : le souci de soigner ne suffit pas. La réponse personnalisée aux besoins spécifiques du patient fait partie de l'acte de prendre soin. Cette attitude n'est pas l'apanage des sages-femmes ; elle s'insère au sein d'une équipe dont les composantes affectives sont essentielles au soin et encouragent à traiter le couple dans sa manière particulière de ressentir son manque d'enfant. Ces qualités humaines n'excluent pas le regard clinique dont parlait Michel Foucault, à savoir, une conceptualisation de la maladie à travers le déchiffrement de signes et de symptômesSource spécifiée non valide.. Ainsi la prise en compte de la composante narrative et subjective de cet aboutissement de demande d'enfant servant à établir un diagnostic est fondamentale, tant pour la réussite du don en lui-même que pour la continuité de la grossesse et son évolution.

Une des patientes que nous avions accompagnée dans ce long parcours, m'a appelé un jour, de l'étranger, après la naissance de sa fille pour remercier toute l'équipe et elle s'est exclamée « *Est-ce que vous vous rendez compte de tout ce que vous avez fait ?* »

À mon sens, et pour en avoir fait l'expérience, il est conseillé pour chaque centre de PMA pratiquant le don de gamètes de nommer une sage-femme référente pour le don, mission renouvelable et interchangeable chaque année, ce qui permet pour les femmes un bon suivi et des repères rapides.
Personnellement, je suis toujours émue quand les femmes repassent nous voir après la naissance de leur enfant. J'ai longtemps gardé dans ma boîte mail, le

[26] Proposition n° 7 du rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la révision des lois Bioéthiques. Président Alain Claeys et Rapporteur Jean Léonetti, Publiée le 01/04/2010
« *Autoriser les sages-femmes à exercer dans les centres d'AMP, dans certaines conditions définies par décret en Conseil d'État*. »

message si heureux d'une femme enceinte grâce à un don et qui allait mourir quelques mois plus tard au cours de son accouchement.

Je garde leurs témoignages de sympathie (voir annexes) ainsi que tous leurs gestes spontanés comme celle qui a tenu à me faire « le couscous » pour toute ma famille.

Plusieurs femmes, en attente d'un don, m'ont confié être soulagées à la perspective que ce ne soit pas leurs ovocytes à elles. C'est ce que Jacques André qualifie de *mérite inattendu* Source spécifiée non valide. . Pour ces femmes, l'enjeu est de pouvoir briser la filiation biologique avec leurs propres mères. L'enfant devient alors possible, dit-il, *«parce qu'il ne sera pas le "petit-enfant" de la mère – de la grand-mère».* Il ne pourra pas ressembler à sa grand-mère ou à son grand-père. Cette libération et cette bouffée d'oxygénation dans l'arbre généalogique vont permettre une prise de distance dynamisante, tant vis-à-vis de son histoire familiale que de soi-même. Elle nous fait prendre conscience de ce carcan que peut être l'héritage d'une famille, loge des affects parfois violents et destructeurs.

En l'occurrence la femme qui a vécu plusieurs tentatives de FIV et qui se retrouve en parcours du don d'ovocytes se sent dévalorisée, en veut à la société qui l'a fait attendre pour procréer. Si ladite société ne lui fournit pas les moyens de son désir elle devient vite responsable de l'échec et est accusée de mal faire. Il ne reste plus qu'à partir à l'étranger où les lois sont jugées moins coercitives.

Cela ne signifie pas que toute demande d'enfant de la part d'une femme en quête d'ovocytes soit suspecte. Elle est le plus souvent vécue comme une grande victoire, une rédemption, le signe d'un pardon et d'un renouveau possible. En voici quelques témoignages :

Message laissé sur répondeur, Samedi à 7H25

> *Je suis contente, ce matin je me suis éveillée et j'ai PAS PLEURE*
> *Parce que mon 12e jour, je l'ai passé*
> *Même si je dois attendre lundi pour refaire un test.*
> *Merci beaucoup et merci beaucoup*
> *Et merci à Betty*
> *Et merci beaucoup.*
> *Que Dieu vous aide.*
> *Je vous EMBRASSE …*

(Mail) Bonjour Mme Chevallier...

J'espère que vous allez bien...
J'ai passé ma 1ère échographie officielle vendredi et je n'ai pas de photos parce que l'imprimante était en panne mais BB va super bien...
6 cm de la tête aux fesses...
Bip à 20
et CN à 1,1...
Autant dire qu'il est parfait.... il gigote dans tous les sens même si je n'en ai absolument pas conscience....
Je n'ai pas pu faire le tri-test précoce donc j'attends mes 14 SA pour le faire....
Tout va bien donc...
J'arrête le traitement à 14 SA et ne garde que l'aspégic....
j'ai pu déclarer ma grossesse, chose que je ne pensais plus faire un jour, et c'est merveilleux... ;-)
Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir soutenue dans ces 2 tentatives…

4) Une dette de vie

Monique Bydlowski, psychanalyste en maternité auprès de femmes infertiles, a analysé le travail psychique qui est inhérent à la grossesse et qui puise ses sources dans l'histoire infantile de la femme enceinte Source spécifiée non valide**.** Dans son livre, *les enfants du désir*, elle nous rappelle que la production de la vie peut déclencher l'évocation de deuils qui ont marqué la mémoire de façon implicite. Il peut s'établir des liens profonds entre la fécondité féminine et la mémoire inconsciente des souvenirs traumatiques. Le travail psychologique consistera à faire surgir le travail traumatique au cours de consultations répétées, à l'user jusqu'à lui faire perdre son pouvoir effrayant et pathogène et à le lier à d'autres représentations.

Pour Monique Bydlowski[27] la non conception répondrait à l'action d'un frein défensif, tant psychique que biologique, qui s'exercerait contre la fertilisation, à un stade ou l'autre du processus. Dans cette perspective, l'infertilité devient une mesure défensive, un mécanisme actif de défense de l'organisme face à l'éventualité négative que représenterait inconsciemment la grossesse. Cette défense psychique a la possibilité de s'installer avec d'autant plus de force après 30 ans, lorsque l'impulsion biologique faiblit ou espace ses moments efficaces.

[27] Ibid, p 60

Quant à l'infertilité primaire, elle serait comme une cicatrice psychique, témoignant d'un désastre passé dont le sujet craint le retour.

L'infertilité, pour Monique Bydlowski, ne serait ni une maladie, ni un dysfonctionnement, mais comme une opération de défense active au service de la survie face à la catastrophe que représenterait la grossesse ou la maternité. Le désir d'enfant chez la jeune fille résulte de la combinaison harmonieuse de trois composants et se raconte comme une charade : mon premier est le désir d'être identique à la mère du début de la vie ; mon second est un autre vœu, celui d'obtenir comme elle un enfant du père ; mon troisième est la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme actuel. Mon tout est la conception et la naissance d'un enfant qui va me transformer de jeune femme en mère. Ce tout est éphémère et laissera ensuite place à de nouveaux désirs, celui d'un deuxième enfant ou d'une carrière. L'enfant ne serait plus attendu pour lui-même comme ressource économique, mais comme facteur d'épanouissement personnel et du couple.

Philippe Aries, historien démographe, frappé par les caractères originaux de la famille moderne, a voulu, dans un ouvrage paru en 1960 et intitulé *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime,* remonter vers un passé plus lointain pour éprouver les limites de cette originalité. Tout au long de son écriture, il s'est demandé comment nous sommes passés de l'ignorance de l'enfance à la centralisation de la famille autour de l'enfant au XIXe siècle, comment ce passage traduit une évolution en parallèle de l'idée qu'on se fait de la famille, du sentiment qu'on en a et de la valeur qu'on lui reconnaît

> *« Ce qui compte c'est l'émotion désormais éveillée par l'enfant, image vivante de ses parents » Source spécifiée non valide.*

Si le désir d'enfant permet une sauvegarde de notre espèce et de la transmission familiale, il devient surtout un vœu suprême, un projet qui fera ressurgir des rêves et des souvenirs.

Sur cette dialectique de la vie commençante, Monique Bydlowski écrit :

> *« Au moment où se développe le fœtus, parallèlement à sa condition biologique et aux contraintes génétiques, se trame dans l'inconscient des futurs parents un tissu de rêves, de désirs secrets, de souvenirs et de mots ; ils viennent tout particulièrement de la mère, physiquement engagée dans ce processus. Leur rencontre avec l'impulsion biologique programmée dans l'espèce préside à l'avènement d'un être nouveau,*

mais la combinaison de ces rencontres reste imprévisible » Source spécifiée non valide.

D'une part la psychanalyste entend ainsi signifier l'EMPRISE que des parents peuvent avoir sur leur enfant en gestation. Ils lui transmettent bien plus que des gènes : une histoire, un passé, des représentations, des rêves et des dégoûts. Monique Bydlowski écrit un peu plus loin :

> « *L'enfant attendu est ainsi porteur potentiel des aléas de leur biographie, des joies passées, des deuils et des amours perdus, des bonheurs oubliés, des blessures anciennes non cicatrisées et des difficultés identitaires encore vives de ses ascendants immédiats ou plus lointains*. » [28]

D'autre part, ces « *traces* » parentales transmises à l'enfant à naître sont largement inconscientes et échappent à toute volonté de maîtrise. Il y a donc « *prise »* et non pas maîtrise et cette *prise* façonnera l'enfant tout autant que ses gènes. Ainsi :

> « *L'enfant humain va résulter de la rencontre singulière, de la programmation biologique spécifique à l'espèce – des acides nucléiques, des molécules, des cellules – avec le psychisme parental préexistant, des désirs secrets, des rêves, des souvenirs, des mots. »*[29]

Irréductible à sa dimension génétique, la vie est donnée à l'enfant dans des relations vitales, affectives et généalogiques. L'enfant à naitre n'est pas d'emblée donataire du don de la vie qui lui est adressé mais il le devient.

C. Le « Magnificat de la mère et de son enfant »

1) Un duo fusionnel

Au mois de mai 2009 une exposition, dans l'ancien réfectoire des cordeliers de Paris Descartes, célébrant la maternité[30] à travers les siècles et les différentes cultures, commençait par ces quelques vers :

> *Ô quel doux amour tu sentais dans ton cœur,*
> *Quand dans ton giron, serré, tu l'allaitais.*

[28] Ibid, p 25.
[29] Ibid, p 75
[30] Exposition, *Maternité, un monde d'amour et de tendresse*, université Paris Descartes, 75006, avril/mai 2009

Que de gestes doux, pleins d'amour et suaves
Tu voyais, étant avec ton doux enfant »…
Jacopone da Todi (fin du Moyen Âge)

Pourquoi cette empreinte si forte de la mère et de son enfant, dans nos sociétés occidentales ? A l'origine et jusqu'à la naissance, le corps de l'embryon puis du fœtus se confond avec le corps de sa mère. Si les deux entités corporelles suivent un développement progressivement indépendant et si, dans la plupart des cas le père est effectivement associé à cette gestation, il s'agit bien d'un duo fusionnel « mère-fœtus » où il y a à priori peu de place pour un tiers.

Nous vivons l'éclatement de la structure familiale. Divorces, familles monoparentales, familles recomposées...Nous sommes bien loin de l'image de la famille stable et inébranlable qui existait encore il y a quelques décennies. Pourtant, même si le couple cherche à se désinstitutionnaliser, il reste des images psychiques très fortes comme celle de la crèche de Noël qui deviennent des déterminants forts de notre pensée et de notre action. En ce sens, il est difficile pour notre société d'imaginer deux mères pour un enfant.

2) L'adultère ovocytaire

En cas de don d'ovocytes, il s'agit pour la femme receveuse d'accepter qu'un organisme étranger à son corps, l'ovocyte d'une autre femme, soit fécondé par le sperme de son mari. Cette situation ne peut pas ne pas rappeler certaines situations de ménage à trois, d'adultère ovocytaire. Il faut à la femme pouvoir envisager la *donneuse autrement que comme une rivale* qui lui ravit sa place de femme et donc de future mère. Cette étape amène directement au point suivant, c'est-à-dire à l'obligation, avant de passer par le don, de penser la donneuse. Qui est-elle ? Quels sont ses motifs, ses motivations pour donner ? L'a t-elle fait pour de l'argent ? Dans ce cas, est-ce que cela paraît moralement acceptable ou condamnable ? L'a t-elle fait pour des motifs altruistes ? Quels peuvent bien t-ils être ? Est-ce que je vais me sentir mal si je dois passer par un paiement pour accéder à mon désir d'enfant ? L'Espagne, la Belgique, la République tchèque, que représentent ces pays qui proposent des dons d'ovocytes ? Nous savons que des filles de l'Est gagnent leur vie en stimulant plusieurs fois leurs ovaires. Est-ce que cela représente un acte condamnable à mes yeux ? Comment est ce que j'imagine la donneuse ? Une étudiante ? Une mère au foyer, dans le besoin ? Ai-je des appréhensions à l'idée de sa religion ? Est-ce que je souhaite qu'elle soit de la même religion que moi ? Que

représente cette part d'étrangeté qui rentre dans ma famille ? Est-ce que je souhaiterais la rencontrer ? Comment vais-je supporter l'anonymat ?

Parce qu'il importe de mettre à jour les fantasmes positifs et négatifs concernant la donneuse, il faudra, avant toute tentative du don, explorer toutes les interrogations que peuvent formuler les futures mères receveuses. Cette donneuse me ressemblera-t-elle vraiment? Est-elle laide ? Mon enfant le sera-t-il alors ? A-t-elle des tares cachées ? Sommes-nous sûrs de ses antécédents ? Que va-t-elle transmettre à mon enfant ? Est-ce la génétique ou l'éducation qui prime sur la constitution du caractère ? Et si mon enfant ne ressemble à personne ?

Ce travail se fait avec l'aide et le savoir faire des psychologues au sein des structures d'AMP.[31] La médecine du don est loin d'être une pratique qui ne se voudrait « *ni vu ni connu* » comme le pense et l'écrit Irène Théry**.** Source spécifiée non valide.

Est-ce le lien biologique qui unit une mère à son enfant, qui nous oblige à penser naïvement qu'il y aura forcément de l'amour dans leur histoire ? Est-ce cette icône de *la mère à l'enfant* qui nous pousse, par exemple, à rejeter et à honnir les mères néonaticides ? Pourtant, il semblerait qu'elles soient plus nombreuses qu'on ne le croit et qu'elles n'aient pas de maladies mentales caractérisées comme on aimerait le croire. C'est ce qui ressort d'une étude menée dans 3 régions françaises (Bretagne, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais) parue en 2010 dans *Archives of disease in childhood*,Source spécifiée non valide. qui montre que ce phénomène est sous estimé : des chercheurs de l'Inserm ont montré que les néonaticides, survenant dans les 24 heures après la naissance, sont 5,4 fois plus nombreux en France que ne le laissent penser les données officielles. En 2005, l'analyse du nombre d'homicides chez les nourrissons de moins d'un an avait déjà montré une sous-estimation des chiffres. En don d'ovocytes, il nous semble impensable que cela puisse arriver ! Pourtant, en 2008, après un don d'ovocyte réalisé à l'hôpital Cochin, une femme receveuse s'est vue retirer l'un des jumeaux pour maltraitance.

3) Conséquences sur le développement de l'enfant avec tiers donneur

Quelles peuvent être les conséquences de la reproduction assistée sur le développement cognitif, social et émotif de l'enfant ?

[31] Voir à ce propos les différents travaux de Léa Karpel, psychologue, travaillant en AMP (hôpital Antoine Béclère à Clamart).

En ce qui concerne le développement cognitif, deux études, effectuées en Australie Source spécifiée non valide. et en Suède Source spécifiée non valide., ont démontré que les enfants issus de l'insémination par un donneur avaient un développement psychomoteur et intellectuel supérieur à la moyenne. Une recherche sur le développement cognitif des enfants issus d'un don d'ovule n'a révélé aucune preuve de retard psychomoteur Source spécifiée non valide..

Une étude effectuée en Finlande a révélé que les parents qui avaient eu recours au don d'ovule étaient moins susceptibles d'exprimer de l'inquiétude au sujet du comportement de leur enfant que ceux qui avaient utilisé la FIV Source spécifiée non valide. et une autre étude qui s'est déroulée au Royaume-Uni n'a trouvé aucune preuve de difficulté psychologique chez les enfants issus du don d'ovule Source spécifiée non valide..
La création de familles à l'aide d'un don de gamètes a soulevé depuis longtemps un certain nombre de préoccupations au sujet des conséquences potentiellement négatives sur le développement de l'enfant. Cependant, d'après les résultats des études disponibles à ce jour, il semble que de telles préoccupations ne soient pas fondées.

D. Les enfants ne font pas le bonheur

1) Etudes

Pour Nattavudh Powdthavee, *« les enfants ne font pas le bonheur d'un couple »*Source spécifiée non valide.. Il s'agit bien là d'une croyance, d'une illusion tenace.

Pour de nombreux chercheurs, les parents font état de niveaux significativement plus faibles de bonheurSource spécifiée non valide. que ce soit dans leur vie en généralSource spécifiée non valide. ou dans leur vie maritale, quand ils ont des enfantsSource spécifiée non valide..
Ces études ont été faites sur des populations européennes ou américaines, dites développées avec une culture relativement homogène. Il serait intéressant de les confronter à d'autres cultures, comme celle des Latino-Américains. Depuis plus de deux décennies, « être parent » a été démontré comme pouvant être particulièrement stressant. McLanahan et Adams ont constaté que les parents ayant des enfants à la maison passent beaucoup de temps à s'inquiéter à leur sujet Source spécifiée non valide.. Nous savons tous qu'être parent est un travail très dur, voire une grande aventure.

2) Des illusions et des ambiguïtés

Ainsi, le plus étonnant est ce désir d'enfant, cette demande, cet espoir qui à chaque βHCG négatif plonge le couple et peut-être encore plus la femme[32] dans un désarroi, une souffrance innommable. Quand on discute avec ces femmes, on se rend compte que leur désir est attaché à un petit bébé joufflu, en bonne santé, de beaux garçons ou des petites filles magnifiques qui ne peuvent qu'embellir leur avenir. Mais alors quelle sera la réaction d'une mère accouchant suite à un don d'ovocytes et réalisant que son enfant est porteur d'une malformation (non diagnostiquée à l'échographie) ? Si cette problématique de la réaction d'une mère ne se pose pas uniquement dans le don d'ovocytes, il importe de l'évoquer.

Pourquoi avons-nous une telle vision rose de la parentalité ? Pourquoi cette illusion confortable, reprise très souvent dans les magazines ? Élever des enfants est probablement le plus difficile et le plus périlleux emploi dans le monde ! Quelle est cette dynamique qui nous pousse à croire en l'icône de la sainte famille alors que les tensions se multiplient en famille, à l'école, dans la rue, entre enfants et adultes. On se trouve devant un manifeste de plus en plus précoce des enfants face à l'autorité des adultes.

La violence a envahi le monde des enfants et tous les enfants sont à risque. L'enfance est devenue en France une «question sociale».
C'est ce qui ressort de l'analyse du sociologue Louis Roussel[33], qui fait ressortir plusieurs ambiguïtés dans nos comportements de parents.

Nous voulons que nos enfants soient heureux maintenant et d'abord avec nous. Plus tard aussi sans doute dans leur profession et leur famille, mais c'est le bonheur commun actuel qui est impératif. Nous voulons être aimés d'eux, intensément et consciemment. Nous les voulons responsables et... déjà adultes. Mais, en même temps, nous savons qu'alors ces enfants deviendraient autonomes et prendraient leurs distances. Nous oscillons, en somme, entre un enfant précocement mûr et un enfant attardé dans sa dépendance. Quant à l'enfant, il se doit d'être d'abord pour ses parents un fournisseur de gratifications. Pour Louis Roussel, nous sommes à la fois trop amoureux de nos enfants et dans le même temps nous ne les aimons pas assez. C'est en ce sens qu'il préconise d'

[32] Voir Jean-François Daubech, qui dit avoir rarement vu un homme souffrir autant qu'une femme de l'absence d'enfant.

[33] Louis Roussel est démographe, sociologue spécialiste de la famille, professeur à la Sorbonne, conseiller scientifique à l'Ined. Il vient de publier *L'enfance oubliée,* (Odile Jacob),

« *Aimer ses enfants, en consentant à ce qu'ils nous aiment moins.*
Oui. On ne doit pas simplement aimer son enfant comme un bébé précieux élevé dans une surprotection permanente. Il faut consentir à l'aimer assez pour qu'il se détache de nous, pour qu'il puisse vivre un jour en aimant cet «autre» inconnu qui nous aura supplantés. L'amour des parents, par principe et par devoir, doit être désintéressé. Il nous faut apprendre à faire le deuil de nos enfants. »

Ce travail d'attachement-détachement se fera-t-il aussi facilement dans le cadre d'un don d'ovocytes ?

E. Le désir n'est pas un droit

1) Sur le plan juridique

Dans les sociétés profanes, l'individu ne vit plus d'interdits religieux mais il a besoin absolument de satisfaire ses désirs pour pouvoir être lui-même, pour s'épanouir. Il n'a pas assez de « moi » dirait Kierkegaard pour faire face à l'inaccomplissement de ses espoirs. Il interprète sa frustration comme un échec, dont il est personnellement responsable (culpabilité) ou dont il accusera la société (la science, les médecins). Il exige une réparation sous forme d'un droit. Le désir d'enfant n'est pas un droit à l'enfant.
Sur le plan juridique tout d'abord, cette notion n'a pas de sens. Le droit des uns à avoir des enfants supposerait le devoir des autres de les leur fournir (le médecin, la société) ou bien de leur garantir (pour les donneurs de gamètes). Ce qui est à la fois abusif et impossible. Il n'existe pas de droit à l'enfant, seulement une possibilité, un désir que la médecine, en accord avec la société dont elle dépend, peut parfois favoriser avec ses limites.

2) Sur le plan éthique

Sur le plan éthique ensuite, ou même anthropologique, parler de droit à l'enfant laisse supposer que la stérilité physique priverait les parents d'un élément constitutif de leur humanité même et que l'enfant serait le remède, alors que l'enfant est une personne à accueillir dans son altérité et sa subjectivité de « *sujet de droit* ». La sollicitude qu'entraîne le don d'ovocytes ne justifie aucun droit supplémentaire à ce sujet. Enfin la parenté n'est pas un état mais une

relation et un lien juridique établi à partir de la naissance d'un enfant. Elle est une liberté qu'on ne peut empêcher, non un droit qui donnerait lieu à une créance. Il n'y a ni droit à « être parent » ni « droit à l'enfant ». En revanche, on peut parler d'un droit des futurs parents à être aidés par la société dans leur capacité à procréer, à la fois sur le plan médical et économique.
La revendication d'un « *droit à fonder une famille* » et d'un « *droit à l'enfant* » mène ainsi les couples stériles à ressentir l'impossibilité objective où ils se trouvent de réaliser leurs désirs comme un « *déni de droit* ».

F. Commentaires

La procréation n'est plus une réponse à la mortalité mais au désir d'enfant.

Face à ce désir, les futurs parents mettent en avant l'expression de leur autonomie.

Or, aujourd'hui, le contenu de la notion d'autonomie a changé : l'autonomie ne désigne plus, comme chez Kant, la soumission à la loi de la raison mais elle tend à devenir le règne de ce qu'il y a de plus particulier en chacun de nous. L'autonomie, chez Kant, impliquait que nous avions en nous la mesure du bien et du mal, et que nous connaissions les limites de notre pouvoir (nous ne pouvons pas faire n'importe quoi de l'humanité qui est en nous et donc de notre personne, de notre vie, de notre corps). Or cette soumission à l'universel a été remplacée par la soumission à nos désirs. En effet, l'autonomie telle que nous la définissons aujourd'hui, c'est-à-dire en la pensant comme l'expression de nos désirs, explique la demande parfois irréaliste des couples et témoigne d'un refus de la condition humaine, un refus de sa fragilité et de ses limites.

L'autonomie devient une norme, ce qui explique que l'idéal de bonheur s'accompagne parfaitement d'un conformisme social, assignant aux individus des objectifs à atteindre, comme celui d'avoir coûte que coûte des enfants.

Nous arrivons au paradoxe qui accompagne l'évolution de la notion d'autonomie : les individus veulent à tout prix satisfaire leurs désirs, qu'ils présentent comme l'expression de leur autonomie et, en même temps, ces désirs sont les reflets d'une norme sociale.
L'autonomie, identifiée à l'indépendance, a perdu ce qui la rattachait à l'autre que soi, au bien commun, à l'universel. Les couples sont pris dans des désirs qui reflètent des critères sociaux, alimentés par un univers de magazines et

de prêt à penser, comme si ces désirs étaient devenus lois, que les autres doivent accepter. Un idéal de maîtrise et de toute puissance caractérise cette notion d'autonomie que nous avons construite.

Tout se passe comme si l'État et la société, par l'intermédiaire des médecins, devaient garantir un droit à l'enfant, pris en charge à 100%.

III. **LE DON D'OVOCYTES** comme « *manière nouvelle d'engendrer des enfants* » ? [34]

A. De la nécessité des lois

1) Règles et principes

La technique précède la réflexion. Cette observation générale s'applique aussi pour le don d'ovocytes. La pratique du don a commencé, en France, à se pratiquer en mode direct, sur une petite échelle de cas. Il suffisait d'amener « *sa donneuse* ». C'est ce que m'a confié R. Frydman. Très vite, il a fallu légiférer car la demande d'une AMP est devenue croissante. La promulgation des lois de bioéthiques relatives au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, lois n. 94-653 et n. 94-654 du 29 juillet 1994, a répondu par un encadrement de cette pratique reposant sur :

<u>L'article 16 du Code Civil</u>

> *« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* »
>
> *« Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »*

La non patrimonialité du corps humain est un principe éthique fondamental en France, renforcé par la dignité de la personne humaine et la non commercialisation du corps humain explicité dans l'article 16-6 du code civil.

[34] Expression d'Irène Théry, ibid. p17.

16-6 « Aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci. »

En France, la tradition garde une place prépondérante à l'Etat, tempérée par l'intervention d'un corps médical (encore) soucieux de bienfaisance pour ses patients **(45).** Ainsi, la construction du don de gamètes va reposer sur un triptyque : Gratuité, Consentement au don et Anonymat.

16-8 « Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur ni le receveur celle du donneur. »

Un modèle bioéthique qui avait déjà été pensé pour le don du sang.
Les transgressions de l'alinéa 8 du Code civil sont assorties de sanctions pénales très fortes. Ainsi, la divulgation de renseignements permettant d'identifier à la fois le donneur de gamètes et le couple receveur est punie de deux ans d'emprisonnement et d'environ 30 000 euros d'amende.
Ce « *modèle bioéthique français* » soucieux de l'égalité des citoyens devant l'accès aux soins se trouve renforcé par les articles L. 2141-1 s du Code de la santé publique dont les principales dispositions juridiques concernent l'AMP.
Précisons que l'article L. 673-6 du CSP dispose :

« Les organismes et établissements autorisés (…) fournissent aux autorités sanitaires les informations utiles relatives aux donneurs. Un médecin peut accéder aux informations médicales non identifiantes en cas de nécessité thérapeutique concernant un enfant conçu par une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur. »

Ce qui se vérifie dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 fœtale où l'âge de la donneuse est révélé au médecin qui suit la grossesse afin de pouvoir quantifier les marqueurs sériques maternels au premier ou deuxième trimestre de la grossesse.

La révision des lois de bioéthiques de 2004 a introduit un petit changement dans le cadre du don : son recours peut être choisi en première intention par le couple lorsque, dûment informé, il renonce à une procédure intraconjugale.

Enfin, de nouvelles lois de bioéthique ont été adoptées depuis le 8 juillet 2011. Elles apportent quelques changements en ce qui concerne le don d'ovocytes.
L'article 29 précise que les médecins gynécologues doivent informer régulièrement leurs patientes sur le don d'ovocytes et que la donneuse peut ne

pas avoir procréé. En contrepartie, elle se voit proposer la conservation d'une partie de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation. Ce recueil et cette conservation sont subordonnés au consentement de la donneuse. Enfin, la donneuse bénéficie d'une autorisation d'absence de son employeur pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires à la stimulation ovarienne et au prélèvement ovocytaire.

J'entends bien que l'objectif visé est de favoriser le don d'ovocytes et d'obtenir des ovocytes de meilleure qualité. Je m'interroge toutefois sur les dérives que pourrait entraîner une telle pratique : on peut notamment craindre que des pressions s'exercent sur de très jeunes femmes, qui pourraient plus tard regretter leur choix. Je m'interroge aussi sur les modifications des motivations des donneuses car ce don pourrait être un don pour servir ses propres intérêts : « je donne afin d'avoir une partie de mes ovocytes vitrifiés pour plus tard ».

Et si cette femme donneuse n'aura toujours pas d'enfant à 40 ans, n'y a-t-il pas un risque d'immixtion et de revendication d'enfant au sein de la famille bénéficiaire du don ?

2) Le « *mieux* disant éthique » [35]

Les États généraux de la bioéthique organisés en 2009 ont montré l'adhésion de quelques Français aux principes qui fondent les lois de bioéthique : le respect de la dignité humaine et le refus de toute forme de marchandisation et d'exploitation du corps humain.

Pourtant, on peut lire dans les médias que les pays voisins sont plus progressistes que nous sur la pratique du don de gamètes.

Mais nos règles éthiques n'ont pas à être imposées de l'étranger**.** Au contraire, la France a tout intérêt à assurer la promotion de ses valeurs au-delà de ses frontières.

On peut s'interroger sur cette spécificité de construction du don de gamètes *à la française* que certains vont qualifier de *dogmatique.* En fait, elle provient de son histoire. Le Pr G. David, fondateur des CECOS, lors de son intervention du 2 juin 2010 à l'Académie de Médecine, a rappelé la nécessité du secret au moment des années soixante-dix :

[35] Expression de Xavier Bertrand, discours du 8 février 2011.

« Ce fut un pari à l'époque. L'objectif était de réhabiliter l'insémination avec le sperme de donneur (IAD), d'effacer le côté vénal de la chose et de faire admettre la légitimité du processus. Nous voulions également confronter les couples féconds au drame de la stérilité et les inciter à aider. »

D'une manière logique, ce sont les principes du don du sang, qui préexistaient au don de gamètes, qui ont été repris, à savoir la gratuité et l'anonymat. Cette idée du don altruiste s'appuyait sur la pensée du professeur et sociologue anglais Richard Titmuss qui faisait remarquer, contrairement à Marcel Mauss, que le don unilatéral, désintéressé et sans aucune condition d'attribution était possible. Il est bien question d'un don de soi dénué de toute connotation d'intérêt, de toute attente de contre-don, de toute idée de distinction ou de préférence entre les personnes ; le don pur d'une partie de son corps fait à un couple inconnu, représentant de l'universelle humanité. Une oblation religieuse transmutée en don laïcisé en quelque sorte.

L'anonymat s'imposait de lui-même car évoquer les circonstances de l'IAD était impensable il y a trente ans. Demander aux couples s'ils allaient parler à l'enfant des circonstances de sa naissance était une question incongrue, voire trop intime.
Ce système a été pensé dans le cadre du don de sperme et non du don d'ovocytes (qui ne se faisait pas encore) avec des schèmes qui correspondaient à la morale de l'époque : permettre, dans le secret médical, à un homme fragilisé par sa stérilité de devenir un « vrai » père.

3) Les contestataires de cette pratique

- Les religions

L'Église catholique garde une position opposée à la pratique de la procréation avec don de gamètes[36]. Pour l'Église, le recours à un tiers fait naître un risque de division de la filiation. Le Magistère de l'Église a opéré un discernement délicat à propos des nouvelles pratiques de procréation artificielle et a publié en 1987 le fruit de ses réflexions pluridisciplinaires dans l'Instruction *DONUM VITAE* (DV)[37]. L'Instruction *DIGNITAS PERSONAE* (DP)[38] parue fin 2008 a

[36] Mgr Pierre d'Ornellas, archevêque de Rennes, *l'embryon humain n'est pas une chose,* Le journal du dimanche,12/12/2010.
[37] Cardinal Joseph Ratzinger, Congrégation pour la doctrine de la foi, Instruction *Donum Vitae* sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation, Réponses à quelques questions d'actualité**,** 22/02/87

actualisé et confirmé la réflexion éthique de l'Église catholique sur l'assistance médicale à la procréation. *Dignitas Personae* est jugé, par ceux de l'Église, comme un document exceptionnel par la pénétration de la pensée sur les enjeux éthiques contemporains en matière de biomédecine. Approuvé par Benoît XVI qui en a suivi attentivement la rédaction, il est structuré en 3 parties et 37 articles et actualise l'Instruction *Donum Vitae* sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation. D'un point de vue moral, les techniques d'AMP hétérologues comme le don d'ovocytes sont bien sûr entachées dans la même illégitimité qui caractérise les techniques intraconjugales. L'instruction *Dignitas personae* précise que ces *méthodes « ne sont pas à rejeter parce qu'artificielles* ». Comme telles, elles témoignent des possibilités de l'art médical (DP, n. 12). Mais, deux critères sont mis en lumière par le magistère pour expliquer le fruit de son discernement : d'une part l'atteinte au « *droit à la vie et à l'intégrité physique* » des embryons ainsi conçus, d'autre part le non respect des « *valeurs spécifiquement humaines de la sexualité qui exigent que la procréation d'une personne humaine doit être poursuivie comme le fruit de l'acte conjugal spécifique de l'amour des époux »* (DP, n. 12). Ce second point s'enracine lui-même dans de solides réflexions anthropologiques à propos de la signification plénière de la sexualité et de la procréation humaine[39]. Mais faisons abstraction de la doctrine classique de l'Église sur la procréation artificielle en général pour nous concentrer uniquement sur le cas de l'AMP hétérologue.

Pour l'Église, le projet parental et « l'efficacité fabricatrice » s'alimentent mutuellement pour parvenir à la réalisation d'un désir d'enfant parfois poussé jusqu'à « l'acharnement procréatif ».
Dans ce cadre où s'exerce une «*domination de la technique sur l'origine et la destinée de la personne humaine »* (DP, n. 17), il était logique que l'équipe biomédicale fasse appel à des gamètes étrangers en cas d'absence de cellules sexuelles chez l'un des deux membres du couple. Pour le Magistère, cela constitue « *une violation de l'engagement réciproque des époux et un manquement grave à l'unité, propriété essentielle du mariage* ». (DV, II, A, 1).
En effet le mariage est un engagement qui attribue aux époux, de manière objective et inaliénable, « *le droit exclusif de devenir père et mère que l'un par*

[38]Cardinal William Levada, Congrégation pour la doctrine de la foi**,** Instruction *Dignitas personae* sur certaines questions de bioéthique**,** 8 septembre 2008. Le 12 décembre 2008, la Congrégation pour la doctrine de la foi a publié l'Instruction *Dignitas personae.*

[39]Pour un commentaire approfondi du jugement éthique de l'Eglise sur les fécondations in vitro, voir Mgr Jacques Suaudeau, « *La face cachée des fécondations in vitro* » et Pierre-Olivier Arduin, « *L'immobilisme du rapport Leonetti* », Liberté politique n. 48, Editions Privat, mars 2010.
Voir aussi Pierre-Olivier Arduin, *« Pourquoi l'Église dit non à l'AMP »,* Liberté politique n. 44, mars 2009, p. 11-22.

l'autre »(ibid.).
On constate donc, qu'en plus de dégrader la dignité des époux et leur fidélité conjugale, la procréation artificielle hétérologue « *constitue une offense à la vocation commune des époux appelés à la paternité et à la maternité* » (DV, II, A, 1).

Cette intervention d'un tiers fait entrer les différents protagonistes dans *un rapport de domination* entre sujets producteurs (les donneurs de gamètes et les médecins) et entre les objets produits que sont les embryons humains Source spécifiée non valide.**.**
Dans la logique chrétienne, la certitude d'avoir été procréé par le couple de ses parents est la condition, sine qua none, pour que l'enfant puisse « *découvrir son identité et mûrir sa propre formation humaine* ».

En Italie, c'est le même argument qui a été invoqué lors des débats sur la loi relative à la fécondation *in vitro* (session du 12 juin 2002). La parlementaire Roy Bindi a dénoncé la procréation hétérologue car ce type de PMA place « *l'enfant dans une situation déséquilibrée par rapport à ses parents* ». La réflexion éthique en Italie conduit à penser que la démesure serait d'accepter une pratique qui objectivement affaiblit la future identité de l'enfant à naître. Ce qui conduit les Italiennes à aller en Espagne.

On peut se demander si les instructions *Donum vitae* et *Dignitas Personae* imposent une pesante morale normative, n'admettant de relation stable qu'entre personnes de sexe opposé ayant pour finalité, au moins à terme, la procréation dans le mariage, refusant de fait, le droit aux femmes de disposer de leur fécondité et par là même de conforter un système et une culture dominés par des valeurs masculines.

Le Protestantisme est plus ouvert en ce qui concerne la procréation médicalement assistée. La plupart des techniques sont autorisées. Les seules restrictions formulées sont que ces techniques doivent uniquement servir à un couple hétérosexuel (ce qui exclut les homosexuels et les hommes ou les femmes seules) et qu'il ne doit pas y avoir d'autre intérêt financier que celui de donner la vie à un enfant.

Le Judaïsme autorise les inséminations artificielles (mais seulement avec le sperme du conjoint), la fécondation in vitro, la congélation d'embryons, et le diagnostic pré-implantatoire. Cependant ces techniques doivent être réservées

à un couple hétérosexuel. Rien n'est précisé, à ma connaissance, pour le don d'ovocytes.

- Les médecins

La France ne s'est pas donnée les moyens de ses ambitions. Aucun budget, aucune aide n'ont été alloués aux centres de PMA pour faire fonctionner le don d'ovocytes dans de bonnes conditions. Quelques médecins contestent le modèle bioéthique du fonctionnement du don qu'ils jugent, le plus souvent, trop conservateur. Or, l'organisation du don, à grande échelle, reste complexe et nécessite des connaissances et beaucoup d'enthousiasme. Le don d'ovocytes est d'autant plus difficile à mettre en place qu'il existe un effet *burn out* des équipes hospitalières, pour de multiples raisons (suppression de postes, fusion des services).

Des médecins contestent la gratuité du don.

Selon le Professeur René Frydman : « *le moment est venu d'indemniser les donneuses* [40] ». Le Professeur François Olivennes, gynécologue obstétricien[41], estime que le problème du manque de donneuses provient essentiellement de la gratuité du don.

> *« Le problème fondamental est qu'en France le don est gratuit, alors que dans les pays où le don d'ovocyte fonctionne, les donneuses d'ovocytes bénéficient d'un dédommagement ».*

Indemniser, dédommager, rémunérer… on ne sait plus bien faire la différence.

Il est certain qu'en rémunérant le don d'ovocyte, on créerait un système attractif sur les jeunes Françaises, ce qui permettrait in fine d'améliorer l'efficacité des protocoles d'AMP. Le Conseil d'État[42]a rejeté cette idée au nom du respect du principe de non-patrimonialité des produits du corps humain et parce qu'en matière d'éthique, malgré le déficit d'ovocytes, « *on ne peut admettre que nécessité fasse loi*». La mission parlementaire [43] a également catégoriquement écarté l'idée d'une remise en cause du principe de gratuité.

---

[40] *Le don d'ovocytes doit être un engagement de la société*, R. Frydman, Le Monde, 02/11 /2005
[41] *Le don d'ovocytes, la réalité méconnue,* F. Olivennes, Le Monde, 13 /12/ 2010.
[42] *Conseil d'État, La révision des lois de bioéthique, La documentation française, mai 2009, pp. 55-56.*
[43] Mission d'information sur la révision des lois de bioéthique, *Favoriser le progrès médical, respecter la dignité humaine*, Rapport parlementaire n. 2235, tome 1, janvier 2010, pp. 91-104.

Notre expérience de travail à Cochin-Saint-Vincent-de-Paul a pourtant montré qu'il était possible d'augmenter le taux de réussite malgré ce manque de moyens. Le taux de grossesses évolutives est passé de 24,2% en 2007 (idem en 2008) à 40,6% en 2009. Cet excellent résultat est le fruit d'un travail collectif. Peu de personnes en parlent et pourtant *cet esprit d'équipe* me semble être une condition importante qu'il faut savoir sauvegarder.

- Le Conseil d'Etat

Dans son avis publié en mai 2009, la haute juridiction administrative s'est intéressée aux conditions d'accès à l'assistance médicale à la procréation. Le Conseil d'État a proposé de ne pas modifier l'actuel statu quo : hors de question, donc, d'ouvrir l'accès aux techniques de l'AMP aux femmes seules ou aux couples de femmes comme c'est le cas dans d'autres pays. Seuls les couples stables et composés d'un homme et d'une femme en âge de procréer et souffrant d'infertilité pourront continuer à bénéficier de ces techniques. Une seule modification était envisagée. Elle concernait la question, régulièrement soulevée, de la levée de l'anonymat des donneurs de sperme et d'ovocytes de manière à permettre aux personnes concernées de connaître, si elles le souhaitent, leurs origines biologiques. Le Conseil d'État préconisait de tenir compte des demandes fondées sur la « *souffrance des origines* », ainsi que de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ; mais ceci tout en évitant «*les risques de déstabilisation des situations familiales nées de l'AMP*». Il proposait de permettre, à l'avenir, à la personne née d'une AMP (à partir d'un don de spermatozoïdes ou d'ovocytes) d'avoir accès dès sa majorité à une série de données «*non identifiantes*» sur le donneur qui a permis sa conception : l'âge, certaines caractéristiques physiques, la profession ou l' *«intention ayant présidé au don»*. L'accès à l'identité du donneur n'aurait été possible que si ce dernier avait donné son accord.

- Terra Nova

Un ensemble de personnalités, regroupés dans l'association Terra Nova, comme Mme Geneviève Delaisi de Parseval[44], Mme Anne Cadoret[45] Mme Martine Gross[46], Mme Dominique Mehl[47], Mme Irène Théry… contestent l'anonymat du don qu'elles assimilent à *la loi du silence*.[48]

[44] G. Delaisi de Parseval est psychanalyste et chercheuse en sciences humaines, spécialiste de bioéthique.
[45] Anne Cadoret est chargée de recherches en anthropologie sociale, au CNRS. Elle étudie les nouvelles configurations familiales, en particulier auprès des enfants placés et des familles homoparentales.
[46] Martine Gross est ingénieure de Recherche en sciences sociales au CNRS, spécialiste de la question de l'homoparentalité.
[47] Dominique Mehl est sociologue, directrice de recherche au CNRS, spécialiste de la procréation, de la

Selon elles, lever l'anonymat *conforterait* la place des parents en cessant de recourir à cet expédient bien fragile et dangereux qu'est la pseudo-filiation charnelle. Il serait temps de s'arracher à une pensée traditionnelle du *ou* (ou social ou biologique*)* et de la rivalité pour une seule place au profit d'une pensée du *et* liant des statuts différents et complémentaires (la génitrice et la mère). Elles réclament un statut social et juridique de « donneur(se) d'engendrement ». Elles s'appuient sur des témoignages de jeunes gens issus d'une aide médicale avec donneur (IAD), qui se regroupent dans une association dédiée à la lutte pour la levée de l'anonymat.

- Association : Procréation médicalement anonyme

Créée fin 2002 par la gynécologue Pauline Tiberghien cette association s'appelle Procréation médicalement anonyme[49] (PMA). Le porte parole des jeunes de cette association est Arthur Kermalvezen ; il est aussi l'auteur d'un ouvrage témoignant de l'expérience d'un enfant IAD : *Né de spermatozoïde inconnu* (2008). Lors d'une audition parlementaire[50], il précise que

> « *L'association réunit des donneurs qui ont donné dans le cadre de l'anonymat il y a dix, quinze ou vingt ans et qui acceptent de réfléchir à la question avec des enfants et avec des parents. Elle est née de la souffrance exprimée par les enfants à leur majorité*. ».

Il est vrai que personne ne s'attendait à une *souffrance* chez des enfants aussi attendus, voulus, désirés ! La révélation de cette *souffrance,* largement médiatisée, semble faire réagir *après coup* donneurs et donneuses. En voici un exemple trouvé sur internet :

« Bonjour,

Je souhaiterais témoigner de mon expérience de donneuse d'ovocytes.
Mon geste était un partage d'amour. Ma seule hésitation : l'anonymat ne risque-t-il pas de créer un trouble affectif et psychique chez l'enfant en grandissant, comme les enfants adoptés ? "Non, me répond la psychologue du CECOS. L'adoption débute par un abandon, alors que la PMA est issue d'un don ; le résultat n'est pas pareil !" OK.

---

filiation et de l'enfantement par don.

[48] Voir la tribune de Bioéthique dans Libération du 12 décembre 2003

[49] Les positions de cette association sont publiées sur son site Internet. On peut aussi se rapporter aux auditions qu'elle a données pour les différents rapports préparatoires à la rénovation des lois bioéthiques.

[50] Rapport Leonetti, 2010, vol.2, p. 401

Je fais ce traitement, qui fonctionne bien, il y aura assez d'ovocytes pour les trois couples. Ouf J'avais peur de la déception que pourraient ressentir les parents en attente.
J'espère que ça fonctionnera pour eux et qu'ils auront la joie de chérir des enfants
comme je peux chérir les miens. Un enfant est pour moi le plus beau cadeau que la vie puisse nous faire.
Retour chez moi, reprise de ma vie.
Et un jour, j'entends parler de votre association dans une émission télévisée. Le choc. Il va falloir que je fasse mettre un mot dans mon dossier, au cas où la loi changerait. Je VEUX que cette loi change ! Pas pour moi,
mais pour ces enfants, tous les enfants issus des assistances médicales avec donneurs.
Je voulais donner de l'Amour, pas créer de telles douleurs à ces enfants... Qu'ils sachent et posent leurs questions.
Ils ne sont pas mes enfants, et ne le seront JAMAIS. Mais s'ils veulent une explication, je serais ouverte à une discussion. La loi doit être aménagée, pour protéger mes propres enfants financièrement, mais surtout pour que les enfants issus de dons puissent vivre leur vie de façon plus épanouie, sans secret sur leurs origines.
J'ai été mal informée, Pardon...
L'aurais-je fait si j'avais su avant ? J'aurais attendu que la loi change je pense. Mais pour autant je ne regrette pas : la loi VA changer, la loi DOIT changer.
Et quand ces enfants seront majeurs, ils sauront que dans leur dossier la donneuse d'ovocytes est prête à répondre à leurs questions, pour qu'ils puissent aller de l'avant de
façon sereine.
Je voudrais militer à vos côtés pour faire avancer votre combat. Bonne chance. »

Il est intéressant de remarquer qu'aucun médecin, scientifique ou philosophe ne remet en cause le volontariat du don. Il semble évident pour tout le monde. Mais une femme peut-elle refuser d'aider sa sœur en manque d'enfant ? Comment peut-elle s'abstenir d'intervenir quand elle apprend la priorisation donnée à son dossier en cas de donneuse amenée par celle-ci ? Deux ans d'attente sans donneuse contre 6 mois à un an, avec donneuse ?

Si la donneuse est ponctionnée au profit d'un couple tiers, inconnu, suivant le principe du *don croisé* – le don dirigé étant rigoureusement interdit – cette

pratique incitatoire est néanmoins illégale. Le code de la santé[51] publique précise effectivement que :

> « *Le bénéfice d'un don de gamètes ne peut en aucune manière être subordonné à la désignation par le couple receveur d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un couple tiers anonyme.* »

La méconnaissance de cette disposition est punie (en principe) de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende[52]. On peut noter que ce type de disposition a été introduit pour le don d'organe dans la nouvelle loi de 2011.

B. Comment se déroule le don d'ovocytes en France

1) Définitions

Selon l'OMS, la proportion de couples réellement stériles, c'est-à-dire qui ne pourront jamais concevoir, est comprise entre 5 et 7 %. Il existe plusieurs variantes à la définition de la stérilité d'un couple. Selon le dictionnaire de Médecine Flammarion, il s'agit de l'absence d'une grossesse après un minimum de deux ans de rapports normaux sans méthode contraceptive. Actuellement, en médecine le terme *stérilité* doit être utilisé dans les cas où l'incapacité à concevoir est diagnostiquée (infertilité définitive) ; avant de prouver ce caractère définitif, il faut mieux utiliser le terme *infertilité* et *infertile*.

Le décret n° 2006-1660 du 22 décembre 2006 précise les conditions d'autorisation et d'exercice de la PMA, y compris l'activité du don d'ovocytes ; ainsi la mise en œuvre du don d'ovocytes ne peut se faire que par des organismes et établissements de santé publics ou à but non lucratif, autorisés dans les conditions de l'article R. 1244-1 à R. 1244-11 CSP.

De même, la loi française définit l'assistance médicale à la procréation comme étant destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants et en âge de procréer (article L 2141-2 du Code de la santé publique). Ce qui pose problème dans cette définition ce n'est ni la notion de projet parental, ni même celle d'infertilité pathologique, mais bien la notion d'hommes et de femmes en

[51] Article L. 1244-7 du CSP
[52] CF art. 511-13 du Code pénal.

âge de procréer. Être en âge de procréer, ce n'est pas un âge. La loi ne distingue pas entre les hommes et les femmes pour déterminer l'âge de procréer, il ne s'agit donc pas, comme nous l'avons vu précédemment, d'un âge technique mais bien d'un âge *social.*

L'espérance de vie des hommes, comme celle des femmes, a beaucoup augmenté et, dans le même temps, l'âge moyen de la première maternité en France, comme dans la plupart des autres pays européens, est en constante augmentation. Or, l'âge, celui de la femme, est souvent la cause première qui nécessite un don d'ovocytes d'une femme plus jeune donc plus fertile.

2) Du coté des couples bénéficiaires

Le don d'ovocytes en France s'adresse uniquement à des couples hétérosexuels, présentant une hypofertilité médicalement diagnostiquée. Ils doivent vivre en couple, soit être mariés ou soit à même de faire la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans. Le don peut être également indiqué en cas de transmission de maladie génétique grave. Il s'agit dans ce cas d'une alternative en quelque sorte à la technique du diagnostic préimplantatoire.

Les couples receveurs doivent produire un consentement devant un juge ou un notaire comme le précise l'article 311-19 et 311-20 du Code civil :

> *« Les époux ou les concubins qui, pour procréer, recourent à une assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur, doivent préalablement donner, dans des conditions garantissant le secret, leur consentement au juge ou au notaire, qui les informe des conséquences de leur acte au regard de la filiation. Le consentement donné à une procréation médicalement assistée interdit toute action aux fins d'établissement ou de contestation de la filiation à moins qu'il ne soit soutenu que l'enfant n'est pas issu de la procréation médicalement assistée ou que le consentement a été privé d'effet. Le consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou de cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de la procréation médicalement assistée. Il est également privé d'effet lorsque l'homme ou la femme le révoque, par écrit et avant la réalisation de la procréation médicalement assistée, auprès du médecin chargé de mettre en œuvre cette assistance. Celui qui, après avoir consenti à l'assistance médicale à la procréation, ne reconnait pas l'enfant qui en est issu engage sa responsabilité. »*

3) Du coté des candidates pour un don d'ovocytes

La femme consentant à donner ses ovocytes doit être jeune – un accord implicite pour de nombreux centres est moins de 35 ans – fertile, et en bonne santé. La version de la loi de 2004 prolongeant celle de 1994 exige qu'elle ait déjà procréé (point qui vient de changer depuis juillet 2011) et que si elle vit en couple, elle obtienne le consentement de son partenaire recueilli par l'équipe médicale à l'issue d'entretiens spécifiques[53].

Elle accepte une stimulation ovarienne sous forme d'injections journalières de FSH en sous cutanée et une ponction des ovocytes dans un bloc opératoire le plus souvent sous anesthésie locale. Cette femme est communément nommée la donneuse (on aurait pu dire « donatrice ») et la femme qui se prépare à recevoir l'embryon issu de la fécondation *in vitro* ou de l'ICSI, la receveuse (on aurait pu l'appeler la « destinataire »).

L'interdit de toute publicité pour le don de gamètes [54](article L.665-12) conduit l'ensemble des centres d'AMP à inciter les couples solliciteurs à venir accompagnés d'une donneuse. Cette dernière sera stimulée et ponctionnée après validation de son dossier. Presque la moitié des donneuses candidates seront refusées. Ce chiffre a été confirmé par une étude[55] menée au sein du centre d'AMP de Cochin qui s'est appuyée sur une enquête menée auprès de 142 femmes candidates pour un don de leurs ovules durant l'année 2005, 2006, 2007. Sur ces 142 femmes volontaires, seulement 73 d'entre-elles ont été ponctionnées (52%).

- 49 femmes n'ont pas été retenues par le corps médical (35%).
- 15 femmes ont abandonné en cours de parcours (10%) ; raison invoquée : manque de temps, peur, couple receveur parrainé refusé, manque de motivation.
- 4 femmes étaient en attente de validation au moment étude.
- 1 nd

Si on ajoute les femmes ponctionnées à celles qui étaient en attente, on obtient un groupe de 77 femmes qui, au mieux, donneront leurs ovocytes, soit seulement 55% des candidates.

[53] Art. L. 1244-2 du code de la santé publique

[54] Art. L. 665612 du code de la santé publique : *Est interdite la publicité en faveur d'un don d'éléments ou de produits du corps humain au profit d'une personne déterminée ou au profit d'un établissement ou organisme déterminé.*

[55] *Typologie de 142 candidates pour un don d'ovocytes dans le cadre légal du volontariat, de l'anonymat et de la gratuité.* B. Chevallier, C. Davy, V. Blanchet, V. Gillet, JM. Kunstmann, C. Chalas, JC. Juillard, P. Jouannet, article en cours.

Dans le sens contraire, si on ajoute le nombre de femmes annulées à celui des abandons en cours de démarche, on obtient 64 femmes non ponctionnées sur 141 soit 45%. On peut donc conclure, que dans le centre d'AMP de Cochin, durant les années 2005 à 2007, presque une candidate sur deux n'est pas allée jusqu'au bout de sa demande.
Les causes des 49 annulations médicales sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Raison génétique: 17	Anomalie caryotype, Atcd cancer sein, DID, surdité, maladies cœliaques, retards mentaux dans famille, famille non connue.
Insuffisance ovarienne: 9	Après bilan
Raison médicale: 7	Surpoids, pb thyroïdien
Raison gynécologique : 6	
Sérologie positive : 5	HBS+
Autre : 1	Début de grossesse

Tableau 1: Les causes des 49 refus médicaux

La démarche de la donneuse rendra service au couple qui l'a contactée en lui diminuant son temps d'attente. La réponse de l'hôpital Cochin est de 6 mois d'attente après la ponction de la donneuse. C'est ce qu'on appelle pudiquement la règle de la *double liste* ou du *don croisé*. Cela signifie qu'en aucun cas les ovocytes de la donneuse constitueront une réserve patrimoniale privée pour celle qu'elle connaît. Pourtant, lors de l'examen du projet de loi relatif à la bioéthique en 2003, le ministre de la santé de l'époque avait été très ferme sur le rappel de cette règle qui veut que le bénéfice d'un don de gamètes ne puisse en aucune manière dépendre de la désignation par le couple demandeur d'un donneur. Jean-François Mattei s'était même « *engagé à demander à l'Agence de la biomédecine d'exercer une vigilance particulière sur ce point*[56] ». Il n'y a pas eu d'effet, suite à cet avertissement.

Le docteur Patrick Fénichel, endocrinologue gynécologue à Nice, a confirmé la mise en place de ce cercle vicieux devant les députés[57] :

> *« En principe, la loi nous interdit de subordonner notre réponse à la présentation d'une donneuse, mais aucun des douze centres qui*

[56] Compte-rendu de la séance du Sénat du 10 novembre 2003.
[57] Audition du 4 février 2009.

fonctionnent actuellement n'applique ce principe, car dans l'état actuel des choses, il est inapplicable ! »

Reste à savoir de quelle façon est vécue cette manière de faire par les femmes et l'étude qui va suivre s'attachera à cette question. Par son choix, le donneur ou la donneuse engage donc son entourage familial, au premier chef sa femme ou son mari. C'est pourquoi nous nous interrogerons aussi, lors de notre enquête sur les réactions du mari et des enfants du couple donneur.

Dans cette *course à la donneuse*, les femmes futures receveuses vont, dans un premier temps, faire appel à leurs proches à savoir : famille, amies, collègues de travail. Il s'agit donc, dans la majorité des cas, d'un don relationnel.

Toutefois, si la source principale d'approvisionnement des donneuses provient d'un contact amical ou familial, il ne faut pas déconsidérer le rôle grandissant d'Internet.

De plus, l'Agence de la Biomédecine a pour mission de lancer des campagnes d'information nationales, ce qui a été fait en mai 2008, en collaboration avec les professionnels de la santé, les centres de dons et en partenariat avec les gynécologues. Malheureusement, nous ne disposons d'aucune évaluation de l'impact qu'a pu avoir cette campagne de sensibilisation.

4) Les différentes étapes du don d'ovocytes en général

Comment cela se passe-t-il pour une femme jeune, qui a déjà au moins un enfant, qui est en bonne santé et qui souhaite donner ses ovocytes (le plus souvent pour aider un couple de sa connaissance) ?

Elle contactera, par téléphone, un centre agréé pour le don, le même que celui du couple qu'elle se propose d'aider car il n'existe pas, à l'heure actuelle de fonctionnement en réseau. Un premier rendez-vous est pris (donc un premier déplacement) le plus souvent avec une sage-femme, pour informer la future donneuse et répondre à ses questions.

La signature d'un formulaire de consentement est obligatoire[58] (voir annexes) pour la donneuse et, si elle vit en couple, pour son conjoint, qui est ainsi pleinement impliqué dans la réflexion et la démarche du don. L'évaluation de l'état de santé de la donneuse comporte l'étude de ses antécédents familiaux

[58] Article 511-6 du code Pénal, modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 : *Le fait de recueillir ou de prélever des gamètes sur une personne vivante sans son consentement écrit est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.*

ainsi que des examens cliniques et biologiques. Un caryotype et une consultation génétique seront effectués. Ce bilan permet de mieux connaître la fertilité de la donneuse et d'éliminer toute contre-indication au don.

L'entretien avec un(e) psychologue pour la donneuse et éventuellement son conjoint est une étape importante car cet entretien représente un temps de parole libre et propice à la réflexion sur la démarche du don. Il est recommandé et pourra être renouvelé à la demande de celle-ci.

Le problème de recrutement de femmes susceptibles de pouvoir donner leurs ovocytes s'est très vite posé et plusieurs modes ont été envisagés au cours du temps et selon les pays. L'*Egg sharing* fut souvent pratiqué avant la mise au point de la congélation embryonnaire. Il consiste, pour des femmes en cours elles-mêmes de protocole FIV de donner quelques-uns de leurs ovocytes pour une femme stérile. L'*Egg sharing*, qui est actuellement le seul mode possible de don d'ovocyte dans certains pays comme Israël, est encore pratiqué en France, comme à Jean Verdier.

Il a aussi été proposé à des femmes qui subissaient une intervention chirurgicale gynécologique, essentiellement une ligature de trompes, de donner des ovocytes après une stimulation hormonale appropriée. Mais cette situation est restée exceptionnelle en raison de la lourdeur des traitements qui précédent le prélèvement des ovules et de l'âge avancé des patientes.

Les donneuses spontanées sont des femmes informées par les médias par des actions publicitaires ou par leur médecin. Leur démarche peut être bénévole et il s'agit souvent de femmes qui sont donneuses par ailleurs de leur sang ou organes.

Les donneuses relationnelles sont les plus nombreuses en France. Il s'agit de femmes amenées par le couple stérile et qui ont été recrutées dans leur famille ou parmi leurs amies pour un don anonyme.

Les donneuses rémunérées ne sont pas autorisées en France.

On attribue en général 2 à 3 receveuses pour une donneuse ponctionnée puisque l'on espère une dizaine d'ovocytes, soit 3 à 6 ovocytes / couple receveur afin d'obtenir au moins deux embryons de bonne qualité Source spécifiée non valide.. La *procédure d'appariement,* si vraiment on peut l'appeler comme cela, n'est pas conçue pour parfaire *l'illusion* comme Irène Théry ou Geneviève Delaisi de Parseval l'affirment. Elle consiste à éviter une dissemblance frappante qui pourrait mettre mal à l'aise les enfants et leurs

parents. C'est pourquoi, le médecin biologiste du CECOS s'attache à considérer quelques éléments essentiels entre femme donneuse et femme receveuse : le groupe sanguin, la couleur de la peau, des yeux et des cheveux. Un « *hasard et une nécessité* » Source spécifiée non valide. reste la règle du fonctionnement du don qui fait que les enfants nés de cette technique sont forcément *comme les autres*,[59] sans statut irréductiblement *à part* au regard de l'engendrement. Nous reviendrons sur ce sujet délicat quand nous évoquerons l'anonymat du don.

5) Quels sont les risques de santé pour les femmes donneuses ?

Des effets indésirables peuvent survenir ou s'intensifier en raison d'une réponse excessive des ovaires à la stimulation (syndrome d'hyperstimulation). Dans des cas très exceptionnels, l'hyperstimulation se traduit, le plus souvent après la ponction, par une prise de poids rapide, des troubles digestifs et parfois une gêne respiratoire. Ces signes doivent conduire la donneuse à contacter sans attendre le centre qui l'a suivie pour le don ou un service d'urgences. Elle sera immédiatement prise en charge.

D'autres complications peuvent être liées au geste chirurgical de prélèvement, (hémorragie, infection, problème anesthésique…) mais elles sont, à ce jour, jugées rarissimes. L'ASRM[60] estime que moins de deux pour cent des femmes qui subissent un traitement exigera une hospitalisation pour une hyperstimulation ovarienne et moins d'une patiente sur mille subira une intervention chirurgicale majeure due aux complications de la récupération des œufs.
Plusieurs études ont été menées pour mieux faire connaître l'importance des risques que peuvent faire courir cette pratique.
En 1998 à Bruxelles, une étude portant sur 1500 ponctions a montré un taux de complications à court terme de 2,8%, Source spécifiée non valide.**.** Soit 1,8% de syndrome d'hyperstimulation ovarienne, 0,4% d'infections, 0,2 % de saignements intra-péritonéaux, 0,13 % de torsions annexielles. Un cas de torsion annexielle s'est produit (0,18 %). Deux cas inhabituels d'endométriose intestinale ont été rencontrés (0,13 %).
A New York, une étude conduite par Sauer, publiée en 2001, et portant sur 1000 patientes ponctionnées pour un don d'ovocytes sur un intervalle de 13 années, a montré un faible taux de ré-hospitalisation : seulement 7 femmes

[59] En référence au titre du dernier livre d'Irène Théry, 2010.
[60] American Society for Reproductive Medicine

(incidence à 0,7%). Il y a eu 3 cas d'hyperstimulations sévères et pour ces 3 cas on a retrouvé un niveau d'œstradiol dépassant les 5000pg/ml avec plus de 25 ovocytes aspirés, il y a eu 2 cas de complications suite à l'anesthésie, un cas de saignements intra-abdominal et un cas d'atonie vésicale avec hématurie Source spécifiée non valide..
En 2008, toujours à New York, une étude portant sur 587 donneuses ayant subies 973 cycles de stimulations ovariennes contrôlées et ayant rapportées 886 ovocytes a trouvé des complications rares à la procédure Source spécifiée non valide.. Ainsi le taux de complications graves (syndrome d'hyperstimulation ovarienne, torsion de l'ovaire, infection, rupture de kyste) était de 0,7% tandis que le taux de complications mineures (suffisamment pour que la patiente vienne consulter) était de 8,5%.

Il a également été noté dans notre centre, que des grossesses non désirées ont pu survenir suite aux changements de contraception (et des IVG ?) non intentionnelles. Bien que considérées comme accidentelles ces conséquences ne sont pas négligeables.

En conclusion, les complications à court terme, après un don d'ovocytes sont rares.

À long terme, les complications chez les donneuses sont difficiles à évaluer.
Toutes ces études ont insisté sur l'importance d'une surveillance et d'un contrôle régulier chez toutes ces femmes donneuses. Rappelons, qu'à l'heure actuelle, il n'existe aucune limitation sur le nombre de stimulations par femme en vue d'un don. Si en France, les femmes ne donnent qu'une fois ou deux, qu'en est-il dans les autres pays où cette pratique est rémunérée ?

L'utilisation croissante des jeunes femmes, comme donatrices d'ovules ne doit pas nous faire oublier le risque de blessures psychologiques (surtout si elles n'auront jamais d'enfant) et les risques d'invalidité de longue durée (encore ignorés) y compris les risques de problèmes résultant d'une infertilité ultérieure.

Nous ne savons pas encore toutes les conséquences que plusieurs stimulations ovariennes entraînent et que, s'appuyant sur le principe de précaution, le docteur Jacqueline Mandelbaum[61] a rappelé en ces termes :

> *« Il ne serait pas du tout raisonnable d'autoriser le don par des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, en dépit de tous les avantages qu'offrirait la*

[61] Travail d'audition du 11 février 2009, pour une mission parlementaire

disposition d'ovocytes de femmes de vingt ans : les taux de succès exploseraient ! Mais on ne peut pas négliger les risques, même faibles, que la ponction d'ovocytes et les traitements afférents font peser sur la fécondité de la donneuse. »

Il y a eu d'autres propositions comme celle de la sociologue Dominique Mehl, qui prévoyait l'extraction d'ovocytes chez des jeunes filles qui subissaient une intervention chirurgicale (audition du 11 Mars 2009).

6) Quels sont les risques de santé pour les femmes receveuses ?

Les grossesses obtenues par don d'ovocytes sont souvent des grossesses tardives, parfois multiples. Elles vont donc s'associer à un risque cardiovasculaire accru et à un excès de mortalité maternelle, *« encore insuffisamment pris en compte par le corps médical »* a estimé le Dr Juliane Berdah, gynécologue-endocrinologue (Paris) lors d'une session du 20e Salon de Gynécologie Obstétrique Pratique consacrée à ce problème[62].

De nombreuses femmes de la quarantaine, voire plus, sollicitent une PMA, avec don d'ovocyte. Or ces PMA avec don d'ovocyte ont un prix pour la mère car non seulement, elles s'exposent à une probabilité accrue de fausses couches spontanées et de risques potentiels pour l'enfant mais, après 40 ans, le risque d'HTA est multiplié par 3, et celui de toxémie gravidique, de pré éclampsie et de complications cardiaques par 2.

De fait, les données françaises confirment que la probabilité de mort maternelle est multipliée par 2 entre 35 et 39 ans, par 4 entre 40 à 44 ans, mais par 29 après 45 ans[63].

Des phénomènes immunitaires pourraient expliquer la plus grande fréquence des complications hypertensives après don d'ovocyte. En effet, la probabilité d'HTA au cours de la grossesse sous ses différents aspects est plus importante dans les PMA après don d'ovocytes (32,7 % d'HTA selon Pados et Devroey, 34 % contre 14 % sous FIV classique dans la série de V. Söderström-Antilla et coll., 1998).

[62] PMA et risque maternel : un enfant, mais à quel prix ? Session du 24 mars 2010. 20e Salon de Gynécologie-obstétrique pratique

[63] Philibert M, Boisbras F, Bouvier-Colle M-H : « Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. *BEH*, 12 décembre 2006; 50:392-95.

L'enquête française du Groupe d'Étude sur le Don d'ovocytes (GEDO), effectuée en 2005, a, elle aussi, mis en évidence, sur une série de 62 grossesses évolutives après don d'ovocytes, un taux de 16,1 % d'HTA de tous types (10 cas dont 6 avec toxémie).

> « *Cette augmentation de la pathologie hypertensive gravidique et des éclampsies après don d'ovocyte pourrait être liée à des mécanismes perturbés de l'immunotolérance et à l'existence d'un état de primipaternité, qui pourrait perturber l'implantation.* »

a expliqué le Dr Hélène Letur-Konirsch[64]. Rappelons à ce propos que le *Traité des femmes grosses*[65] indiquait dès 1694 qu'une cohabitation sexuelle longue avant la conception d'un enfant protège contre les complications maternelles de la grossesse. Ce qui a été corroboré. En revanche, l'âge de la donneuse d'ovocyte ne semble pas influencer la probabilité d'HTA et de complications cardiovasculaires.

Pour limiter ces risques cardiovasculaires, après don d'ovocytes on évitera à tout prix les grossesses gémellaires. En France, ce don de gamète est réservé aux femmes de moins de 43 ans et le nombre d'embryons implantés est relativement faible. L'âge de la patiente et la qualité de l'embryon interviennent dans cette prise de décision.

Ce n'est pas toujours le cas dans les autres pays (comme l'Espagne). Or, le nomadisme médical est courant en 2010 (voir ci-après) et notre système de santé doit assumer jusqu'aux drames du tourisme procréatif ![66] Enfin, une étude faite sur les 41 dernières patientes receveuses accouchées dans notre centre révèle un taux de césarienne élevé : 56%. Il est classique de dire que la patiente césarisée cumule les risques de l'opérée abdominale et de l'accouchée. Globalement on estime qu'il y a de 14,5% à 33,5% de complications Source spécifiée non valide.**.**

Il est une situation où une coopération étroite entre gynécologues et cardiologues s'impose : la grossesse des femmes turnériennes.

> « *Laquelle résulte en général d'un don d'ovocytes, même si quelques grossesses spontanées ont été rapportées »* a expliqué le Dr Letur-Konirsch.

---

[64] Hôpital Necker, Institut mutualiste Montsouris, Paris.
[65] *Traité des maladies des femmes grosses*, *et de celles qui sont accouchées*, François Mauriceau, BNF.
[66] En 2008, une femme de 59 ans, largement ménopausée, revenait en France pour accoucher, par césarienne, de triplés.

Cette anomalie chromosomique (XO ou mosaïque), qui est en fait assez fréquente (une femme sur 2000 à 2500), expose à un risque de dissection aortique qui peut être multiplié par 100 après grossesse sur don d'ovocyte.

La série du GEDO a confirmé, à partir d'une série de 93 grossesses, ce risque (2 décès par dissection aortique). Un bilan cardiovasculaire doit désormais être proposé à ces femmes qui présentent plus fréquemment bicuspidie aortique, coarctation aortique, dilatation aortique ainsi que d'autres pathologies cardiovasculaires comme l'HTA, les coronaropathies et qui sont exposées à un risque de mortalité multiplié par 3, en particulier par mort subite.

Ces femmes doivent systématiquement bénéficier d'un suivi cardiologique avec ECG, échocardiographie, ou éventuellement IRM thoracique, et parfois Holter tensionnel. Le diamètre aortique doit être mesuré régulièrement et on demandera un avis spécialisé en cas de dilatation aortique supérieur à 2 cm/m2. Au delà d'une dilatation de 2,5 cm/m2, le risque de dissection est très important et certains spécialistes recommandent la réalisation d'une plastie. Un seul d'embryon doit désormais être transféré pour éviter toute grossesse gémellaire. De manière anecdotique, une femme porteuse d'un syndrome de Turner dans notre service a accouché par voie basse de jumeaux à terme.

Malgré tout, seulement 40 % de ces grossesses se dérouleront normalement du point de vue de la femme et de l'enfant (hypotrophies, malformations...). Un chiffre qui incite à la prudence !

C. Le don d'ovocytes et ses résultats

1) Résultats de grossesse

Les chances de grossesse suite à une aide médicale à la procréation, en technique FIV-ICSI avec conjoints diminuent considérablement avec l'âge des patientes : de 30% entre 30-35 ans il passe à 15% vers 40-44 ans. D'où le grand intérêt du don d'ovocytes de femmes jeunes qui fait remonter l'espoir d'une grossesse à presque 50% !

Il faut tenir compte de ces résultats pour ne pas alimenter vainement l'espoir des patientes en continuant des cycles de stimulation par FIV avec leurs propres ovocytes et pour ne pas générer des coûts disproportionnés et sans intérêt. Le médecin se doit donc d'informer relativement rapidement sur la possibilité d'un don d'ovocytes, qui laisse la décision au couple.

En 2008, selon les données de l'ABM, 265 dons ont permis 145 naissances alors que plus de 1600 couples étaient en attente de don. Ces données nationales ne reflètent de surcroît qu'une partie du besoin : selon les estimations de la mission confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales[67] la demande réelle serait comprise entre 1500 et 6000 couples en 2011 en restant dans le cadre éthique voulu par le législateur et dans le cadre de prise en charge par l'assurance maladie (couples hétérosexuels, femme de moins de 43 ans).
La mission estimait que, malgré l'accroissement net des années 2009 et 2010, il n'y avait pas eu plus de 400 candidates donneuses recensées en 2010, répondant aux besoins d'environ 800 receveuses. L'activité est donc très marginale en France. Faut-il la développer de manière significative pour couvrir les besoins ou faut-il réfléchir, avant tout, au devenir des couples et des enfants nés du don ?

Il existe en France une vingtaine de centres agréés pour le don d'ovocytes, tous insérés au sein d'un hôpital public, mais une douzaine seulement réaliserait plus de 10 ponctions par an selon l'ABM. La demande de dons d'ovocytes reste aujourd'hui très difficile à évaluer en France. En effet si le bilan de l'Agence de Biomédecine fait état de 500 à 600 demandes « officielles » enregistrées chaque année dans les Centres agréés, ce chiffre ne semble représenter qu'une faible part des demandes réelles existantes en France, puisque les 2/3 ou les 3 /4 d'entre elles s'adressent directement à l'étranger.

2) Les indications

Selon l'ABM, les demandes pour insuffisances ovariennes totales (dysgénésie gonadique, ménopause précoce…) représenteraient 300 à 500 nouveaux couples par an. Les insuffisances ovariennes débutantes, pour lesquelles aucune AMP intraconjugale n'est envisageable, ou pour lesquelles une AMP a été tentée mais a révélé une mauvaise réponse ovarienne, sont estimées à plus de 1000 couples par an.

Les échecs de FIV qui sont d'indications plus discutables et nécessitent de nouvelles évaluations scientifiques : elles pourraient, en fonction des critères retenus, représenter de 1000 à 3000 couples par an. Au total, un objectif minimal mais réaliste de 1500 couples pris en charge chaque année en don d'ovocytes en France serait raisonnable, ce qui représenterait au moins 700 ponctions de donneuses d'ovocytes.

[67] IGAS, RAPPORT N°RM2011-024P 3

3) L'activité des centres :

Dans le centre de Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, l'activité du don s'est caractérisée ces dernières années par une augmentation nette du taux de réussite. Voir tableau ci-dessous.

Année 2007	Année 2008	Année 2009
68 tentatives	71 tentatives	76 tentatives
29 donneuses ponctionnées	34 donneuses ponctionnées	33 donneuses ponctionnées
66 transferts	68 transferts	69 transferts
Taux grossesse évolutive : 31,5%	Taux grossesse évolutive : 36,7%	Taux grossesse évolutive : 40,6%

Tableau 2 Activité du centre Cochin-Saint-Vincent-de-Paul

En moyenne, une à deux donneuses / semaine sont stimulées soit 3 à 6 couples receveurs préparés en concomitance.

À titre de comparaison, en 2008, dans le centre d'AMP de Strasbourg, 33 receveuses ont reçu les ovocytes de 20 donneuses ponctionnées qui ont conduit à 12 grossesses après transfert frais immédiat des embryons et une grossesse après un transfert d'embryon congelé.[68]
Soit une moyenne de deux donneuses / mois.
Le délai d'attente était évalué à 36 mois. Ce centre se sentait limité dans son activité du don pour les raisons suivantes :

- manque de personnel dédié au don dans le centre.

- nombre insuffisant de donneuses se présentant au centre ; en raison du manque de personnel, aucune campagne de sensibilisation auprès du public n'est envisageable actuellement permettant de recruter des donneuses jeunes.

[68] Jeannine Ohl, communication personnelle

Or, la demande locale, comme partout ailleurs, est croissante. On estimait à

- plus de 60 demandes de DO par an
- plus de 100 couples par an qui se rendaient à l'étranger en raison du délai d'attente.

4) La répartition de l'activité :

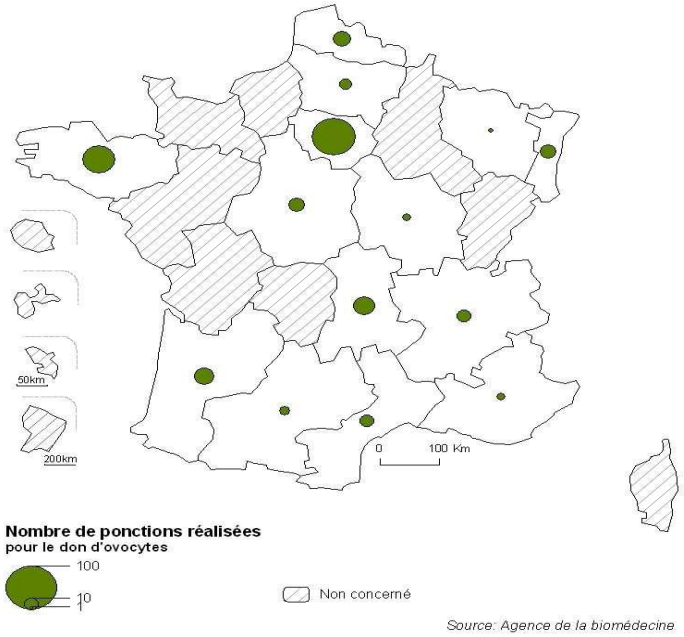

Figure 1: Activité du don d'ovocytes en 2007

Cette figure montre qu'il existait en 2007 une grande inégalité de répartition de l'activité du don d'ovocytes sur le territoire national, ce qui est regrettable. Cette inégalité existe encore.

Il existe une vingtaine de centres agréés pour le don d'ovocytes, regroupés pour la plupart au sein d'une Association « GEDO » dont la grande majorité des membres sont inclus dans un service de Biologie de la Reproduction - CECOS dans les Centres Hospitaliers Universitaires. Un des problèmes majeurs dans l'analyse des centres est l'absence de lisibilité. Il est très difficile aujourd'hui de savoir quels sont les Centres qui fonctionnent réellement et quel est leur niveau d'activité. De plus les règles internes de fonctionnement peuvent varier même si, par définition, elles respectent les lois de Bioéthique.

Il n'y pas de travail en réseau d'un centre à un autre centre.

Une grande partie des centres agréés pour le don d'ovocytes sont inclus dans un service de Biologie de la Reproduction - CECOS dans les Centres Hospitaliers Universitaires - où il y a aussi une activité de don de sperme, mais il existe quelques Centres qui font exclusivement le don d'ovocytes (Montsouris, Poissy, Sèvres, IfreAres Toulouse…).

5) Le prix de revient

L'AMP avec don d'ovocytes entraînent des dépenses non négligeables dans un contexte où le budget de la santé est confronté à des contraintes importantes. Notre société est-elle d'accord pour s'impliquer financièrement dans une procréation aussi technicisée?
Autrement dit, est-il légitime que la société, par le truchement des caisses de l'Assurance maladie, mobilise des moyens humains et financiers pour répondre à des demandes qui ne sont pas médicales et qui ont un coût pour la collectivité ?
Ne faudrait-il pas envisager une prise en charge inférieure à 100% ?

En revanche, pourquoi limiter la prise en charge des femmes à 43 ans, sachant que l'aptitude ovocytaire à former un embryon ayant les meilleures chances de se développer dépend de l'âge de la donneuse ?

Par mon expérience, il me semble que le critère de « bonne santé générale» de la receveuse est plus important que son âge. Ainsi, on pourrait prendre en charge des femmes de 44 ou 45 ans en France, avec un bilan de santé satisfaisant sans qu'elles aient l'impression de se faire rejeter par un couperet arbitraire qui les oblige à partir à l'étranger.

Voici ce que l'on trouve dans les blogs :

> « *Trop tard, Madame, partez à Barcelone*. »
>
> *« Maintenant, je dirai que la seule solution est l'étranger en sachant qu'apparemment la Belgique est surbookée pour les demandes françaises.*
>
> *« Il y a je crois l'Espagne. Par contre il paraîtrait (selon les reportages à la télé) que les traitements sont très durs et il y a des gros gros risques de grossesses multiples, car ils boustent à fond tes ovaires pour qu'il y ait un max de follicules exploitables, donc un risque d'hyper très très élevé . Ils*

en replacent jusqu'à 5 maxi apparemment pour être quasi sûr qu'il y en ait au moins 1 qui prenne. »
« Tous les frais de déplacement, traitements, analyses, écho, prise de sang sont à ta charge, donc il y a un coup très élevé (j'ai déjà entendue dire environ 5000€). »

Si l'on veut continuer à défendre l'accès aux soins de base pour tout le monde, il nous faut réfléchir à nos priorités et au type de société que nous voulons construire.

Le don d'ovocytes a le mérite de nous obliger à déterminer précisément ce qui légitime l'effort de la collectivité.

6) Quelques propositions de prise en charge

La prise en charge financière de l'activité de don d'ovocytes devrait pouvoir être incluse dans le système Mission d'Intérêt Général (MIG) dans lequel il existe déjà une rubrique « *recueil et conservation des gamètes* ».

D'après la Fédération nationale des CECOS, 13 millions d'euros sont alloués dans cette rubrique en France chaque année, exclusivement pour le don et l'autoconservation de sperme, mais la comparaison des sommes allouées montre une grande disparité entre les CECOS (de 150 000€ à 2 200 000€)[69] sans justification particulière autre que l'historique du développement de chaque CECOS. Une remise à niveau de la répartition nationale des Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation (MIGAC) devrait donc être réalisée en prenant en compte le principe d'une corrélation entre le financement accordé à chaque CECOS et son activité.

Il faudrait procéder de la même manière pour le don d'ovocytes. Sachant qu'aujourd'hui rares sont les structures réellement organisées. Il faudrait donc envisager une structuration nationale efficiente des centres basée sur des objectifs d'activité et une infrastructure efficiente. En tenant compte des spécificités de la gestion du don d'ovocytes comme la synchronisation des cycles des donneuses et des receveuses qui demande une grande disponibilité de la part de l'équipe soignante et une parfaite coordination entre les équipes biologiques et cliniques

À chaque Centre seraient alloués, pour une période de 2 à 3 ans, des moyens en fonction de ses objectifs d'activité. Ces moyens pourraient être ensuite

[69] Fédération des CECOS, février 2011.

ajustés selon l'activité réelle. Le niveau d'activité doit tenir compte du fait que seulement la moitié des candidates donneuses reçues dans un centre sont ponctionnées, et qu'habituellement une donneuse ponctionnée permet la prise en charge de deux ou trois receveuses.

Selon une étude économique menée par la fédération des CECOS en février 2010, il serait possible de distinguer quatre niveaux.

Niveau	Donneuses recrutées	Donneuses ponctionnées	Receveuses
1	30-40	**<20**	30
2	40-60	**20-40**	60
3	60-80	**41-60**	100
4	80-100	**>60**	140

Tableau 3: Possibilité de niveau d'activité

Des éléments qualitatifs (nombre de grossesses…) pourraient pondérer cette grille. Le coût d'un don d'ovocytes, supporté par l'Établissement public de Santé, et financé par un budget MIG, pourrait alors être calculé comme suit :

Les besoins en personnels (coût global référence 2009)

PH = 125 047 euros / an

Psychologue = 47794 euros / an

Secrétaire Médicale = 44910 euros / an

Il faudrait rajouter le besoin en sage-femme …

Niveau 1 : 0,25(du temps) PHbio + 0.25 PHclin + 0,20 Secrét + 0.10 psycho

Niveau 2 : 0,50 PHbio + 0.25 PHclin + 0,40 Secrét + 0.20 psycho

Niveau 3 : 1 (plein temps) PHbio + 0.50 PHclin + 0.60 Secrét + 0.50 psycho

Niveau 4 : 1.25 PHbio + 0.50 PHclin + 1.00 Secrét + 0.80 psycho

Les frais occasionnés en moyenne pour une donneuse ponctionnée sont**:**

Frais de déplacements et autres frais (hébergement, perte de salaire, garde d'enfant…) :

600 €

Frais médicaux, examens complémentaires (caryotype, sérologies) :

2 x 400 €

Consultations spécialisées (gynécologue, anesthésiste, généticien, biologiste) :

2 x 100 €

L'hospitalisation de la donneuse : 700 €

Soit un total de 2300 €/donneuse, sans compter les frais de pharmacie qui, en principe, devraient être pris en charge par l'Assurance Maladie (décret du 26 février 2009) mais qui restent dans la pratique difficile à organiser.

Dépenses estimées pour chaque centre :

Pour un centre de niveau 1 : (base 20): 76303 + 46000 (2300 x 20) = 122303 euros

Pour un centre de niveau 2 : (base 40) : 121309 + 92000 (2300 x 40) = 213308 euros

Pour un centre de niveau 3 : (base 60) : 238414 + 138000 (2300 x 60) = 376413 euros

Pour un centre de niveau 4 : (base 80) : 302000 + 184000 (2300 x 80) = 486000 euros

Au vu des bilans d'activité des centres en matière de dons de sperme et de dons d'ovocytes, les prospectives en matière de niveau des centres pourraient être de :

Niveau 1 :	10 centres	soit	122303 x 10 = 1 223 030	€
Niveau 2 :	5 centres	soit	213308 x 5 = 1 066 540	€
Niveau 3 :	3 centres	soit	376413 x 3 = 1 129 239	€
Niveau 4 :	2 centres	soit	486000 x 2 = 972 000	€

La MIG de création pour le don d'ovocytes serait d'environ 4 400 000 euros, montant qui devrait ensuite être ajusté en fonction de l'activité réelle des centres. (Prévisions pour 740 ponctions). La MIG ne prend en charge que les frais directs occasionnés par la donneuse d'ovocytes, du recrutement, à la validation, à l'appariement, et au recueil des ovocytes ainsi que le recueil et la constitution des dossiers des demandes de dons (couples receveurs).

Après le recueil, les ovocytes sont donnés au couple receveur, et les actes techniques qui en découlent (FIV-ICSI, transfert et congélations d'embryons) rentrent dans le cadre classique et parfaitement défini de la T2A

D. Une controverse : idéal ou désarroi

1) Un désarroi

Si, à la base, le don d'ovocytes a été pensé dans un désir d'aide et de solidarité, il semble que la réalité de cette activité plonge aujourd'hui dans un profond désarroi plusieurs protagonistes.

Le don d'ovocytes est vécu, en France, comme une activité marginale parmi les procréations médicalement assistées, sans aucune mesure avec la réalité de la demande.

"Le don et l'implantation d'ovocytes sont très mal organisés", [70]

confirme Emmanuelle Prada-Bordenave, directrice de l'Agence de la biomédecine, chargée d'encadrer ces activités dévolues aux seuls centres publics.

Tous les médias font écho d'une, soi disant, *pénurie* de donneuses alors que certaines candidates au don regrettent de ne pas trouver un centre où donner proche de chez elle et que très peu d'actions d'information et de sensibilisation sont menées.

Cette pseudo pénurie a pour conséquence un allongement des délais d'attente qui atteignent de 1 an à 5 ans selon les centres, une situation particulièrement critique compte tenu que la fertilité féminine décline à partir de la mi-trentaine.

L'étude des bilans nationaux (ABM) confirme cette situation : en 2008, 1 600 couples y étaient en attente, pour seulement 469 transferts réalisées, contre plus de 16 000 en Espagne ! Tandis que le grand public continue de méconnaître l'existence du don d'ovocytes.

2) Développement d'un tourisme procréatif

Que certains préfèrent nommer : le recours aux soins transfrontaliers !

Défaut de recrutement des donneuses, long délai d'attente, découragement des équipes et des médecins qui « envoient ailleurs » leurs patientes.

Tout est fait pour faciliter un tourisme procréatif de plus en plus conséquent et sans contrôle. Ce phénomène croissant est en plus favorisé par des directives européennes.

Pour comprendre ce phénomène qui prend de l'ampleur, faisons un rapide tour d'horizon international en nous centrant principalement sur l'Europe.

[70] Journal *La Provence* du 20 décembre 2010.

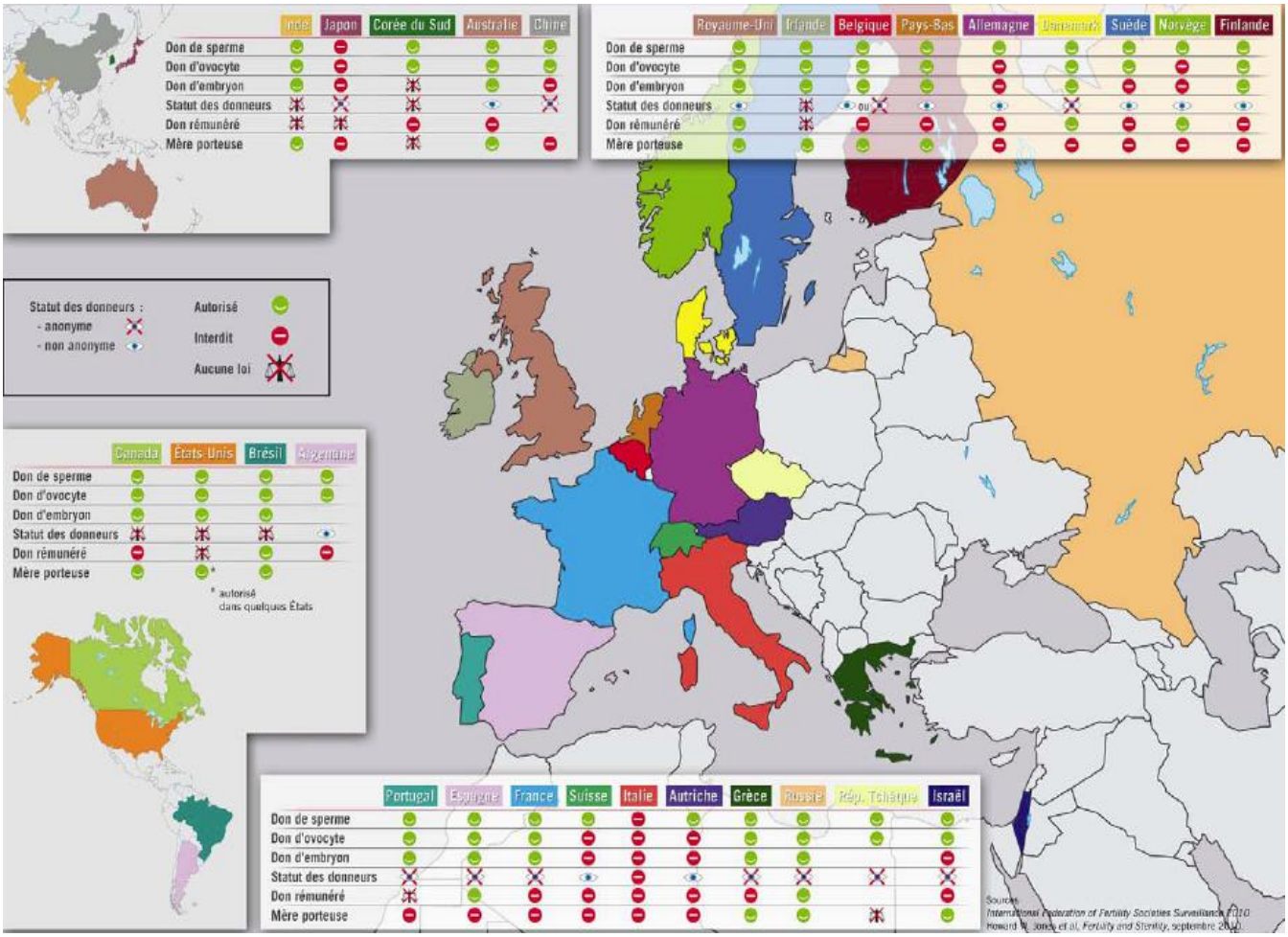

Figure 2. Diversité des possibilités d'AMP en Europe et dans le monde, Présentation à la Cité des sciences et de l'industrie (novembre 2010 Septembre 2011)

L'Italie interdit le don de gamètes (loi du 19 février 2004).

L'Allemagne et la Norvège interdisent le don d'ovocytes, seul le don de sperme est autorisé.

L'Autriche n'autorise ni le don d'ovocytes ni le don d'embryon.

La Suisse interdit le don d'ovocytes et le don d'embryons, seul le don de sperme est autorisé. La *Tribune de Genève* nous apprend, dans son article du 19/01/11, que pour contourner la loi helvétique, des couples ont recours à une firme installée à Zurich qui organise depuis un an des départs à l'étranger, notamment vers une clinique espagnole située à Alicante. Swixmed offre un soutien logistique : un premier voyage, en général effectué en une journée,

permet aux patientes de passer un examen. Si les futurs parents décident de poursuivre l'aventure, un deuxième voyage plus long, de 6 à 12 jours est organisé. Un don d'ovocyte coûte environ 13 000 francs (sans les frais de voyage et d'hôtel) et les cliniques espagnoles se vantent d'un taux de réussite jusqu'à 70%.

Le Royaume-Uni : L'assistance médicale à la procréation a été organisée, par le *Human Fertilisation and Embryology Act* de 1990 à la suite de nombreuses études et en particulier du célèbre rapport Warnock[71] qui avait dessiné les grandes lignes d'une démarche bioéthique. Le Royaume Uni autorise le don de gamètes et la loi de 1990 a institué une autorité de contrôle indépendante, la *Human Fertilisation and Embryology Authority* (HFEA). Cette autorité est chargée de tenir un fichier comportant des informations sur les personnes ayant fait l'objet d'un traitement contre la stérilité, sur les naissances qui en ont résulté et sur les donneurs et les donneuses de gamètes.

La Belgique : Le cadre législatif des techniques de procréation médicalement assistée (PMA) repose essentiellement sur deux textes de loi, l'un de mai 2003 relatif à la recherche sur les embryons *in vitro* (Moniteur belge du 28/05/03), l'autre de juillet 2007, relatif à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Moniteur belge du 17/07/2007). Divers arrêtés royaux (A.R.) complètent ces deux textes
Ainsi, dès 1999, étaient définis par A.R. les critères auxquels les centres de « Médecine de la Reproduction » doivent répondre pour obtenir leur agréation tant au niveau des conditions logistiques, des éléments environnementaux, du personnel, de l'expertise médicale ou non médicale que des normes de qualités » (A.R. du 15 février 1999). Un Collège de médecins, composé de 8 médecins, nommés par le Ministre de la Santé Publique et le Ministre des Affaires Sociales, est chargé de l'évaluation et du contrôle qualitatif de l'activité de ces centres au travers l'enregistrement centralisé *on line* des données concernant l'ensemble des cycles pris en charge par le Centre (A.R. du 10 juin 1999). Pour garantir l'efficacité de ce système de contrôle, le financement de l'activité des laboratoires de PMA est directement conditionné à cet enregistrement des données (A.R. du 16 juin 2003). Les candidates au don sont des femmes majeures, âgées de 45 ans maximum. En Belgique le *don direct* est possible c'est-à-dire que la femme receveuse peut venir avec sa donneuse. Quant au transfert d'embryons, il ne peut être effectué que chez les femmes de moins de 47 ans. Curieusement, aucune limite d'âge chez l'homme

[71] Il s'agit du *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology* (1984) qui porte le nom de la présidente du comité, la philosophe Mary Warnock.

n'a été fixée par le législateur. La loi ne prévoit aucun critère précis concernant le profil du ou des auteurs du projet parental et n'impose aucune condition de vie en couple qui peut par ailleurs être hétéro ou homosexuel. En fonction de ses critères philosophiques ou éthiques, chaque centre garde toutefois la liberté d'invoquer une clause de conscience à l'égard des demandes qui lui sont adressées.

L'Espagne se présente comme la championne du don d'ovocytes !
Les futurs parents ont le droit de poser des exigences quant aux critères de choix concernant la donneuse. En effet, la loi espagnole exige que l'enfant ressemble au maximum à ses futurs parents, c'est pourquoi, à partir de là, trois des cinq critères suivants doivent être respectés pour apparier les donneurs et les receveurs : taille, études, couleur des yeux et des cheveux de la donneuse d'ovocyte, nullipare ou pas. Trois critères sur les cinq devront être respectés.

Barcelone, Madrid, Grenade, Valence : près de 120 cliniques privées se disputent les clientes en mal d'enfants.

Selon le Dr Aizpurua, directeur de la clinique IVF-Spain, 15 000 patients étrangers se rendent chaque année dans les cliniques de la péninsule. Parmi eux, 10% de françaises et 5% de Suisses. Il faut dire que sa législation se veut souple et décomplexée : elle dit ne pas rétribuer ses donneuses mais elle « autorise » une indemnité compensatoire dont l'État fixe le montant. Sa législation n'oblige ni à une procréation antérieure ni au consentement du conjoint et autorise, selon la loi 35/1988 du 24 novembre 1988 modifiée en novembre 2003, le double don de gamètes. Les receveuses sont acceptées sans contrainte de statut de mariage ou de concubinage, et comme en Belgique ou en Grèce jusqu'à l'âge de 50 ans. Les femmes y donnent facilement leurs ovocytes (une indemnisation de 900 à 2000 euros est prévue par don) et ce sont des femmes jeunes, ce qui augmente les chances de réussite. Les médecins français ajoutent que leurs confrères espagnols offrent une grande sécurité sanitaire. Chaque établissement d'AMP espagnol rivalise pour « *attirer le chaland* » avec proposition de réduction dans les hôtels environnants, prise en charge du voyage des clients en lien avec des agences de voyages, ou en lien avec des associations françaises[72] en proposant même une ristourne pour les FIV avec don d'ovocyte. Des accusations de trafic commencent à apparaître. La clinique Eugin a été accusée d'avoir développé « *un trafic de jeunes filles venant des pays de l'Est, débarquées par avions entiers pour se*

[72] L'Instituto Murciano de Fertilidad de Murcia, partenaire des Enfants Kdos (association française), propose un délai de deux mois pour un don d'ovocytes, à contrario de deux ans en France.

faire ponctionner leurs ovocytes », une rumeur démentie par le directeur de la clinique bien sûr qui affirme que les « *donneuses sont toutes volontaires* ». Il reste que ces cliniques n'hésitent pas à dépenser, sans complexe, pour recruter des donneuses jusque dans les universités. Il faut savoir que cette technicisation de la procréation est lucrative pour l'Espagne qui connaît la crise économique. En quelques clics sur les sites internet de ces établissements, des femmes en mal d'enfant obtiennent un diagnostic, un rendez-vous, parfois même une réduction sur leur chambre d'hôtel. Un business qui rapporte 350 millions d'euros par an aux cliniques espagnoles dans un pays sévèrement touché par le chômage : 20,09 %.[73]

La Tchéquie : la logistique est moins chère, aux alentours de 6 000 euros.

La Grèce : En Grèce, la donneuse doit être âgée d'au moins 23 ans, et un âge maximal de 31 ans. Elle doit obligatoirement être mariée et avoir procrée. L'accord de son mari est indispensable et l'anonymat est garanti. La législation grecque prévoit un dédommagement pour la donneuse basé uniquement sur ses dépenses effectuées et les jours d'absence de leur travail. Il n'est pas question de rémunération mais, officieusement, elles recevront une « indemnisation » de 600 à 800 euros pour leur temps et les déplacements. À Lakentro, on affirme qu'elles sont motivées par des valeurs humanistes et que la religion orthodoxe encourage le don, sous toutes ses formes… Dans un pays où le chômage est important et le salaire moyen avoisine les 600 euros, l'opération n'est pas neutre financièrement. D'autant qu'une donneuse peut effectuer plusieurs dons en une année !

Reste les Etats Unis où tout est possible car le marché de la fertilité est l'un des rares secteurs à fonctionner aujourd'hui virtuellement, sans aucun contrôle ni autorité de surveillance. Il n'y a pas de réglementation pour la commercialisation des ovules, en partie parce que la Food and Drug Administration (FDA) n'a pas clairement établi dans quelles conditions elle les considérait.
Peter Fehr, directeur d'une clinique de la procréation à Schaffhouse, recommande ainsi un centre situé à Boston où il est possible de choisir en détail la femme qui fournit son ovocyte. Ce qui a un coût: entre 38 000 et 45 000 dollars !

[73] Le Monde du 02/08 /10

On estime à plus de 4 000 les femmes françaises[74] qui seraient parties à l'étranger en 2009. Nous usons d'euphémismes pour masquer ce qui se passe vraiment sur le marché des bébés, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de tarifs. Nous disons que les femmes « font don » de leurs ovules, que les cliniques prétendent uniquement « indemniser » chaque femme pour le temps et les efforts qu'implique un don d'ovule, mais, derrière ces circonlocutions, le marché, lui, prospère. En France, le principe de la gratuité nous protège de ces extravagances mais certains subodorent qu'il existe des tractations d'argent entre la receveuse et la donneuse contactée. Cela reste toutefois des suppositions.

Reste la douloureuse question des rétro-commissions entre les cliniques étrangères et les médecins français. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a été alerté en juin 2009 par des praticiens exerçant tant en hôpital public qu'en établissement privé de la mise en place d'une collaboration étroite possible avec des cliniques grecques, espagnoles, tchèques, en cas de don d'ovocytes, moyennant un pourcentage pour chaque patiente envoyée. J'ai personnellement reçu des offres (alléchantes) de la part de la Grèce.
Ces propositions constituent un racolage et une dichotomie, interdite par le code de déontologie (article R.4127-24 du code de la santé publique). Le CNOM met en garde les médecins sur les risques de sanctions qu'ils encourent en acceptant cette offre.

Le tourisme procréatif reste un phénomène difficile à évaluer. Toutefois, un faisceau d'indices[75] amène à penser qu'il va croissant, renforcé par les nouvelles directives visant à faciliter la libre circulation des personnes au sein de l'Union Européenne pour des soins de santé transfrontaliers. Une femme française qui désire se rendre dans un pays européen pour recevoir un don d'ovocytes peut faire une demande de carte Européenne d'Assurance Maladie qui remplace les anciens formulaires E111, E119 et E128. La carte est reconnue dans les pays de l'Union Européenne

Pour le don d'ovocytes, la majorité des italiennes se rendent en Espagne, la majorité des Allemandes vont en République Tchèque et la plupart des Françaises vont en Belgique ou en Espagne mais aussi en Grèce.

[74] Chiffre fournie par l'Assurance maladie.
[75] Virginie Rozée et Laurence Tain, 2010, *le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux, in* CHASLES Virginie, *Santé et Mondialisation* (actes du colloque international du 12-13 mars 2009), Université Jean Moulin-Lyon 3, pp 297-314.

Grâce à une carte européenne d'assurance maladie, les frais médicaux sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour les assurés du pays qui accueille.
La femme peut aussi bénéficier du cas particulier « des soins programmés ». Il convient de s'assurer de l'accord du médecin conseil de la Sécurité sociale avec une demande d'entente préalable avant le séjour. En cas d'accord, la femme fera l'avance des frais et les soins autorisés par le médecin conseil seront alors remboursés sur la base des tarifs de soins équivalents en France.
Enfin il existe une prise en charge des soins dans le cadre d'accords transfrontaliers.[76]

Toutes ces « combines » de remboursement sont très bien connues par les associations qui, sous allégation d'information, pilotent les femmes en partance pour l'étranger.
Les femmes entre elles se donnent de nombreuses astuces sur Internet. Dans des « chats » grands publics, s'échangent les lots de traitement, les adresses de cliniques étrangères, les noms de médecins coopératifs en France et les annonces de recherches de donneuses.

A titre d'exemple, j'ai relevé :

> *« Bonjour à tous / toutes, avant de partir à l'étranger, le protocole qui suit m'a été confié par le médecin d'un CECOS (que je remercie encore mille fois). Ces informations ont été glanées par lui et une de ses patientes juriste, il est donc à priori digne de fois. J'essaie d'affiner la démarche à chaque nouvelle info reçue et quand j'en ai le temps.*
> *Une petite remarque néanmoins par rapport à la limitation d'âge dans ce protocole : la loi française prévoit de prendre en charge pour « stérilité » les patientes jusqu'à la veille de leurs 43 ans. J'ai vu passer sur divers forums des patientes plus âgées que 43 ans qui avaient reçu des dérogations pour le remboursement de leur FIVDO. Il ne s'agit donc pas d'une limite absolue et qui ne tente rien n'a rien, pas vrai ?*
> *Comme pour tout autre acte de PMA, la participation aux frais de la sécurité sociale s'adresse aux couples mariés ou vivant maritalement depuis 2 ans au moins. En France, les démarches en solo ou en couple*

[76] Conventions signées en application de l'accord cadre entre la France et l'Allemagne du 22 juillet 2005, de l'accord cadre entre la France et la Belgique du 30 septembre 2005 ou de l'accord cadre entre la France et l'Espagne le 27 juin 2008.

homoparental ne sont malheureusement pas prises en charge.
La CPAM rembourse en moyenne 1 500 € pour une FIV avec don d'ovocytes.
Certaines cliniques acceptent que leurs patientes amènent les médicaments nécessaires à la stimulation ovarienne de la donneuse et baissent leurs tarifs en conséquence. Si votre médecin est d'accord pour vous les prescrire, vous serez chanceux, ils sont peu à accepter. Sinon, ce forum est aussi fait pour vous.

Bonne lecture et bon courage à tous/toutes. »

L'agence de biomédecine met en garde, sur son site, avant tout départ à l'étranger (voir annexes).

3) THE ESHRE TASK FORCE STUDY

Un groupe de travail The ESHRE Task Force study Source spécifiée non valide. s'intéresse aux problèmes éthiques que soulèvent tous ces mouvements transfrontaliers et que l'on nomme *The Cross-border Reproductive Care* (CBRC). Il a publié des principes et des recommandations qui sont les suivantes :

Premier principe : De nombreuses personnes, en Europe, sont exclues des techniques d'aide médicale à la procréation. Le don d'ovocytes, par exemple, est interdit en Italie, en Allemagne et en Norvège.
La question qui se pose alors est la suivante : Y a-t-il un impératif moral d'obéir à la loi ? En d'autres termes, les citoyens dans une démocratie ont-ils le droit d'obtenir un traitement à l'étranger lorsque ce traitement est légalement interdit dans leurs propres pays ?
La réponse apportée par ce groupe de travail est la suivante : le principe d'autonomie justifie la transgression dans un certain nombre de situations tant que l'efficacité, la sécurité et le bien être de la patiente et du futur enfant sont assurés.

Deuxième principe : Tous les citoyens ont un droit d'accès aux soins de santé y compris les soins de santé concernant la fonction reproductive. (Se rapporter au groupe de travail ESHRE sur l'éthique et la loi 14, 2008).
Normalement ces soins devraient être disponibles dans son pays natal.

Troisième principe : Il peut exister une pénurie d'infrastructure dans le dit pays. Dans ce cas, le rapport souligne que la collaboration avec d'autres centres européens de référence peut être plus rentable et plus sécuritaire. Si les mouvements des patientes dans d'autres pays peuvent être considéré comme une forme de désobéissance civile qui a l'intention de modifier la législation existante, ce phénomène peut aussi avoir un effet inverse, à savoir que ces départs à l'étranger peuvent permettre une diminution de la pression intérieure. Ils seront comme une soupape de sécurité permettant le maintien de la législation restrictive intrinsèque. Toutefois une condition doit être maintenue à cela, à savoir la VISIBILITE.

4) Des difficultés

Or, un inconvénient majeur qui se pose pour nos centres de PMA est celui de ne pas avoir de retour d'informations « officielles » de ce qui s'est passé, en pays étranger. Nous ne pouvons savoir que ce que le couple nous en dit. Or, l'intérêt des couples est de ne rien dire. Ainsi un couple demandeur d'un don d'ovocytes a été accepté dans notre centre sans que nous puisions savoir qu'il restait des embryons congelés, pour ce même couple, dans une clinique Grecque. La patiente a obtenu un transfert frais (donc avec une plus grande chance de réussite) avec une prise en charge totale de tous les frais puisqu'il s'est effectué en France. L'information a fini par parvenir, trop tardivement et par hasard. La patiente a été enceinte suite à ce don en France. Que deviendront les embryons restés en Grèce ?

En plus du désarroi des couples en attente d'un don et des médecins qui se sentent parfois démunis, un grand changement est venu bouleverser la donne et projeter l'AMP avec tiers donneur(se) sous les projecteurs des médias, mobilisant l'attention générale. L'apparition sur la scène sociale des enfants nés grâce à un don de sperme et qui revendiquent l'accès à leurs origines comme un droit fondamental de la personne, critiquant parfois très sévèrement la règle d'anonymisation des donneurs(ses) qui les empêcherait de parvenir *à une réalisation de soi.* Pour l'enfant né d'un don, il n'y aurait aucune obligation de savoir, mais une liberté absolue de choisir de s'informer ou non sur l'identité de son donneur et sur les caractéristiques de celui-ci ou de celle-ci, détenues par l'institution médicale. Nous y reviendrons plus en détail dans les chapitre II et III.

Le don d'ovocytes est-il créateur d'une pathologie sociale ? Nous conduit-il vers un naufrage existentiel ? Une névrose collective ?

Ou bien, nous entraine t-il dans une autre conception de la famille ? Nous fait-il vivre la maternité comme *non certita* ? Ce trouble serait-il dénié par le corps médical uniquement préoccupé d'optimiser l'efficience technique des procédures ? Faut-il envisager un autre type de filiation, avec un statut pour le donneur ou la donneuse et son identité inscrite sur le carnet de santé de l'enfant ?

E. Commentaires, réflexions et questions inspirées par l'analyse de la situation actuelle ayant guidé la recherche

Avant même que le don d'ovocytes soit programmé, des étapes psychologiques importantes doivent être passées puis dépassées par les futurs parents : accepter à deux l'impossibilité ou la fin des autres traitements intra-conjugaux, accepter à deux la stérilité définitive de la femme et les regrets que cela procure, accepter à deux le don de gamètes comme une autre façon d'avoir un bébé. Acceptation totale de la femme d'accueillir des ovocytes d'une autre femme dans son utérus, acceptation à deux de l'enfant à venir comme l'enfant des deux parents, penser la donneuse et l'accepter comme étant à l'origine en partie de la naissance de l'enfant, mettre à jour à deux les fantasmes positifs et négatifs la concernant, mettre à jour à deux les fantasmes positifs et négatifs concernant le physique de l'enfant à naître dans ces conditions. Laisser l'entourage exprimer ses doutes, ses inquiétudes, ses questions concernant la donneuse, le don et l'enfant car ils seront les futurs grands-parents, oncles et tantes de l'enfant. Aborder avant la naissance de l'enfant la question du secret.

Chacun de ces points est une douleur, une souffrance à traverser à deux mais si chacun de ces points est éludé, écarté, refoulé chez l'un des deux membres du couple, alors il est possible qu'un goût de malaise, de rancœur, de rancune, de regret même perdurera dans l'établissement de futures relations entre les membres de cette future famille.

D'où l'importance d'une préparation avant le don ! D'où l'importance des entretiens avec les médecins, sages-femmes et psychologues.

Des groupes de parole de couples demandeurs, au sein de l'établissement où se passera le don, pourraient contribuer efficacement à cette préparation (cela suggère l'intérêt d'échanges inter-femmes et inter-couples, notion non abordée jusqu'à présent).
Au terme de cette analyse, quelques points peuvent être soulignés:

- Il importe que le couple receveur accepte ce don comme un moment fort de leur histoire afin qu'il devienne une partie normale de l'histoire de leur enfant.

- Le don d'ovocytes s'adresse de plus en plus souvent à des femmes d'âge avancé mais l'ovocyte provient d'une femme jeune. Il n'y a donc pas de justification médicale pour imposer l'âge des 43 ans comme limite de prise en charge par les caisses d'Assurance Maladie.

- Les difficultés actuelles d'organisation du don d'ovocyte en France ne devraient pas conduire à refuser les demandes des femmes souhaitant avoir un deuxième voire un troisième enfant grâce à ce procédé.

- Il est nécessaire d'organiser une « préparation au don » et un accompagnement des couples qui devrait être assurés par l'équipe pluridisciplinaire (médecin, sage-femme, psychologue, juriste, réunion de groupe…).

- Faut-il continuer de rembourser toutes les aides médicales à la procréation à 100% ? Faut-il distinguer les causes médicales des causes physiologiques dues à l'âge ?

Dans la plupart des discours et des opinions exprimées en France à propos du don d'ovocytes, on cherche essentiellement à améliorer la couverture des besoins (paradigme de la production) sans trop chercher à savoir comment se portent les familles et les enfants issus de ce don, sans chercher à savoir comment les femmes vivent l'anonymat et la gratuité du don. La question *du désir* et de *ses limites* est peu abordée et souvent on se contente de décrire la une situation française comme *très insatisfaisante,* tant par l'impossibilité de répondre aux besoins des couples français que par les pratiques contestables induites par la pénurie d'ovocytes.

Pourtant, des questions fondamentales restent en suspens : comment va se jouer la pièce quand il y a trois acteurs à l'origine de l'enfant? Quelles interrogations – peut-être chaque jour – vont se poser les femmes receveuses, futures mères ? Quelles interrogations, les femmes donneuses sont-elles susceptibles de se poser elles aussi ? De quel façon l'enfant à naître va-t-il (et comment peut-il) se construire au centre de cette double grâce de vie que peut représenter cette donation d'ovocytes ?

Le don d'ovocytes est-il contraire à la plupart des valeurs qui cimentent la vie familiale ? Change-t-il le sens de la parentalité ? S'oppose-t-il à la surprise que représente chaque naissance et au surgissement, au sein d'une famille, d'un être imprévisible ?
Le don d'ovocytes, de par son expansion et sa banalisation, n'est-il pas devenu un instrument de politique symbolique, dont la fonction sous-jacente est d'intégrer des individus et des groupes sociaux dans un ordre social conforme au système politique en vigueur, en offrant à chacun (donneur-receveur) une image positive d'eux-mêmes ?

Le don d'ovocytes n'est-il pas une nouvelle voie de soumission pour les femmes qui sont entraînées dans cette célébration de la « *bonne mère de famille* » et les enferme dans une image d'elles-mêmes, qui dans les faits, ne fait que répondre au mieux à un conformisme social ? Plutôt qu'un accroissement du pouvoir des femmes sur leur procréation, la pratique du don d'ovocytes n'entrainerait-elle pas un assujettissement ?

Ces questionnements nous incitent à nous demander ce qui se passe du côté des donneuses et de leurs familles. Qui sont-elles, quelles sont leurs démarches ?
Ces femmes connaissent-elles un *blues* après leur don ? Ont-elles eu des regrets ? De quelle façon se considèrent-elles vis-à-vis des enfants qui naîtront potentiellement de leur don ? Ont-elles tenu secret leur geste vis-à-vis de leurs propres enfants ? De leur famille ? De leurs ami(e)s ?
De quelles façons ont-elles été informées de la possibilité de donner leurs ovocytes ? Qu'est ce qui les a sensibilisés pour faire ce geste ? A qui en ont-elles parlé ? De quelle manière préféreraient-elles donner ? Sont-elles favorables à l'anonymat du don ? Un dédommagement en réponse à leur geste leur semblerait-il plus juste ?

Ces questions ont été abordées avec les femmes qui se sont présentées à l'hôpital Cochin-Saint-Vincent-de-Paul et notamment par une étude longitudinale de cinquante femmes qui ont donné leurs ovocytes en 2007-2008.

Chapitre 2: *Enquête auprès des donneuses d'ovocytes en France*

« Un petit bout de moi pour qu'il devienne LE grand bout de quelqu'un d'autre… »

Une donneuse

I. Etude quantitative auprès de 50 femmes françaises ayant fait un don de leurs ovocytes au cours de l'année 2007-2008

A. Méthodologie

1) Premier questionnaire
2) Deuxième questionnaire
3) Troisième questionnaire

B. Résultats

Sur questionnaire en temps Q1

1) Mode de recrutement (Q1)
2) Information de leur entourage (Q1)
3) Evaluation de l'accueil et de l'information faites à l'hôpital (Q1)
4) Leur avis sur l'incitation faite par les médecins à chercher une donneuse
5) Leur avis sur la construction éthique du don (Q1)

Sur questionnaire en temps Q2

1) Information de leur entourage (Q2)
2) Opinion sur Anonymat du don (Q2)
3) Opinion sur la gratuité du don (Q2)
4) Souhait d'information sur le devenir du don ? (Q2)
5) Souhait de laisser quelque chose de soi ? (Q2)
6) Choisir SA donneuse, une bonne chose ? (Q2)

Sur questionnaire en temps Q3

1) Pensez-vous avoir pris une bonne décision ? (Q3)

2) Vous posez-vous des questions sur les conséquences de votre geste ?
3) De quelle manière vous voyez-vous vis-à-vis des enfants issus du don ?
4) Opinion sur l'anonymat en temps Q3
5) Opinion dur la gratuité en temps Q3
6) Seriez-vous prête à faire un autre don ? (Q3)
7) Existe-t-il un mal vécu, en lien avec ce geste ? (Q3)

C. Discussion

1) Au sujet du recrutement
2) Autour du risque de pénurie
3) Au sujet des motivations

D. Conclusion sur cette première étude

II. Etude qualitative auprès de 12 femmes françaises ayant fait un don de leurs ovocytes au cours de l'année 2007-2008

A. Méthodologie

B. Résultats

1) Il existe 3 profils de donneuses
2) Lien avec le couple solliciteur
3) Scénarios de rencontre

C. Discussion des résultats

D. Conclusion sur cette deuxième étude

III. Ce que nous apprennent ces femmes

A. Sur « l'exclusivité » de la mère

1) Leur définition d'une mère
2) Une complémentarité des rôles est-elle envisageable ?
3) L'unicité de la mère
4) Le don de sperme n'est pas la même chose que le don d'ovocytes
5) Confusion avec les enfants nés sous X

B. Sur la difficulté de dire et la curiosité de savoir

1) Sur la difficulté du « dire »
2) Un renversement des devoirs
3) Un devoir de transparence

C. Sur l'anonymat et sur la gratuité

1) Sur un prétendu devoir d'engendrement
2) Sur ce que ces femmes nous apprennent sur la gratuité du don

D. Sur Terra Nova

1) Présentation
2) Avis des donneuses sur le projet Terra Nova

E. Conclusion

Chapitre 2 : Enquête auprès des donneuses d'ovocytes en France

I. Etude quantitative auprès de 50 femmes françaises ayant fait un don de leurs ovocytes au cours de l'année 2007-2008

Cette étude a invité les donneuses d'ovocytes du centre d'AMP de Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, durant l'année 2007-2008, à s'exprimer sur les motivations de leur geste ainsi que sur l'efficience d'un don anonyme et gratuit.

A. Méthodologie

Trois questionnaires ont été proposés à toutes nos candidates validées pour un don d'ovocytes entre le 1er janvier 2007 et le 31 juillet 2008. Soit un total de **50 femmes** sur une période d'un an et demi.

Toutes ces femmes ont bénéficié d'une phase de préparation qui s'est décomposée en une consultation avec une sage-femme puis un médecin biologiste, un généticien, une psychologue du CECOS et enfin un médecin gynécologue du centre d'AMP.
La procédure technique de prise en charge pour un don d'ovocytes se décompose en deux moments principaux. La première est une phase de stimulation, la seconde est une phase de ponction et de fécondation *in vitro*. On pourrait rajouter une troisième phase, celle du post-don, c'est-à-dire une surveillance et une prise en charge possible en cas de complications.

La stimulation des ovaires dure 10 à 12 jours. Elle permet d'aboutir à la maturation de plusieurs ovocytes (une dizaine, si possible). Les injections sous-cutanées quotidiennes sont généralement réalisées par les femmes elles-mêmes qui se sont autonomisées, suite à des cours d'auto-injection. Elles peuvent aussi faire appel à une infirmière. Le plus souvent, cette phase de stimulation est précédée d'une prise de pilule pour mettre les ovaires au repos. Pendant la période de stimulation, 3 à 4 prises de sang et des échographies pelviennes permettent d'évaluer la bonne réponse au traitement (soit 3 à 4 déplacements à l'hôpital sur une semaine). Pour celles qui viennent de loin, il

existe une possibilité d'hébergement à moindre frais, au sein d'une structure appelée *la maison des parents*, située dans l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. La stimulation des ovaires est surveillée tout au long du traitement par des dosages hormonaux et des échographies pelviennes, faites par voie vaginale. Cette surveillance permet également un meilleur contact entre la donneuse et l'équipe médicale accompagnante.

À la fin du traitement, le déclenchement de l'ovulation est assuré par une injection de choriogonadotropine alfa (environ 6 500 UI) et la ponction est programmée 36 heures plus tard.

Au bloc opératoire, les ovocytes ponctionnés par voie vaginale, sous contrôle échographique, sont aussitôt confiés aux biologistes qui vont les énumérer et les évaluer. Ils seront rapidement attribués aux couples receveurs préparés en concomitance avec la donneuse. On peut dire à un couple qui se présente dans le centre d'AMP de Cochin-Saint-Vincent-de-Paul qu'il pourra bénéficier de 4 tentatives ICSI, avec des ovocytes de donneuses. Sur ces 4 essais, il y aura 70 à 80% de chances de grossesse (en taux cumulatif de grossesse).

À noter que le don n'est pas toujours disponible dans certains pays d'outre mer en raison d'un manque de compétences techniques et d'infrastructures : c'est le cas par exemple, des Antilles et du Qatar. Dans ce cas, les patientes receveuses restent en étroite relation avec l'hôpital Cochin *via internet* et ne se déplacent que pour le transfert. La fécondation *in vitro* (dans notre centre des ICSI) se fera dans la journée de la ponction avec le sperme du conjoint référent, recueilli le matin même de la ponction.

L'identité de la donneuse est anonymisée dès le début de la procédure, sous forme d'un numéro identificatoire. Son dossier est conservé, non pas dans « *une armoire forte »*[77], mais comme tous les dossiers médicaux. Avant 1994, les CECOS avaient la possibilité de ne pas conserver la mémoire identitaire de ces dossiers. Depuis 1994, l'obligation de conserver le consentement du donneur impose de conserver son identité pendant au moins trente ans.

Après la ponction, la donneuse reste quelques heures sous surveillance puis elle peut quitter l'hôpital. L'équipe médicale lui propose de garder un lien, si besoin, soit par téléphone, soit par une visite de contrôle trois à six semaines après le don.

[77] Ibid, Irène Théry p.108

L'appariement, établi en amont par le médecin biologiste du CECOS, est loin d'être strict à l'hôpital Cochin. Il est établi sous forme d'un tableau Excel. Il est envoyé par le médecin biologiste du CECOS à l'équipe clinique, quelques mois avant le début de la procédure. Le médecin du CECOS prend en considération les phénotypes mais aussi les souhaits des parents.

Il y a des couples receveurs qui souhaitent garder un total secret. Il y a ceux qui souhaitent révéler le mode de conception à leurs enfants, ainsi le groupe sanguin ne devient plus un élément déterminant pour le choix de la donneuse. De même pour la couleur de la peau. Nous avons eu un couple demandeur d'un don dont la femme était noire et le mari blanc. Ils étaient d'accord pour recevoir un don d'une femme blanche ou noire. L'institution médicale ne cherche pas à *cacher* quoi que ce soit, dans un modèle *de ni vu ni connu.* Elle essaye de se porter à l'écoute des demandes et des souffrances de chacun, du mieux qu'elle peut.

De plus elle n'attribue pas UNE donneuse à un couple. Si la ponction de la donneuse qui a été réservée pour trois receveuses s'avère insuffisante, on pourra dans la même semaine ou bien la semaine suivante, changer de donneuse. La pratique du don d'ovocytes se fait dans une souplesse de stratégie d'autant plus grande que le nombre de donneuses augmente chaque semaine.

1) Le 1° questionnaire (Q1)

50 questionnaires ont été distribués par le CECOS, au moment où les dossiers des futures donneuses ont été validés. Ce questionnaire s'intéressait principalement à la manière dont la donneuse avait été informée et sensibilisée pour faire ce don, à ses motivations. Il sollicitait leur avis sur les principes agençant le don, notamment l'anonymat. Il a été rempli soit sur place soit à domicile. (Voir annexes)

2) Le 2° questionnaire (Q2)

47 seconds questionnaires ont été distribués au moment où les femmes donneuses étaient stimulées par des injections de FSH. (Trois femmes n'ont pas souhaité continuer l'étude).
Il leur a été distribué lors des différents contrôles échographiques à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul et il a été rempli sur place. Il s'intéressait au premier vécu de leur geste, à leur avis sur l'anonymat et leurs souhaits sur les

informations qui pourraient être accessibles aux enfants (laisser des informations non identifiantes, une lettre, obtenir des informations ultérieures…). (Voir annexes)

3) Le 3°questionnaire (Q3)

47 troisièmes questionnaires ont été envoyés par courrier, six mois après la ponction d'ovocytes. Ce temps de l'étude après le don a cherché non seulement à savoir s'il y avait eu un changement d'opinion sur l'anonymat du don, mais il s'est intéressé également à approfondir les sentiments de la donneuse selon son vécu à elle et de sa position vis-à-vis des enfants à naître. (Voir annexe)

B. Résultats

Étude temps 1 : Il a été recueilli 47 questionnaires Q1 soit un taux de participation de 94%

Étude temps 2 : Il a été recueilli 44 questionnaires Q2 soit un taux de participation de 94%.

Étude temps 3 : Nous avons reçu, par retour de courrier, 38 questionnaires Q3 soit un taux de participation de 81%

Analyse des caractéristiques socio-démographiques de la population (n=50) de donneuses.

- L'âge moyen était de 30,7 ans, sachant que la plus jeune avait 22 ans et la plus âgée 37 ans.

- 90% des femmes donneuses exerçaient un métier au moment du don et 36% d'entre elles appartenaient au secteur de la santé et du travail social (aucun médecin, aucune sage-femme mais de nombreuses infirmières, aides soignantes, auxiliaires puéricultrices…).

- 82% de ces femmes vivaient en couple (58% étaient mariées). La durée moyenne de vie commune était de 7 ans.
  9 femmes étaient célibataires avec enfant(s) au moment du don.

- Chaque donneuse avait en moyenne 2 enfants au moment du don. Deux femmes en avaient quatre. Elles avaient attendu en moyenne 28,6 mois entre la naissance du dernier enfant et le moment du don.

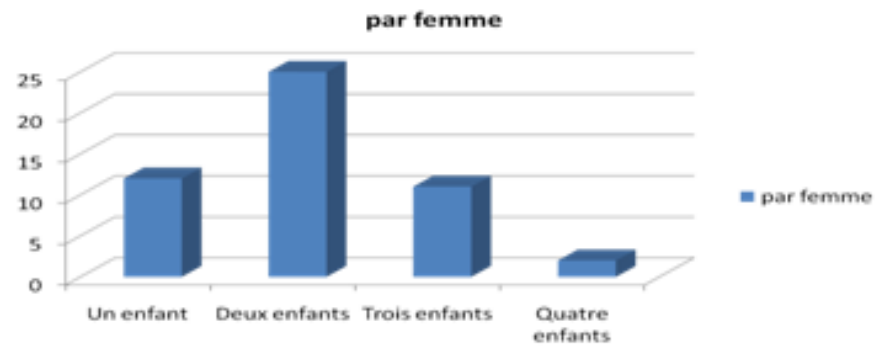

Figure 3: 50 femmes donneuses: Répartition de leurs familles

- 10% de ces femmes avaient, elles aussi, connu des difficultés pour obtenir leurs grossesses : deux d'entre-elles avaient eu un enfant par don de sperme, une avait eu une ICSI et deux femmes avaient attendu plus de deux ans.

- La majorité des femmes donneuses étaient issues d'une famille de deux ou trois enfants.

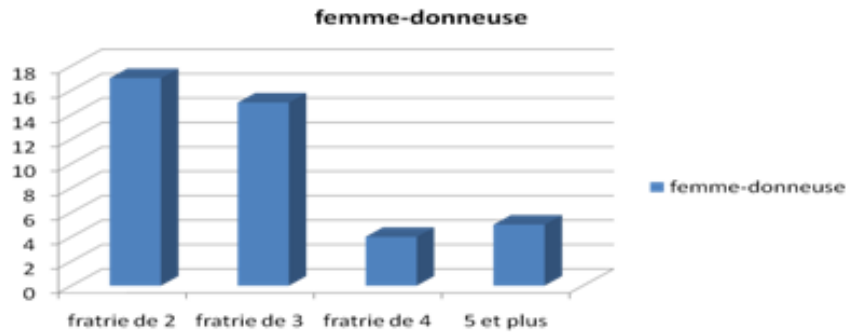

Figure 4: Répartition des fratries des familles de donneuses

Ces résultats peuvent être comparés à une autre étude faite dans notre centre[78] portant sur une population de 142 candidates pour un don d'ovocytes durant les années 2005, 2006, 2007 et qui montrait les caractéristiques suivantes : elles étaient âgées en moyenne de 30 à 31 ans, 80% vivaient en couple, elles

[78] Etude présentée à la Société de Médecine de la Reproduction, *Qui sont ces femmes volontaires pour un don d'ovocytes en France ?,* Betty Chevallier, Arcachon, juin 2009.

avaient en moyenne 2 enfants et elles n'appartenaient pas à une classe sociale défavorisée. La grande majorité travaillaient, 60% dans des professions intermédiaires et plus précisément dans le monde de la santé (infirmière, auxiliaire puéricultrice…). Elles provenaient pour la plupart d'une famille nombreuse et avaient été le plus souvent sensibilisées au problème de la stérilité soit par leur famille soit par une amie.

D'autres études comme celle de Sauer et al Source spécifiée non valide. et celle de SoEderstroEm-Anttila Source spécifiée non valide. révèlent que la donneuse d'ovocyte typique est une femme mariée, ayant au moins un enfant, âgée d'une vingtaine d'année.

Avant de commencer à fractionner les différents résultats obtenus, il importe de mettre en relief les questions que nous nous sommes posées en établissant ces trois questionnaires.

Les donneuses qui sont recrutées dans le cadre bioéthique français ont-elles compris et assumé le sens de leur acte ? Comment le définissent-elles ? Cet acte de don, qui implique ni droit ni devoir à l'égard de l'enfant à naître, est-il investi d'une valeur morale ? D'une valeur sociale ? Quelle serait cette valeur propre du DON d'ovocytes, selon elles ? Dans cette perspective, toute l'attention en matière éthique sera déplacée vers un point plus précis : celui de l'anonymat et de la gratuité du don, visant à établir quelles conditions il faudrait remettre en question pour que cet acte, que notre société souhaite valoriser comme hautement moral, ne se renverse pas en acte immoral.
Je tiens à souligner l'originalité de ce travail, qui en suivant la même population de femmes au cours du temps, a recherché les évolutions et les changements éventuels de leurs pensées et de leurs opinions, notamment sur l'anonymat du don.

Résultats de l'analyse 1, Questionnaire Q1 : n=47

Questions posées en début de démarche du don.

1) Mode de recrutement (Q1)

Les 47 femmes ont répondu à cette question. 40 femmes ont été informées et sollicitées par une amie ou une personne infertile de leur famille, 4 femmes ont été sensibilisées par les médias (télévision et internet), 2 le font en contre don à

une stérilité masculine traitée et une femme désirait donner suite à une histoire familiale personnelle (stérilité de sa propre mère).

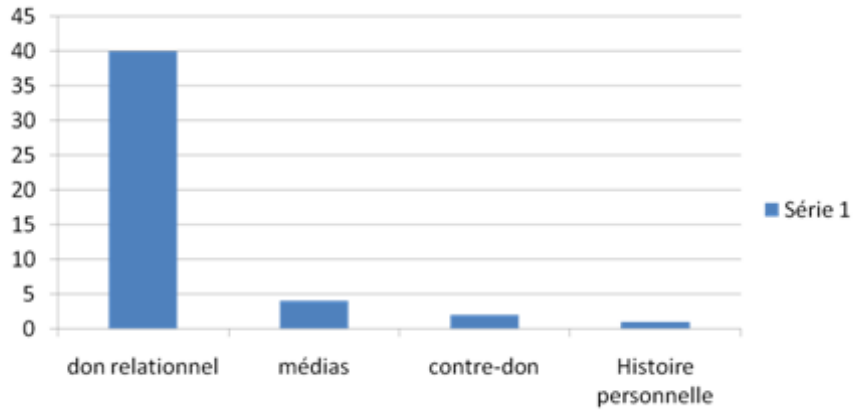

Figure 5: Mode de recrutement

2) Information de leur entourage (Q1)

En début de procédure pour un don d'ovocytes :

- 100% des conjoints étaient au courant (ce qui est logique puisque la pratique du don nécessite leur accord).
- 35 mères des donneuses (80%) étaient informées par leurs filles de la démarche qu'elles avaient entreprise.
- 68 à 75 % des femmes avaient informé des amis ou des frères et sœurs.
- 20 pères (49%) uniquement avaient été mis au courant de la démarche de leur fille.
- 6 femmes (13%) seulement avaient informés leurs enfants**.** La raison invoquée étant : « *ils sont encore trop jeunes. Je leur dirai plus tard* ». L'âge moyen du dernier enfant de ces femmes au moment du don était de 2 ans et demi.

3) Evaluation de l'accueil et de l'information reçus à l'hôpital en temps (Q1)

- 39 femmes sur 47 (80%) s'estimaient très bien informées en début de parcours, 6 moyennement mais sans nous donner plus de précision.
- 43 sur les 47 soit 97% se sentaient parfaitement prêtes pour commencer le don.
- 4 autres n'ont pas répondu à cette question.

4) Avis des femmes sur l'incitation faite par les médecins à chercher une donneuse (Q1)

- 37 femmes sur les 40 qui s'apprêtaient à donner pour faire avancer la demande de leur amie ou de leur parente, pensaient que cette incitation *hors la loi* était justifiée car nécessaire pour trouver des donneuses.
- 1 femme pensait néanmoins qu'il s'agissait d'un *chantage* et deux ont hésité à se prononcer.
- 14 d'entre elles ont reconnu cependant que ce système générait une « *pression pas facile à vivre* » pour leurs amis ou leur famille. Aucune remarque particulière pour elles-mêmes n'a été formulée.

5) Avis des femmes sur les principes éthiques du don (Q1)

- 25 femmes étaient d'accord avec l'anonymat du don tel que le prévoit la loi, c'est-à-dire l'anonymat strict.
- 14 femmes seraient d'accord pour un anonymat suspensif, c'est-à-dire « *si les enfants issus du don en faisaient la demande à leur majorité.* »
- 4 femmes auraient préféré donner directement à la personne qui les avait contactées.
- 3 femmes auraient souhaité choisir directement la ou les personnes receveuse(s), qui devait bénéficier du don de leurs ovocytes, révélant ainsi leur identité.
- 1 femme restait dans l'indécision.

Résultats de l'analyse 2, Questionnaire Q2 : n=44 femmes en cours de stimulation

À ce moment là du don, elles étaient 34 (77% au lieu de 80% au moment du questionnaire 1) à avoir le sentiment de bénéficier de toute l'information nécessaire de la part de l'équipe médicale. Pourtant, elles ont fait des commentaires manifestant le fait qu'elles étaient confrontées à des situations imprévues : *« Je ne pensais pas qu'il y aurait autant de piqûres » ; « J'ai quelques bouffées de chaleur » ; « J'habite à 100 km et c'est contraignant » ; « On m'a dit que je n'aurai pas de frais mais j'ai dû payer mes frais de*

laboratoire » ; « J'ai des vertiges, de la fatigue et les horaires d'examens ne sont pas toujours compatibles avec le travail » ; « J'aurais besoin d'être rassurée » ; « C'est une grande question d'organisation » ; « Je reste volontairement détachée émotionnellement ; l'important est que mon amie reçoive un don » ; « J'avais compris pour les piqûres mais je ne pensais pas qu'il fallait revenir tous les deux jours à l'hôpital » ; « Grosse fatigue, grande sensibilité et irritabilité incontrôlable » ; « Un emploi du temps qui devient difficile à gérer » ; « J'aurais dû poser plus de questions » ; « Les piqûres sont moins dures que ce que j'imaginais. En revanche l'organisation, les rendez-vous à l'hôpital, la gestion des enfants...sont difficiles à gérer » ; « J'imaginais cela moins long » ; « Une bonne surprise : j'imaginais cela plus lourd ».

1) Information de leur entourage (Q2)

L'information faite auprès des conjoints, de la mère, de la famille et des amis ne varie pas. On note une légère augmentation auprès des enfants du couple donneur : si 25 couples n'ont toujours rien dit à leurs propres enfants, ils sont 14 à avoir tenté des explications. On passe donc de 13% au temps Q1 à 27% au temps Q2.
De même, vis-à-vis des pères de la donneuses, on passe de 49% au temps Q1 à 57% au temps Q2.

2) Opinion sur l'Anonymat du don (Q2)

- 22 femmes sur 44 restent favorables à la loi actuelle sur l'anonymat.
- 17 femmes optent pour une levée suspensive possible à la majorité de l'enfant.
- 2 femmes avouent être indifférentes à cette question d'identité.
- 3 femmes hésitent.

Il y avait donc, au moment même ou le don était réalisé, deux groupes équivalents de femmes : les unes souhaitant un anonymat total et les autres une levée de leur identité, dans des conditions variables.

3) Opinion sur la gratuité du don (Q2)

Les donneuses de notre service sont invitées à venir faire leurs examens, très tôt le matin à l'hôpital, pour leur éviter l'avance des frais d'examens ainsi que l'attente. Mais il reste le problème des jours fériés ou des samedis ou bien encore des donneuses qui sont éloignées géographiquement et qui préfèrent faire leurs examens sur place. Celles-ci se retrouvent devant des factures imprévues.
Le remboursement de tous les frais engagés tel que le prévoit la loi L 1244-7 du CSP[79], semble être *normal et bienvenu* pour la grande majorité d'entre elles (36 femmes).
7 femmes ne se prononcent pas et 3 d'entre elles ne veulent *rien* (aucun remboursement).

L'idée d'un dédommagement comme un dégrèvement fiscal est pour moitié d'entre elles (21 femmes) une *idée à réfléchir* tandis que l'autre moitié (14 femmes) pense que c'est *une mauvaise idée.*

Enfin, une rémunération est une *mauvaise idée* pour une majorité de 29 femmes, 12 femmes pensent qu'il faut y réfléchir et 3 femmes accepteraient.
Les sommes suggérées allaient de 1 euro symbolique jusqu'à 1000 euros en passant par 100, 150, 500, 600, 900 euros.

4) Souhaits d'information sur le devenir du don ? (Q2)

- Sur le nombre d'ovocytes : **OUI** à 93% (41 femmes)
- Sur le nombre de grossesses : **OUI** à 77% (34 femmes)
- Sur le nombre de naissances : **OUI** à 66% (29 femmes)

5) Souhait de laisser quelque chose de soi ? (Q2)

- Une lettre, un message : **NON** à 77% (34 femmes)
- Des informations non identifiantes : **OUI** à 66% (29 femmes)
- Votre identité pour l'enfant plus tard : **NON** (27 femmes) ; OUI (15 femmes) ; 2 hésitations.

[79] Art. L 1244-7: La donneuse d'ovocytes doit être particulièrement informée des conditions de la stimulation ovarienne et du prélèvement ovocytaire, des risques et des contraintes liés à cette technique, lors des entretiens avec l'équipe médicale pluridisciplinaire. Elle est informée des conditions légales du don, notamment du principe d'anonymat et du principe de gratuité. Elle bénéficie du remboursement des frais engagés pour le don.

Commentaires relevés pour cette question :

« Pour moi cet enfant n'est pas le mien, j'ai juste donné un petit coup de pouce. Pourquoi devrai-je le rencontrer ? »
« Je l'ai fait pour rendre un couple heureux ; pas pour avoir un autre enfant. Ils ont des parents (pas forcément biologique) mais ce sont eux les parents. »
« Je donne une cellule ; non un enfant. Je ne suis qu'une intermédiaire. »
« La levée de l'anonymat peut nuire sur le futur de mon enfant. »
« Des infos médicales pour sa santé ok (7 fois) mais pas mon identité. »
« La rencontre serait trop dure à supporter; je vivrais cela comme un abandon de ma part. »
« C'est auprès de l'hôpital que l'enfant devrait, s'il le désire, avoir des informations me concernant. »
« Je n'ai rien à voir dans la vie de ces enfants, je ne voudrais pas me retrouver dans une situation compliquée vis-à-vis de ma famille. »
« Je comprends leur curiosité. Mais il est important, pour l'enfant, de savoir que ses parents sont ceux qui l'élèvent. »
« Je ne désire aucun contact futur avec les enfants issus de ce don. »

6) Choisir SA donneuse, une bonne chose ? (Q2)

Les femmes donneuses incluses dans cette étude (à l'exception de deux femmes) considèrent, qu'il serait négatif voire dangereux de laisser les couples receveurs choisir leur donneuse selon certains critères : physiques, socio-culturels, religieux, capacités sportives ...

Résultats de l'analyse 3, Questionnaire Q3 : n=38 femmes

Six mois après la ponction, un questionnaire n° 3 a été envoyé (voir annexe). La première partie de ce questionnaire s'est intéressée à savoir s'il n'existait pas de regret, de désarroi dans le vécu de chaque jour pour la donneuse. La deuxième a étudié les éventuels changements d'opinion en ce qui concerne le fonctionnement du don.

1) Pensez-vous avoir pris une bonne décision ? (Q3)

OUI à la quasi unanimité (37 fois sur 38). Une seule femme reste en conflit avec ses convictions religieuses.

2) Vous posez-vous des questions sur les conséquences de votre geste ? (Q3)

La réponse à cette question a été très partagée : 21 femmes ont répondu oui et 17 non. Voici quelques éléments de leurs réponses :

« Combien d'enfants sont-ils nés grâce à mon don? Ai-je été utile? »
« Est-ce que cela a permis de rendre des parents heureux ; cela a-t-il fonctionné ? »
« Ce n'est pas obligatoire de savoir, mais c'est de la curiosité. »
« J'espère que le BB ne se posera pas trop de questions sur sa génétique. On m'a rien dit quand j'ai téléphoné pour savoir. »
« Par curiosité, j'aimerais savoir si un couple a réussi à avoir un enfant. »
« Combien d'enfants sont-ils nés ? Sont-ils en bonne santé ? »
« La nature n'avait-elle pas bien fait les choses en empêchant une grossesse? »
« Qu'il soit possible un jour qu'un de mes enfants se marie avec son demi-frère. »
« Je me pose de moins en mois de questions. »
« Je me demande si ce don a donné des fruits. »
« Par curiosité, je n'ai aucun regret. »

On constate que la *curiosité* et le fait de savoir *si cela a marché* deviennent, avec le temps, des éléments importants dans la réflexion chez les donneuses d'ovocytes. Elles sont 32 sur 38 à vouloir connaître le nombre de grossesses en cours.

3) De quelle manière vous voyez-vous vis-à-vis des enfants issus du don ? (Q3)

La plupart des femmes se considéraient comme un ovule manquant (26 femmes) ou / et comme un apport génétique indispensable (14 femmes).
Seulement 2 femmes se considéraient comme une *personne importante* et une femme comme une mère biologique (!).

4) Opinion sur l'anonymat, 6 mois après le don (Q3)

14 femmes étaient toujours d'accord pour un anonymat strict contre 19 qui pensaient à une levée suspensive à la majorité de l'enfant en cas de besoin**.** 5 femmes hésitaient.

Y a-t-il eu un changement de l'opinion des femmes sur l'anonymat au cours du temps ?

Toutes les donneuses ont été interrogées sur ce sujet au temps 1 soit lors de la validation de leur dossier (Q1), au temps 2 c'est-à-dire en cours de stimulation (Q2) et au temps 3 (Q3), six mois après le don. Afin d'évaluer un mouvement d'opinion éventuel, nous avons comparé les réponses des 38 femmes donneuses ayant répondu aux questionnaires 1, 2 et 3.

Les résultats sont les suivants :
Si 24 femmes donneuses étaient pour un anonymat strict au temps Q1, elles ne sont plus que 14 au temps Q3. Inversement, les 10 femmes donneuses qui optaient pour un anonymat suspensif en temps Q1 deviennent plus nombreuses en temps Q3 (19 au total).

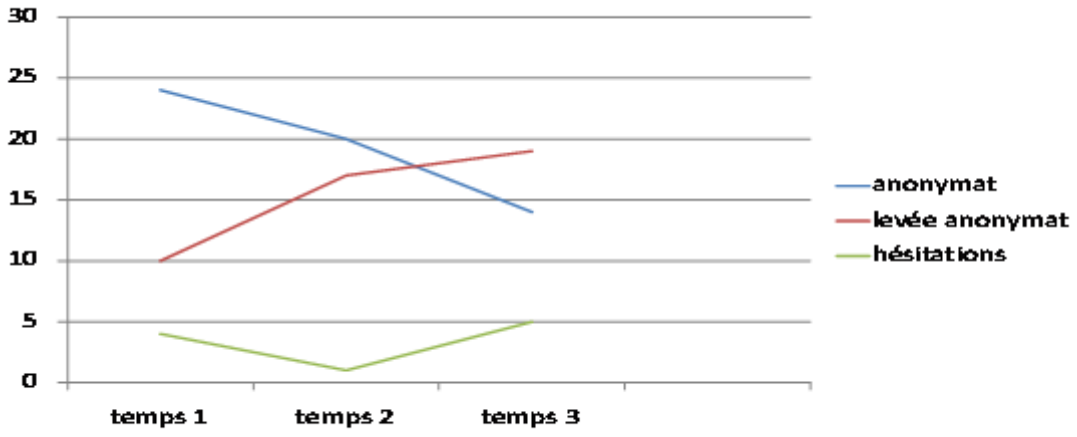

Figure 6: Évolution de la pensée des donneuses sur l'anonymat au cours du temps

Les femmes donneuses donnent des justifications à cette levée suspensive de leur anonymat :

« *Si c'est pour le bien être de l'enfant.* »

« S'il a besoin de savoir d'où il vient. »
« Si ça peut-être important pour l'enfant. »
« Si l'enfant a besoin de répondre à des questions existentielles. »
« L'enfant a le droit d'avoir des réponses concernant sa conception. »
« En cas de crise d'identité de l'enfant. »
« Pour répondre à leurs questions s'ils en ont. »
« Je suis curieuse de voir ce qu'ils sont devenus. »
« Pour un bien être psychologique ou des raisons de santé. »
« S'il veut connaitre ses demi-frères et sœurs. »

Il reste les *irréductibles* en faveur de l'anonymat du don (soit 14 femmes) qui s'expriment de la façon suivante :

« Je ne donne qu'une cellule et je ne rentre pas dans l'éducation et la personnalité de cet enfant. »
« Le don d'ovocyte est pour moi, un acte médical ; je ne veux pas que l'on vienne me voir en me disant que je suis une maman. »
« Pour éviter tout trouble psychologique même si par curiosité, j'aimerais les connaître. »
« Plus prudent car je ne suis pas leur mère. »
« Le respect de l'anonymat est condition essentielle dans la démarche du don. »
« C'est plus facile pour les parents et pour moi. »
« Parce que je n'ai pas voulu ces enfants. »
« J'ai fait ce don pour aider des couples, c'est tout. »
« Egoïstement, je ne saurai pas gérer ! »

5) Opinion sur la gratuité du don, 6 mois plus tard (Q3)

Une forte proportion de femmes (30 sur 38) pensaient qu'il faudrait changer la loi sur la gratuité parce que pour 90% d'entre elles, elles n'avaient pas reçu un véritable remboursement de leurs frais contrairement à ce qui est prévu dans l'article de loi L 1244-7 du CSP.

Si la majorité (plus de 20 femmes) ne souhaitaient ni dédommagement, ni rémunération, il faut noter qu'une femme donneuse a perdu don travail suite à ses absences pour effectuer le don et que d'autres restaient en colère par le fait même de n'avoir pu être remboursées.

6) Seriez-vous prêtes à faire un autre don ? (Q3)

20 femmes, sur les 38 interrogées, se sont dites prêtes à recommencer un don. 4 femmes hésitaient et seulement 13 ont dit non. Raisons invoquées : les difficultés d'organisation et les frais engagés.

7) Existe-t-il un mal vécu, en lien avec ce geste ? (Q3)

Toutes ces femmes, dans l'ensemble, se sont exprimées de manière positive .Toutefois, on relève :

- Un sentiment d'instrumentalisation (7 fois) « *On nous laisse sortir avec une simple ordonnance d'antalgiques et rien d'autre. Je me suis retrouvée* <u>*SEULE*</u> *chez moi. Merci pour vos ovocytes et au revoir… ».*
- Un accueil à l'hôpital à revoir (5 fois).
- Un manque d'information (3 fois).
- Promesse non tenue en ce qui concerne le parrainage de son amie (7fois).
- Une demande de plus de souplesse dans l'organisation du don (4 fois).
- L'acte chirurgical (la ponction) trop douloureuse (2 fois).
- Déception d'avoir donné si peu d'ovocytes (1 fois).
- Prise de poids due au traitement (1 fois).
- Un mal vécu chez l'enfant de la donneuse (1 fois).

C. Discussion

En France, nous n'incitons pas les femmes donneuses à revenir faire un don. Il semblerait que d'un commun accord, c'est « une fois et c'est tout ». Or, rien n'empêcherait à une femme de revenir une seconde fois si elle le souhaite et si sa réserve ovarienne le permet.
Aucune de ces femmes donneuses ne se nomme *donneuse*, une expression qui provient du langage médical. Elles se définissent comme un quelque chose qui a permis que… une aide, un coup de pouce, un ovule qui manquait (26 fois) ou un apport génétique (14 fois). Jamais elles ne se disent « mère » même si parfois elles se diront « mère biologique » (une fois) ou une personne importante (2 fois). Toutes sont convaincues d'avoir « *pris une bonne décision* » ce qui

conforte la pensée de Paul Valéry : « Celui qui donne gracieusement, reçoit gratuitement en échange la satisfaction que lui cause son acte ».[80]
Une seule femme de l'étude exprime un mal-être, en relation avec les interdits de sa religion (musulmane).

1) Autour du recrutement des donneuses

Du fait de la quasi absence de campagnes d'information et de sensibilisation en France, l'organisation du don d'ovocyte est basée essentiellement sur un *don indirect* ou *don croisé*. Dans notre étude, le recrutement des donneuses s'est fait essentiellement par l'intermédiaire des couples en attente d'un don (don relationnel, moitié ami, moitié famille). Il est similaire à celui de la plupart des centres du don en France.
Cette « course à la donneuse » est loin d'être facile, même avec Internet.
Le recrutement des donneuses semble être un défi pour de nombreuses cliniques d'infertilité. Une étude dans l'Oregon, où la publicité est possible, a montré que seulement 12% des femmes qui ont répondu à une annonce publicitaire étaient incluses dans le programme du don Source spécifiée non valide.. Une étude à Barcelone fait état de seulement 215 femmes incluses sur 554 candidates recrutées en 6 ans Source spécifiée non valide..
En revanche à New York, l'étude de Lindheim affiche un bon chiffre de 135 candidates validées sur 176 demandes en l'espace de deux ans Source spécifiée non valide.. Mais il faut savoir que dans ce dernier cas, aucune enquête génétique n'a été effectuée, ni aucun caryotype. Dans notre centre d'AMP, environ 39% des candidates sont récusées pour raison génétique.

2) Autour du risque de pénurie

Devant le risque de pénurie de donneuses quelle serait la *bonne manière* de sensibiliser de potentielles candidates ?

De nombreuses cliniques placent des articles publicitaires dans les magazines ou les journaux. Il a été trouvé dernièrement, par l'équipe de Kan et al. qu'un article placé dans la presse populaire était plus percutant que dans les journaux scientifiques Source spécifiée non valide.. Dans une étude suédoise en 2003 une majorité de donneuses potentielles ont répondu qu'elles ne répondraient

[80] Paul Valéry, les cahiers de la Pléiade, volume 2, p 1431.

pas à une annonce publicitaire sur le don d'ovocytes Source spécifiée non valide. !

Dans l'étude menée par Kalfoglou et Geller en 2000, il a été suggéré que les programmes de don d'ovocytes devaient montrer plus d'informations au niveau de l'organisation et des résultats du don **(59).** Cette même étude a montré l'importance de la mise en place de forums et d'un inter-agir possible avec la clinique Source spécifiée non valide**.** Une autre étude a montré que la satisfaction des donneuses en post-don était susceptible d'améliorer le recrutement et que les femmes seraient plus susceptibles de devenir donneuses si elles pouvaient parler aux femmes qui avaient déjà fait un don ou bien si elles pouvaient échanger avec l'hôpital sur les procédures du don Source spécifiée non valide..

Cette remarque semble judicieuse et serait facile à organiser en France !

Pouvoir échanger avec d'anciennes donneuses sur les contraintes et les risques du don (douleurs, prise de poids, irritabilité, syndrome d'hyperstimulation…) au sein même de l'hôpital ou de la clinique serait d'une grande importance. L'intérêt de ce support « post donation » a été montré aussi dans l'étude de Partrick et al. en 2001Source spécifiée non valide.**.**

La proximité des cliniques est aussi un facteur important puisque dans la ligne directe de ce que l'on vient de dire, il permet à la fois un meilleur suivi sur le plan qualitatif de la part des cliniques et il diminue les difficultés de moyens de transport (Kalfoglou et Geller, 59). L'étude de Kan et al, 1998, précédemment citée (55), met en relief ce qui peut retenir une femme à faire le don de ses ovocytes : la distance géographique, le risque d'une prise de poids, la peur des effets secondaires à court terme mais aussi à long terme.

Dans une étude suédoise (61), les femmes qui se définissent comme des donneuses potentielles ainsi que celles qui hésitent, donnent la priorité à certains facteurs tels que des conseils facilement accessibles, plus d'information sur l'infertilité que rencontre les autres femmes, un traitement stimulant le plus court possible et un anonymat strict entre donneuses et receveuses.
En effet, en Suède, on peut rajouter la peur d'un enfant qui souhaite découvrir son donneur puisque la législation suédoise a abandonné le principe de l'anonymat pour le don d'ovocytes depuis le premier janvier 2003. Ce qui signifie que, si les donneuses sont anonymes vis-à-vis des couples receveurs,

les enfants, issus de ce don, peuvent demander l'identité de la donneuse, quand ils ont atteint un âge mûr.
En outre, cette même étude révèle que les hommes appuieraient et encourageraient leurs femmes à faire un don.

D'où l'importance de cibler aussi les hommes dans les actions d'information et de sensibilisation ?

En France, il existe une réelle difficulté à informer le public. La brochure éditée par l'Agence de la biomédecine, *Redonner l'espoir de devenir parents,* diffusée depuis le 19 mai 2008 auprès des gynécologues et des maternités a pour but d'encourager les dons.

Peut-elle suffire ? Est-elle pertinente ?

3) Au sujet des motivations

D'après notre étude, si pour la majorité des femmes, il s'agit d'abord et avant tout d'aider une amie ou une parente, elles sont nombreuses, par la suite, à constater que leur geste a pris une dimension universelle à laquelle elles ne s'attendaient pas et par conséquent devient valorisant pour celle qui l'accomplit.

Trois réponses faites avant le don (Q1) inscrivaient ce geste dans une logique d'un *don de matériau humain (*don de sang, de moelle…).

Aucune femme donneuse n'a évoqué un lien, quel qu'il soit, avec l'enfant potentiel issu du don. Le sentiment de *don d'engendrement* comme le subodore Irène Théry n'apparaît pas dans leurs motivations.
De même, aucune des donneuses interrogées n'a considéré l'enfant né de leur don comme leur enfant génétique que d'autres élèvent.
Les pays voisins retrouvent des motivations altruistes, voir l'étude de Sauer et al. (54) et celle de SoÈderstroÈm-Anttila (55).

Dans certains pays les motivations peuvent être financières[81].
L'argument est de dire que la compensation financière, sans exagération, joue un rôle facilitateur. Il est à la fois une récompense et une indemnisation des

[81] Paying Egg Donors: A Child At Any Price? Progress Educational Trust | *20 October 2010*

frais encourus. La gratuité du don pouvant générer des effets négatifs en encourageant le développement d'un trafic financier souterrain des ovocytes.

Si on parle beaucoup en France de trafic entre donneuses et receveuses, il reste à démontrer et il n'apparaît pas dans notre étude puisque la majorité des donneuses estiment que le don est par nature gratuit.

D. En conclusion de cette première étude

Les femmes donneuses de notre étude se sentaient en majorité bien préparées pour commencer le don et elles pensaient que cette incitation à chercher une donneuse par le couple infertile est acceptable dans le sens où il y a une nécessité de trouver des donneuses. Toutefois, si elles ne ressentaient pas ce procédé comme *inadmissible,* elles sont 14 sur 40 à reconnaître qu'il exerce une *pression* supplémentaire sur les femmes non fertiles.

En ce qui concerne l'opinion sur l'anonymat du don :

En début de la procédure du don, on relevait que la majorité des donneuses de cet échantillonnage était d'accord avec la loi telle qu'elle est instituée. Toutefois, cette majorité est faible car si on ajoute les trois catégories de femmes qui ne verraient pas d'inconvénient à donner leur identité (don direct + choix de la receveuse + identité suspensive à la majorité de l'enfant), on constate que nous avons pratiquement deux groupes ex-æquo.
Ces femmes-donneuses nous font comprendre qu'elles ne souhaitent pas s'immiscer dans la vie d'un couple qui aura reçu le fruit de ce don. Toutefois, elles sont en alerte sur la possibilité de souffrance (et pourquoi jamais de joie ?) que pourrait rencontrer le jeune enfant lorsqu'il apprendra son mode de conception. Cette alerte est-elle le résultat d'un tapage médiatique fait à ce sujet ? Y-a-t-il un effet de polarisation des idées ?
Toujours est-il que la prise en considération de ce besoin potentiel chez l'enfant issu du don prend le pas sur un bon nombre de considérations. Avec le temps, les femmes donneuses deviennent plus nombreuses à penser pouvoir lever leur identité si le jeune enfant le réclame. Le facteur *curiosité* entre aussi en jeu.

Ainsi, le grand intérêt de cette étude est de montrer une inversion au cours du temps, en ce qui concerne l'opinion des donneuses sur l'anonymat du don. Leur

opinion a t-elle été influencée par des témoignages de jeunes issus d'un don (toujours de sperme), qui revendiquent « *un droit à connaître ses origines* » ?

En tous les cas, les donneuses mettent des conditions à la levée de leur identité : seulement *plus tard* et si le jeune enfant le souhaite pour une raison importante. Ce mouvement de pensée chez les donneuses est une *possibilité conditionnelle*. Il souligne leur sens des responsabilités.

L'anonymat n'est pas un empêcheur d'une éthique de la *Responsabilité* comme certains veulent nous le faire croire[82] quand bien même il réactive à travers le monde entier le débat sur le « *droit de connaître ses origines* » (Dorothy Greenfeld A., 2002, Source spécifiée non valide. . Leiblum et Aviv, 1997 Source spécifiée non valide. ; Nachtigall et al., 1997 **Source spécifiée non valide.** ; Golombok et al., 1999Source spécifiée non valide. ; Rumball et Adair, 1999 Source spécifiée non valide.**;** Gottlieb et al., 2000 Source spécifiée non valide. ; Lindblad et al., 2000 Source spécifiée non valide.).

Étrangement, personne ne pose la question des « droits » que pourraient réclamer les enfants des donneuses qui eux sont déjà existants et qui, pour la plupart, ne sont pas tenus au courant (seulement 13% dans notre étude en début de procédure). Le « DIRE » n'est pas si simple que l'on pourrait le penser. Les femmes donneuses pensent, pour la plupart, que c'est aux parents d'informer les enfants de la modalité de leur conception.
Ce que confirme aussi l'enquête suédoise de A.Skoog Svanberg et al., 2003 **(61).**

Les résultats de notre analyse doivent-ils remettent en cause l'anonymat strict du don ?

Devons-nous définir un nouveau statut pour la donneuse ? Devons-nous penser une nouvelle filiation maternelle ? Le moment est-il venu de contester le cadre imposé du don ? De redéfinir des valeurs communes ? Notre société est-elle prête à un pluralisme des configurations familiales ? Quels changements non seulement moraux ou politiques, mais intellectuels et conceptuels suppose une telle évolution ?
Pouvons-nous envisager un principe de complémentarité des places ?

C'est ce que nous allons essayer de comprendre, en nous tournant une nouvelle fois vers celles qui ont donné leurs ovocytes.

[82] Irène Théry, ibid., p 66

II. ETUDE QUALITATIVE

A. Méthodologie

12 femmes donneuses qui font partie de l'étude précédente ont été réinterrogées par téléphone, au mois de mai 2010, soit deux à trois ans après le don.
Cet entretien approfondi a cherché à savoir de quelle façon les femmes réinterprètent leur geste dans le temps (regrets, souhaits etc.) ainsi que leur avis sur les conditions concrètes que le don doit satisfaire pour rester une action et une relation véritablement humaine.
Sur ces 12 femmes, 4 ont été choisies pour n'avoir jamais changé d'avis concernant leur accord sur l'anonymat du don ; 3 femmes ont été choisies pour leur désir de toujours lever l'anonymat « plus tard et si nécessaire » et enfin 5 femmes ont été appelées pour mieux exprimer les changements de pensées retrouvées dans leur questionnaires au temps Q1, Q2, Q3.

B. Résultats

Toutes ces femmes reconnaissent que **l'anonymat du don est « *ce qui reste le plus simple dans un premier temps* ».** Ceci est leur première affirmation. A partir de là existent trois orientations que nous dénommerons comme trois profils de donneuses.

1) Trois profils de donneuses

Profil A

La donneuse qui place sa famille et ses enfants en première place et qui vit l'anonymat comme une protection vis-à-vis d'elle-même et des siens. Elle ne souhaite rien savoir de la suite du don qu'elle a fait, quand bien même elle en est curieuse. L'anonymat est vécu et accepté comme une limitation d'un pouvoir : « *l'anonymat coupe l'envie de se prendre trop au sérieux ».* Pour ces femmes, l'anonymat doit rester total.

Profil B

La donneuse qui place l'enfant issu du don en première place. Elle lui reconnaît un droit de savoir et aussi de la connaître s'il en fait la demande. L'anonymat est vécu comme une liberté puisqu'il pourrait permettre à des enfants qui le souhaiteraient de faire le choix ou non de rencontrer leur donneuse. Elle opte pour un anonymat suspensif.

Profil C

La donneuse ambivalente qui vit l'anonymat comme un espace-temps pour la réflexion. Elle n'a pas envie d'un enfant *en plus,* mais elle évoque la possibilité de se rencontrer plus tard, comme un *bonheur possible*, *pour répondre à leurs questions, pour les aider s'il y a de la souffrance* (et jamais de joie ?)… Les femmes ambivalentes me confient avoir été influencées par les médias. Ce qui montre à quel point une opinion est facilement polarisable et versatile.

2) Lien avec le couple solliciteur

Il a semblé intéressant de savoir si chacune d'elles avaient gardé un contact avec le couple qui les avait sollicitées.
Deux ans et demi après le don, la totalité des neuf femmes donneuses en lien avec une relation ont gardé un contact avec le couple solliciteur. (Rappelons que dans cet échantillonnage de douze femmes, l'une a fait son geste en contre don d'une IAD et deux autres inscrivaient leur geste dans un don spontané).

Quand il y eu grossesse, non seulement le contact a été gardé mais il s'est enrichi et bien souvent elles sont devenues la marraine du bébé.

3) Scénarios de rencontre

Quant à l'évocation avec ces femmes au téléphone d'une rencontre entre donneuse et enfant du don, il existe, pour ces femmes, différentes adaptations possibles. Voici leurs réponses :

<u>Le recevoir chez soi</u> : n'est pas la première idée qui vient à leur esprit. Seulement une femme est d'accord.

Un contact téléphonique : 3 femmes l'évoquent comme pouvant être suffisant.

Une rencontre en dehors du cercle familial : 4 femmes tombent d'accord et précisent « *je lui dirai que j'ai aidé ses parents mais que je suis pas sa mère.* » « *Je suis celle qui a permis UNE naissance, pas une deuxième mère* » ; « *je suis un bout de quelque chose, je ne suis pas importante* » ; « *j'aurai des questions à lui poser ; par exemple est-il heureux ? Ce qu'il fait ?* »

Ces femmes évoquent aussi la possibilité de rencontrer les parents mais dans le même temps cela déclenche des peurs :

> « *Je ne me vois pas avec ces enfants et ce couple chez moi.* »
>
> « *J'ai peur de trouver des ressemblances trop frappantes chez ces enfants, car ce ne sont pas MES enfants puisque je les ai pas portés, pas désirés.* »

C. Discussion des résultats

La diversité est une richesse : ces trois types de donneuses nous le démontrent. Mais l'élaboration d'une loi ne peut-être le produit d'une opinion. Cela ne signifie pas que les opinions n'aient aucun rapport avec ce qui est raisonnable. Mais les opinions sont toujours provisoires, mal justifiées, influencées par les médias et donc susceptibles de changer. Dans la mesure où la loi est un être de raison à la double universalité (égalité et liberté pour tous et par tous) elle exige un appui sur des principes généraux et des valeurs qui structurent une société. Si la loi et les règlements s'efforcent de prendre en compte la diversité des situations, la loi s'égare. Cette étude sur un petit échantillonnage de donneuses suffit à montrer la variété des problèmes humains rencontrés et l'impossibilité de toute systématisation.

Aurions-nous eu les mêmes réponses si ces femmes n'avaient pas déjà procréé ? Si elles n'avaient pas déjà eu une famille ?

Il est probable que ces enfants issus d'un don (cette revendication ne concerne aujourd'hui que les enfants d'IAD) qui souhaitent une rencontre, une explication…et que ces donneuses qui accepteraient de répondre à leur demande, ne satisfassent en quelque sorte qu'une CURIOSITE. Il est probable

qu'il n'existerait rien ou pas grand chose à la suite de ce contact car ces femmes et ces enfants n'ont pas *de vécu* à partager, pas *d'histoire* en commun. Il est probable que ce débat passionnel autour de l'anonymat soit un énorme tintamarre, né de malentendus en chaîne et qui cache un faux problème. Lequel ?

Peut-être une angoisse sourde et profonde au fond de chacun de nous : être né d'une buée, d'un souffle, d'une sans valeur. Etre né *Abel* pour être tué par son frère ? Ou bien être né *Caïn* pour avoir été acheté par le Seigneur ?

Dans tous les cas, ce débat fait vendre les journaux tout en faisant une abstraction complète de l'avis des couples parents ainsi que des enfants des donneuses.
Nous poursuivrons notre réflexion sur ce sujet dans le chapitre suivant.

D. En conclusion de cette seconde étude

Les personnes qui souhaitent donner leurs ovocytes en France ne se lancent pas dans cette expérience sans avoir réfléchi à leur geste. J'ai beaucoup appris de ces femmes parfois en me laissant bousculer dans mes certitudes. Une donneuse est une personne ordinaire – et non un spectre menaçant – actrice d'un acte qui, pour être relativement nouveau au regard de nos habitudes sociales, n'en n'est pas moins posé comme un acte réfléchi, responsable, et exprimable. Le triptyque éthique « anonymat, gratuité, volontariat » n'oblige pas à travailler « *dans une semi obscurité assurant aux donneurs (ses) qu'il ne s'est rien passé* [83]*».* Au contraire, les résultats de mon étude montrent que l'anonymat n'est pas une incitation à l'irresponsabilité. Les femmes font le choix de donner dans une double fraternité : d'abord aider celle qui les a appelées puis ensuite aider un autre couple à connaître le bonheur de la naissance de leur enfant (une action humaine signifiante). En aucune façon « *elles se sentent enfouies dans le silence ou déniées »*[84]*.* L'anonymat n'est pas vécu comme une règle, un dogme, mais plus comme un principe qui apporte une protection et qui permet de laisser de l'espace, du choix (dire ou ne pas dire) au couple parent, receveur de ce don. Si à peu près une femme donneuse sur deux préfère l'anonymat strict, une façon pour elles de se protéger et de protéger leur famille, l'autre moitié personnifie les probables enfants nés suite au don et par conséquent elles leur reconnaissent des droits

[83] Irène Théry, Ibid, p 64.
[84] Ibid, p 63

et sont soucieuses de leur équilibre. Elles ne se sentent pas guidées et manipulées par une pratique médicale *tutélaire*[85] et elles seraient prêtes dans la majorité des cas à recommencer.
L'anonymat est vécu, à l'unanimité, comme *quelque chose de plus simple* dans un premier temps. Il est plébiscité par les femmes donneuses de cette étude.
Faut-il le rendre plus souple en prévoyant une *dérogation* en cas de demande, plus tard, par l'enfant issu du don ? Sous quelles conditions ? Et à quel âge ?
Nous allons approfondir notre réflexion afin d'essayer de répondre à ces questions.

III. CE QUE NOUS APPRENNENENT CES FEMMES

A. Sur « l'exclusivité de la mère »

1) Qu'est-ce qu'une « mère » selon elles ?

La femme enceinte vit une extraordinaire intimité biologique pendant neuf mois que certains hommes pourraient lui envier ! Elle dispose de moyens d'appropriations psychologiques que les donneuses de notre étude connaissent bien puisqu'elles ont déjà eu des enfants.
Même s'il ne s'agit pas de son ovocyte, la femme qui le reçoit va porter l'enfant, le faire naître, le nourrir. Pas de doute, il est à elle. Les donneuses confirment cet état de fait, deux ans et demi après le don, avec leurs mots à elles :

« *La mère est celle qui est toujours là.* »

« *Le temps fait la maman.* »

« La *mère est celle qui porte, qui éduque mais "pas que", la mère c'est celle qui donne l'amour, un amour ancré dans le temps.* »

« *La mère est quelqu'un qui porte l'enfant, qui le fait grandir.* »

« *Être mère c'est aussi un désir d'enfant à deux, avant la conception.* »

« *Être mère ce n'est pas que porter et élever mais aussi le temps passé avec lui, le vécu que moi je n'ai pas eu.* »

[85] Ibid, p 61

« *Une maman, c'est l'emmener jusqu'à l'âge adulte donc ce n'est pas moi.* »

« *Une maman est une personne qui est présente par son amour, sa protection, sa sécurité. Je pense pas avoir de place.* »

2) Une complémentarité des rôles est-elle envisageable ?

Irène Théry, dans son livre *Des humains comme les autres* évoque la possibilité d'une complémentarité des rôles entre donneurs et parents, se confortant mutuellement. Sommes-nous sûrs que cela soit le vœu des parents bénéficiaires d'un don ?
Notre étude auprès des donneuses ne dévoile pas cette envie.

Nous sommes héritiers, que nous le voulions ou non, d'une culture européenne d'origine, comme le souligne Edgar Morin, judéo-christiano-gréco-romaine. C'est-à-dire que nous sommes issus simultanément de la culture juive, chrétienne, grecque et romaine. Toutes ces cultures ont chacune leurs principes mais certains sont communs, comme l'UNICITÉ de la MÈRE.

La femme qui reçoit le don va-t-elle vivre dans la crainte inavouée de l'existence d'une autre femme qui pourrait se définir comme « mère » de cet enfant ? Désir de possession d'enfant, rapport concurrentiel entre femmes, voleuse d'enfant, jalousies de femmes…cette psychologie de femmes est représentée dans une scène bien connue : *Le jugement de Salomon.*[86]

Considéré comme « Sage parmi les hommes », Salomon (970-931 av J.C), fils et successeur du roi David, se rendit populaire en début de règne par ses jugements pleins de sagesse. Le *Premier livre des Rois* raconte ainsi le différend qui opposa deux femmes : deux prostituées qui vivaient dans la même maison se battent pour la possession d'un nourrisson. Elles avaient chacune un bébé, l'un d'eux est mort dans la nuit. Son petit cadavre est étendu devant le roi Salomon qu'elles sont venues consulter[87].
Elles prétendent toutes deux que l'enfant survivant est le leur. A cette époque il n'y a pas de test ADN, c'est donc Salomon qui va avoir le privilège régalien de trancher. Et c'est ce qu'il ordonne : «*Qu'on tranche l'enfant vivant et qu'on en donne la moitié à l'une et la moitié à l'autre*». L'œuvre de Poussin représente au mieux la complexité de cette scène mythique qui veut nous enseigner le

[86] Premier livre des Rois, chapitre 3 versets 16 à 28.
[87] Tableau de Nicolas Poussin (1594-1665), Musée du Louvre, Paris

paradigme de la parentalité. La construction symétrique de ce tableau sert à mieux mettre en évidence les oppositions entre les attitudes des deux mères, l'une qui implore, l'autre qui vocifère. Salomon attend, il a posé ses mains sur les accoudoirs de son trône, le buste avancé, prêt à se lever pour vaquer à d'autres occupations de roi. L'enfant crie, mais les cris déchirant d'une des femmes couvrent ses pleurs. Elle implore le roi : *« Monseigneur, qu'on lui donne l'enfant, qu'on ne le tue pas ! »*. Salomon prend un énorme risque en voulant tester ces deux femmes car elles auraient pu supplier toutes les deux en même temps.

Salomon se lève et déclare : *« C'est elle la mère, qu'on lui donne cet enfant ».*

Salomon, par cette décision, ne sacrifie pas l'enfant sur l'autel de la possession d'état car son jugement distingue la maternité de la maternalité et dissocie la filiation naturelle de la parentalité. Il décide qu'une mère n'est pas mère parce qu'elle a produit un ovocyte mais parce qu'elle l'aime – serait-elle une prostituée – et qu'elle saura le protéger même d'elle-même. Il aurait été dramatique pour l'humanité qu'au temps de Salomon un test ADN ait alors réduit définitivement les enfants à la chair de leurs parents !

Car finalement la décision de Salomon est un renversement conceptuel total : la mère est celle qui est capable de donner ce qu'elle n'a pas. Elle est celle qui détient le pouvoir de faire vivre un enfant contre le pouvoir de faire mourir. Elle est celle qui se bat et se battra pour cet enfant.

Dans le jugement de Salomon, était-ce bien l'enfant « biologique » de cette femme ? Jamais personne ne le saura !

3) L'unicité de la mère

La médecine du don et ses principes éthiques ne cherchent pas à évacuer une rivalité entre deux femmes. Elle ne cherche aucun camouflage. Elle n'effectue aucun tour de passe-passe. Elle n'enferme pas le nom des donneuses dans des dossiers cadenassées à jamais inconsultables. Fantasmes que tout cela !

L'anonymat et la gratuité se veulent être un système prudent et protecteur au sein de dérives et de transgressions rapidement possibles.

Faudrait-il changer ? Faudrait-il créer des statuts différents et complémentaires ? La génitrice et la mère ? Mais qui le souhaite vraiment ?

Oui, on peut dire que notre société est en pleine métamorphose de la parenté mais paradoxalement un élément semble vouloir rester stable : l'unicité de la mère.
Peut-être est-ce parce que dans nos mentalités, il existe toujours un doute ontologique sur la paternité tandis que la maternité, elle, reste irrécusable (tant que l'utérus artificiel ne fonctionne pas !).
Alors que la maternité est une promesse, la paternité est une conquête de jour en jour. Cette différence nous incite à établir une autre hypothèse : le don de sperme n'est pas la même chose que le don d'ovocytes**.**
Par conséquent, l'anonymat n'est peut-être pas vécu de la même façon dans les deux types de don.

4) Le don de sperme n'est pas la même chose que le don d'ovocytes

D'un point de vue purement rationnel, le don d'ovocyte est le miroir du don de sperme (puisqu'il correspond à la moitié du matériel génétique d'un tiers qui est nécessaire pour obtenir une grossesse) toutefois la similitude est beaucoup plus limitée qu'elle n'y paraît.
Tout d'abord la femme dans son cycle naturel produit beaucoup moins d'ovules que les hommes de spermatozoïdes. Ce qui me fait dire que l'ovocyte est « précieux ».
De plus, l'extraction de ces œufs requiert un acte chirurgical alors que le recueil de sperme nécessite seulement la masturbation. L'homme est habitué à voir son sperme. La femme ne connait pas ses ovocytes. A partir de là, une logique de paiement lié à la productivité s'appliquerait plus aisément au don de spermatozoïdes plutôt qu'au don d'ovules.
Cela illustre la perception différente de la stérilité ressentie à la fois chez l'homme et chez la femme Source spécifiée non valide..
Symboliquement le don de sperme et le don d'ovules ne sont pas vécus de la même façon par les couples. Une étude a montré que 86% des femmes et 66% de leurs partenaires seraient d'accord pour demander à leur sœur de donner pour eux contre 9% des femmes et 14% des conjoints hommes pour demander au frère de donner son sperme Source spécifiée non valide.. L'infertilité masculine s'énonce comme une série de réflexions sur la place de l'homme dans sa lignée et dans le monde, c'est-à-dire comme une question *purement mentale.* Pour la femme, l'infertilité est d'abord et avant tout une blessure narcissique qui fait référence *à son corps.*
Un couple face à la possibilité d'un don de sperme doit surmonter une barrière symbolique d'adultère médicalSource spécifiée non valide.**.** En plus, le don de

spermatozoïdes prive le partenaire masculin de sa participation biologique à la filiation**.**

Le vécu est tout à fait différent dans le don d'ovocyte : si elle n'est pas la mère biologique, elle est la mère gestationnelle, sociale et affective. Elle vit sa grossesse, ce temps des neuf mois, visible pour elle-même, pour le boulanger du coin de la rue, pour sa famille…

D'un point de vue juridique, la filiation maternelle est établie par la seule désignation de la mère dans l'acte de naissance de l'enfant.
Mais, symboliquement, une femme se dit mère d'un enfant quand elle « a mis au monde » cet enfant. Cette mise au monde se fait par le ventre et / ou par la pensée. Personne ne va dire c'est « mon enfant parce que c'est mon œuf ». De plus le don d'ovocytes ne brise pas la paternité biologique. Cette réalité symbolique explique la grande différence entre don de spermatozoïdes et don d'ovules et peut-être qu'elle explique, par la même occasion, *l'oubli* du « dire » à l'enfant.

Enfin, on peut rajouter que cette grossesse obtenue par don est une réussite qui vient cautériser une double blessure chez la femme : l'échec pour elle de devenir mère par la nature et la dépréciation qu'elle entretient dans son identification féminine (absence de cycle, dysgénésie gonadique…). Tout cela n'encourage pas la discussion avec son enfant sur le sujet de ses origines, même *si l'envie de dire* est présente.
Ce que corroborent plusieurs études (Weil, E. 1987)**Source spécifiée non valide.** ; (Raoul-Duval, A., et al., 1991)Source spécifiée non valide. et (Englert, Y. et al. ., 2004) Source spécifiée non valide..

5) Confusion avec les enfants nés sous X

Les changements d'approche sur la filiation, dont fait preuve notre société, nous entraînent très souvent dans la confusion des questionnements et des réflexions suscités par les enfants issus d'un don et les enfants nés sous X. Ces deux *catégories* n'ont rien de commun. Pour les uns, ils ont une mère qui les attend et les aime, pour les autres, ils devront faire face toute leur vie à une effroyable douleur : il n'y a pas eu de bonheur à être mis au monde. C'est pourquoi, en France, les enfants nés sous X ont la possibilité sous certaines conditions de retrouver leur mère de naissance grâce au Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) créé en 2002, mêmes si les chances de réussir ne sont pas certaines. Le rapport annuel d'activité du

CNAOP, sur l'année 2008, a fait ressortir quelques éléments marquants. Il faut noter :

- La confirmation de la baisse du nombre de demandes d'accès aux origines personnelles (542 en 2007,418 en 2008, soit une baisse de 22,3%).
- Une baisse du stock des demandes en cours de traitement (1183 en 2007, 960 en 2008, soit une baisse de 18,9%).
- La stabilisation du taux de levée du secret : la moitié (49,5%) des mères contactées dans le respect de leur vie privée et informées de la demande de la personne qu'elles ont mise au monde acceptent que leur identité soit communiquée à celle-ci.

Quand bien même la situation de ces enfants est totalement dissemblable, on peut remarquer, une fois de plus à quel point nous retrouvons des similitudes : la moitié des mères contactées acceptent de lever leur identité / la moitié des donneuses accepteraient (et sous condition) de lever l'anonymat.

B. Sur la difficulté de dire et la curiosité de savoir

1) Sur la difficulté de « dire » à l'enfant

Des études randomisées ont montré que la majorité des enfants conçus par don de gamète grandissent sans savoir qu'ils n'ont pas de relation génétique avec l'un des parents : Brewaeys et al. 1997Source spécifiée non valide. ; Viveca Söderström-Anttila, 2001Source spécifiée non valide. ; Gottlieb et al. 2000 (70).

On estime actuellement qu'entre 10 et 30 % seulement des enfants sont informés des circonstances de leur conception. Dans les colonnes de Slate.fr, on pouvait lire qu'une étude européenne (étude de Gollombok) datant de 2002 montrait que moins de 9% des enfants nés suite à un don de gamètes étaient mis au courant par leurs parents[88].

Même constatation en ce qui concerne l'information donnée aux enfants des donneuses. Dans notre étude seulement 13% des enfants étaient informés de la décision de leurs parents, en début de procédure du don. Si l'argument invoqué était : « *ils sont trop petits, je leur dirai plus tard*», deux ans et demi

[88] http://www.slate.fr/story/28867/dons-de-sperme-branle-bas-anonymat

plus tard, elles sont 7 femmes sur 12 à n'avoir toujours rien dit « *parce que l'occasion ne s'était pas présentée* ». Quant à celles qui ont parlé du don, elles l'ont fait bien souvent parce qu'elles avaient été surprises par leurs enfants, au moment des injections.

Toutes les femmes donneuses réinterrogées par téléphone m'ont promis qu'elles le feront un jour…

Même si notre société évolue, on constate à quel point « le dire » n'est pas une évidence. Et puis, ce *non-dit,* ne correspond t-il pas à un quelque chose qui ne vaut pas d'être évoqué ?

Quant aux cinq autres, seulement un couple (ayant bénéficié d'une IAD) confie se servir du petit livre édité par le CECOS, *Mon histoire à moi*, pour raconter régulièrement à leurs deux enfants « *l'histoire de petites graines du donneur et de ce qu'à fait leur maman ».*

Rappelons qu'au cours de la phase du don, notre première étude révélait que seulement 10 femmes donneuses auraient été d'accord pour laisser une lettre ou un message pour les enfants issus de leur don. Est-ce parce ce que ce geste pourrait être assimilé à un abandon ?

En conclusion, il semble qu'il soit aussi difficile de DIRE, à la fois pour celles qui donnent que pour celles qui reçoivent et que le pouvoir-dire n'équivaut pas à un vouloir-dire.

Je suis d'avis avec le Dr Roger Mieusset[89] qui dit dans un interview : « *Ce n'est pas parce que la loi changera que les parents raconteront la vérité à leur enfant ».*

A ce propos, la Suède reste un bon exemple.
En Suède, un enfant ne peut exercer son droit d'obtenir l'identification du donneur que si ses parents l'ont informé des circonstances de sa conception. Or dans l'interrogatoire de la population générale suédoise (A Skoog Svanberg et al. ., 2003) (61) une femme prête à donner sur trois ne voulait pas révéler son identité (de 27 à 32%) et ne souhaitait pas être contactée plus tard par l'enfant. Il convient de remarquer aussi que près de la moitié des femmes (de 43 à 48 %) étaient d'accord sur le fait de donner leur identité à l'enfant tel que le prévoit la loi suédoise et qu'un tiers des donneuses potentielles seraient heureuses si les enfants essayaient de communiquer avec elles à l'avenir.

[89] Co-auteur du livre *Donner et après,* Springer, juin 2010.

2) Un renversement des devoirs

Nous vivons dans une société où un devoir de transparence se confond bien souvent avec la vérité. De même, les parents deviennent les obligés de leurs enfants. Un renversement culturel qui va à l'encontre d'un héritage ancien « *tu honoreras ton père et ta mère* » dans la religion catholique ou bien dans la deuxième version du *Décalogue*, le *kiboud av vaem* énonce: « *Sers ton père et ta mère, comme te l'a ordonné l'Éternel ton Dieu.* »

Sans un effort d'exégèse démesuré, ce verset se lit : soumets-toi à l'ordre de ton père et ta mère, ordre imposé par l'Éternel ton Dieu. Ordre divin en forme de poupée russe, poupée s'ouvrant sur et s'identifiant à un nouvel ordre, l'ordre d'autrui. Nous tenons là une première indication sur le sens du *kiboud av vaem* : réalisation, *à l'occasion* de la relation aux parents, d'une certaine modalité d'être, du fait même d'être au service d'autrui. Une altérité qui nous fonde.

3) Un devoir de transparence

Étrangeté de notre part de penser que la conception médicalisée (où l'on y voit une procréation « industrielle » avec tout un secteur médical qui s'active) DOIT SE DIRE tandis que la conception naturelle, qui reste « artisanale » dans un acte d'amour avec son secret d'alcôve est donc un secret acceptable.

Aujourd'hui, au nom d'un droit de savoir et d'un impératif de transparence toujours plus impérieux, les couples demandeurs de fécondation avec tiers donneur sont fortement exhortés à dévoiler le plus tôt possible le secret vis-à-vis de leur famille en général et de leur enfant en particulier. Cette recommandation qui nous semble aller de soi, contrairement à ce que l'on pense, ne fait toujours pas l'unanimité. Le vice-président du CCNE, le philosophe Pierre Le Coz, plaide ainsi pour une vision spiritualiste de la famille où « *le secret est un acte psychique qui peut être fort bien vécu comme un devoir* ».[90]

Pierre Le Coz ajoute de prendre au sérieux le choix des futurs parents et de considérer que lorsqu'ils demandent que le nécessaire soit mis en place pour que le secret soit préservé, ils disent quelque chose qui a un rapport à ce qu'ils désirent réellement.

[90] Pierre Le Coz, *Quelle philosophie de la famille pour la médecine de la reproduction ?* L'Harmattan, 2006

> «*Ainsi, dit-il, dans le cas du don de sperme, lorsque le père de substitution prétend qu'il sera le vrai père, il n'est pas nécessairement prisonnier d'un mécanisme de refoulement de la vérité […]. Il est philosophiquement défendable de faire résider la paternité essentiellement dans la relation affective et éducative à un enfant. C'est pourquoi rien ne devrait incliner celui qui tient ce discours spiritualiste sur la paternité à se représenter le secret comme un mensonge […]. »* *Source spécifiée non valide.*

D'ailleurs, après le choc de la révélation, certains jeunes qui ne se doutaient de rien semblent regretter d'avoir été informés et font valoir un « droit à ne pas savoir ».

Est-ce parce que nos donneuses ressentent ce risque de déstabilisation dans leur propre famille, qu'elles ne parlent pas ou très peu du don à leurs enfants ?

Loin de nous l'idée qu'il faille cacher la vérité une fois que l'enfant est là, mais l'ensemble de ces éléments nous montre qu'il est beaucoup plus problématique qu'on ne le pense de préconiser abruptement, comme on le fait aujourd'hui, qu'il faut « tout dire » après avoir exhorté les couples il y a quelques années à «ne rien dire ».

Et puis quand et à quel âge faut-il en parler ?

Sociologue au CNRS, Dominique Mehl, pourtant favorable au don de gamètes et à la levée du secret, n'est guère précise lorsque la journaliste l'interroge[91] à ce sujet

> « *C'est très compliqué. Beaucoup de parents d'ailleurs ne le révèlent pas à leur enfant. Sur les forums Internet, la question du "quand le dire" est énormément discutée. Lorsque la révélation est tardive, après l'adolescence, c'est assez dramatique. Les jeunes réalisent qu'ils ont vécu dans un simulacre. Ils témoignent tous que c'est un vrai choc ».*

En somme, il faut le dire ni trop tôt, ni trop tard.

Peut-on se contenter de recommandations aussi vagues qui ne manqueront pas de laisser démunis les parents ? Nombreux sont ceux qui m'ont rappelée, après la naissance et qui ont évoqué ce problème avec moi.

[91] *Le Monde*, Le don de gamètes ne s'oublie pas, entretien avec Dominique Mehl, 13 février 2008.

Peut-on confondre l'information de l'enfant issu d'un don et l'information des enfants de la donneuse ?

Michela Marzano reconnaît que lorsqu'une ou plusieurs personnes détiennent un secret en lien avec notre vie, elles peuvent exercer un pouvoir sur nous au risque de nous instrumentaliser, mais ajoute-t-elle, « *s'opposer toujours et a priori au secret au nom d'une vérité idéalisée peut conduire à des effets dramatiques sur ceux qui sont concernés* Source spécifiée non valide..

Mais la divulgation « du secret » semble avoir deux composantes. Il y a d'une part la révélation des circonstances de la conception (le don, l'ICSI…) et d'autre part la communication du nom et de l'adresse de la donneuse. Ainsi, en Suède, aucune demande dans ce sens n'a été déposée !

Un fait intéressant : une étude montre que les parents, ayant eu recours au don d'ovocyte, seront plus disposés à informer leurs enfants que ceux qui ont eu recours au don de spermatozoïdes (63). Pour cette raison, se pose la question du même droit pour chaque enfant et l'obligation de non discrimination.

Ainsi, nous vivons dans la conviction que le « tout dire » va « tout suffire » sans prendre conscience que la vie est irrationnelle. Dans la vérité, il faut faire la part du mythe, de l'affect, de l'amour, du repentir… Pourquoi les lettres qui constituent le mot « vérité » en hébreu (*Emet*) sont-elles la première, la dernière et la lettre médiane de l'alphabet ? Quelle signification universelle cela peut-il avoir ?

La vérité a la dureté du diamant et la tendresse de la jeune fleur, disait Indira Gandhi.
L'irruption d'un tiers donneur dans la procréation a le mérite de nous rappeler que l'esprit humain ne saurait être omniscient, que la réalité comporte toujours du mystère. Il nous faut négocier avec l'irrationalité, l'obscur, Rappelons-nous de la lecture Deleuzienne, [92] des années soixante-dix.

> *« Je crois au secret, c'est-à-dire à la puissance du faux, plutôt qu'aux récits qui témoignent d'une déplorable croyance en exactitude et vérité. Mes rapports avec les pédés, les alcooliques ou les drogués, qu'est-ce qu'ils ont à faire ici, si j'obtiens sur moi des effets analogues aux leurs par d'autres moyens ? L'intéressant n'est pas de savoir si je profite de quoi que ce soit, mais s'il y a des gens qui font telle ou telle chose dans leur coin, moi dans le*

[92] Gilles Deleuze, « Lettre à un critique sévère » dans *Pourparlers*, 1972-1990, p.21-22.

mien, et s'il y a des rencontres possibles, des hasards, des cas fortuits, et pas des alignements, des ralliements, toute cette merde où chacun est censé être la mauvaise conscience et le correcteur de l'autre. [...] Le problème n'a jamais consisté dans la nature de tel ou tel groupe exclusif, mais dans des relations transversales où les effets produits par telle ou telle chose (homosexualité, drogue, etc.) peuvent toujours être produites par d'autres moyens. Contre ceux qui pensent "je suis ceci, je suis cela", et qui pensent encore ainsi de manière psychanalytique (référence à leur enfance ou à leur destin), il faut penser en termes incertains, improbables : je ne sais pas ce que je suis, tant de recherches ou d'essais nécessaires, non-narcissiques, non-œdipiens – aucun pédé ne pourra jamais dire avec certitude "je suis pédé". Le problème n'est pas celui d'être ceci ou cela dans l'homme, mais plutôt d'un devenir inhumain, d'un devenir universel animal : non pas se prendre pour une bête, mais défaire l'organisation humaine du corps, traverser telle ou telle zone d'intensité du corps, chacun découvrant les zones qui sont les siennes, et les groupes, les populations, les espèces qui les habitent. »

La vérité n'est pas figée à jamais. Elle a son mystère et ses incertitudes. Intégrer l'anonymat à la vérité racontée ne signifie pas que tout est incertain. Nous sommes amenés à naviguer dans un océan d'incertitude à travers des îlots et des archipels de certitude. Nous avons le problème d'un réel complexe. Pour reprendre l'image de la « vieille taupe » hégélienne, la recherche de la vérité est plus une recherche intérieure avec un esprit qui s'oppose avec lui-même jusqu'à ce qu'il trouve assez de force pour y soulever la croute terrestre qui le sépare du soleil.[93]

C. Sur l'anonymat et la gratuité

1) Sur un prétendu « *don d'engendrement* »

Je ne suis pas certaine, après avoir lu et relu les questionnaires des femmes donneuses, que le don d'ovocytes soit vécu, comme l'exprime Irène Théry, comme *un don d'engendrement* et que par conséquent il faille lui consacrer une filiation particulière. Aucune femme de notre étude ne s'exprime dans ce sens. Il s'agit plus pour elles d'un don d'ovule manquant.

En ce qui concerne l'anonymat du don, le *statu quo* paraît préférable**.**

[93] Hegel, fin de l'introduction *au cours de l'histoire de la philosophie*, cit in Papaioannou, éd. Presses Pocket, Paris 1962, p. 119.

Car pourquoi préférerions-nous créer des lois qui forcément restreindraient la marge de liberté des sujets ?
En interrogeant les donneuses d'ovocytes, on se rend compte que l'anonymat apporte non seulement une protection pour leur famille mais aussi et surtout une stabilité.
D'un côté il limite l'ambition narcissique du projet parental (les couples receveurs ne choisissent pas un enfant mais ils l'accueillent tel qu'il vient) et de l'autre il limite des désirs maternels qui pourraient se manifester chez les donneuses (surtout si celles-ci n'avaient pas d'enfant). L'anonymat fait de la donneuse un acteur du hasard qui est une condition de vie humaine pour chacun d'entre nous. Les enfants issus d'un don sont des enfants comme les autres.
Toutefois si des jeunes nés avec le concours d'un don (de sperme ou d'ovocyte) subissent un préjudice du fait de cet anonymat, alors il n'y a aucun doute : il faut le lever. Mais est-ce le cas ? Si l'on excepte les protestations médiatisées de certains enfants issus de l'AMP en quête de leurs origines, rares seraient en réalité ceux qui tiendraient à connaître l'identité du donneur de gamètes.

Le malaise d'une minorité ne mérite pas moins notre considération. Nous y reviendrons.

2) Sur ce que ces femmes nous apprennent sur la gratuité du don

Elles sont 27 sur 38 soit 90% dans notre étude à souhaiter un vrai remboursement de tous leurs frais. Ce qui leur avait été promis, ce qui est écrit dans la loi mais ce qu'elles n'ont pas vécu !

Si après leur don, 73% des femmes ne souhaitent pas un dédommagement et si 83% sont indifférentes à la possibilité d'une rémunération, elles sont pour la plupart déçues et en colère d'avoir dû avancer des frais (pas toujours remboursés).

C'est pourquoi, un nouveau décret de février 2009 devrait favoriser la prise en charge à 100% de la donneuse. Ce décret prévoit que c'est l'Assurance maladie qui rembourserait tous les frais d'hospitalisation et de ponction. De même, elle exonère la donneuse du ticket modérateur pour tous les soins réalisés à l'extérieur de l'hôpital, comme la stimulation ovarienne. Malheureusement, ce texte semble inégalement appliqué selon les régions. C'est d'autant plus scandaleux qu'à l'heure actuelle, cette même assurance

maladie rembourse une partie des frais des femmes qui font le don d'ovocytes à l'étranger et qui reviennent enceintes d'une grossesse multiple.

D. Terra Nova

1) Présentation

La fondation Terra Nova (indépendante, mais de sensibilité assez proche du parti socialiste) a pour vocation de proposer et de développer des idées neuves, mais aussi d'être une plateforme de débat ouverte où peuvent s'exprimer toutes les sensibilités progressistes. Au cœur de ces débats, il y a l'accès à la parenté. Comment, et dans quelles limites, répondre aux projets parentaux des familles contemporaines ?

En janvier 2010, Terra Nova a rendu public un rapport intitulé *Accès à la parenté : assistance médicale à la procréation et adoption,* issu d'un groupe de travail regroupant des psychanalystes, obstétriciens, juristes, historiens, anthropologues…

Ce rapport se prononce pour la levée de l'anonymat car il rapproche la filiation par assistance médicale à la procréation avec donneur du droit de l'adoption.

Le groupe de travail était présidé par Geneviève Delaisi de Parseval (psychanalyste) et Valérie Sebag-Depadt (maître de conférences en droit).

Ce rapport a une première vertu : poser les enjeux, initier le débat. La seconde est d'aborder le sujet de manière rationnelle, en partant de l'état du droit français. Et il interroge ce droit au regard des éléments nouveaux, tant médicaux que sociétaux, apparus ces dernières années.

Terra Nova rappelle que le droit français actuel connaît deux catégories de filiation, chacune avec ses règles propres. La première est filiation charnelle qui est fondée sur le lien biologique. Elle renvoie soit à la procréation naturelle, soit à la procréation médicalement assistée en cas d'infertilité. Elle s'établit à partir de l'acte de naissance. La filiation adoptive est la seconde catégorie. Réalisée hors du processus procréatif, elle est fondée sur la volonté des parents. Elle s'établit par décision judiciaire.

Or les enfants nés des premières AMP avec don sont aujourd'hui adultes. Ils font état de leur souffrance de ne pas connaître leur histoire personnelle.

Ne faut-il pas faire droit à leur demande en levant, pour l'avenir, l'anonymat du donneur ?

Le rattachement de l'AMP à la seule filiation charnelle faisait sens initialement. L'AMP était en effet, au départ, endogène : elle permettait à un couple d'avoir un enfant par ses propres moyens génétiques et biologiques, « aidé » par des moyens médicaux. Mais l'AMP a ensuite développé de nouvelles techniques médicales « exogènes », basées sur le don d'une tierce personne : don de gamètes (ovocyte ou spermatozoïde), don d'embryon, don de gestation. Avec l'AMP exogène, la filiation n'est plus exclusivement charnelle. Dans le cas d'un don d'ovocytes, la mère dans le couple receveur n'est pas, selon le sens qu'en donne Terra Nova, la mère génétique.

Or aujourd'hui, la procréation médicale assistée avec don est assimilée à la procréation naturelle. La loi fait « comme si » l'enfant était né des forces reproductives naturelles de ses parents. Selon toujours l'avis de Terra Nova, l'intervention du tiers donneur est niée, couverte par l'anonymat. Le secret est gardé sur l'existence de l'AMP : rien n'est indiqué dans l'acte de naissance. Il y a là un « mensonge légal », qui crée de la souffrance chez les enfants, en recherche de leur vérité biographique. Pour constituer leur identité, et pouvoir se figurer leur propre narratif, ils ont besoin d'accéder à l'identité de leurs géniteurs. Ne pas y accéder leur est d'autant plus insupportable que l'information n'a pas été détruite : elle existe, conservée dans les CECOS, mais elle leur est refusée.

C'est pourquoi, dans l'intérêt de l'enfant, le rapport propose de reconnaître l'existence des tiers donneurs en rapprochant le droit de la procréation assistée par don (AMP exogène) de celui de la filiation adoptive. Le recours au don serait autorisé par décision judiciaire indiquant l'identité du ou des donneurs (comme pour l'adoption). L'acte de naissance mentionnerait le jugement autorisant le don, mettant fin au secret. Le jugement serait conservé dans le registre de l'état civil, et accessible à l'enfant, mettant fin à l'anonymat.

2) Avis des donneuses sur le projet de Terra Nova

Il m'a semblé opportun de questionner les douze femmes donneuses recontactées en mai 2010, sur les propositions faites par Terra Nova.

Aucune des 12 femmes interrogées n'étaient favorable à assimiler l'AMP avec tiers donneur à une filiation de type adoptive !

« Je ne me retrouve pas dans cette optique là. »

« Faut laisser la décision aux parents receveurs. »

« Je ne souhaite pas une filiation calquée sur celle de l'adoption. »

« Si on écrit sur l'acte de naissance, on ne laisse aucun choix possible. »

« Il faut prendre l'avis des parents en considération, c'est à eux de décider donc il est important de ne rien inscrire sur les papiers. »

« C'est l'affaire des parents de dire ou pas donc Terra Nova peut créer des histoires là où il n'y en a pas. »

« Faut surtout rien inscrire, ni dans le carnet de santé ni dans l'acte de naissance. Pas besoin d'un juge pour reconnaitre une filiation : ils sont les parents. »

« Non, cela ne serait pas une mesure humanisante, de plus ça arrêterait les donneuses cette proposition de don de gamètes soumise à décision d'un juge. »

« Il ne faut pas ficher l'enfant à sa naissance, certaines vérités sont bonnes à dire mais les papiers ça traînent partout. »

« C'est aux parents de dire ou pas. Que l'enfant sache tout, je ne suis pas d'accord. Ce n'est pas ni à l'Etat, ni à la médecine de se donner ces pouvoirs là. »

« Terra Nova, il ya du pour et du contre, je suis entre les deux, mais cette filiation ne peut se calquer sur celle d'une adoption. »

Ces témoignages confirment la difficulté d'une grande partie de l'opinion française à concevoir ce que pourrait bien signifier l'existence de deux statuts maternels, à la fois différents et complémentaires, celui de la donneuse de ses ovules et celui de parent-receveur.

La revendication de la levée de l'anonymat semble être le fait d'une poignée d'hommes et de femmes déterminés.

E. Conclusion

Les résultats de cette étude de petite taille sur des donneuses non rétribuées, en accord avec l'anonymat du don, permettent d'y voir plus clair sur les motivations, les attentes et les expériences des donneuses d'ovocytes en général. Elle devrait permettre d'orienter les recherches futures. Elle souligne l'importance de fournir une information adéquate à ces femmes afin qu'elles puissent êtres conscientes des complications et risques éventuels, ainsi que de toutes les contraintes qui se rattachent au don d'ovocyte.

La reconnaissance de l'intervention de la volonté de deux femmes dans l'élaboration de la vie : le désir de donner et l'envie de recevoir, rend caduque un modèle familial traditionnel, naturaliste. Cette mainmise du naturalisme, mise en avant par l'Église, ayant comme idée sous-jacente que seul l'enfant issu d'un coït fécond, sous la couette, d'un couple marié, représenterait une garantie de bien-être (bien naître) pour l'enfant est devenu un argument trop simpliste pour être convaincant. Contrairement à ce qu'on voudrait nous faire croire, ce n'est pas à partir de l'ordre naturel qu'on peut se former une certaine idée de l'homme, c'est au contraire, à partir d'une certaine idée de l'homme, à partir d'une visée de notre humanité que l'on peut utiliser les découvertes de la biologie et les mettre au service de celui-ci ; la réflexion éthique qui en découle et son débat est devenu indispensable pour notre société.

Le don d'ovocytes s'insère aujourd'hui dans les défis que connaît la transformation de nos sociétés humaines. Pour les affronter s'impose de manière évidente une critique des méthodes.
Les militants de Terra Nova n'ont pas une attitude anti-scientifique : ils cherchent à favoriser la concertation en vue d'une meilleure compréhension de la dynamique de la science et d'une conception plus claire de la façon dont les avancées scientifiques peuvent être intégrées, de manière responsable, à l'édification de la vie sociale. Toutefois, cette réflexion semble s'émanciper de la réalité : les femmes donneuses ne souhaitent aucune complémentarité dans la filiation de l'enfant issu du don, à la manière d'une filiation adoptive.
Pour elles, cet enfant est à 150% celui du couple qui l'attend, l'accueille et l'éduque. Si une petite majorité d'entre-elles serait d'accord pour révéler leur identité, c'est seulement « *plus tard si besoin et sous condition* ».

Cette étude nous révèle d'autres points que je tiens à rappeler, dans le cadre du don volontaire, gratuit et anonyme en France :

- Les femmes donneuses ne regrettent pas leur geste. Elles en gardent une fierté, une estime de soi qui s'est renforcée.
- Elles souhaiteraient connaître le nombre d'ovocytes et de grossesses issues de leur don.
- Elles ne se considèrent pas comme une seconde mère mais plutôt comme un « ovule manquant » ; elles font bien la distinction entre l'ovocyte donné et l'enfant né.
- Elles souhaiteraient un vrai remboursement de tous les frais engagés, tel que le prévoit la loi.
- Les motivations de la donneuse sont essentiellement d'aider un couple ami ou de leur famille qui leur a demandé de l'aide. Le lien avec ce couple sera renforcé après le don.
- Leur changement d'opinion, au cours du temps en ce qui concerne l'anonymat strict du don, fait probablement suite à l'impact des médias. Il reste d'une grande importance.
- Elles ne sont pas contre un deuxième don.

Chapitre 3: DON D'OVOCYTES UNE REFLEXION CIVIQUE ET SOCIALE S'IMPOSE

« Le plaisir et le bonheur n'ont jamais constitué à mes yeux une fin en soi (je nomme aussi cette base éthique l'idéal du troupeau de porcs). Mes idéaux à moi, ceux qui ont toujours éclairé mes pas et aiguisé mon appétit et ma joie de vivre, s'appellent bonté, beauté et vérité » Albert Einstein

I. Famille je vous haime

A. Autour de l'anonymat ici et ailleurs

1) De notre étude
2) Le principe anonymat en France
3) L'horizon international

B. Autour de la gratuité ici et ailleurs

1) De notre étude
2) Les aspects économiques du don et son principe gratuité en France
3) L'horizon international

C. Autour du mythe de la ressemblance

1) L'appariement en question
2) La reconnaissance en question
3) La donneuse en question

4) L'enfant en question

D. Autour de la puissance des gènes

1) La traçabilité des gènes
2) La dissociation de la filiation et ses conséquences
3) La théorie de l'imprégnation

II. Don d'ovocytes : une nouvelle idéologie ?

A) De la nécessité de donner

1) Le don d'ovocytes : une innovation sociale
2) Quand le don forme système
3) La solidarité des femmes

B) De la nécessité de l'anonymat

1) L'anonymat au service de l'ignorance
2) L'anonymat au service de la liberté
3) L'anonymat au service de la stabilité

C) Le don de gamètes = une névrose collective ?

1) Des violences
2) Des malentendus : pas de fées, pas de donneur attitré
3) Des paradoxes

D) l'Appel de l'Autre

1) La dignité de l'Autre
2) L'élan vers l'Autre
3) La vulnérabilité de l'Autre

III. Quelques suggestions

A) Rôle de l'Agence de biomédecine

1) Etat des lieux
2) AMP vigilance
3) Plan d'actions pour l'avenir

B) Rééquilibrer les relations entre les acteurs concernés

1) redéfinir la donneuse
2) Un compromis

C) L'urgence d'une réflexion

1) L'urgence
2) Des suggestions
3) Une recherche d'équilibre

D) Donner la parole aux femmes

1) Un nouveau pouvoir sur les corps
2) La bioéthique utilisée par le politique
3) Délivrez-nous du mâle

E) Conclusion du chapitre

Chapitre 3: DON D'OVOCYTES UNE REFLEXION CIVIQUE ET SOCIALE S'IMPOSE

I. Famille je vous Haime

A. Autour de l'anonymat, ici et ailleurs

1) De notre étude

L'étude présentée précédemment a montré l'existence de trois profils de donneuses.

Le premier profil est celui de la donneuse qui vit l'anonymat comme un absolu. Ce qui nous renvoie à Jacques Derrida et ses disciples, fervents partisans du don qui s'oppose à toute logique marchande. Les derridien(ne)s sont partisans d'une rupture totale avec le modèle de l'économie du retour et du bénéfice. Pour eux, le don n'existe que dans la non-réciprocité, sans quoi, il s'entache de calcul et d'une volonté de gratification de la part de la personne qui donne. Ainsi le modèle du don-contre-don de Mauss n'est pas plus envisageable que celui du don-dette ou du don-crédit. Quel que soit le sens dans lequel le don se présente, il doit être absolument désintéressé pour rompre avec le modèle économique actuel : il ne doit jamais impliquer autre chose que lui-même, il doit être pur. Cette conception peut apparaître séduisante, mais ô combien difficile à croire : il s'agirait presque d'une charité chrétienne poussée à bout (je donne pour donner, et seul l'acte importe en ce qu'il est pur et me magnifie).

L'icône du bon samaritain en quelque sorte[94]. Ce qui est alors proprement essentiel, c'est la dimension métaphysique du don au sens où il permet au couple receveur d'engendrer. Ces femmes donneuses ne souhaitent rien connaître de la suite de leur acte parce que celui-ci est sans discours. L'anonymat, plus précisément *le rien savoir*, est vécu comme un garant de la préservation de leur vie privée ainsi qu'une une arme face à leur ego. « *Ne pas se prendre trop au sérieux* » disait une femme donneuse. Cette forme du don conduit les donneuses à rester dans l'ombre. C'est ce qu'elles souhaitent.

Le deuxième profil que nous avions remarqué est celui de la donneuse qui a le souci de l'enfant à naître et qui, par conséquent le place en première intention. Elle lui reconnaît un droit de *savoir* et aussi de la *connaître* s'il en fait la demande. L'anonymat est vécu comme une possibilité d'attente et de choix pour l'enfant à naître. Le don se retrouve alors dans une position médiane, où il n'est pas totalement séparé de l'attraction de savoir, mais ne lui est pas non plus complètement subordonné. « A la fois confiance et calcul » comme l'explique Alain Caillé Source spécifiée non valide.**,** fondateur du MAUSS[95] (Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales) qui défend le don agonistique. Alain Caillé se base sur les œuvres de Marcel Mauss (sur le don / contre-don) et cherche à montrer que nos actes peuvent être désintéressés.
Pour le MAUSS, le don est un mélange d'intérêt : satisfaire la curiosité des différentes personnes impliquées, pour la donneuse savoir « *si cela a marché* », pour le jeune enfant découvrir le visage de celle qui a donné…

Le troisième profil de donneuses correspond à celles qui sont ambivalentes. La population de femmes dont l'opinion est plus hésitante donc plus changeante.
Il est certain qu'on ne maîtrise pas toujours nos racines et motivations les plus profondes : la donatrice qui, elle, s'imagine être dans le désintéressement total ou maîtrisant la part d'intérêt et de gratuité de son acte, ne peut jamais savoir s'il n'y a pas derrière une recherche inconsciente de gratification ou de pouvoir : « *recevoir cet enfant chez moi, oui mais pourquoi faire* » évoque Clara ?

On s'aperçoit donc très vite des limites à poser le débat en termes d'intentions ou de motivations des sujets qui se croient maîtres de leurs actions. L'écueil du débat est l'individualisme qui le sous-tend. Pour le MAUSS comme pour les d

[94] Betty Chevallier *Donner ses gamètes : savoir pourquoi sans savoir pour qui,* in *Donner et après* P. Jouannet., R.Mieusset. Springer, Paris, p189-194. **(126)**

[95] L'un des buts premiers du mouvement MAUSS est de s'opposer à la théorie néo-classique née à la fin du XIXème siècle. Les néo-classiques sont partisans de l'individualisme méthodologique (démarche consistant à analyser les phénomènes sociaux à partir des comportements individuels). A partir de là, ils font l'hypothèse qu'un individu maximise son bien être (ou son utilité ce qui donne le terme utilitariste) sous contrainte budgétaire. La démarche du MAUSS réfute ce présupposé.

Derridiens, il s'agit toujours de savoir comment les individus donnent entre eux. Si l'organisation sociale n'est pas prise en compte, il n'est guère possible de faire autre chose que de discourir sur les motivations de chacune, en l'occurrence les donneuses d'ovocytes : mon don est-il totalement désintéressé ? Doit-il l'être ?

Les questions sont nombreuses et sans issues.

La seule façon de sortir de ce débat sans fin est de changer d'échelle de réflexion : de ne plus partir de l'individu (des motivations psychologiques) mais de la collectivité (de l'organisation sociale). Comment s'organiser pour que le don perdure dans notre société ? Ce travail tente d'y répondre.

2) Le principe anonymat en France

Des psychanalystes, à partir de la clinique de patients IAD (parents et enfants), ont été dans les premiers à souligner la différence entre l'origine inconnue de certains enfants, telle qu'elle a toujours existé dans les sociétés, et cette forme nouvelle de « *secret* » protégé par la médecine, dénoncé par G. Delaisi de Parseval Source spécifiée non valide. comme « *un secret d'Etat, connu et caché, conservé et interdit d'accès* » par une institution, du fait de la loi. Pourtant, les psychanalystes sont eux-mêmes divisés sur le sujet. Une praticienne, Mme Dudkiewicz-SibonySource spécifiée non valide. est allée jusqu'à affirmer que les enfants qui revendiquaient l'accès à l'identité de leur donneur étaient les représentants du « *fantasme du tout savoir de l'origine ».*

En concomitance, s'est crée en 2002 une association, et une seule, spécifiquement dédiée à la lutte pour la levée de l'anonymat des dons de gamètes : l'association Procréation médicalement anonyme (PMA) et dont les positions sont clairement publiées sur son site internet. Son porte-parole très médiatisé s'appelle Arthur Kermalvezen Source spécifiée non valide. qui est aussi l'auteur du livre *Né de spermatozoïde inconnu* (2008). Cette association est née de la souffrance (!) exprimée par des enfants, issus d'IAD, à leur majorité. Ils évoquent le besoin de se construire, la peur de l'inceste (comment savoir si son partenaire n'est pas issu du même père biologique?) et la nécessité de connaître leurs antécédents médicaux.

Arthur Kermalvezen a publiquement fait part de sa difficulté à

> « *se construire avec des origines troublées* », à « *reconnaître son corps dont la moitié lui paraît étrangère* ».

« *Je savais que j'étais le résultat d'une programmation savamment orchestrée, d'une expérience scientifique qui s'est peu souciée des conséquences sur nous les enfants*.»

Cet aveu corrobore le témoignage d'autres jeunes adultes français tel celui de Charles récemment rapporté dans *Le Figaro*[96] :

« *Malgré mon travail personnel psy, le fait qu'une dimension de mon histoire soit gommée a créé en moi une immense colère. Tout a été fait par les médecins pour laisser croire aux parents qu'ils étaient dans le bon chemin sans remise en cause. Le législateur et les médecins ont été des prestataires de service, un service qui justement ne nous rend pas service, à nous les enfants* »

Ou bien d'autres encore que l'on retrouve dans un livre récemment paru, *Donner et après, la procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat* Source spécifiée non valide.

« *Je ne suis pas tombé du ciel. J'en ai marre de me dire que je peux être le fils du voisin, il y a des questions sans réponse et on ne sait pas ce qu'on a fait pour mériter ça. »*

« Mais l'Autre… mon « géniteur », qui est-il ? Que fait-il ? Qui est ce super héros qui a fait don de lui ? »

« Suis-je seulement le produit d'un service rendu ? »

« Ce bonheur d'être parent contre nature fait payer le prix fort à la génération suivante en lui faisant porter toute sa vie le fardeau artificiel du doute absolu concernant la construction de sa personne et de sa vie. »

« Etre née d'un don de gamètes il y a 24 ans, c'est avoir été désirée plus que tout. C'est aussi être à jamais incomplète. »

« Je ne recherche pas un père. Je recherche simplement une part d'hérédité qui m'aiderait à mieux me connaître. Il me semble que je pourrais alors envisager mon rôle de mère avec plus de sérénité. »

« Alors on se sent comment dans la peau d'un enfant génétiquement tabou ? Je ne veux pas vous paraître véhémente, je veux juste épargner

[96] Martine Perez, *L'anonymat du don de sperme en question*, *le Figaro*, 3 juin 2010.

la douleur aux futures générations de vivre dans l'ignorance de qui ils sont. »

« D'où est-ce que je viens ? De qui ? Est-ce que je me sens à demi-orpheline ? Quel patrimoine génétique ai-je transmis à mes filles ? »

« Quelle débâcle, quelle catastrophe quand, à l'âge de 20 ans, ma mère m'annonce la vérité. Pétrie de convictions sur mon identité, toujours rassurée par la solidité inébranlable de notre modèle familial, ma vie a basculé en un instant. »

Le don anonyme, si « *puissant d'amour et d'altérité* », se transformerait-il en véritable cauchemar à vivre pour les jeunes adultes issus de ce don ?

Les revendications de l'association PMA sont directement inspirées de l'expérience législative des pays ayant déjà levé l'anonymat, en particulier le modèle anglais. On peut les résumer en cinq points essentiels:

- Un accès véritable à l'identité du donneur.
- Pas de « double guichet » mais une même loi pour tous.
- Pour l'enfant, pas d'obligation à savoir mais une liberté de choisir de s'informer ou non sur l'identité de son donneur(se).
- Droit reconnu à l'enfant né d'un don, <u>et à lui seulement.</u>
- Un seuil d'âge pour l'accès à ce choix : la majorité.

Avant de reprendre chacun de ces points, il est important d'ajouter que cette association a conscience de l'équilibre auquel il faut tendre entre le besoin de sécurité des couples parentaux et le respect de la quête identitaire de l'enfant.

« Les parents nous ont expliqué pourquoi l'anonymat du don jouait une fonction très importante pour eux […]Le couple se sent sécurisé de savoir qu'il ne va pas rencontrer le donneur, qu'il n'y aura pas d'image de lui dans un tiroir, qu'il n'y aura pas de revendication d'un droit à voir les enfants ou aller les chercher à l'école, par exemple, ce qui est hors de question[…] Nous ne sommes pas pour une levée brutale de l'anonymat car, dans les pays comme la Suède, où celle-ci a été mise en œuvre sans transition, elle a renforcé le secret de famille puisque le couple ne se sent pas sécurisé. <u>Nous refusons une levée totale de l'anonymat comme nous refusons un anonymat total et à perpétuité.</u> Même si ce sont mes parents qui sont à l'origine de ma venue sur terre puisque ce sont eux qui m'ont désiré et qui ont eu le projet d'avoir des enfants, l'homme qui a donné sa semence m'a permis d'être ici devant vous.

Bien qu'il y ait une demande forte de notre part, en tant qu'enfants issus d'un don de gamètes, nous avons compris, en discutant avec les parents que nous ne pouvions pas égoïstement demander une levée totale de l'anonymat […] Notre projet est la possibilité d'accéder aux données identifiantes du donneur à la majorité de l'enfant. » (*Audition PMA,* Rapport Leonetti, 2010, p.402)

Bien médiatisées, ces revendications ont reçu (dans un premier temps ?) un soutien croissant de la part de l'opinion publique. Plusieurs associations de patients en AMP ont inscrit la levée de l'anonymat à leur programme, telle l'association MAIA, l'association CLARA ou encore l'association des parents gays et lesbiens l'APGL.

Les revendications de l'association PMA me questionnent sur deux points. Le premier est qu'il est totalement fait abstraction de l'avis des jeunes enfants des couples donneurs-donneuses. Pourquoi n'y aurait-il pas un droit pour les enfants du couple donneur à connaître leurs « demi-frères » ou « demi-sœurs » par la génétique ? Le second est qu'il définit une autorisation à connaître « son » donneur sur un âge précis, celui des 18 ans. Pourquoi attendre 18 ans s'il est question de souffrance ? La souffrance peut-elle attendre un consensus juridique ? Pourquoi ne pas opter pour 12 ans qui est la représentation pour plusieurs religions, d'une maturité et d'un passage à l'âge adulte ?

Il faut remarquer que tous ces témoignages font références au don de sperme et non pas au don d'ovocytes. Soit parce que les enfants nés d'un don d'ovocytes sont encore trop jeunes soit par ce que nous l'avons vu, ces deux techniques sont dissemblables dans leur représentation idéologique et symbolique de la famille. Pendant les mois de grossesse, la femme receveuse se réapproprie l'ovocyte, à travers son corps mais aussi aux yeux de tous. On peut subodorer que, en cas de levée de l'anonymat, les jeunes enfants nés d'un don d'ovocyte seraient moins revendicateurs que ceux issus d'un don de sperme.

Mais ces requêtes ne font pas l'unanimité. D'autres jeunes souhaitent s'exprimer différemment sur l'anonymat du don. Christophe Masle a crée une association : l'ADEDD, association des enfants du don, qui souhaite garder l'anonymat des donneurs. Il s'exprime ainsi :

« *Actuellement, l'anonymat du don permet à un couple de construire un projet parental. En effet cela offre la possibilité de réduire le don de gamètes à un simple don de cellules. Une levée de l'anonymat (même*

partielle) risquerait de faire émerger au sein du couple une tierce personne qui n'y a pas normalement sa place, et de déstabiliser la cellule familiale (reposant sur un système social monogame). L'apparition de cette tierce personne n'est pas concevable, ni pour les parents, ni pour l'enfant, qui pourra alors se demander qui est véritablement son père au sein du couple. »

Autrement dit, Christophe Masle essaye de nous dire que ce n'est pas le sperme qui fait le père.

Une paillette de sperme ne fabrique ni un père ni de la paternité. Par conséquent, un donneur ne peut être mis sur le même plan qu'un homme qui a désiré devenir père et qui a prodigué soins, éducation et amour. D'autres jeunes s'expriment ainsi :

> *« C'est une illusion de croire que connaître l'identité du donneur apportera des réponses que tout un chacun se pose sur son identité personnelle. L'existence de limites façonne la condition humaine. »*
>
> *« Je n'ai pas besoin de savoir qui est mon donneur pour savoir qui je suis. »*
>
> *« Tant mieux si le donneur est anonyme, sinon combien d'enfants iraient voir un « soi-disant » père qui ne les a même pas désirés mais qui a fait ce geste, surtout, pour permettre à un couple de connaître le bonheur d'avoir un enfant. »*

Ainsi, de nombreux jeunes soulignent les dangers qu'il y aurait à lever l'anonymat, en invoquant le même argument, « la construction de soi ». Cette révélation d'identité entrainerait, selon eux, plus de dangers et de complications que de bénéfices.

Il existe un grand mécanisme biologique naturel : la loterie de l'hérédité. Pour ces jeunes adultes, en choisissant une donneuse pour pratiquer une ICSI, les médecins « piétinent », s'approprient l'intimité biologique d'un couple, en l'occurrence leurs parents. Leur naissance sera vécue comme une « naissance imposée », sentiment de colère qui va se retourner contre la médecine et ses médecins qui se sont arrogés le pouvoir de les faire naître avec telle couleur de yeux, de cheveux…
L'enfant ainsi conçu oscillera entre deux attitudes : soit se conformer au désir de ses parents et oublier « le reste », un chemin de conformité représenté par

l'ADEDD, soit tout mettre en œuvre pour rejeter cette aide considérée comme un non-droit, et tout mettre sur le compte de l'anonymat. On peut craindre que ce chemin de rébellion soit des conditions peu propices à son épanouissement.

Qu'en est-il du droit à connaître ses origines d'un point de vue juridique? Autre argument pour une levée de l'anonymat en France.

L'anonymat contreviendrait au droit fondamental de toute personne de ne pas être privée, par une autorité administrative, de l'accès aux informations qui la concernent, à commencer par celles qui concernent ses « origines ».

Mais, rappelons que la discussion juridique concernant l'accès aux origines s'est développée dans un premier temps à partir de demandes formulées par des personnes adoptées.

La compatibilité de l'anonymat avec la Convention européenne des droits de l'homme est également contestée. Dans l'affaire *Odièvre c / France* (13 février 2003), l'intéressée, née sous X, contestait l'impossibilité qui lui était opposée de connaître l'identité de sa mère en se fondant sur le droit à la protection de la vie privée découlant de l'article 8 de la Convention. La Cour a estimé qu'une interprétation extensive du droit à la protection de la vie privée incluait le droit à la connaissance des origines (tout en jugeant que les États disposaient d'une marge d'appréciation importante pour concilier ce droit avec les intérêts légitimes qui pouvaient justifier l'anonymat). Pouvons-nous mettre l'adoption et l'IAD sur un même plan ?

On a aussi invoqué « *le droit des enfants de connaître ses parents* » posé par la Convention sur les droits de l'enfant. Est-il au demeurant exact de dire que l'anonymat fait peser un secret sur les origines ? L'origine de l'enfant est-elle définie par l'ovocyte dont on s'est servi, ou par le désir des deux êtres qui lui ont donné la vie ? [97]

L'individu a le droit de connaître ses origines même si on ne peut jamais tout connaître de son origine. Mais on n'est pas privé de cette connaissance parce qu'on ne connaît pas le nom du donneur de gamètes. Sur le plan juridique, il est parfois avancé que l'anonymat n'est pas conforme à l'article 7 de la Convention des Nations unies (1989) sur les droits de l'enfant, qui donnerait à l'enfant le droit de connaître ses origines. En réalité, le texte dit autre chose, il dit :

[97] Voir en ce sens Charlotte Dudkiewicz dans *Hommes & Libertés*.

« L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.»

Ce qui est le cas des enfants conçus par IAD ou par DO, sauf à prétendre que leurs parents ne sont pas leurs vrais parents. Mais si l'on admet que les gamètes ne sont pas les parents, le droit de connaître ses parents n'implique pas celui de connaître les donneurs de gamètes.

Reste un dernier argument : la discrimination.
Cet argument est le corollaire du précédent : si le droit de connaître ses origines est un droit fondamental, les enfants nés d'une PMA avec tiers donneur seraient victimes d'une discrimination dans la jouissance de ce droit puisqu'on leur interdit d'accéder à cette connaissance. On a été jusqu'à dire que l'anonymat aboutirait à constituer une sous-classe d'enfants *« à part des autres* », du fait que l'accès à leurs origines (ou une partie de leurs origines) leurs seraient rendu irrévocablement impossible par la loi. Je fais référence ici aux analyses de Irène Théry[98].

Le don de gamètes a été pensé sur le modèle du don de sang, nécessairement anonyme. Le don de sang lie des donneurs, des receveurs et un matériau corporel censé passer des premiers aux seconds à travers un sas d'anonymat garantissant l'égalité de tous et la gratuité du don : personne ne choisit personne, personne ne privilégie ou n'instrumentalise personne. Mais cette assimilation est inadéquate car le don n'implique pas deux parties mais trois : le donneur, le receveur, et l'enfant né du don. Dès lors se pose la *question de l'intérêt de l'enfant*, de son droit à connaître ses origines. On peut dire que l'avènement de l'individualisme et la focalisation sur l'épanouissement personnel a libéré tous les membres de la famille de l'autorité du père et a amené des échanges horizontaux et non plus patriarcaux dans le cadre de la famille. Celle-ci n'est donc plus qu'un élément du puzzle État et pas forcément l'élément principal. Cela conduit donc à une évolution très importante dans les modes de transmission qui ne se font plus de manière autoritaire, mais de manière participative, dans les attitudes des parents envers les enfants, avec l'effet pervers de la disparition ou de la castration des pères, où ce qui est visé ce n'est plus d'être une bonne famille, mais de bons parents et où l'affirmation définitive est celle que les parents ne visent qu'un but : le bonheur de l'enfant. *« Pourvu qu'il soit heureux… »*

[98] Voir son article dans *Hommes & Libertés* et celui, plus substantiel, dans *Esprit* : « L'anonymat des dons d'engendrement est-il vraiment "éthique" ? » n° 354, mai 2009.

On comprend mieux, dans cette évolution des idées, la réaction des donneuses de notre étude qui, elles aussi, se sont posées la question du *bonheur* des enfants issus d'un don.

Le bonheur, « *une idée neuve en Europe* [99]*»,* reprise dans notre siècle avec un grand tapage médiatique, et qui, à la surprise de tous, semble faire défaut pour des enfants désirés, choyés, aimés.

Pour les protagonistes en faveur de la levée de l'anonymat le donneur de gamètes est un « *donneur d'engendrement* ». L'anonymat n'a de cesse de le refouler dans l'ombre, alors qu'il devrait être reconnu à la fois comme une personne susceptible d'avoir un visage, un nom, une identité et comme une personne juridique auteur d'un acte considéré socialement et à ce titre titulaire de droits (ne pas être réduit à l'état d'instrument) et de responsabilités (ne pas revenir sur l'engagement qu'il a pris au départ du processus).

Dans cette nouvelle approche, l'enfant concerné, de son côté, aurait le choix de décider s'il veut connaître ou préférer ignorer l'identité de son donneur.

Contrairement à ce qu'on peut penser, ceci n'induirait aucune « biologisation » de la filiation, car la règle d'anonymat dénie la pluriparentalité. Elle efface des personnes et des actes, elle rend irracontable l'histoire des origines et donne une vision classique de l'AMP avec tiers donneur qui repose sur une conception clivée : d'un côté le don de gamètes (le biologique) / de l'autre le couple bénéficiant de la PMA (le social). Le biologique et le social étant vus comme deux voies rivales pour définir le vrai parent.

Dans tous les cas de figure les propositions de levée de l'anonymat excluent l'établissement d'un lien de filiation juridique entre le donneur et l'enfant issu du don. Ce que ne réclament du reste pas les associations – très actives – d'enfants issus du don, qui demandent simplement de pouvoir rencontrer le donneur à partir de l'âge de 18 ans s'ils le souhaitent et sans autre conséquence.

Toutefois, on peut se demander, lorsqu'on écoute ces enfants, si la demande n'est pas de développer parfois des liens plus étroits et plus continus avec celui qui a donné ses gamètes, voire avec les propres enfants du donneur et aussi avec les autres enfants issus des gamètes du même donneur nés dans d'autres

[99] Antoine St Just, le 13 ventôse an II.

familles[100]. On entrerait alors dans un réseau de nouvelles relations affectives, familiales et sociales dont il n'est pas aisé d'anticiper la nature et les limites.

On peut se demander, en lisant Irène Théry, si l'évocation de cette pluriparentalité n'est pas une vision tout à fait partiale qui cherche à s'imposer suivant un énoncé. En présentant une logique de cohérence interne, elle décrit un système d'interprétation du don de gamètes qui s'émancipe de la réalité telle que la vivent ceux qui sont directement impliqués dans les procréations par don ; notamment les femmes que j'ai rencontrées au cours de mon étude. On aboutit à un processus logique de raisonnement, à une formation discursive et polémique sur la question de l'anonymat, ni tout à fait vraie, ni tout à fait fausse, grâce à laquelle une passion cherche à réaliser une valeur d'un point de vue de la méthode d'élaboration de la pensée éthique et sociale, en souhaitant constituer une force majoritaire et influencer sur la politique de la société.

On peut se questionner sur ce qui se passerait en cas de levée d'anonymat et de naissance d'enfant handicapé. Rappelons à cet effet l'affaire Perruche qui a été examinée le 17 Novembre 2001 par l'Assemblée plénière de la Cour de Cassation. Son avis était qu'il convenait d'indemniser non seulement les parents (ce que personne ne contestait) mais aussi Nicolas Perruche, sa vie durant. Le jugement marquera le début d'une jurisprudence voulant que les enfants nés parce qu'un diagnostic prénatal avait empêché la femme d'avorter étaient eux-mêmes victimes d'un préjudice. La logique de cette jurisprudence était par conséquent, à long terme, que ces enfants puissent protester en justice contre ses parents ayant pris la décision de les faire naître. Qu'adviendrait-il en cas de don d'ovocytes ? La donneuse serait-elle la coupable ?
Le Parlement est intervenu par la loi du 4 mars 2002 pour annuler cette jurisprudence : la naissance en soi n'est pas un préjudice, mais on voit qu'avec les progrès des techno-sciences médicales, de plus en plus d'individus pourront se retourner contre leurs parents en leur disant : « *Puisque la médecine vous a donné toutes les possibilités pour me faire naître à un moment idéal, avec des gamètes idéales et une naissance idéale, moi qui suis handicapé, j'estime subir un préjudice lourd et par conséquent je veux connaitre mon donneur et vous demander à tous réparation* ». C'est la logique de la jurisprudence Perruche !

Enfin, si l'on pense que cette « vérité des origines » est essentielle, pourquoi ne serait-elle accessible qu'aux enfants nés avec l'aide de la médecine et de

[100] Voir *Procréer grâce à un don de sperme : accueillir et transmettre sans gêne*, Pierre Jouannet dans *Esprit* n°5, mai 2009. **(128)**

donneurs de gamètes et pas aux enfants nés d'une procréation naturelle mais dont le père légal n'est peut-être pas le père biologique ?

Le malaise de ces jeunes gens nés par IAD n'en mérite pas moins considération ; mais il n'est peut-être en rien relatif à l'anonymat du donneur qu'ils invoquent. Une tendance à l'idéaliser et à espérer une solution-miracle à leur malaise les fait déplacer une difficulté de vivre sur la figure imaginaire du géniteur qui ne diffère peut-être en rien de celle que connaissent d'autres jeunes, pourtant conçus sans l'apport biologique extérieur. Nous approfondirons ce sujet un peu plus loin.

A partir de là, on peut mieux comprendre les débats passionnés et passionnels sur le sujet. Il suffit de rappeler la chronologie des principales propositions qui ont scandé les débats institutionnels ces dernières années.

- Juin 2006 : la proposition de loi n° 3325 « relative à la possibilité de lever l'anonymat des donneurs de gamètes » est déposée à l'Assemblée nationale par la députée Valérie Pécresse (UMP). Cette proposition prévoit que les donneurs qui le souhaiteraient puissent autoriser le dévoilement de leur identité cependant que les autres continueraient d'être régis par la règle antérieure. C'est l'optique dite du « double guichet ». Mais ce système est ambigu car il ne reconnait pas les mêmes droits à tous les enfants. La proposition de loi ne sera pas examinée.

- Octobre 2006 : un avis de l'Académie de Médecine est rendu public : *« À propos de la proposition de loi relative à la possibilité de lever l'anonymat des donneurs de gamètes »*, communiqué d'un groupe de travail présidé par le professeur Georges David. (disponible sur le site de l'académie). L'Académie réaffirme que l'anonymat des dons est la pierre angulaire d'une approche soucieuse de garantir la « dignité de la personne humaine ».

- Septembre 2008 : le Sénat produit une étude sur *L'anonymat du don de gamètes.* Voir Étude de législation comparée n°186, Paris, La Documentation française.

- Octobre 2008 : en prévision de la révision des lois de bioéthique, apparaît un premier rapport, celui de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques (OPECST) qui conclue sans conclure :

« Il conviendrait[101]

-soit de s'inspirer de la loi espagnole qui permet un accès aux motivations et données non identifiantes sur le donneur, à la majorité, si l'enfant le demande ;

-soit de s'inspirer de la législation britannique qui autorise la levée totale de l'anonymat à la majorité si l'enfant le demande, et qui permet à ceux, qui ont fait un don avant l'application de la loi de s'inscrire, s'ils le souhaitent, sur un registre, pour que leur identité puisse être révélée, si l'enfant en fait la demande à sa majorité.

- de prévoir que l'identification du donneur ou de la donneuse ne peut en aucun cas avoir une incidence sur la filiation de l'enfant issu du don, même si l'enfant ne dispose pas de filiation paternelle ou maternelle. »

- Janvier 2009 : le Sénat produit une étude sur *L'accès à l'assistance médicale à la procréation.* Étude de législation comparée n° 193, Paris, La Documentation française.

- Printemps 2009 : paraît le rapport du Conseil d'Etat intitulé *La révision des lois de bioéthique.* Quatre options sont présentées : 1. L'accès à des données non identifiantes ; 2. Le double guichet ; 3. La combinaison des deux solutions précédentes ; 4. La levée de l'anonymat à la majorité de l'enfant, s'il la demande. Le conseil se prononce finalement pour la troisième option, c'est à dire, l'accès pour tous à des données non identifiantes et un double guichet ce « qui a *l'avantage* de s'adapter à la demande des enfants sans la faire prévaloir sur l'intérêt des adultes ». Le Conseil d'État[102] n'a pu que reconnaître dans son rapport officiel « *les effets préjudiciables à long terme sur l'enfant […] d'une identité fondée sur l'effacement de l'intervention d'un tiers*» qui prive l'enfant d'une partie de son histoire.

- Janvier 2010 : la mission parlementaire sur la bioéthique publie *le Rapport Leonetti.* Le texte ne soutient aucune des solutions présentées auparavant mais préconise le maintien de l'anonymat des dons.

[101] Rapport de l'OPECST, 2008, vol.1, p 139-140.
[102] Conseil d'Etat, *la révision des lois de bioéthique,* La documentation française, 2009, p.53.

- Octobre 2010 : un projet de loi n°2911 relatif à la bioéthique est déposé à l'assemblée nationale. Il est présenté par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ex ministre de la Santé et des Sports. L'article 14 faisait référence à l'anonymat des dons de gamètes et dit ceci :

  « Il rappelle le principe de l'accès à l'identité du donneur et du receveur par le seul médecin et en cas de nécessité thérapeutique. Il introduit l'accès à l'identité du donneur de gamètes et, plus généralement, à tout tiers dont les gamètes ont contribué à la conception, pour les enfants majeurs issus d'une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur, sous réserve du consentement exprès de celui-ci. Il précise que le principe de l'anonymat du don ne fait pas obstacle à l'accès de l'enfant majeur issu d'une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur à certaines données non identifiantes relatives à celui-ci. »

Ce texte de révision des lois de bioéthique envisageait de donner « à tout enfant conçu à partir des gamètes d'un tiers donneur » la possibilité d'accéder, à sa majorité, à des « données non identifiantes relatives au donneur », et même à « l'identité du donneur sous réserve du consentement exprès de celui-ci ».

- 15 février 2011 : révision des lois de bioéthique au Parlement. Les députés ont adopté deux décisions de nature à bouleverser de manière radicale et irréversible le paysage tricolore de l'assistance médicale à la procréation. Ils ont élargi le périmètre des dons d'ovocytes et de spermatozoïdes aux femmes et aux hommes n'ayant pas encore eu d'enfant(s). Avant tout pour lutter contre la pénurie actuelle de ces dons de cellules sexuelles qui font que les délais d'attente peuvent être de plusieurs années car selon certaines estimations, il y aurait aujourd'hui plus de 5 000 demandes. Ils ont aussi, dans le même temps, autorisé le recours à la technique de la cryo-conservation des ovocytes humains à usage personnel et en dehors de tout traitement potentiellement stérilisant.

- Le 31 mai 2011, une nouvelle mouture de la loi de bioéthique a été votée à l'Assemblée nationale. Elle a été présentée à nouveau au Sénat le 08 juin 2011.

- Le 15 juin 2011, la commission mixte paritaire (CMP) composée de 7 députés et 7 sénateurs, adopte l'amendement n°567 de l'article 19A du projet de loi bioéthique. À savoir, les dons de gamètes seraient autorisés aux personnes qui n'ont pas procréé.

- le 21 juin 2011, les conclusions qui ont été soumises au vote à l'Assemblée nationale et le 23 juin au Sénat ont été les suivantes : *l'assistance médicale à la procréation (AMP) reste indiquée pour une infertilité médicale mais l'obligation de deux ans de vie commune pour y recourir a été supprimée. La technique de vitrification (congélation ultra-rapide) des ovocytes est autorisée et les candidats au don de gamètes peuvent ne pas avoir encore procréé.*

Le bouleversement à venir résulte de l'association du don d'ovocytes possible pour toute femme jeune à celle du feu vert donné à la technique de «vitrification des ovocytes » en contre partie d'une sauvegarde de sa fertilité. La vitrification est une technique récente Source spécifiée non valide. utilisant des concentrations élevées de cryoprotecteurs et des vitesses ultra rapides de refroidissement qui permet de conserver par congélation les cellules sexuelles féminines comme on sait le faire depuis près d'un demi-siècle pour les spermatozoïdes.

- Enfin le 07 juillet 2011 est adoptée la loi n° 2011-814 relative à la bioéthique. En ce qui concerne l'aide médicale à la procréation, l'article 29 du titre VI, relatif au don d'ovocytes dit ceci :

Article L. 1244-2

« Lorsqu'il est majeur, le donneur peut ne pas avoir procréé. Il se voit alors proposer le recueil et la conservation d'une partie de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, dans les conditions prévues au titre IV du livre Ier de la deuxième partie. Ce recueil et cette conservation sont subordonnés au consentement du donneur. »

Or voici que cette vitrification ouvre de nouvelles et multiples perspectives ; on peut aller loin et envisager la création de banques d'ovocytes congelés dont les fonctions pourraient dépasser de beaucoup celle des banques de sperme. C'est

ce que faisaient valoir dans Le Monde (daté du 9 février) Muriel Flis-Treves, Nelly Achour-Frydman et René Frydman.[103]

> *«Des femmes jeunes pourraient, si elles le souhaitent, conserver une partie de leurs ovocytes pour elles-mêmes, mais aussi faire un don d'une partie ou de la totalité de ceux-ci. L'efficacité du don en serait augmentée, sa réalisation facilitée par le découplage de l'offre et de la demande. La création d'une banque publique d'ovocytes cryopréservés (qui n'existe pas ailleurs) permettrait de répondre au désir de grossesse de plus en plus fréquent chez les femmes "d'un certain âge" qui perdent progressivement leur potentiel physiologique, et qui souhaitent cette alternative.»*

Ainsi, toutes les femmes de moins de 36 ans pourront donner leurs ovocytes de façon gratuite et anonyme pour aider un couple à concevoir un enfant. Il ne s'agira plus d'un don de couple pour un autre couple. Cette nouvelle disposition a pour but de faire rajeunir l'âge des donneuses, et d'améliorer la qualité des dons (but utilitariste). Par ailleurs, une partie des ovocytes de ces femmes donneuses pourront être systématiquement conservés par vitrification afin de remédier à d'éventuels problèmes de fertilité ultérieurs (médicalisation progressive des corps).
Le principe d'anonymat pour les dons de gamètes reste tel qu'il a été. Au-delà de la possibilité accrue du don d'ovocytes «jeunes» et donc «de qualité», on peut lire que la création de telles banques offrirait aux femmes une nouvelle maîtrise de leur fonction de reproduction : stocker pour l'avenir une fraction de leur capital ovocytaire et, le moment venu, y avoir recours. On rendrait enfin possible « Un enfant quand je veux », «Un enfant comme je veux.». Mieux encore ! Un enfant conçu avec les cellules sexuelles déposées dans les congélateurs bancaires au temps où nous étions jeunes, beaux et féconds…

Ne soyons pas naïfs : dans un tel contexte, la vitrification aboutira à un changement des motivations des donneuses : un don pour *mettre au frais sa fertilité* ultérieure. La vitrification parviendra à la constitution de stocks en ovocytes et elle donnera l'illusion aux femmes d'une sécurité pour leur fertilité.

---

[103] Service de gynécologie- obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Antoine-Béclère, Clamart.

On peut constater à quel point notre politique se soucie plus de la légitimation de droits individuels et instantanés plutôt qu'une « solidarité et une solidité de la société ». Du côté des enfants**,** la virulence avec laquelle la première génération née grâce à un don de sperme vient aujourd'hui demander des comptes au corps médical devrait nous enjoindre à la prudence.

Ne verra-t-on pas les prochains écrire en graffitis sur les murs de nos villes *« je suis apparu(e) dans un petit tube en verre, venu(e) du froid, l'issue des traitements hormonaux, des rendez-vous à l'hôpital, des essais thérapeutiques, aseptisé(e), calculé(e), sélectionné(e) sur des top-gamètes, qui suis-je? »*

Certes notre monde est en mouvement, encore faut-il ne pas s'y perdre !

Un sondage en juillet 2010, élaboré avec l'aide du Dr Muriel Flis-Tréves, psychiatre et psychanalyste à l'hôpital Antoine Beclere, publié sur internet par « au feminin.com » montre une opinion publique très partagée sur la question de l'anonymat : à la question *« pensez-vous que la levée de l'anonymat pour les donneurs de sperme ou d'ovocytes serait une bonne chose »* 36% répondent oui contre 43% non et 20% d'indécis.

3) L'horizon international[104]

À l'étranger, nous l'avons vu, les règles varient : selon les cas l'enfant peut accéder aux seules données non identifiantes, ou bien à l'identité du donneur. Certains affirment que la tendance actuelle est à la levée de l'anonymat, partielle ou totale. Il est vrai que de nombreux pays ont remis en question le principe d'anonymat des dons qu'ils avaient préalablement adopté :

La Suède. Le principe de l'anonymat a été abandonné le 1er Mars 1985 pour les enfants issus d'une IAD. Le même droit a été reconnu le 1er janvier 2003 aux enfants nés grâce à un don d'ovocytes. Les informations sont conservées à l'hôpital dans un registre particulier pendant 70 ans. Les enfants nés d'un don ont la possibilité, lorsqu'ils atteignent « une maturité suffisante » d'obtenir de l'hôpital la communication des informations relatives aux donneurs. Ce droit est réservé aux enfants. Ces directives insistent aussi sur le rôle des parents qui ont *le devoir d'informer* les enfants de leurs origines. Les donneurs (ses) sont informés(e)s du fait que certains renseignements les concernant sont mis à la disposition des enfants à naître et que ces derniers peuvent décider de prendre contact avec eux. La levée de l'anonymat n'a aucune conséquence sur la

[104] Etude de législation comparée n°186, *l'anonymat du don de gamètes,* service des Etudes juridiques, sept 2008.

filiation des enfants. Conséquence : le Pr Jouannet, en visite dans le pays l'an dernier, a remarqué qu'aucun enfant n'avait souhaité rencontrer ses parents biologiques. Selon lui, et selon d'autres publications qui le montrent, une grande majorité de parents n'informent pas l'enfant de sa conception Source spécifiée non valide. **et** Source spécifiée non valide.. A ce sujet existe un projet de loi qui introduirait dans le code de la famille un alinéa, faisant de cette connaissance un droit et un second alinéa qui rendrait responsables les parents de l'information à donner le plus rapidement possible.

La Suisse. Depuis 1992, la Constitution fédérale reconnait le droit de connaître ses origines génétiques. Le don d'ovocytes étant interdit, cette levée d'anonymat ne s'applique que pour les enfants nés d'un don de sperme. À sa naissance, les Établissements de Santé doivent transmettre un fichier à l'Office fédéral de l'état civil, qui a obligation de les conserver 80 ans. Puisque la loi fédérale est entrée en vigueur le 1er janvier 2001, c'est seulement à partir de 2019 que l'office devrait enregistrer les premières demandes.

Les Pays-Bas. En adoptant la loi du 25 avril 2002 sur les règles relatives à la conservation, à la gestion et à la diffusion des informations relatives aux donneurs en cas de procréation médicalement assistée, les Pays-Bas ont abandonné le double régime du don de gamètes, qui permettait aux donneurs qui le souhaitaient de conserver l'anonymat. Cette loi, qui s'applique aux dons postérieurs au 1er juin 2004, permettra aux enfants nés d'une procréation médicalement assistée avec donneur d'obtenir :

- dès l'âge de douze ans des renseignements non identifiants ;
- à partir de seize ans l'identité des donneurs.

La loi ouvre également un droit d'accès aux médecins traitants des enfants concernés ainsi qu'aux parents. Il n'y a pas de dons d'ovocytes aux Pays-Bas.

Le Royaume–Uni. La Grande-Bretagne a abandonné le principe de l'anonymat des donneurs depuis le 1er avril 2005, de façon non rétroactive. Depuis cette date, l'agence chargée du contrôle de l'application de la loi sur la procréation médicalement assistée, la HFEA, enregistre non seulement plusieurs éléments d'identification des donneurs dans le fichier qui contient les informations susceptibles d'être communiquées aux enfants mais aussi l'identité des donneurs(ses). A l'âge de dix-huit ans, sans forcément avertir ses parents, toute personne peut s'adresser à la HFEA, afin de savoir si sa naissance résulte d'une procréation médicalement assistée. En cas de réponse positive, le demandeur peut obtenir les renseignements que l'agence est habilitée à lui fournir. En principe, les informations portant sur l'identité des donneurs ne

seront donc accessibles aux enfants conçus par procréation médicalement assistée qu'à partir du 1er avril 2023**.** Toutefois, les donneurs enregistrés avant le 1er avril 2005 peuvent opter pour le nouveau régime et lever l'anonymat. Combien l'ont fait ?

Il est prévu que l'HFEA prévienne le donneur ou la donneuse de la démarche entreprise par l'enfant et qu'une assistance soit proposée à la fois aux donneurs(ses) et à l'enfant. Pour les parents, seules des données non identifiantes peuvent leur être communiquées.

Dans ces pays où l'anonymat a été levé dans le souci de l'intérêt de l'enfant à naître, les parents n'ont pas évoqué davantage les circonstances de leur naissance, au contraire. D'autant que lever l'anonymat n'est pas sans conséquences sur le nombre de donneurs. En Suède, le nombre de volontaires s'est effondré (il a cependant remonté depuis). Et nombre de couples ont préféré partir à l'étranger pour se faire inséminer dans des pays où l'anonymat était maintenu. Même chose en Angleterre, où un réseau de don de sperme via internet, et garantissant l'anonymat, s'est développé. Il vient d'être démantelé afin de stopper *un marché du sperme souterrain*, comme c'est déjà le cas aux États-Unis.

The Bridge Centre indique[105] que la suppression de l'anonymat est responsable de la « *croissance explosive du tourisme de la fécondité* » des Anglais vers l'étranger surtout en Espagne et dans les pays d'Europe orientale.

B) Autour de la gratuité, ici et ailleurs

1) De notre étude

Rappelons les résultats de notre étude : sur 44 femmes donneuses d'ovules interrogées, 3 femmes seraient d'accord pour une rémunération, 12 femmes pensent qu'il « s'agit d'une idée à réfléchir » tandis que 21 femmes pensent qu'un dédommagement serait « une idée à réfléchir ».

Si la majorité de ces femmes ne remettent pas en cause la gratuité du don, on constate qu'une bonne partie d'entre elles accepteraient une compensation en argent. Est-ce une conséquence à la mauvaise prise en charge des frais de nos donneuses ?

[105] Gamete donation in the UK: Time to think again
<http://www.bionews.org.uk/page_58241.asp?iruid=1475>
BioNews | 12 April 2010

Nous retrouvons deux courants de pensées : celles pour qui le don est un mélange d'intérêt et de gratuité, et les autres pour lesquelles le don est LA gratuité dégagée de tout intérêt. La première conception ne semble pas véritablement rompre avec la logique économique actuelle, et la seconde peut apparaître séduisante, mais ô combien chimérique. Nous y reviendrons.

2) Les aspects économiques du don et son principe gratuité en France

> *« Le problème fondamental est qu'en France le don est gratuit, alors que dans les pays où le don d'ovocyte fonctionne, les donneuses d'ovocytes bénéficient d'un dédommagement, et non d'une rémunération ! »*[106]

Un don, par définition, pourrait-il être dédommagé ? Rémunéré ?

Quand on alloue une certaine somme d'argent à la donneuse où est la frontière entre « dédommagement » et « rémunération » ?

Il est certain que l'idée d'une rémunération fait courir un risque d'exploitation et de marchandisation des corps. Un contrat d'ovocytes (car cela ne pourrait ou ne devrait plus s'appeler un don) pousserait des femmes à « donner leurs ovocytes » pour pallier un risque de misère, sous toutes ses formes. La crise économique étant un bon accélérateur de ce phénomène. Concevoir la gratuité n'est pas chose aisée, car si le capitalisme se vit au quotidien, développer des alternatives concrètes en rupture avec le système marchand est problématique : comment les mettre en place et où se situe la rupture ?

Nous vivons une explosion des techniques de PMA qui contribuent à faire de la procréation un marché très lucratif, et la part de l'offre doit pouvoir continuer à l'alimenter : c'est d'ailleurs sur ce terreau du « marché procréatif » que se développent aujourd'hui des lobbies tels que de grands laboratoires pharmaceutiques (Ferring, Merck Serono). A titre d'information une boîte de Menopur 75 unités, boîte de 5 (remboursé à 100%) est vendu 110,86 € ; une boîte de GONAL F, 75 unités, boîte de 5 est vendu 159,72€ ; Le Puregon 150 unités, boîte de 5 coûte 305,15€ auquel il faut rajouter le stylo : 45,74€. Douze jours de stimulation / femme reviennent en moyenne entre 600 et 800€.

[106] François Olivennes, le don d'ovocytes, Journal *Le Monde*, 13/12/2010.

Si la pratique du don était privatisée, elle se retrouverait au fait de ces lobbyings industriels.

D'autres groupes de pression, venant des cliniques étrangères, n'hésitent pas à faire des propositions d'alliance avec des médecins français ou avec les associations françaises d'aide au don. Des propositions d'argent m'ont été faites par une clinique grecque, sur chaque receveuse que j'aurais pu leur adresser.
Reste les praticiens réputés, tenant des consultations privées au sein de l'hôpital public et affichant des tarifs exorbitants. Les femmes en demande d'enfant, qui souhaitent obtenir un avis rapide, acceptent de payer le prix fort afin de passer devant les autres. Le Parisien du 10 juin 2010 a consacré une double page sur ces « *dérapages du secteur privé à l'hôpital* ». Le quotidien publie en outre sur son site Internet un rapport « *confidentiel* » de la Commission centrale de l'activité libérale à l'AP-HP, qui « *pointe l'absence de contrôles dignes de ce nom* » dans les quelque 22 établissements concernés.

Concevoir la gratuité n'est pas chose aisée, car si le capitalisme se vit au quotidien, développer des alternatives concrètes en rupture avec le système marchand est problématique : comment les mettre en place ? Comment pallier les abus ?

Ainsi l'on définit « *l'ovocyte business* » et l'on évoque le risque d'un « *underground* » c'est-à-dire d'un réseau clandestin intercontinental. Dans tous les cas, on garde le même vocabulaire : « don d'ovocytes » car le mot « don » garde son pouvoir d'innocenter un monde qui se gargarise de profits colossaux.

3) L'horizon étranger

En Espagne, en Grèce, en République Tchèque, en Colombie, toutes les femmes donneuses sont rémunérées et aucun contrôle sur leur nombre de tentatives n'est effectué. Il est facile pour une femme de changer de clinique et de recommencer plusieurs cycles de stimulation sachant qu'il n'y pas de coordination en réseau et que l'argent donné pour ce geste peut représenter une somme conséquente. Qui se soucie de leur santé physique ultérieure et de leur équilibre psychologique ?

La vitrification a également changé la gestion du don d'ovocyte. En Espagne, cette technique de congélation après déshydratation est autorisée depuis quatre ans et permet la création d'une banque sans égale qui permet de répondre, dans un délai très court, à toutes les demandes. Ce stock est

alimenté en permanence, d'autant que le prélèvement d'ovocytes est rémunéré. Chez Ivi (*Instituto Valenciano de Infertilidad*), 1 500 ponctions sont réalisées tous les ans. Yolanda[107], une jeune brune de 19 ans qui se pique tous les jours depuis deux semaines afin de stimuler ses fonctions ovariennes raconte :

> « *Je suis très contente que mes ovules servent. Mais la première raison est que je viens de casser ma voiture. Or, j'en ai besoin pour aller travailler au garage où je suis employée, et je gagne 1000 euros par mois. Alors, pour payer les réparations...* »

De son côté, Simona, à 25 ans, donne ses ovocytes pour la troisième fois : mère célibataire d'une petite fille, le manque d'argent la contraint à monnayer sa fertilité.

Cette marchandisation du corps est reprise et dénoncée dans le livre de Véronique Fournier[108] qui s'intitule *Le Bazar bioéthique Source spécifiée non valide.***.** Tout s'achète, le rein d'un paysan chinois, le ventre d'une mère indienne pour porter son enfant, l'ovocyte de l'étudiante moldave, tout ceci accompagné d'une prestation de service de haut niveau. Une médecine réservée aux riches qui peuvent payer pour compenser leurs manques et tenter de calmer leurs souffrances en exploitant le corps des pauvres. Pour Véronique Fournier, cette dérive doit être vigoureusement combattue. Je suis d'accord quand elle déclare :

> « *Je plaide pour que la loi de bioéthique devienne une loi relative aux droits des malades, une loi de solidarité vis-à-vis d'eux, plutôt qu'un loi d'interdiction morale au service d'une quelconque bonne conscience ou bien-pensance collective.* »

Mais je ne mettrai pas pour autant en avant sa démarche éthique qui part d'une valeur essentielle : l'autonomie de la personne et dont je discuterai un peu plus loin.

La rémunération des donneuses nous plonge au cœur du paradigme de l'utilitarisme et de la production, concepts chers à notre système capitaliste.

René Almeling, dans une étude publiée en 2007, révèle une moyenne nationale pour l'achat d'ovocytes aux Etats Unis de 4200$Source spécifiée non valide.**.** On peut véritablement parler de « bonne affaire » sachant que ce chiffre peut monter facilement jusqu'à 8 000 dollars à condition toutefois de présenter le

[107] Le tourisme de la procréation en Espagne, www.genethique.org, mercredi 20 Avril 2011.
[108] L'auteure dirige le Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin qu'elle a créé en 2002.

bon profil ethnique : la clientèle majoritairement blanche et WASP est tatillonne sur la qualité chromatique de la marchandise…

Une autre femme, Debora Spar, auteure d'un livre événement sur le sujet affirme :

> « *Ovules, sperme et bébés sont désormais vendus chaque jour dans le monde. Le marché étant immense*, *il est urgent d'en débattre* ». Source spécifiée non valide.

Les ovules d'une étudiante de Columbia valent moins que ceux d'une étudiante de Harvard. Ce n'est là qu'une des réalités du marché de la fertilité et de l'adoption telles que les rapporte Debora Spar dans *The Baby Business*. Professeure d'économie à Harvard, et ayant récemment adopté un enfant, Debora Spar décrit comment l'industrie de la fertilité et de l'adoption ne représente qu'un seul et même « marché » où se vend un produit qui, pour la plupart des gens, a une valeur inestimable : un enfant. Or, affirme-t-elle, tout a un prix. Elle nous fait découvrir les rouages des cliniques et des agences qui « commercialisent » des enfants, et ce que des parents sont prêts à endurer pour avoir leur propre enfant.

> « *Nous aimons croire que certaines choses restent hors de portée du marché et de la science, que l'argent ne peut pas tout acheter* » écrit Debora Spar.

Une conviction qui ignore tout simplement la nouvelle réalité.

> « *Vous voulez un meilleur bébé* ? » lance Debora Spar. « *Eh bien, si vous êtes prêts à y mettre le prix, vous pouvez vous en acheter un.* »

Nous usons d'euphémismes pour masquer ce qui se passe vraiment sur le marché des bébés, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de tarifs. Nous disons que les femmes "font don" de leurs ovules, que les cliniques prétendent uniquement "indemniser" chaque femme pour le temps et les efforts qu'implique un don d'ovule, mais, derrière ces circonlocutions, le marché, lui, prospère. Le prix des ovules s'échelonne de 3 000 à 100 000 dollars, si la donneuse dispose des bons gènes, comme le prouvent [sic] ses résultats scolaires, une taille au-dessus de la moyenne, des capacités musicales ou athlétiques. Les brochures des cliniques (voir annexes) ressemblent à des menus virtuels à partir desquels les parents peuvent choisir les donneurs d'ovules et de spermatozoïdes en fonction des caractéristiques qu'ils souhaitent. Les cliniques fournissent les

profils des donneurs, qui comportent des questionnaires exhaustifs, des entretiens enregistrés, et même les impressions du personnel.

Alors que d'autres pays ont durci leur législation sur la vente de tissus humains, le marché américain, peu réglementé, est en passe de devenir un centre mondial du don d'ovules. Selon le gouvernement, le recours aux ovules de donneuses aurait progressé de 40 % entre l'année 2000 et 2003. Le recrutement se fait par des agences indépendantes de donneuses rétribuées Source spécifiée non valide. entre 2 500 et 5 000 dollars en moyenneSource spécifiée non valide.. Mais les prix grimpent : à New York, le prix moyen d'un ovule est de 8 000 dollars, contre seulement
1 000 il y a quinze ans.

Et bien que cela choque profondément notre mentalité européenne et que cela soit légalement incompatible actuellement avec notre façon de procéder, la méthode s'avère efficace pour résoudre le problème de l'accès aux ovocytes. Cette façon de faire laisse à la donneuse une totale indépendance d'esprit, elle peut accepter ou refuser le contrat en connaissance de cause. On n'exerce sur elle aucune pression psychologique. Elle permet de choisir l'anonymat ou l'absence d'anonymat sans difficulté. Elle permet aussi un plus grand choix de phénotype.

Ces programmes rétribués existent ouvertement aux Etats-Unis et sont légitimés par le devoir moral de compensation à apporter à la donneuse et par le désir du destinataire de recevoir des gènes de bonne qualité Source spécifiée non valide..

Cette solution américaine peut-elle être *éthiquement* recevable ?

Certains avanceront qu'elle l'est tout autant, sinon plus, que la solution européenne qui consiste à inciter des proches à se soumettre à un traitement potentiellement dangereux sans contrepartie ! Ce sont les arguments que soulèvent nos compatriotes étrangers.

On pourrait faire référence ici au don d'organe et au projet de loi qui s'y rapporte dans l'article 5 des lois de bioéthique :

« En cas d'incompatibilité entre la personne ayant exprimé l'intention de don et la personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré en vertu des premier ou deuxième alinéas, rendant impossible la greffe, le donneur et le receveur potentiels peuvent se voir proposer le recours à un don croisé d'organes. Celui-ci consiste pour le receveur potentiel à bénéficier du don d'une autre personne ayant exprimé l'intention de don et également placée dans une situation d'incompatibilité à l'égard de la personne dans l'intérêt de laquelle le

prélèvement peut être opéré en vertu des premier ou deuxième alinéas, tandis que cette dernière bénéficie du don du premier donneur. En cas de mise en œuvre d'un don croisé, les actes de prélèvement et de greffe sont engagés de façon simultanée respectivement sur les deux donneurs et sur les deux receveurs. L'anonymat entre donneur et receveur est respecté. »

Est-ce moins éthique de trouver un tiers pour un don de gamète, qu'un tiers pour un don d'organe ?

L'opposition entre le principe d'indisponibilité du corps humain, qui a une origine théologique, et l'idée d'inspiration lockéenne que *je suis le propriétaire de mon corps*, pourrait nous conduire à des débats sans fin.

Le comité d'éthique de l'*American Society for Reproductive Medicine*Source spécifiée non valide. a énoncé quelques principes, parus en 2007, sur la compensation financière des donneuses : 1. La compensation est éthiquement justifiée 2. L'indemnisation devrait être structurée de manière à reconnaître les inconvénients, le temps passé, l'inconfort de la stimulation, des dépistages, de la ponction ovocytaire. Cette compensation ou indemnisation ne devrait pas varier en fonction de l'utilisation prévue des ovocytes, du nombre ou de la qualité ovocytaire ou de l'origine ethnique ou d'autres caractéristiques. 3. Une compensation de plus de $ 5000 nécessitera une justification et la somme de $ 10 000 ne semble pas appropriée. 4. Les programmes devraient adopter la divulgation d'informations efficaces. Cela est contesté par des donneuses qui ont entrepris une class action contre l'ASRM.

Le 9 août 2010 à New York est sorti un documentaire intitulé *Eggsploitation* [109]révélant la face cachée de l'industrie de la fertilité et les conséquences dangereuses du don d'ovocytes pour la santé des femmes. Le documentaire présente les cas de trois jeunes femmes qui ont souffert d'importantes complications de santé à la suite d'un don d'ovocytes. Calla a souffert de dommages cérébraux et elle est devenue stérile. Alexandra a perdu un ovaire après des complications liées au processus de stimulation ovarienne et elle a développé un cancer du sein. Sindy a développé un syndrome d'hyperstimulation ovarienne sévère. Toutes trois ont failli mourir.

[109] Ce documentaire a été réalisé par le Centre pour la bioéthique et la culture : *Centre for Bioethics and Culture*.

> « *L'industrie savait que cela arriverait tôt ou tard. Ils ont juste lancé les dés et c'est tombé sur moi. L'argent est ce qui leur importe le plus* » explique Calla.

Ces témoignages appellent à prendre conscience des dangers de cette industrie non régulée qui draine des millions de dollars et met en péril la santé de jeunes femmes au profit de la réalisation du désir d'enfant des autres.

L'industrie de la fertilité cache ces dangers derrière « *une publicité trompeuse, de larges incitations financières et des appels à l'altruisme* ». Elle cible de façon tactique des jeunes femmes vulnérables pour obtenir des ovocytes.

Le don d'ovocytes est présenté comme une procédure sécurisée mais la réalité, selon le documentaire, est tout autre. Avec la montée en puissance des technologies de procréation assistée, des cliniques de fertilité américaines font de la publicité auprès des jeunes femmes en bonne santé sur les campus universitaires, dans les journaux des établissements d'enseignement supérieur et sur Internet.

En Grande-Bretagne, vendre ses ovules est interdit. Les jeunes femmes qui souhaitent le faire pour gagner de l'argent se rendent aux Etats-Unis. Et c'est au tour des femmes britanniques de se lancer sur le marché (les femmes françaises ne semblent pas pour l'instant concernées !). Les donneuses présentant les bons attributs physiques, personnels et intellectuels peuvent demander jusqu'à 35 000 dollars (26 000 euros) pour leurs ovules – le tarif aurait même atteint, dit-on, 100 000 dollars ! Aux Etats-Unis, Egg Donor, la plus importante agence privée de don d'ovules, enregistre une augmentation de 25 % des donneuses britanniques.

> « *Nous avons de plus en plus de candidates du Royaume-Uni* », confirme la directrice d'Egg Donor, Lyne Macklin-Fife. « *Le bouche-à-oreille fonctionne bien. Ce sont des jeunes femmes gentilles et au grand cœur, mais elles veulent aussi une compensation, c'est normal.* »

Mais de ce côté-ci de l'Atlantique on s'inquiète de l'existence de ce marché, et de la facilité qu'ont les jeunes Britanniques à y entrer. Pour Josephine Quintavalle, du groupe de pression britannique CORE (*Comment On Reproductive Ethics*), tous les sites Internet de don d'ovules devraient publier des mises en garde sanitaires.

« *C'est un secteur qui brasse beaucoup d'argent désormais, et qui aux Etats-Unis semble ouvert aux quatre vents, mais il y a des choses que les femmes doivent savoir, insiste-t-elle. Il ne s'agit pas juste de donner un ovule – l'ovule devient un bébé. C'est votre matériel génétique que vous transmettez à quelqu'un. Feriez-vous don de votre bébé à quelqu'un d'autre ? Vendriez-vous votre enfant pour 15 000 livres ? Bien sûr que non.* »

Selon les chiffres de l'Autorité britannique de fécondation et d'embryologie (HFEA) les Britanniques sont plus d'un millier à se porter volontaires chaque année pour donner gratuitement des ovules. L'organisme garde d'ailleurs un œil sur ce qui se passe aux Etats-Unis et a déjà condamné le site d'enchères eBay pour avoir proposé des ovules à vendre au Royaume-Uni.

« *En Grande-Bretagne, nous avons une culture altruiste du don »,* rappelle John Paul Maytum, porte-parole de la HFEA. « *C'est toujours problématique quand on se met à payer des sommes importantes en contrepartie du don d'ovules, car cela change les motivations des donneurs. Si le fait de rétribuer le don attire des gens pour l'argent, cela risque aussi de poser la question de la qualité des ovules.* »

Mais le Dr Mohammed Taranissi, affirme que le don d'ovules payé est déjà une réalité dans le pays. Pour lui qui dirige la clinique de procréation assistée la plus florissante de Grande-Bretagne, l'*Assisted Reproduction and Gynaecology Centre* de Londres, les cliniques rétribuent déjà le don sous diverses formes, par le biais par exemple de généreux "*remboursements de frais"* aux donneurs ou de gratuité du traitement par FIV pour les femmes participant aux programmes de partage d'ovules [les femmes engagées dans un processus de FIV partagent leurs ovules avec d'autres[110]].

« *Tout le monde fait l'autruche, mais nous pratiquons déjà, en Grande-Bretagne, une sorte de paiement détourné* » insiste Mohammed Taranissi. « *Les modalités sont certes différentes, mais cela se fait déjà, et sans aucune restriction.* » Pour lui, le phénomène n'en est qu'à ses débuts « *Le don d'ovules, c'est un gros business. Les femmes repoussent trop l'âge auquel elles font des enfants, et c'est parfois la seule solution. Et le taux de réussite est très élevé, 80 % si c'est bien fait.* »

La clinique de fertilité britannique Bridge Centre, quant à elle, propose à ses clientes un concours avec un ovule à gagner, afin de promouvoir ses services qui permettent de sélectionner « le profil » d'un futur bébé. La gagnante pourra

[110] Voir glossaire: egg-sharing

choisir un ovule en fonction des caractéristiques raciales, du milieu d'origine ou de l'éducation de la donneuse, contournant de facto la législation britannique, indique l'hebdomadaire britannique, Sunday Times, dimanche 19 mars 2010. Les femmes intéressées par un don d'ovule d'une donneuse américaine sélectionnée sont invitées à se rendre à un séminaire à Londres organisé par la clinique américaine GIVF de Fairfax en Virginie, partenaire du Bridge Centre.
« *Une participante au séminaire (...) du mercredi 17 mars recevra un traitement gratuit pour un don d'ovule de donneuse »,* indique la clinique britannique sur son site internet.
La gagnante bénéficiera d'une fécondation aux Etats-Unis, d'une valeur de 13 000 livres (14 300 euros), a confirmé la clinique à l'AFP. [111]

Parce qu'il est difficile de trouver des donneurs et des donneuses en Grande Bretagne, le Conseil de bioéthique de Nuffield a lancé une enquête en avril 2010 auprès de la population afin de savoir s'il est éthique d'user d'incitations financières pour augmenter les dons d'organes, de tissus humains ou de gamètes. Joyce Robins, co-directrice du groupe de campagne pour les intérêts du patient (*campaigning group patient concern*), a noté qu'il n'y avait aucune personne représentant les patients dans ce groupe de travail. La consultation durera 12 semaines et les résultats seront publiés à l'automne 2011.

Arrivé à ce point de notre réflexion, nous constatons que le problème est non seulement éthique mais aussi politique et que le la déclaration d'Helsinki et le rapport Belmont ont défini clairement les « populations vulnérables[112]» ainsi que trois grands principes : le respect des personnes, la bienfaisance et la justice. Mais comme le souligne Suzanne Rameix, la propriété du corps est un droit individuel fondamental dans le monde anglo-saxon Source spécifiée non valide.**.** La bioéthique anglo-saxonne et plus particulièrement américaine conduit à privilégier l'autonomie. Celle-ci, dans le cadre des relations médicales, aboutit pour le praticien au consumérisme médical, avec le lot des conséquences que nous venons d'évoquer. Ainsi, malgré l'affirmation solennelle du principe de bienfaisance dans le rapport, son non respect au profit du *life-style choice* devient la règle.

Cette idée de rémunération ou de défraiement comporte une deuxième conséquence : le fait de payer pour avoir un enfant. Comment gérer cette

[111] www.20 min.ch /ro/news/monde/story/11887447

[112] Font partie des populations vulnérables : les malades, les malades mentaux, les personnes pauvres, les individus incompétents, c'est-à-dire ceux qui ne peuvent donner par eux-mêmes leur consentement ou le refuser, les êtres qui peuvent être sujets à des contraintes ou pressions de toutes sortes et ceux qui ne peuvent bénéficier personnellement de l'expérimentation ou de la recherche, comme les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

immixtion de valeurs commerciales dans le domaine familial qui peut aller comme aux USA, à un choix de gamètes de donneuses en fonction des qualités physiques et intellectuelles de ces dernières et donc en fonction de critères de compétitivité qui s'opposent ?
Nos enfants sont-ils plus susceptibles de prospérer dans une culture où faire des enfants est régi par l'éthique du don et de la relation ou bien par les mêmes règles qui régissent la fabrication d'automobiles ou de magnétoscopes ? Prenons-nous le temps de discuter de tout cela en consultation avec les couples demandeurs ?

Quels risques prenons-nous vis-à-vis de ces enfants devenus grands qui apprendront la *manipulation* de leur conception, potentiellement fondée sur des donatrices exploitées ? L'échange marchand ne va-t-il pas faire apparaître une forme de perception des êtres humains comme des choses ?

Le marché ne s'intéresse qu'aux points de départ et d'arrivée et veut seulement savoir si le bien a été produit (en l'occurrence s'il y a eu grossesse). Il ne s'intéresse en rien au support, à la qualité du lien social.

Et si l'argent libère dans un premier temps, de tout sentiment de redevabilité vis-à-vis de celle qui a donné ses ovocytes, ne va-t-il pas freiner vis-à-vis des enfants à naître la révélation de leur conception ? C'est ce qui m'a été confié par les nombreuses femmes receveuses qui ont fait « *l'expérience de l'étranger* ».

Une étude américaine intitulée *Le nom de mon père est donneur*[113] permet de confronter l'expérience et l'opinion d'adultes ayant été conçus par don de sperme à celles de personnes adoptées ainsi qu'à d'autres ayant grandis avec leurs parents biologiques.

L'étude a été réalisée sur Internet entre les 10 et 28 juillet 2008.

1687 personnes interviewées se répartissaient ainsi : 485 adultes conçus par don de sperme, 563 adultes ayant grandi avec leurs parents biologiques et 562 adultes issus d'une adoption.

Réalisée par le cabinet Abt SRBI de New York, l'étude a été conduite par Elizabeth Marquardt de l'Institute for American Values, et avec le sociologue Norval Glenn de l'université d'Austin (Texas) pour le compte de la Commission sur l'avenir de la condition parentale, un groupe d'universitaires et d'experts qui réfléchit à *« la situation juridique, éthique, sociale et scientifique des parents dans la société contemporaine »*.

[113] My Daddy's Name is Donor.

Le portrait-robot des enfants nés par IAD qui découle de l'enquête dessine des hommes (52 % de l'échantillon) et des femmes (48 %) plutôt mal dans leur peau, donnant le sentiment d'avoir subi un préjudice, et gênés par les « circonstances » qui ont présidé à leur conception. Près de la moitié reconnaît y penser *« plusieurs fois par semaine voire plus ».*

Le fait que l'argent ait interféré dans leur naissance apparaît comme une source de préoccupation importante, 42% d'entre eux jugeant le fait de vendre du sperme ou des ovules à des personnes qui veulent avoir des enfants comme *« une mauvaise chose »*, contre 24% des adultes ayant été adoptés et 21% des personnes issus de parents biologiques.

Un sentiment de malaise semble très fort chez une partie significative d'entre eux : 25 % acquiescent à l'idée, suggérée par les enquêteurs, que *« personne ne les comprend vraiment »*. Un sentiment éprouvé par 13 % des adoptés et 9 % des enfants biologiques.

Les relations, amoureuses en particulier, de ces personnes sont affectées par cet inconnu qui pèse sur leurs origines. Près de la moitié (46 %) sont ainsi d'accord avec l'item suivant « *quand je suis attiré(e) par quelqu'un, je suis inquiet(e) du fait que je pourrais lui être apparenté(e) ».* De la même manière, 43 % des adultes nés de don de sperme *« redoutent d'avoir une relation sexuelle avec quelqu'un avec qui [ils pourraient être] apparentés sans le savoir »*. Une crainte qui n'est guère partagée par les adultes adoptés (16 %) et encore moins par ceux ayant grandi avec leurs parents biologiques.

La civilisation se défait dès lors que prime le chiffrable : dividendes, parts de marché, records… Le principe même du marchandage est que le consommateur est par nature insatisfait et insatiable, condition pour qu'il continue à consommer de manière compulsive. De fait, le prix des ovules est en hausse et c'est à des rapports humains crispés et violents que l'on aboutit, et non pas à l'harmonie d'une communauté comblée. Ces jeunes adultes jugent notre société et nos prouesses techniques comme une nouvelle forme de relations dans lesquelles les individus sont livrés sans défense à des grandes organisations qui opèrent selon eux, une rationalité par rapport à une fin. Ils se sentent livrés, sans avis à donner, dans une sorte de machinerie aux forces irrésistibles. Comme si le triomphe de la technique allait nécessairement de pair avec l'exacerbation d'une aliénation.

De quel droit m'avez-vous imposé ma naissance ? L'expérimentation sociale en matière de filiation serait dangereuse et l'expérimentation sur nos enfants encore plus. Elle s'opposerait à la Convention des Nations Unies (1989) relative

aux droits de l'enfant qui traduit une évolution de leur place et de leurs droits dans notre société.

Il y a, dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, quelques articles fondamentaux qui fixent des principes, incontournables, primordiaux.
L'article 3 ch.1 fonde le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant :

> « *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.* »

Cette disposition, si on l'analyse dans son ensemble, ne donne aucune explication particulière sur la manière de l'appliquer, ne fixe aucun devoir particulier, ni n'énonce de règles précises. Elle pose un principe : *« L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. »*

Est-ce que cette question *primordiale* a été soulevée lors de la possibilité de la vitrification des ovocytes en contrepartie du don ? Est-ce que cette question *d'intérêt supérieur* a été discutée pour les enfants des couples donneurs (déjà existants) dans les débats qui portent sur la révision de l'anonymat ?

A toutes ces questions la science-fiction répond (et seule la science-fiction peut le faire ?) livre après livre, film après film, de façon passionnante et attractive. Pour Aldous Huxley, dans *Brave New World,* paru en 1932, l'amour humain dans sa pureté permettra peut-être d'échapper à l'uniformité génétique qu'annonce la science. Sinon, nous resterons dans un monde sous conditionnement pour une civilisation « zéro défaut », un monde où Shakespeare serait interdit parce que trop vieux, un monde stable avec des gens heureux puisqu'ils obtiendraient ce qu'ils veulent, et ils ne voudraient jamais ce qu'ils ne peuvent obtenir.

En 1997, François Jacob, prix Nobel de médecine (1965), jouait dans la même tonalité quand il écrivait : « *Il s'agira d'enfanter sans sexe, sans partenaire, sans plaisir et sans spermatozoïdes, et peut-être aura-t-on la paix dans le monde.»*

De la même façon, et sur un sujet proche, Claire Bretécher nous faisait vivre, déjà en 2006, le *destin de Monique* ou *la saga génétique*, nous faisant entrevoir ce que pourrait être la vie d'une femme libérée.

Possible que cette réalité technique et froide inspirera une jeune génération qui transmutera nos violences en créativité. C'est ce que Marc Bauloye vient de faire en écrivant un nouveau tome de Damoclès, *Perfect Child*. Une bande dessinée où l'on y voit un monde où tout s'achète, pourvu qu'on y mette le prix. La société « Perfect Child » s'occupe du don d'ovocytes et a fait la fortune de sa fondatrice. La mission de l'héroïne, Ely, commence à une soirée de présentation des donneuses. Le scénariste Joël Callède nous propose une intrigue explosive, dans un monde futuriste pour cette œuvre dont le thème central, le don d'ovocytes, est parfaitement d'actualité… Un thriller très réussi qui nous projette en avant et peut nous faire saisir ce que peut devenir l'activité du don d'ovocytes lorsqu'elle est soumise à une logique comptable et managériale.

Changer les règles du don, c'est possible mais cela revient à changer aussi les symboliques, en l'occurrence la nature du contrat social et les conceptions que l'on a de la protection des personnes. En prônant l'*efficacité* et la *rentabilité,* cela fait courir le risque d'effets dominos sur d'autres pratiques comme le don d'organes à partir de donneurs vivants ou décédés (proches et parents) ainsi que sur la filiation dans notre société.

Est-ce bien ce que nous voulons ?

C) Autour du mythe de la ressemblance

1) L'appariement en question

Une famille, peut être considérée comme un groupe ayant des intérêts communs, mais aussi des divergences et des conflits. Chez l'homme, un de ces conflits provient de l'incertitude de la paternité. Or, le don d'ovocytes conforte le père dans l'idée qu'il est réellement le père et va peut-être jouer un rôle important dans ce jeu auquel nous nous prêtons tous lors d'une naissance : à qui cet enfant ressemble t-il ?

La procédure d'*appariement*, comme certains aiment la nommer n'est pas une science qui cherche, assurément, à faire passer la mère stérile pour la mère biologique. La médecine n'est pas soucieuse d'une illusion mais elle cherche à ne pas mettre mal à l'aise le couple receveur, tout simplement. C'est pourquoi lorsque certains caractères phénotypiques ne sont pas les mêmes que ceux de

la donneuse, il y a toujours une discussion entre médecin du CECOS et le couple futur parent qui débouche sur un accord.

Il importe de faire comprendre aux enfants issus d'un don, qu'il n'y a pas à la base UNE donneuse attitrée pour eux, mais que cela a marché cette fois là, avec le don de celle-ci qui aurait bien pu être une autre ! Un hasard, une indétermination originaire qui existe aussi bien dans un laboratoire d'aide médicale à la procréation que dans la reproduction dite naturelle. Soulignons-le, c'est le fait de l'existence qui est ici en cause, et en cause comme don : pour l'homme, l'existence se reçoit ; et c'est pourquoi ce sujet humain peut confesser son passé comme survenu et non comme simple destin ; il peut dire son présent comme naissance incarnée et il peut s'ouvrir à l'accueil de ce qui vient.

Sans vouloir sous estimer le rôle essentiel du biologiste, le processus de fabrication d'un nouvel être, que ce soit avec les propres gamètes de ses parents ou que ce soit avec l'aide d'un donneur(se), nous échappent toujours… Chaque naissance, chaque conception est l'impensé par excellence, un moment porteur d'une charge symbolique et émotionnelle qui cherche à échapper à la maitrise scientifique, un continent noir.

Pour le couple infertile, accepter de passer par le don d'ovocytes doit devenir un choix, un choix commun et non pas quelque chose qu'il faut subir. Il existe d'autres choix : choisir d'adopter ou de ne pas avoir d'enfants ou attendre une grossesse miracle. C'est un difficile choix mais certains couples l'ont fait et n'en deviennent pas plus malheureux. Ce qui peut rendre malheureux c'est de se retrouver dans une situation non choisie et qui entraîne à détester de « *devoir passer par là* », à détester la nature qui rend infertile et détester toutes les femmes fertiles y compris la donneuse. Or, je crois que cela représenterait la pire situation car la femme receveuse pourrait être amenée à en vouloir à l'enfant d'arriver trop tard, de ne pas lui ressembler suffisamment ou le penser comme le seul enfant de son conjoint et pas le sien. Ces idées ne pourraient pas être sans conséquence sur la qualité des relations avec l'enfant et la santé psychique de celui-ci. J'ai entendu plusieurs témoignages de la part de pédiatres ou de médecins obstétriciens qui ont rencontré ces femmes « perdues » en post-natal. Un malaise, au moment de la naissance, qui s'exprime par une non reconnaissance, une *non ressemblance*. Il faut que les femmes puissent s'identifier, se retrouver dans cet enfant pour qu'elle le fasse sien.

2) La reconnaissance en question

La question que se pose toute femme enceinte grâce à un don est cette part d'inconnu qui lui fait craindre de ne pas « re-connaître » l'enfant. Elles m'appellent au téléphone : Et si rien ne me parlait dans cette présence nouvelle ? Et s'il ne ressemblait pas à son père ?

Parfois le malaise augmente au cours de la grossesse, au confluent du désir de connaître et de la peur de voir. C'est une question de mois, de jours, de minutes, la vie vivante va lui jeter ce petit dans les bras et lui faire passer l'épreuve sacrée de la reconnaissance.
Il n'y a encore personne à voir et brutalement le petit sera là. Il va y avoir cet instant précis où la mère et le père découvrent et admettent les traits uniques et extraordinairement précis de l'enfant. Visage de l'enfant dans son berceau, barrières invisibles posées dans le temps, chacun distingue confusément à travers elles un peu de ce qui s'est passé, mais du vécu et du passé chacun ne touche plus qu'une froide surface, une froide et lisse surface d'irréalité, d'oubli volontaire. L'histoire ne dispose que du frêle refuge des mots. L'important n'est pas de raconter mais une transmission discrète. Le regard admiratif des parents se déversant dans une nouvelle pousse veut oublier, se reposer un peu, après toutes ces années. Et puis il ya ce mystère, ce jeu de la ressemblance auquel nous nous soumettons. Cette impression de reconnaissance, ce très long fil du familier, tressé avec le fil de l'étrangère, qui se déroule ainsi, de photographies retrouvées en impressions secrètes. Peut-être ne s'agit-il que d'un rituel humain d'accueil…

Vivre ce *personne* puis brutalement celui qu'on a l'impression d'avoir *toujours connu*. Le bébé ressemble immédiatement à quelqu'un. Il ne faut pas qu'il ressemble à quelqu'un *d'autre*, mais à lui-même, pour toujours et avec une écrasante évidence. Comme pour conjurer la peur, une voix lointaine murmure : *« de toute façon, je l'aimerai tel qu'il sera* ». Mais la peur peut insister, j'y ai remarqué un choix de prénom particulier.

Il existe une autre forme de reconnaissance, celle de la femme bénéficiaire du don qui cherche à s'exprimer[114] :

> « *Toute femme ressent un jour cet excès d'amour qui la pousse inconsciemment à espérer un enfant ; un petit être plein de vie qui de bonheur chaque jour emplit. Pour moi le destin en a décidé autrement, durant toutes ces années, nous n'avons connu que déception et chagrin.*

[114] Poème d'une femme receveuse qui m'a été confiée.

Aujourd'hui notre rêve va peut-être enfin se réaliser grâce à votre générosité. Mon cœur est rempli de joie à cette idée, et pourtant je ne peux m'empêcher de verser des larmes en vous écrivant ces mots, je suis si reconnaissante !
Je vous remercie du fond du cœur pour ce merveilleux cadeau, c'est une lueur d'espoir qui s'offre à nous, quelle que soit l'issue de cette aventure, vous serez à tout jamais gravée dans nos cœurs. »

Alors on se sent fragile (la sage-femme), on se prend à prier sans croire en rien.

3) La donneuse en question

Du côté de la donneuse :

« Il est son enfant, pas le mien. »

« J'ai fait ce don pour aider d'autres couples à devenir parents, pas pour avoir moi-même d'autres enfants. »

Mon interrogatoire durant deux ans m'a prouvé qu'elles n'ont rien oublié même si elles n'en n'ont pas reparlé, ni dans leur propre famille, ni avec la famille pour laquelle elles ont donné. C'est par contact téléphonique, deux ans plus tard, qu'elles m'ont confié leur ressenti : certaines ont fait des calculs sur l'âge des enfants potentiellement nés de leur don, d'autres cherchent un visage dans les poussettes qu'elles croisent. La plupart ont peur que ces enfants leur ressemblent (alors qu'elles affirment toutes que leurs propres enfants leur ressemblent peu). Ce questionnement n'est pas vécu comme une souffrance. Elles avouent avoir un imaginaire qui *galope…* Elles n'ont pas oublié mais elles interprètent un réel qui a été vécu en le recréant de façon fictionnelle puis elles s'accommodent de cette réalité psychique. Je n'ai pas eu de témoignage de désarroi.

4) L'enfant en question

Reste les enfants nés d'un don, dont certains (une minorité ?) souhaiteraient voir *leur* donneur (je souligne le possessif). Quelques enfants issus d'un don de sperme (une centaine ?) ne peuvent calmer leur angoisse car ils nous disent vivre l'anonymat comme une idée austère et froide, un principe qui pour eux ne

propose aucune explication mais impose un ascétique renoncement. Ils affirment qu'il leur manque une moitié de leur visage, de leur identité, une moitié de tout ; ils la cherchent partout (dans le métro…) parfois jusqu'à l'obsession.

Arthur souffre t-il d'être génétiquement le fils de sa mère ?

L'individu, et à plus forte raison l'enfant, ne peut être appréhendé comme un être humain à part entière s'il est considéré comme le produit du seul corps de sa mère.

Appartenir au pouvoir de la science ne peut que faire ressembler l'enfant aux gamètes utilisée ! Une vie affective saisie dans les questionnements de la ressemblance, cela se rencontre partout. L'angoisse invoquée n'est donc pas spécifique par rapport à celle que vivent d'autres jeunes, dans les autres familles.

Mais un nombre croissant d'individus se définissent comme victimes. Or, la victimisation n'est pas seulement l'expression d'une réalité objective, c'est aussi, c'est d'abord une interprétation largement appuyée sur l'imaginaire : l'enfant personnalise un donneur de sperme, il va le rêver, d'une certaine façon le cannibaliser. On peut noter à quel point le donneur prend à ce moment là, dans la vie de ces jeunes, une présence et une ressemblance imaginaire qui envahit leur psychisme et les déstabilise. Or, ce donneur n'a jamais souhaité participer à leur histoire de naissance et de croissance. Quant à découvrir sa formule ADN, elle ne nous fait pas saisir l'essence de nos vies !

Ils invoquent aussi la crainte de l'inconnu qui risquerait, de leur faire rencontrer un « *frère* » ou une « *sœur* », selon leurs termes, et donc de commettre l'inceste ; cela résulte d'une confusion sur ce qui définit et fonde l'interdit de l'inceste. Car celui-ci n'engage en rien une communauté biologique : un frère et une sœur depuis un lien adoptif sont incestueux s'ils ont une relation sexuelle, alors qu'ils n'ont rien en commun d'un capital chromosomique. L'interdit de l'inceste protège tout enfant de consommer une vie sexuelle avec celui ou celle qui est son frère ou sa sœur en tant qu'il a en partage avec lui, avec elle, une dette commune à l'égard des mêmes parents : c'est là la définition anthropologique du « frère » et de la « sœur », c'est là le rôle et la définition de l'interdit de l'inceste, au profit du développement psycho-affectif de l'enfant. C'est d'ailleurs pour éviter ce type de risques que le nombre d'enfants par donneur ou donneuse est limité à dix. Il existe davantage de probabilités de tomber amoureux d'un demi-frère ou d'une demi-sœur issus d'une relation

extraconjugale, qui concernerait 3 à 4 % de la population, que d'un demi-frère ou une demi-sœur issus d'IAD ou de DO.

Le fait est là, ce sont des enfants (dix-neuf témoignages sur le site de l'association PMA) issus de dons de gamètes (IAD) aujourd'hui trentenaires, qui demandent des comptes au milieu médical sur leur filiation biologique.

Il nous faut nous rendre à cette réalité, celle de la demande de ces enfants que la société, par défaut de réflexion en amont, a, sans le vouloir et sans l'imaginer, floués d'un quelque chose. Un droit ? Celui de connaître ses origines ?

Il me semble que la réponse est plus complexe.

> *« Au début des années soixante-dix, 95% des couples n'avaient pas l'intention d'informer leurs enfants*». [115]

C'est pourquoi les médecins se sont mis au service d'un secret que la société demandait. Aujourd'hui les choses ont changées. Et même si pour un don d'ovocyte, la protection est parfaite : du fait de la grossesse et de l'accouchement, *mater semper certa est* – l'objectif de tous, n'est pas de fourvoyer la jeune génération dans un passé douloureux et un avenir incertain.

La figure symbolique de cet aspect duel de la pensée, le passé et le futur, est celui représenté par le dieu Janus. Le passé et l'avenir mélangés reproduisent bien souvent le désir des hommes de croire que ce qui a été fait est une garantie de ce qui sera. Telle n'est pas l'image que nous offre le symbolisme de Janus. En effet les visages opposés dont les regards ne peuvent jamais se croiser représente l'avenir comme lié au passé mais néanmoins indépendant.

Le futur ne cherche pas à regarder le passé.

C'est pourquoi, par ailleurs, la figure de Janus se soude avec la question de l'origine.
Ce dieu aux deux visages a fasciné et fascine toujours : son double front constitue une double appartenance à ce que nous sommes, c'est-à-dire à la liaison que le cours des choses produit sur nous-mêmes. Si nous restons partagés entre le passé et le futur, notre existence risque d'être figée dans un présent perpétuel où les mêmes questionnements perdurent d'années en années. N'est ce pas le mal dont est atteint Arthur ?

[115] J.-M. Kunstmann, *Secret, anonymat et assistance médicale à la procréation*, enseignement du 15 janvier 2004 donné à l'Université René-Descartes cité par Irène Théry, « L'anonymat des dons d'engendrement est-il vraiment éthique ? », *Esprit***,** mai 2009, p. 156. **(129)**

Il y a nécessité d'un passage et Janus se présente comme l'image d'un temps à l'autre. Il est par ce fait considéré aussi comme le dieu des portes. « *Parce qu'à Janus était consacré tout commencement* »[116]. Lever l'anonymat serait-il lever la porte ? Ou bien un leurre qui déstabiliserait l'équilibre de deux familles, en instillant l'idée que la biologie participerait au lien familial ?

Dans tous les cas de naissances, dans toutes les histoires de famille, il s'agit de raconter à l'enfant d'où il vient et de le lui faire croire. Qui va vérifier ? On peut considérer que ce montage confirme l'artificialité de toute conception et par conséquent ne discrimine aucun enfant. Le vrai problème du don est, selon moi, non pas tant l'anonymat que celui de l'explication donnée à l'enfant de son mode de conception par les parents. Comment lui dire ? Avec quels mots ? Que lui dire ? Sur sa mère et son père ? Sur la donneuse ? Avec quelles limites ?
A ce sujet, ne faut-il pas rappeler que nous n'existons pas seulement dans notre corps ; nous existons aussi dans le langage. Lorsque l'on dit que l'être humain est un être de langage, cela signifie que son existence psychique dépend beaucoup plus de la place qu'il a occupé dans les paroles avec lesquelles ses parents se sont aimés ou haïs que de l'acte sexuel ou l'acte de la PMA qui lui a donné corps. Il me semble que c'est au père de révéler à l'enfant la vérité des mots (et non d'une technique) et des sentiments ayant présidé et décidé de sa conception. Ainsi le père installera, transmettra le socle immatériel, les bases sur lesquelles l'enfant aura à se construire. C'est de cette façon que le père remplie son rôle de père : il ne peut porter l'enfant dans son ventre ; il n'a que sa tête où l'attendre. Il est donc théoriquement mieux placé que la femme pour accueillir l'enfant dans ses structures mentales afin que celui-ci y enracine les siennes. C'est là toute la signification du nom comme prise de parole. L'accueillir dans son nom, c'est l'accueillir dans le langage, dans une histoire et c'est assumer d'être pour lui une instance constructive, se démarquant de la mère, qui, parfois en PMA, devient trop envahissante.

Rappelons-nous : le seul des enfants d'Adam et Eve à être viable, Seth, est aussi le seul à avoir été conçu dans la parole, le désir et le nom d'un père.

Ainsi, le mieux-être des enfants du don passerait plutôt par un accompagnement psychologique des parents, avant, pendant et après le don. La prise en charge devrait être plus présente afin de les aider à se libérer de leurs craintes et angoisses et à se préparer *à la libération de la parole* vis-à-vis

[116] Servius commentateur de Virgile cité par Pierre Grimal dans "Le Dieu Janus et les origines de Rome" (Berg) p. 43.

de leurs enfants.

D) Autour de la puissance des gènes

1) La traçabilité des gènes

La surprise reste cette importance mise sur le biologique dans notre société et cette vision déterministe du gène. Les références aux traits génétiques abondent dans les feuilletons, les téléfilms, les films, la presse, les magazines féminins…
Le gène est ainsi devenu une *« icône culturelle* », un « *équivalent laïc de la conception de l'âme dans le christianisme* » disent Nelkin et Lindee Source spécifiée non valide.**.**
Il incarne la vérité cachée du sujet malgré ses subterfuges d'apparence. La croyance fait tâche d'huile et se diffuse à la manière d'une culture de masse venant expliquer magiquement les ressemblances**.** *La discipline ADN* est la projection biologique des structures mentales et physiques du sujet. La transparence du gène serait celle du sujet, un dévoilement sans recours de son destin en termes de maladies ou de comportements. Le génome, une séquence de trois milliards de bases, peut être enregistré sur un seul compact disc (CD), et l'on pourra, comme l'écrit W. Gilbert « *tirer un CD de sa poche en disant : voici un être humain ; c'est moi* ! » Source spécifiée non valide.

Le gène est devenu une ambiance de nos sociétés contemporaines, une mythologie moderne, un mot clé et magique des conversations ordinaires en termes ironiques ou sérieux.

Toute filiation devra être sûre et vérifiable au non d'un droit à savoir.

Il ne faut pas oublier qu'avec les tests génétiques mis sur le marché, la vérification se pose inévitablement pour toute la population. Quand on parle de clarté concernant les enfants nés d'un don de gamètes, il faudrait que la société commence par elle-même. Quelle est la famille où tout est intelligible ?

En ce qui concerne les données de notre étude, nous avons pu constater que d'une façon générale, ce n'est pas le capital ADN de l'ovocyte qui réalise la mère. « *Parce que je n'ai pas porté l'enfant* ». « *Parce que je n'ai pas désiré un enfant* ». Ce qui est corroboré dans d'autres études comme celles déjà citées de Kalfoglou et Geller, 2000 et celle de A.Skoog Svanberg et al. 2003.

Pour de nombreux médecins, généticiens, psychologues, philosophes, le lien biologique reste très relatif dans l'établissement d'une relation filiale. Mais, en ce qui concerne le régime de la filiation, on sait que la loi française privilégie la filiation biologique, comme le reconnaît l'article 312 du Code civil :

> « *L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari. Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant en justice s'il justifie des faits propres à démontrer qu'il ne peut en être le père*. »

Le fait que la filiation, en raison de l'évolution des mœurs, ne soit plus liée exclusivement au mariage, explique, à mon sens, cette montée en puissance du biologique, critère ultime de vérité de la paternité.
Notre époque revit un engouement pour *les liens du sang* et pour la recherche de l'arbre généalogique de la famille. Les gens vont dans les mairies de leur région natale, collectionnent les actes de naissance et de décès, fascinés et déçus devant des archives muettes ou pauvres. Est-ce la traduction d'un besoin de se ressourcer ? Un besoin de tout connaître ? Un besoin de se rassurer ? Nous voilà à l'affût, non seulement d'ancêtres célèbres mais aussi de secrets à percer : aux enfants de l'IAD il faut ajouter ceux nés de père inconnu, et ceux qui ne sont pas nés de leur père officiel. Il ne reste plus ensuite qu'à gérer cette vérité. Cela doit-il passer par des comptes à rendre ?

Cette exigence de racines, savons-nous bien de quoi il en retourne ? A quoi correspond ce souci *d'identité* ?
Une de mes hypothèses de travail est de penser qu'à défaut de ne plus posséder de terre, de ne plus porter de blason de famille, de ne plus connaître sa terre natale et les tombes de ses ancêtres, les hommes veulent s'approprier une connaissance de leurs gènes. Un bien qu'ils vont considérer comme repère, label d'authenticité, preuve d'une continuité d'un peu de soi au-delà de la mort.

Il est probable que l'utilisation des tests génétiques va s'accroître à des fins de prédiction. Elle s'étendra à l'échelon des individus, des communautés et des familles, surtout pour les maladies plurifactorielles, de loin les plus fréquentes.
Les tests de paternité (vendus sur internet) présentent un réel danger pour la sécurité des familles, compte tenu du nombre des pères « juridiques » présumés qui ne sont pas en réalité les pères « biologiques », le plus souvent sans qu'ils le sachent. Les chiffres les plus inquiétants quant aux mœurs de la famille française sont cités, faisant de notre pays la scène d'un gigantesque vaudeville.

Noëlle Lenoir, en 1991, dans son rapport au Premier ministre qui servit de base au projet de loi sur la bioéthique déposé au Parlement, affirme:

> *« Il n'existe pas d'étude sérieuse sur le nombre d'enfants adultérins, mais les chiffres de 10 à 20% d'enfants présumés légitimes, et en réalité adultérins, sont parfois avancés. On imagine les effets redoutables que pourrait entraîner le libre accès aux techniques d'empreintes génétiques, si elles étaient demain à la portée de n'importe quel laboratoire. Il faut donc encadrer cet accès* ».[117]

Aucune source scientifique n'est fournie sur ces chiffres mais on retrouve un texte[118] paru dans l'édition générale 1991 de la Semaine juridique qui dit ceci:

> *« Une telle enquête [génétique] familiale risque cependant de troubler la paix des familles lorsque l'on sait que près de 10% des enfants légitimes aux yeux de la loi sont en fait des bâtards... sans oublier les milliers d'enfants nés d'une insémination artificielle avec donneur dans des couples légitimes ».*

Une source de cette donnée est citée dans le Jurisclasseur périodique de l'année 1984. Là, on y découvre une courte, mais violente polémique[119] entre deux éminents juristes sur la présomption de paternité légitime au travers de l'analyse sanguine. Les juristes fournissent comme référence à leurs affirmations un ouvrage intitulé *Droit de la filiation et progrès scientifiques*[120] dans lequel figurerait une étude du docteur Denise Salmon, chargée de recherches au CNRS, dont il cite l'extrait suivant:

> *« 7 à 10% des enfants ne sont pas des enfants biologiques de leur père légitime. Le plus souvent, il s'agit de l'aîné. Bien des familles s'accommodent de ces adoptions involontaires et les études génétiques qui révèlent ces incompatibilités doivent se montrer discrètes. Il est à craindre malheureusement que l'aura qui entoure ces études et la curiosité des sujets intéressés ne rende de plus en plus délicat le maintien du secret ».*

---

[117] *Aux frontières de la vie: pour une éthique à la française* Documentation française 1991 p. 73.
[118] Doctrine 3497 p. 107, note 40
[119] JCP 1984 doctrine 3171
[120] Labrusse et Cornu (sous la direction de*): Droit de la filiation et progrès scientifiques,* éditions Economica 1981.

Cette fatidique formule, prononcée en juin 1978 lors d'un colloque scientifique à Paris sera pillée par des rédacteurs ultérieurs adeptes de la lecture rapide. Cette estimation, sans valeur statistique, allait être instrumentalisée et fantasmée, puis gonfler pendant treize ans, pour devenir dans un rapport officiel de référence *« 10 à 20% d'enfants ».*

Cette petite histoire est là pour nous rappeler la complexité psychologique de la vérité en filiation et la puissance du fantasme...

Nos sociétés modernes sont construites sur la science et elles se rassurent en pensant que des richesses et des pouvoirs bien plus grands seront possibles demain. Par exemple, la thérapie génique somatique et la thérapie génique germinale devraient être un formidable outil de connaissance et d'applications thérapeutiques.

Cette dernière intervient directement sur des gamètes, l'œuf fécondé ou les premiers stades de la division embryonnaire alors que les cellules sont totipotentes, c'est-à-dire indifférenciées. Dans ce cas, la modification se transmettra à la descendance de l'individu, ainsi génétiquement manipulé. La thérapie génique représente plus qu'une innovation thérapeutique, elle ouvre la porte à la modification du patrimoine génétique humain et soulève des problèmes éthiques, juridiques et sociaux fondamentaux. Elle est condamnée aujourd'hui par toutes les instances, condamnation qui ne pourrait peut être pas résister au cours du XXIème siècle, aux pressions scientifiques et idéologiques. Quant à la constitution de banques de cellules souches embryonnaires à partir de blastocytes d'embryons, obtenus par fécondation *in vitro* et cultivés *ex vivo,* elle offre des perspectives intéressantes dans la recherche thérapeutique. D'indifférenciées, la science a réussi à les différencier, à générer des tissus tolérés par tous les receveurs. Les mêmes résultats ont été obtenus à partir d'embryons avortés de 5 à 9 semaines. Il pourrait s'agir d'une potentialité thérapeutique largement exploitable car les enjeux économiques en sont considérables, si toutefois la barrière de l'interdiction de l'expérimentation sur l'embryon était levée.

Ainsi grâce aux progrès de la médecine curative, préventive, prédictive, à la thérapie par substitution d'organes humains, à l'enrichissement de l'arsenal thérapeutique, au génie génétique, on se vantera bientôt d'une meilleure prise en charge de la *manière de vieillir* du début à la fin de nos vies.

Quid dans cette perspective d'une médecine de solidarité ? Quid du système du don ?

En 1973, Jacques Monod écrivait déjà :

> « *En trois siècles la science, fondée par le postulat d'objectivité, a conquis sa place dans la société : dans la pratique mais pas dans les âmes. (…) Mais aussi de même qu'un « choix » initial dans l'évolution biologique d'une espèce peut engager l'avenir de toute sa descendance, de même le choix, inconscient à l'origine, d'une pratique scientifique a-t-il lancé l'évolution de la culture dans une voie à sens unique ; trajet que le progressisme scientiste du XIX*[e] *siècle voyait déboucher infailliblement sur un épanouissement prodigieux de l'humanité, alors que nous voyons aujourd'hui se creuser devant nous un gouffre de ténèbres. »* Source spécifiée non valide.

« *Gouffre de ténèbres* », « *trajet à sens unique* », le système du don (en gardant son sens originel) ne peut-il relever ces défis ?

Nos sociétés modernes se sont vite accommodées des richesses et des pouvoirs que la science leur découvrait. Mais elles n'ont pas entendu le message de la science : le risque d'une définition nouvelle et unique de la vérité, l'exigence d'une révision totale des fondements de l'éthique et d'une rupture totale avec la tradition. Ces oppositions traduisent en réalité des visions politiques très différentes. Ainsi, l'association SOS identité, créée à l'initiative du Club de l'Horloge, dans un communiqué du 5 janvier 1990, affirme que*:*

> *« La science, de par la technique des empreintes génétiques, ouvre la voie à une liberté nouvelle »* et que : *« Cette découverte répond à un besoin fondamental de l'homme qui entend savoir qui il est, de qui il est issu et quelle est sa lignée ».*

On imagine très bien ce que signifie cette « *liberté nouvelle* » pour les tenants de la théorie de la différenciation fondée sur l'hérédité ou la race...

La fatalité du biologique ferme l'espace des possibles et la liberté, au lieu de s'affranchir à l'égard du corps, va s'enraciner pour se nourrir à la sève de l'hérédité et du passé. Dès lors, dans cette conception, être soi c'est vouloir tout connaître de cet enchainement originel inéluctable. Ce privilège accordé au corps, cet enracinement accepté, peut servir de base ontologique à tout

système totalitaire. La société qui découle de cette conception perd le contact avec l'idéal de liberté et surtout la revendication et la conquête de la liberté laissent la place à la quiétude d'être « *de la même famille parce que du même sang* ».
Jouissant de toutes les richesses, nos sociétés modernes tentent encore de vivre et d'enseigner des systèmes de valeurs déjà ruinés, à la racine, par la science elle-même.

Les traditions animistes et religieuses expliquaient à leur façon les mystères de la vie et de la mort.
La tradition juive nous apprend que nous recevons de nos parents autre chose que des gènes. Nous recevons l'appartenance à une lignée intérieure à la Communauté d'Israël, ce que le Talmud exprime par le terme de *ihouss.* L'*ihouss,* l'insertion dans une lignée, est une notion par elle-même qui ne se réduit à aucune autre. L'*ihouss* ne se réduit ni à une notion biologique telle que la race, ni à une notion culturelle, même si la biologie ou la culture peuvent participer à sa constitution. C'est à la naissance que le juif reçoit son *ihouss,* avec l'incarnation de son moi. Ce surplus d'identité lui est transmis par l'intermédiaire de ses parents, sans relation avec leurs gènes. D'autant qu'il faut comprendre que la tradition qui transmet le signifiant de la Torah est une tradition qui paradoxalement vient de l'avenir et non du passé. Ce supplément, donné à la naissance, à chaque homme, est une sorte de dépôt précieux qui tout à la fois lui appartient et ne lui appartient pas.
Cet héritage rassemble et ne limite pas la communauté d'Israël à l'ensemble des Juifs vivants à un instant donné. Cette fraternité, cette communauté de destin, se constitue dans un processus historique se déroulant le long de lignées d'engendrement. L'*ihouss* signifie l'appartenance à ce processus, commencé il y a plusieurs milliers d'années avec Abraham si on suit le récit biblique et qui ne vise à rien de moins qu'à la formation ultime d'une humanité exemplaire, d'une humanité véritablement humaine.[121]Dès lors, l'engendrement familial se trouve englobé dans une transmission d'envergure supérieure.
A l'évidence, nous sommes encore bien loin d'y être parvenus mais le fait que la route soit longue ne nous autorise pas à nier que nous y sommes engagés. Assumer l'*ihouss* ne consiste pas à se plier à des conventions sociales et encore moins à veiller au maintien ou à la promotion d'un pouvoir de classe. La responsabilité qu'impose l'*ihouss* est relative à un ordre éthique, à une « histoire éthique », où ce qui est en jeu est une chaîne de constitution

[121] Ezéchiel, 34 :31 : « *Et vous, mes brebis, vous êtes le troupeau humain que je fais paître, et moi, je suis votre Dieu » bible de Jérusalem.*
[122] Citation dans notre étude.

d'identités personnelles le long d'une lignée d'engendrement et là encore, dans cette responsabilité inaliénable, le moi est en situation d'unicité.

Pour en revenir au mythe du gène qui caractérise notre époque, Michel Morange, biologiste à l'ENS, nous rappelle dans son livre *La part des gènes*

> *« L'idée couramment répandue qu'il existerait des gènes « pour » les principales caractéristiques structurales et fonctionnelles d'un être vivant est erronée. Tout ce que disent les très nombreuses expériences des généticiens, c'est simplement que la modification de gènes particuliers peut avoir des conséquences précises sur ces différentes caractéristiques. Les gènes ne sont qu'une mémoire, qui permet de fabriquer les composants essentiels du vivant que sont les protéines.»* Source spécifiée non valide.

L'idée que « tout est génétique » commence à être sérieusement ébranlée. Ce qui ramène l'ADN à de simples données interprétables par des « machines cellulaires » *Un apport indispensable*[122]*.* L'important, c'est l'environnement cellulaire plus que l'ADN. En don d'ovocytes, cela affirme le rôle prépondérant du corps de la femme receveuse.
Les facteurs « épigénétiques », la relation entre la structure d'un génome et l'état d'expression des gènes, fait apparaître une complexité fonctionnelle beaucoup plus grande que l'idée simpliste de l'ADN « programme » commandant la cellule.
Plus que jamais la biologie devrait s'enseigner différemment dans nos écoles.

2) La dissociation de la filiation et ses conséquences

L'Aide Médicale à la Procréation conduit à une dissociation de la filiation. La nécessité de la technique fait ressortir ce qui est de la filiation biologique (gènes), de la filiation juridique (social), et de la filiation narcissique (la ressemblance). Or le biologique est le support du narcissique. Notre tort serait de vouloir mettre un ordre d'importance, une hiérarchie. En fonction de chacun, ces différentes parties prendront de l'importance. L'importance en médecine est de laisser les couples s'exprimer sur ces différents points.

Il importe de mettre au jour, avec eux, toutes les croyances, tous les fantasmes concernant la transmission génétique. Est-ce la génétique ou l'éducation qui

prime sur la constitution du caractère ? Cet enfant, peut-il nous ressembler un peu ?
Chaque histoire de vie produit ses fantasmes que l'on projette sur l'enfant.
Ce qui revient assez souvent dans la bouche de certaines femmes est le fantasme que quelque chose de monstrueux va ressurgir à travers l'enfant. En sachant que chacun peut mettre ce qu'il veut sous l'appellation de monstrueux. Tous les fantasmes importent même s'ils sont farfelus ou extravagants. Ils n'existent pas de bons ou de mauvais fantasmes. Ils sont, le plus souvent, ceux de la femme enceinte ou en désir d'enfant et il faut pouvoir en parler à son conjoint ou à un psychothérapeute.

Avant il y avait la sexualité pour la procréation, puis dans les années soixante, la sexualité sans procréation et aujourd'hui, la procréation sans sexualité. Cette procréation, privée d'étreinte charnelle, est une violence médicale faite au couple parce que non seulement elle porte la sexualité sur ordonnance mais en plus elle apporte une hétérogénéité, une sorte de confusion entre sexualité, gestation, procréation, filiation et désir d'enfant.

Cette confusion s'origine sur 4 points :

- L'AMP va conduire le couple dans une procréation programmée, purement technique, hors désir sexuel. Cela produit sur le couple un excès de pensée sur une procréation qui les porte à adopter leur propre enfant (reconnaissance à la fois juridique et symbolique avant la naissance).
- Un rapport à la procréation nouveau : comme si l'enfant avait été conçu par un seul des deux parents.
- Un rapport spécifique avec le médecin gynécologue qui peut être fantasmé comme *le procréateur tout puissant.*
- Une idée de transgression, qui peut s'intensifier avec la religion dont on est l'héritier.

De tous ces points, on comprend la nécessité de séparer ces conceptions imaginaires et de libérer la pression de leurs fantasmes qui risquent de peser sur l'enfant. D'ailleurs, en ce qui le concerne, on peut se rappeler que chaque enfant invente ses fictions qu'on appelle les théories sexuelles infantiles. Une des caractéristiques de ces théories est qu'elle contourne le sexe. On arrive donc à un paradoxe : sur le plan psychique, nous sommes tous issus de la PMA, car nous essayons tous de court-circuiter la sexualité de nos parents.

3) La théorie de l'imprégnation

Au milieu du XIXe siècle, la médecine s'est intéressée à une théorie dite de « *l'hérédité d'influence ».* Il s'agissait d'une vérité d'expérience, appelée télégonie, et qui supposait l'existence d'une influence durable des caractéristiques du premier mâle sur tous les descendants ultérieurs d'une femelle.

En 1847, le docteur Lucas a publié un livre qui traite de « l'hérédité physique » **Source spécifiée non valide.** et qui reste malheureusement très peu connu de nos jours. Au tome II du chapitre 4, Monsieur Lucas réunit un assez grand nombre de faits qui prouvent que, du plus bas au plus haut de l'échelle vivante, des insectes aux oiseaux en passant par les mammifères et bien sûr par l'homme, la fécondation s'étend bien au-delà du présent immédiat, que l'acte générateur ne donne pas un résultat unique, mais qu'il a des effets multiples durables, et souvent continués longtemps dans l'avenir. Il y évoque en effet ce qu'il appelle de « *l'imprégnation par influence* », tout en admettant que ces faits sont rares dans l'espèce humaine.
Le docteur Francis Devay, peu après, revient à nouveau brièvement sur la question dans son *Traité spécial d'hygiène des familles* en 1858, pour souligner l'intérêt de lancer de vraies recherches.

Dans un premier temps, l'influence de ces auteurs reste restreinte. C'est surtout dans le domaine littéraire que la télégonie humaine connaît une certaine fortune. L'historien Jules Michelet[123] semble ainsi persuadé en son existence ; dans *L'Amour***,** publié en 1859, il écrit par exemple :

> « *Ce qui est sûr, c'est que la veuve a souvent du second mari des enfants semblables au premier.* (…) *Elle vous appartient à ce point que, même si l'amant la féconde, c'est un enfant de vous et marqué de vos traits qu'elle lui donnera le plus souvent. Il aura cette punition de voir qu'il n'a pu avoir d'elle rien de réel ni de profond et que, dans le point capital, l'union génératrice, il n'a pu la rendre infidèle* » ; plus loin, il ajoute : « *la femme fécondée portera partout son mari en elle.* »

Dans son *Histoire de France***,** il cite d'ailleurs le cas du fils de madame de Montespan, qui ressemblerait davantage au premier mari.

Michelet a peut-être lu le livre du docteur Lucas. On sait avec certitude que c'est le cas de Zola, qui a pris des notes abondantes et s'en est inspiré pour écrire sa fresque des Rougon-Macquart, où, en bon « naturaliste », il se plaît à

[123] Jules Michelet, historien français, 1798-1874.

combiner les effets de l'hérédité et du milieu sur ses personnages. De fait, quelques uns des personnages des Rougon-Macquart vérifient la loi de la télégonie : *Nana,* ainsi, ressemble au premier amant de Gervaise, Lantier ; cette théorie est en outre défendue par le docteur Pascal dans le dernier tome de la série.

Mais c'est surtout dans *Madeleine Férat***,** publié en 1868 (avant donc les Rougon-Macquart) que Zola développe la théorie de « l'imprégnation ». Un ami de Zola, Marion, qualifie d'ailleurs *Madeleine Férat* de roman « *sur l'impression de l'ovaire***.** » [124]

D'autres auteurs contemporains reprennent à leur compte la théorie de l'hérédité télégonique, notamment Catulle Mendès, Léon Bloy ou Barbey d'Aurevilly Source spécifiée non valide..

Ainsi, la femme prise par un premier homme subirait une sorte d'empreinte, de moulage qui la marquerait dans sa totalité, mais aussi plus particulièrement dans son appareil reproducteur.

Cette théorie est intéressante (même si elle nous fait maintenant sourire) parce qu'elle réunit les figures obsessionnelles de la relation triangulaire archétypale. En termes psychanalytiques, la femme tient sa force et sa virilité, son énergie au fait qu'elle porte en elle l'« empreinte », l'« imprégnation » de celui qu'elle aime, désire.
Elle peut même engendrer avec le 2ème amant un enfant qui ressemble au 1er !
Zola avait trouvé une caution pseudo-scientifique à cette théorie (fantasme ?) chez Michelet.

Rapporté au sujet qui nous intéresse, l'intervention d'un tiers *n'aurait aucun pouvoir.* La transgression que représente cette part d'un autre ou d'une autre ne peut prendre la place de l'amour.

Cette théorie de l'imprégnation, me revient à l'esprit quand les couples viennent me présenter leur enfant. À chaque fois je suis étonnée de la beauté et de la ressemblance de cet enfant avec leur mère. Comme si la femme receveuse, dans l'acte furtif du transfert, avait pensé à celui qu'elle aime et que cela suffisait à marquer la conception des traits de leur union !

[124] Marion, cité par Colette BECKER, *Dictionnaire de Zola*, Paris, Laffont, 1993, p. 245.

Est-ce le corps de la femme receveuse qui s'approprie l'ovocyte ou bien l'ovocyte qui s'imprègne du milieu et des pensées de la femme ?

Pour Michelet[125], nul doute que la nature résiste quand il écrit ce très beau passage :

> *« Ainsi l'Amour monte, et toujours montera sans arriver. Il ne veut rien que d'absolu, sans fin, sans borne, sans limite. D'instinct profond, il se désire lui-même comme Amour éternel. Il se perçoit tel par éclairs, se sent Dieu, mais s'éblouit… La nuit se referme… L'infini a apparu, disparu… « Hélas ! dit-il, j'avais tant de choses à lui dire » ».*

Théorie de l'imprégnation, théorie fantaisiste certes, mais qui nous rappelle que nous ne sommes pas issus seulement d'un principe de fécondation scientifique avec géniteurs connus. La vie ne commence pas, la continuité est totale et elle n'est pas faite que de biologique. Elle nous échappe, sans doute pour notre bien. Essor vers l'infini, élan dans l'éternité, c'est un fil continu qui se ramifie sans cesse, quasiment à l'infini, comme le feutrage d'un champignon qui envahit la boîte de Pétri. Une cellule, un individu, ou à une autre échelle une espèce vivante, ne sont qu'un instantané figé dans l'espace temps d'un continuum de matière, d'énergie et d'information. Et comme le témoin passe de mains en mains dans une course de relais, l'information génétique est sans cesse transmise par contact et copie, à la fois semblable et différente, de générations en générations et le donneur ou la donneuse apporte une nouvelle copie, en quelque sorte. Ce que la Nature sait faire aussi, toute seule, sous forme de mutations.

II. Don d'ovocytes : une nouvelle idéologie ?

A) De la nécessité de donner

1) Le don d'ovocytes : un don moderne

Comment faire de cette technique une forme de reconnaissance juste, porteuse d'exigences morales et non un concept idéologique ?

Le but de ce paragraphe est de faire voir comment l'irruption du marché conduit au paradigme de la croissance et de la rentabilité, et entraîne une tendance à libérer les membres de la société de toute obligation liée aux

[125] Michelet, *l'Amour*, Notes et éclaircissements, 1859.

rapports sociaux. En fait, on se rend vite compte que le marché ne peut nous nous libérer de certains liens. Des auteurs comme Mauss ou Titmuss pensent que l'intervention de l'État et de ses politiques sociales de redistribution permettent aux individus de se prémunir contre l'envahissement du marché et garantissent aux individus, une liberté de donner, que le marché tend à supprimer. Mais, nous venons de le voir dans différentes propositions, comme celle de la rémunération du don, l'État est pour le moins ambigu dans sa fonction de support du don.

En France, les échanges du don sont pris en charge par l'État, démocratique et providence. Le resteront-ils ?

Ces échanges risquent à tout moment de se transformer en rapports de type marchand. La pratique du don d'ovocytes, comme nous venons de le voir dans d'autres pays, en est l'illustre exemple.
Il est important de rappeler, tel que l'a analysé Jacques Godbout, dans son livre *L'Esprit du don* que :

> « *Le point de départ n'est pas une société archaïque (…) mais une situation où les communautés font partie de royaumes ou d'empires et sont donc « gouvernés » de l'extérieur. Ni la démocratie grecque, ni la démocratie archaïque ne sont à l'origine de la démocratie moderne. Cette dernière résulte de la transformation progressive d'un gouvernement « extérieur » à la société, que l'on s'est peu à peu approprié au lieu de s'en libérer, ou, plus précisément dont on s'est libéré en se l'appropriant partiellement, le don jouant d'ailleurs un rôle non négligeable dans ce processus.* » Source spécifiée non valide.

On peut se rappeler à titre d'exemple le passage du « don à l'impôt » Source spécifiée non valide. d'Alain Guéry.
C'est ainsi que tout un ensemble de « services » entre les personnes sont sortis du système du don direct, assumés cette fois par l'appareil étatique et ses professionnels.

Le don d'ovocytes, don moderne par excellence, se veut être, en France, en dehors du marché et de la fabrication d'enfants. Mais la relation avec nos enfants est peut-être menacée. En atteste le témoignage d'Arthur :

> « *Je me disais que le donneur n'aimait pas ma mère et je me demandais donc comment il était possible que cela ait marché avec elle. J'appartenais plus au pouvoir de la science qu'à celui de l'amour* »,

Ce que l'on peut comprendre, suite à ces quelques lignes, c'est que la technique, via le don, prend le risque de nous faire vivre la naissance d'un enfant comme un produit manufacturé dont nous serions des coproducteurs. Il est possible de généraliser cette remarque et de poser que la société moderne marchande pense tout dans le langage de la production et du travail, ce qui l'entraine à concevoir la naissance comme re-production. Il est relativement vain, dans ce cas, de proclamer parallèlement des chartes des droits des enfants.
Pourtant, le don enrichit le lien et transforme les protagonistes. Notre étude nous l'a montré :

- le lien entre la famille aidée et la famille aidante s'est renforcé (12 femmes sur 12).
- Les femmes donneuses ont ressenti *une fierté* suite à leur geste ; 37 femmes sur 38 pensent *avoir pris une bonne décision.*

Comme si le don contenait toujours un au-delà, un supplément, une plus-value. C'est peut-être ce qui explique le mieux la méfiance qu'entretient le don vis-à-vis de l'argent. Si tout circulait par le marché, *combien pour cet ovocyte* ? Nous constaterions que ce n'est plus le lien social qu'on retrouve, mais l'individu solitaire. Le don, lui, reste insaisissable rationnellement. Il est opérateur symbolique, il est boucle, réseau, énigme et désordre, et va constituer une mémoire. Cette mémoire du don pourra être dite à l'enfant qui grandit et qui, dans le cadre du don d'ovocytes, pourra être révélée à la manière d'un cadeau d'une *possible humanité*.

> *« Un petit bout de moi pour qu'il devienne LE grand bout de quelqu'un d'autre… »* comme l'a écrit Martine, donneuse de ses ovocytes.

« *Sans l'initiative d'un geste gracieux* », pour parler comme Aristote, rien ne peut exister. À son tour, cet enfant sera dépositaire de liens de dons passés et fera circuler à sa manière d'autres liens du don. C'est d'ailleurs la base de la vie : « *L'essence du vivant est une mémoire, la préservation physique du passé dans le présent »* Source spécifiée non valide. **.**

Chacun de nous est passeur du don, que ce soit d'amitié, de soins, d'un sourire… Peut-être n'est-il dans nos mains qu'une petite flamme qu'il dépend

de nous d'alimenter et de ne pas laisser s'éteindre. C'est dans cet esprit du don que certaines femmes (environ 20%) viennent offrir spontanément leurs ovocytes.

Certains argumenteront en disant que l'identité de celui qui a donné doit être connue et que le don d'ovocytes, tel qu'il est pratiqué en France, aboutit à une « *dépersonnalisation du don* » Source spécifiée non valide.**.** Cette façon de faire déconsidérerait l'ovocyte en « *matériau procréatif interchangeable* » et dévaluerait le donneur(se) qui ne serait considéré que comme *« un fournisseur de matériau pour laboratoire »*[126].

En effet, le don en France n'est pas dirigé. Chaque donneuse a en moyenne trois receveuses possibles. Si la ponction d'une donneuse est insuffisante, on peut changer, au dernier moment, le tableau des attributions. Dans l'esprit de faire au mieux et non pas dans une jouissance tutélaire. Cela se fait suite à une information des couples bénéficiaires et avec leur accord. Car il nous faut bien admettre une réalité : l'ovocyte est une exigence générative.
Les techniciens de laboratoire ont simplement besoin de gamètes, matériel de base indispensable pour concevoir l'enfant à naître. D'un point de vue technique, peu importe leur provenance si l'ingénierie biomédicale parvient à réaliser ce projet d'enfant. Les gamètes sont fondamentalement interchangeables et à ma connaissance aucun couple en attente d'un don n'a refusé un changement d'attribution de donneuse.

Enfin, si on se réfère à notre étude, celle-ci montrait qu'une majorité des femmes donneuses (20 sur 38) étaient prêtes à recommencer. Et si, 7 femmes se sont plaintes d'une instrumentalisation, celle-ci n'était pas en lien avec l'attribution des ovocytes mais avec un manque de soutien après le don.

> « *On nous laisse sortir avec une simple ordonnance d'antalgiques et rien d'autre. Je me suis retrouvée SEULE chez moi… »*

Parce qu'il n'existe pas UNE donneuse pour UNE receveuse mais des femmes qui donnent pour que d'autres femmes puissent être enceintes. Nous reviendrons sur cette générosité.

Cette attribution d'un possessif « mon donneur » par les jeunes issus d'un don me semble être une construction bien rapide. De même avec le terme « père biologique ». Que signifie le mot père dans ce contexte ?

[126] Irène Théry, ibid., p 121.

2) Quand le don forme un système

Il faut nous demander en quoi le don forme un système et en quoi ce système serait défendable aujourd'hui ?

La première chose à faire est de prendre pleinement au sérieux la dimension du phénomène social total que Marcel Mauss voyait dans le don et par voie de conséquence, de cesser de le penser dans l'espace de l'ombre économique moderne Source spécifiée non valide.. Il nous faut rappeler que le système du don – le « donner-recevoir-rendre » de Marcel Mauss – n'est aujourd'hui ni mort ni moribond, mais bel et bien vivant. Plus encore, il ne se réduit pas à une notion passablement moralisante mais définit le roc des relations humaines. Aujourd'hui encore, rien ne peut s'amorcer, s'entretenir, fonctionner qui ne soit nourri par le don. A commencer par la Vie elle-même, qui, jusqu'à maintenant encore, n'est ni achetée, ni conquise mais bel et bien donnée. Dans cette reconnaissance de l'existence du don existe plusieurs débats.

D'un côté, Alain Caillé, fondateur du MAUSS (Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales), défend le don agonistique (c'est-à-dire qu'il est le nœud d'un conflit, le théâtre d'un affrontement) comme alternative économique Source spécifiée non valide.. De l'autre, Jacques Derrida et ses disciples, fervents partisans du don absolu, posent l'intérêt comme limite au don classique Source spécifiée non valide.**.**

Pour le MAUSS, le don est une voie à explorer comme alternative à la logique de l'intérêt économique. Le don se retrouve alors dans une position médiane, où il n'est pas totalement séparé de l'intérêt, mais ne lui est pas non plus complètement subordonné. « *À la fois confiance et calcul* », situé à égale distance entre l'achat et le sacrifice, le don est agonistique en ce qu'il est à la croisée de l'utilitarisme et de l'anti-utilitarisme. Je donne car j'imagine que l'on me rendra. Le don est alors une sorte de pari sur l'avenir. Ni désintéressement total (je connais mes intérêts quand je donne), ni instrumentalisation de l'autre (je ne donne pas POUR que l'autre me rende, ni POUR avoir un pouvoir sur lui-elle), le don se situe alors à égale distance entre la gratuité et l'intérêt.

Les Derridiens sont partisans d'une rupture totale avec le modèle de l'économie du retour et du bénéfice. Pour eux, le don n'existe que dans la non-réciprocité, sans quoi il s'entache de calcul et d'une volonté de gratification de la part de la personne qui donne. Ainsi le modèle de don / contre-don n'est pas plus

envisageable que celui du don-dette ou du don-crédit. Quel que soit le sens dans lequel le don se présente, il doit être absolument désintéressé pour rompre avec le modèle économique actuel : il ne doit jamais impliquer autre chose que lui-même, il doit être pur.

Les profils A et B des donneuses que notre étude nous a conduit à décrire illustrent bien ces deux façons de penser le don.

En se définissant contre le schéma utilitariste, les tenants du débat sur le don s'opposent donc sur une ligne claire, celle de l'intérêt. Pour le MAUSS, le don est un mélange d'intérêt et de gratuité, pour Derrida, le don est LA gratuité dégagée de tout intérêt. Jacques Derrida défend la thèse selon laquelle le don n'implique pas une logique de réciprocité. La première conception ne semble pas véritablement rompre avec la logique économique actuelle, et la seconde peut apparaître séduisante, mais ô combien douteuse (presque suspecte) : il s'agirait presque d'une charité chrétienne poussée à bout (je donne pour donner, et seul l'acte importe en ce qu'il est pur et me magnifie). Le débat s'enlise donc très vite de façon plutôt classique : les uns ne sont pas assez radicaux, les autres le sont au point d'être dans un délire de pureté.

Pourtant, l'un des apports de la psychanalyse aura été de montrer qu'on ne maîtrise pas toujours nos racines et motivations les plus profondes : les donatrices d'ovocytes, qui s'imaginent être dans le désintéressement total ou maîtrisant la part d'intérêt et de gratuité de leurs actes, peuvent-elles jamais savoir s'il n'y a pas derrière une recherche inconsciente de gratification ou de pouvoir ? Bien naïf qui penserait le loup définitivement sorti du bois !
Le don peut très facilement comporter des versants refoulés de soumission et / ou d'instrumentalisation de l'autre. La situation de la donneuse n'est pas forcément limpide et sa générosité fiable. Le don d'ovocytes peut lui permettre, d'une certaine façon, de nier l'autre, la femme receveuse, incapable de produire un ovocyte. Ce geste peut servir son inconscient et la placer en position de femme dominatrice.
Quant aux femmes receveuses, qui peut assurer que la gratuité du don ne soit pas difficile à supporter pour certaines d'entre-elles ? Et que dans certains contextes, un paiement symbolique serait une vertu libératrice, l'aveu d'un désir de liquider la dette, et de fait, d'oublier sa stérilité ?

« *Dans l'emprise des bienfaits, le bienfaiteur est intouchable* » Source spécifiée non valide.**.** Nous sommes tous cela, en puissance pour le moins.

Au demeurant, dans ces noires profondeurs, nous retrouvons *aussi* de la sollicitude, de l'élan vers l'autre, *un supplément d'âme*, peut-être.
Dès lors, le secret du don est une arme face à l'ego qui permet d'éviter l'égoïsme et l'égocentrisme de la démarche. Ne se connaissant pas, donneuses et receveuses n'attendent rien de plus l'une de l'autre et dans la salle d'attente, si elles se cherchent du regard, l'anonymat et la structure médicale les protègent contre elles-mêmes. L'anonymat devient une barrière morale à toute tentative de transaction secondaire.

Si mes motivations les plus profondes peuvent m'échapper, si je ne puis donner de façon totalement désintéressée, on s'aperçoit très vite de l'inutilité de poser le débat en termes d'intentions ou de motivations des uns et des autres. L'écueil du débat est l'individualisme qui le sous-tend. Pour le MAUSS comme pour les Derridiens il s'agit toujours de savoir comment l'individu donne à un autre. Or, la question de l'organisation sociale n'est jamais prise en compte. Dès lors, il n'est guère possible de faire autre chose que de discourir sur les motivations de chacun et de chacune. Les questions sont nombreuses et sans issues. Notre problème est l'incapacité d'échapper à ces deux alternatives du « pour » et du « contre », note incapacité à penser la complexité et à nous organiser autour de cette complexité.

La seule façon de dépasser cette aporie, de sortir de ce débat sans fin, est de changer d'échelle de réflexion : de ne plus partir de l'individu, de ses motivations ou de ses questionnements mais de la collectivité, c'est-à-dire de l'organisation sociale et de ses fondements. Ne nous posons plus la question du pourquoi il ou elle donne ? Mais comment s'organiser pour pouvoir donner, pour vivre le don libre et gratuit ? Comment organiser un système égalitaire ? Cette manière de penser la justice et ce désir d'articuler universalisme et historicité se retrouvent chez Paul Ricœur. L'auteur de *Soi-même comme un autre* (page 320) fait de la justice, non une extension de l'éthique à la vie politique, mais le corrélat de la définition que l'homme se pose sur lui-même. Quel est l'intérêt que je porte à l'instauration d'institutions justes et quels sont mes engagements à les promouvoir ?

C'est donc de cette vie, *possible*, dans la Citée, qu'il faut partir.
La loi française a fait le choix de principes qui s'appuient sur des valeurs de réciprocité et de solidarité : indisponibilité du corps humain, non commercialisation du vivant.
Le système du don occupe au sein de ces droits, une fonction importante : transcender l'expérience marchande.

3) De la générosité des femmes

Don, gratuité, générosité. On ne peut faire abstraction de la générosité en parlant du don. Dans générosité il y a *accueil* de l'autre. De quelle manière s'exprime t-il? Écoutons, à ce sujet, les confidences des donneuses.

> *« L'envie d'aider ces amis qui se battent depuis plus de 5 ans. L'envie de faire quelque chose contre la nature injuste. »*
>
> *« Au départ pour aider ma cousine, par la suite juste pour aider des couples en difficulté à connaître la joie de devenir parents. »*
>
> *« La naissance de mon quatrième enfant et le partage de la souffrance de ces couples en attente.»*
>
> *« Pour permettre à une autre femme de connaître le bonheur de porter un enfant, de devenir mère. »*
>
> *« Je me mets à la place des couples qui attendent ce don et j'ai pensé que j'aurais été heureuse de pouvoir être mère grâce à un don. »*
>
> *« Je ne supporte pas l'idée que des femmes ne puissent pas avoir d'enfant. »*

Le don d'ovocytes : les femmes s'en-mêlent, c'est le cas de le dire.

De l'autre côté les demandes de futures receveuses, affluent dans l'univers anonyme de la toile.[127]

En voici quelques exemples :

« *Bonjour ! Nous sommes à la recherche d'une donneuse d'ovocytes afin de connaître le bonheur d'être parents. Merci pour votre aide. Bon courage à toutes. »*

« *Bonjour, je cherche une donneuse, je suis malheureusement en ménopause précoce, mariée depuis 3 ans, moi et mon mari nous cherchons une jeune femme qui acceptera de nous aide à fonder notre famille et réaliser notre rêve de devenir maman et papa. »*

[127] Blogs ; tout signe de reconnaissance a été supprimé.

« Bonsoir à toutes et à tous, Je n'aurais jamais cru un jour avoir besoin de m'exprimer sur un blog car je suis quelqu'un de plutôt renfermée... Nous avons, mon compagnon et moi, un parcours assez long de tentative pour avoir un enfant...). Hélas nous en arrivons aujourd'hui à devoir faire appel à la générosité d'une maman qui pourrait faire un don d'ovocyte... cela nous permettrait de pouvoir bénéficier nous-mêmes d'un don d'ovocyte ! Le délai d'attente est de 3 ans et sachant que j'ai 38 ans les choses sont difficiles pour moi. Si des personnes sont arrivées à devenir maman par ce biais... j'aimerais bien connaître leur témoignage !
Merci »

Est-ce ce « don de la vie », un déterminisme naturel spécifique à la gente féminine, qui actionne le moteur de cette générosité ? Nel Noddings introduit l'idée du *caring* comme *« substance ontologique fondamentale des soins »* et donc comme vecteur dynamique.

Y a-t-il une différence d'orientation morale des filles en fonction d'un paradigme moral : l'éthique du *care*, qui identifie dans la souffrance d'autrui les principaux maux contre lesquels il faut lutter ? À la différence pour les garçons, éduqués dans une éthique de justice et d'égalité qui se préoccupent davantage des oppressions ?

Dans notre étude, la majorité des donneuses occupait un travail social.

Il est vrai que l'expérience féminine se caractérise profondément par la capacité d'accueillir en soi, l'autre, le différent, le nouveau. La femme porte et articule les générations. En partageant leur désirs et leurs angoisses durant trois années, il m'a semble parfois ressentir comme *un profond courant de vie* qui les unissait. Une éthique du *Care* profonde parce que enracinée dans un même destin ?

B) De la nécessité d'un anonymat

1) Le don anonyme au service de soi-même

Les témoignages des donneuses recueillis dans notre étude ont souligné leur choix de l'anonymat comme *moyen de protection*. Ces femmes ont souhaité « donner » c'est-à-dire, par leur geste, répondre à une mise en commun des

efforts, représentés et symbolisés par un don. Un enchaînement *imprévisible* va se mettre en place pour aboutir à un vœu : celui de la vie.

Nous venons de le voir : la gratuité est rien moins qu'un leurre dans la majorité des cas et chacun est dans la méconnaissance radicale à l'égard de ce qui le fait agir. Nous sommes confrontés à une impossibilité structurelle à statuer sur les mobiles sous-jacents à un tel acte de générosité. C'est cela qu'il importe de garder à l'esprit contre l'avalanche des bons sentiments, y compris ceux des jeunes enfants.

Je ne tiens pas à plaider l'absolue monstruosité ontologique de notre inconscient mais il convient de ne pas être dupe. Inscrire le donneur ou la donneuse dans un modèle de famille multiple en phase avec l'évolution des mœurs semble être une vision bien idéaliste sur nos capacités d'accueil et de partage.

D'ailleurs, chacun utilise l'anonymat (sous forme de pseudos) sur Internet. Preuve, s'il en fallait, du nécessaire de protection *instantané*, vis-à-vis de soi, des autres et des siens.

2) L'anonymat du don au service de la liberté

Toujours dans notre étude, les donneuses ont fait remarquer l'intérêt de l'anonymat comme *source de liberté*. Ne pas savoir *pour qui,* les protège d'un don qui serait conventionnel. Le plaisir de donner constitue un élément essentiel à cette forme du don. Elles ne donnent ni par devoirs, ni par sacrifice. L'artifice de l'ignorance rend la circulation possible, elle les soulage.

L'anonymat et la gratuité du don mettent au jour non seulement une réalité du plaisir de donner mais plus encore : le fait établi, pour ces femmes, de recevoir quelque chose qui les enrichie.

« *Ma cousine est enceinte ; je suis fière d'avoir fait « ça », et je trouve « ça » presque normal. »*

« J'ai très bien vécu ce don. J'ai été très entourée par ma famille et mes amis. Je me suis rapidement remise et il me reste la fierté d'avoir accompli un « beau geste ». »

« Il a essentiellement renforcé le lien d'amitié avec le couple pour lequel je l'ai fait. Mais je continue à ne pas trop m'interroger sur les conséquences en

termes d'éventuelles grossesses. Pas la peine de se poser des questions auxquelles on n'aura jamais de réponse ».

> *« Je pense avoir fait une bonne action. »*
>
> *« C'est l'un des jours ou le jour le plus important de ma vie, après la naissance de mes enfants. Jamais je ne pourrai oublier, ça fait entièrement partie de moi. »*
>
> *« Maintenant j'ai un regard différent sur les gens qui ne peuvent pas avoir d'enfant. »*
>
> *« Cela fait partie « des choses biens »que j'ai faites dans ma vie. »*
>
> *« Une expérience inoubliable, surtout en allant chercher mon di-antalvic à la pharmacie ; en sortant le pharmacien m'a félicitée car sa sœur avait eu un enfant grâce à un don. Quelle joie. »*
>
> *« Bien-être, satisfaction personnelle, sentiment de fierté et la réaction favorable de mon entourage. J'ai le sentiment d'avoir fait un VRAI ACTE DE SOLIDARITE HUMAINE.* [128]*»*

De tels témoignages font ressortir les avantages de passer par les mécanismes anonymes de la redistribution. Le don anonyme et gratuit est la scène où se joue le lien social le plus libre. Cela permet aux donatrices de rester le plus loin possible de l'engagement contractuel, qui les obligerait à donner. Si l'on remplaçait le don par un contrat, reconnu et institué, le geste ne serait plus libre. Il perdrait de la valeur au sein de la relation. Nous introduisons ainsi la liberté au cœur même du rapport du don. Nous posons la nécessité de garder une forme d'indétermination du lien social comme condition d'existence de toute société. La cohésion sociale se crée à chaque instant, elle se renforce ou s'affaiblit en fonction de *petits gestes* des uns et / pour les autres. Elle prend le risque, à tout moment, d'un arrêt de la circulation du don. Le risque est réel. Il peut y avoir continuellement rupture de circuits du don, usage de contrefaçons sous toutes ses formes, occasions de nouvelles violences. Permettre aux nullipares de donner leurs ovocytes à 20 ans et leur donner en contre partie une assurance de fertilité en conservant leurs ovocytes, n'est ce pas l'exemple « d'un donnant-donnant » qui risque d'enfermer la femme dans sa solitude, sa fragilité, sa vulnérabilité et sa dépendance ?

[128] Souligné et orthographié ainsi par la patiente.

La promotion de la vitrification est une pseudo-aubaine pour relancer l'AMP avec donneuse d'ovocyte. Si le but est la création de banques d'ovocytes congelés, anonymes, il sera facile d'entrer dans le chantage du « donnant-donnant » en proposant aux femmes qui n'ont plus de projet parental de donner leurs ovocytes restants. Ce donnant-donnant ne correspond plus au don libre, anonyme et gratuit tel que nous venons de l'étudier.

> « *Madame,* pourra-t-on dire aux nouvelles mamans, *vous avez bénéficié gracieusement des performances de la biomédecine qui vous ont permis de concevoir l'enfant que vous ne pouviez pas avoir naturellement. À présent que votre désir d'enfant est comblé, voulez-vous vraiment détruire les 7 ovocytes que* nous vous *avons généreusement gardés au cas où vous en auriez eu encore besoin ? N'est-il pas préférable de les offrir par altruisme à une femme qui en est dépourvue et dont le bonheur dépend peut-être de votre décision ? »*

Ou bien encore :

> *« Donnez vos ovocytes et en échange nous conserverons une partie de vos ovules, grâce à la technique de vitrication. Le fait de vitrifier vos ovules maintenant vous permettra de conserver la possibilité de transmettre vos gènes à vos enfants, si vous avez des difficultés pour tomber enceinte lorsque vous en voudrez. »*

N'est-ce pas à peu près le chantage affectif plus ou moins explicite qui sera exercé sur les femmes si les centres d'AMP stockent massivement leurs cellules reproductrices ?

Les Anglo-Saxons ont forgé le concept d'*équitabilité* pour défendre cette thèse du « donnant-donnant ». Tout individu qui sollicite un système est tenu de contribuer à son fonctionnement en payant éventuellement de sa personne. Concernant l'AMP, on appelle cela le *don en miroir* ou *don par réciprocité*.

En France, certaines équipes, comme à Rennes, proposent par exemple que «chez un couple présentant une infertilité masculine et qui bénéficie d'un don de sperme pour avoir un enfant, la conjointe fertile pourra en retour donner ses ovocytes».Source spécifiée non valide. Cette démarche « en miroir » n'est pas imposée mais proposée comme une espèce de *compensation morale* au bénéfice reçu.

On peut très bien imaginer selon un raisonnement similaire qu'une femme ayant vitrifié ses ovocytes soit encouragée à faire un acte de bienfaisance en les donnant à un ou plusieurs couples qui en aurait besoin.
Mon jugement sur la portée éthique d'échanger ses ovocytes contre une « assurance fertilité » en passant par la technique de la vitrification est donc plus que circonspect. On risque d'entretenir chez les femmes l'illusion qu'elles pourront faire des enfants quand elles le souhaiteront.

3) L'anonymat du don au service de la stabilité

Le don est ce qui apparaît et n'était pas prévu. Anonyme et gratuit il permet une circularité possible ; une répétition dans un rendu et une reconnaissance, un maintien de l'espérance dans la désespérance. Ajoutons à cela l'appel à la volonté de faire face à la grandeur de plusieurs défis, défi face à la Nature, défi face au mal.

Apporter de la *joie*, apporter du *bonheur*, tels sont les vœux des donneuses. Une remise en contact avec la source de la vie.

Ce désir de solidarité ne nous conduit pas vers le meilleur des mondes (il existe des dessous de table) mais vers l'espérance d'un monde meilleur. Nous pouvons, par l'institution du Don à l'éthique, nourrir notre monde et celui de nos enfants par cette espérance d'un « meilleur possible » tout en sachant que rien n'est moins sûr. La médecine est un exemple parmi d'autres du *meilleur* dont nous autres humains sommes capables : lorsque nous parvenons à faire ensemble ce qu'aucun d'entre nous ne saurait faire seul. Il nous faut pour cela pouvoir compter sur des inconnus, nous rendre dignes à notre tour de la confiance d'inconnus, prendre et passer des relais.

Nous traversons actuellement une grande crise économique. Nous risquons donc de subir de terribles régressions : l'humiliation des plus pauvres dans la vente de leurs gamètes. Nous sommes conduits à être vigilants : la contrainte de la pauvreté est omniprésente. Le système du don n'est pas le seul système possible. Il n'est pas sans défaut mais il introduit de l'intensité, de la communion, de la fraternité.

Résister aux pressions extérieures de la toute transparence comme vérité qui doit se dire, n'est pas une résistance purement négative mais protectrice et stabilisatrice. Écoutons Héraclite : « *si tu ne cherches pas l'inespéré, tu ne le trouveras pas*. ». L'impossible est possible : donner ses ovocytes sans savoir pour qui, comme une des forces de régénérations incluses dans la nature même de l'être humain.

Le monde médical est aujourd'hui, entrainé dans un mouvement d'accélération, propulsé par quatre moteurs qui sont : la science, la technique, l'économie et le profit.
Et l'on voit bien venir la catastrophe : la manipulation de l'humain, que pourrait mettre en œuvre un nouveau totalitarisme où tout s'achète. A commencer par l'enfant.
Ce à quoi il faudrait ajouter l'apparition de nouveaux malheurs dus à la désintégration des solidarités traditionnelles et au déferlement de corruption. Comme le souligne Edgar Morin, nous sommes dans l'incapacité de traiter le fondamental car nous avons des difficultés à concevoir *qu'homo sapiens* soit en même temps *homo démens, homo faber, homo ludens, homo donator, homo economicus*Source spécifiée non valide.**.**

Avons-nous pris le temps de dire à tous nos enfants, par quel « tour de force » les sciences médicales arrivent parfois à parler, elles aussi, des liens sociaux : le pardon, le renoncement, l'amour, le respect, la dignité, le rachat, le salut, la réparation, la compassion, tout ce qui est au cœur des rapports entre les êtres et est nourri par le don ?
Avons-nous pris le temps de leur dire que cette histoire est l'histoire de chacun ? Pour certains ce sera un don d'ovocytes, pour d'autres un don différent. Dans chaque naissance il y a don.

Le jeune adulte qui se croit émancipé du devoir de réciprocité, croulant sous le poids de l'accumulation de ce qu'il reçoit sans pouvoir rendre, devient un grand infirme, un être vulnérable, fuyant le cercle donner-recevoir-rendre. Apprenant qu'il est né d'un don de gamètes, le voilà, à la manière du Mythe de Sisyphe, qui essaye de remonter la pente jusqu'au sommet d'une colline portant l'anonymat sur son dos comme un châtiment. Aussitôt qu'il est près d'atteindre le haut de la colline, il est rejeté en arrière et doit tout recommencer.

À nous de faire valoir ce système du don. À nous de faire valoir que rendre c'est donner, donner c'est recevoir et c'est rendre, recevoir c'est donner ; donner, recevoir, rendre, c'est, chaque fois, poser l'indétermination du monde et le risque de l'existence ; c'est, chaque fois, faire exister la société. Sans jamais savoir à qui on le doit.

C) Le don d'ovocytes, une névrose collective ?

1) Des violences

Il est souvent affirmé que le maintien de l'anonymat serait extrêmement dommageable pour l'épanouissement, le développement et la construction de la personnalité de l'enfant. Malheureusement, on ne sait pas sur les résultats de quelles études reposent ces affirmations car il n'en existe pratiquement pas. Ecoutons ce que des jeunes adultes nés d'un don de sperme disent à ce sujet et essayons de comprendre le sens de leur demande. Voici quelques exemples tirés d'un livre déjà cité *Donner et après,* avril 2010 :

> *« J'ai grandi dans le secret de ma conception jusqu'à 18 ans. J'ai appris en quelques minutes que mon père n'était pas mon père et que je ne saurais jamais qui il est. »*
>
> *« J'ai découvert ce que mes parents n'ont jamais réussi à me formuler d'eux-mêmes auparavant : ma conception à l'aide du sperme d'un donneur anonyme. (...) Avec le temps je me retrouve confronté à l'impossibilité d'en savoir plus, d'avoir accès à des informations qui me concernent. Cette impossibilité fait naître en moi un véritable sentiment d'injustice. »*
>
> *« Etre née d'un don de gamètes il y a 24 ans, c'est avoir été désirée plus que tout. C'est aussi être à jamais incomplète. »*
>
> *« Etre née par IAD pour moi, ça a été un jour se mettre à y penser beaucoup, à se poser des questions et surtout la question : d'où je viens vraiment ? » (…) « Comme si avoir été conçue dans un lieu médicalisé, aseptisé et ne pas connaitre la moitié de son patrimoine génétique, c'était anodin.(…) Et surtout on nie l'exceptionnalité de cette conception et le droit de tous les enfants à connaître leur origine complète, à être vraiment ce qu'ils sont au fond d'eux. »*

Ces confidences de jeunes nous font comprendre à quel point notre nature est d'être engendrés et non pas créés. Ces témoignages font ressortir toute cette violence que représente l'introduction de la médecine dans cette affaire, séparant procréation et sexualité, une violence qui peut contaminer nos relations sociales qui sont fondées sur un socle biologique. Car il s'agit bien de violences : violences sur les corps, violence du secret, violence de l'annonce. Il importe de rappeler l'importance pour les futurs parents, avant de commencer les démarches d'une procréation avec don, d'être au clair avec leur désir et leurs choix et d'être accompagnés dans ce cheminement qu'ils vont accomplir.

Voire de pouvoir leur proposer de revenir consulter régulièrement après la naissance de leur enfant.

Il est un fait normalement bien connu des psychanalystes, qui accompagne la maturation psychique de l'enfant : c'est le passage du fantasme de la toute puissance à la prise de conscience de la finitude, des limites du corps et de l'identité sexuée. Ce passage est un cap décisif dans le développement individuel. La procréation avec tiers donneur(se) bouleverse nos repères générationnels et fait naître, sans doute, de nombreuses peurs chez les parents qui ne savent pas toujours trouver le bon moment et les « bons mots » pour expliquer la conception de leur enfant. La façon dont les parents s'y prennent est fondamentale. S'ils taisent la vérité, s'ils vivent sous le signe de l'interdit ou si les enfants l'apprennent tard ou dans des circonstances dramatiques, la révélation se vit mal. Comme si l'abondance du dire créait un manque.

Pour ces jeunes, ignorer l'identité du donneur devient le symbole de leur castration, l'emblème de leur manque identitaire. Ces jeunes ont du mal à reconnaître leur lien de transmission *humaine*, et à accepter cette *double grâce* dont ils ont, semble-t-il une (double ?) dette. Face à cet inconnu, ils vont fantasmer leur donneur et rêver à des retrouvailles idéalisées. De cette introversion, de ce nombrilisme, résultent un pessimisme métaphysique existentiel et une exigence de droits. L'anonymat devient *l'affaire coupable* de cette somme de violences vécue avant leur naissance, de ce contenu d'angoisses et de peurs que leurs parents n'ont, peut-être, pas bien réussi à métaboliser.

Que pourraient être ces rencontres 15 ou 20 ans plus tard ? Pensent-ils que ce donneur va se livrer comme ça, sur commande ? Ou bien s'exposent-ils à de nouvelles violences ?

Voici quelques témoignages de notre étude :

> « *Je fais un don totalement anonyme. Je sais que ces ovocytes vont « donner » des bébés mais ces enfants ne sont pas les miens. Pour ma part, j'ai fait des enfants par amour. Je les élève, je les aime. Je fais ce don pour que d'autres couples puissent avoir leur propre enfant, vivre des moments en famille. Je ne me sens pas « attachée » à ces ovocytes. Je serai bien mal de voir un jeune adulte frapper à ma porte (pour schématiser) dans une vingtaine d'année, me demander des comptes. Je serai mal aussi par rapport à mes enfants, qui n'ont rien demandé et à qui on a rien demandé non plus. »*

« Je comprends la curiosité des enfants nés par FIV de savoir à quoi ils ressemblent mais c'est trop compliqué, me semble-t-il, pour les donneurs. De plus les donneurs ne peuvent pas être responsables de l'éducation donnée à ces enfants. Or, l'éducation a une grosse part de responsabilité dans la personne que l'on devient, même si je n'exclue pas pour autant le poids de la génétique. »

« L'anonymat permet de maintenir ce don comme un geste de générosité. Il est vrai cependant que chacun a le droit de connaître ses origines. Il appartient, à mon sens, aux parents de révéler ou non l'origine de la ' fécondation' à leur enfant. Quant à savoir s'il cherchera à connaître l'identité de la donneuse, je préfère, égoïstement, me dire que cela n'arrivera pas. Je pense que face à un tel événement (une personne qui se prétendrait biologiquement issue de mon ovule), je serai assez désemparée. En conclusion, en tant que donneuse, c'est l'anonymat complet qui m'a décidé à faire ce geste. »

Ces confidences nous renvoient aux *Pensées* de Blaise Pascal, qui déjà au XVIIe siècle, écrivait sur la vanité de notre recherche de certitudes.

« Nous souhaitons la vérité et ne trouvons en nous qu'incertitude, nous cherchons le bonheur et ne trouvons que misère et mort. Nous sommes incapables de ne pas souhaiter la vérité et le bonheur, et sommes incapables ni de certitude ni de bonheur. Ce désir nous est laissé, tant pour nous punir que pour nous faire sentir d'où nous sommes tombés. » Source spécifiée non valide.

Le fil de cette étude nous montre la complexité du discernement éthique.

Le don d'ovocytes doit s'évaluer à l'aune des intentions de leurs auteurs mais aussi en regard des conséquences sur les enfants à naître et sur les enfants déjà existants des donneuses. L'appréciation posée doit prendre en compte TOUS les partenaires concernés, dont les intérêts et les droits peuvent s'opposer. La question éthique n'est pas « faut-il faire ou non du don d'ovocytes ? » mais « comment porter assistance dans ce domaine sans créer une détresse plus grande chez l'enfant à naître ou bien créer un déséquilibre dans la famille de la donneuse ? ». Ajoutons que cette complexité est renforcée par un pluralisme de profils de donneuses. D'où la notion d'une nécessité d'un accompagnement adapté et évolutif.

Enfin, remarquons qu'il y a dissymétrie : le donneur ou la donneuse donne pour aider des couples stériles à devenir parents, non pour aider à produire tel

enfant. Or, les enfants issus d'IAD que nous venons d'entendre s'approprient le donneur en créant un lien fantasmatique, un lien rétroactif, « *mon donneur* » qui parfois se transforme en « *mon père biologique*».

L'enfant est à accueillir, non à exiger. Il n'est pas un droit à garantir ni un objet à fabriquer, ni une condition absolue au bonheur. L'enfant a droit à connaître les circonstances de sa conception ce qui n'équivaut pas à *tout savoir*.

2) Des malentendus

Lorsqu'on examine les arguments échangés au cours des débats portant sur les nouvelles lois bioéthiques, on est saisi d'un sentiment de grande confusion, de cacophonie : plus personne n'écoute personne. Chacun y va de ses droits.

Droit pour l'enfant de connaitre ses origines, sinon il va souffrir. Non seulement le lien de cause à effet n'est pas clair, mais de plus je me demande comment ces personnes pourraient ne pas souffrir, quand, dans les journaux, à la télévision, dans les débats publics, on n'arrête pas de ramener les individus à leurs origines biologiques et que tout les pousse à vouloir être normaux, à tout connaître de leurs parents, à penser que leurs problèmes viennent de leurs parents. Une telle obsession biologique produit aussi son effet, rétroactivement, chez les donneuses. C'est bien ce que nous prouve l'étude sur laquelle s'appuie cette thèse. Une sorte d'effet de polarisation des idées. Ce qui met en relief la responsabilité des médias dans une telle approche. Une telle réduction de l'individu à son passé et au passé de ses parents, n'invite pas du tout un être à la liberté, à la créativité et au bonheur. Rien n'est fait pour que les êtres exploitent la positivité de leur différence, voire de leur blessure. On revient ici au conformisme social et à l'obligation d'être soi même selon son héritage génétique.

Rappelons que ce *droit de connaitre ses origines* a été pensé pour les accouchements sous X et que de fait, si ce droit doit s'étendre, alors il n'y a aucune raison pour ne pas définir aussi un droit pour chaque homme à s'assurer qu'il est bien le père biologique (proposer un test à la naissance ?) et un droit pour chaque homme d'être informé par le corps médical de tous les débuts de grossesse causées par son intermédiaire. La justice pourrait y rajouter des obligations de pensions alimentaires…

Dans tous ces débats portant sur des sujets de bioéthique, c'est souvent la pensée fragmentaire qui domine et qui va découper le monde : sexualité / reproduction ; parents receveurs / parents biologiques ; filiation naturelle /

filiation affective et éducative. Vous êtes pour la vérité : pas d'anonymat, vous êtes pour le romanesque de l'histoire de famille : anonymat. Il s'agit d'une pensée techno-scientifique qui ignore les êtres, les gens, les cultures. Elle est donc incapable de comprendre les problèmes de ces enfants. C'est bien ce qu'ils disent.

> *« Je me rends compte à quel point il est difficile de faire comprendre cette injustice. »*

En quoi est-ce un problème de pensée ? En ce que les alternatives classiques bloquent la pensée. Le problème est l'incapacité d'échapper à ces alternatives mutilantes, l'incapacité de penser la complexité. C'est le grand défi auquel nous sommes confrontés.

Edgar Morin propose une dialogique de la pensée avec l'idée que les antagonismes peuvent être stimulateurs et régulateurs.

> « *La science elle-même obéit à la dialogique. Pourquoi ? Parce qu'elle n'a cessé de marcher sur quatre pattes différentes. Elle marche sur la patte de l'empirisme et sur la patte de la rationalité, sur celle de l'imagination et sur celle de la vérification. Or, il y a toujours dualité et conflit entre les visions empiriques, qui, à la limite, sont purement pragmatiques et les visions rationalistes qui, à la limite, deviennent rationalisatrices et rejettent hors de la réalité ce qui échappe à leur systématisation. Ainsi, rationalité et empirisme maintiennent une dialogique féconde entre la volonté de la raison de saisir tout le réel et la résistance du réel à la raison. En même temps, il y a complémentarité et antagonisme entre l'imagination qui fait les hypothèses, et la vérification, qui les sélectionne. Autrement dit, la science se fonde sur la dialogique entre imagination et vérification, empirisme et rationalisme. Et c'est parce qu'il y a dialogique complexe permanente, à la fois complémentaire et antagoniste, entre ces quatre pattes de la science, que celle-ci a progressé. »* Source spécifiée non valide.

La pensée complexe est celle qui essaie de répondre au défi de la complexité et non pas celle qui constate l'incapacité de répondre. Elle enregistre deux choses d'une pensée amenée à se battre pour s'assembler avec le réel. Comment mener ce combat intérieur ? Comme l'a montré Delacroix, dans le tableau de l'église Saint Sulpice, *La lutte de Jacob avec l'ange.* C'est exactement cela.

Un combat contre l'incertain.

3) Des paradoxes

Ce paragraphe souhaite seulement ajouter, qu'en plus des malentendus et des violences au sein des individus, la structure du capitalisme contemporain produit des contradictions paradoxales en dose considérable. L'intervention de l'État tendra toujours à effectuer la déconstruction sociale du don en l'insérant dans un modèle d'équivalence monétaire. Pour Habermas, l'une des conséquences les plus périlleuses de ces pratiques est *« l'abrasion de notre sensibilité morale au profit d'un calcul des coûts et des bénéfices. »*[129]

Le système étatique n'est pas un système de dons car l'État moderne se caractérise par un système de droits et d'institutions. En s'appuyant sur la pensée d'Axel Honneth, la pression croissante des contraintes de vie transforme d'une manière qu'il faut qualifier de paradoxale, nos modèles de signification comme celui du droit et de l'amourSource spécifiée non valide.**.**

Ces paradoxes, ou ces « pathologies » selon Honneth, tiennent à ce que les idéaux d'émancipation, qui ont beaucoup progressé dans le monde occidental au cours des trois dernières décennies, semblent presque entièrement récupérés par le néolibéralisme et, de là, retournés en leur contraire. Si les possibilités d'épanouissement individuel se sont élargies (avec l'éducation, les voyages, le temps libre, la consommation, etc.), elles se trouvent désormais détournées au profit de l'idéologie managériale de la performance économique. On peut à cet égard parler de régression morale. Le principe de réalisation de soi ainsi instrumentalisé donne naissance à de nouvelles pathologies : sentiment de vide intérieur, d'inutilité, d'anxiété, etc. L'énorme pression néolibérale contraint les individus à se penser eux-mêmes comme des produits et à se vendre en permanence : d'où un certain essor de « l'ovocyte business ». Ce n'est donc plus l'aptitude au dialogue intérieur et à la solidarité qui se trouve privilégiée, mais ce qui contribue au contraire à ruiner cette aptitude : l'extension d'un rapport de plus en plus marchand et stratégique à soi-même et aux autres.

Étant donné qu'il ne s'agit pas de revenir au monde d'hier, la question demeure de savoir comment contrebalancer ces tendances pathogènes que la mondialisation ne fait qu'accroître. Le système du don avec ses principes peut être un garde fou. À moins que…

[129] Jürgen Habermas, L'*Avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ?* (2001) trad. Par C. Bouchindhomme, Paris, Gallimard, 2002, p. 36-37. **(130)**

Après avoir connu des sociétés régies par la loi du sang, par la loi d'airain ou encore par la primauté de la race, allons-nous voir apparaître des sociétés qui se reconnaissent sur des performances de fécondité ? Vers 1936, Julian Huxley[130], frère d'Aldous Huxley, définit une politique sociale qui reposerait sur la nécessité de faciliter la fécondité des plus aptes et de diminuer celles des moins aptes. Ce courant d'idée va, dans l'Allemagne nazie, s'associer au racisme qui va s'approprier « l'outil » de l'euthanasie. Notre mémoire est courte.

D) L'appel de l'Autre

1) La dignité de l'Autre

L'argument de la dignité semble fragile. Rappelons que par nature, elle est ou elle n'est pas. Elle n'est pas quantifiable. À partir du moment où la vie humaine est instrumentalisée, c'est-à-dire à partir du moment où elle est traitée comme un moyen et non plus comme une fin, la dignité, comme valeur morale tendra à laisser la place à la notion d'image de soi qui est une pure valeur d'échange, au sens économique du terme.

La notion de dignité de la personne visant à protéger le sujet contre toute sorte d'abus, reste toutefois un principe premier inaliénable. On la trouve notamment en bonne place dans les déclarations ou conventions internationales : Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme de l'UNESCO (1997), Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe (1997), Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'UNESCO (2005). Mais aussi en droit français, notamment dans les dispositions générales du Code civil :

> *« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. »* [131]

Pourtant, il faut bien admettre que si le respect qu'on lui doit est absolu, cette dignité est aujourd'hui vulgarisée à tout propos. Ce concept de dignité humaine présente un gros défaut : il est flou et indéfini. À titre d'exemple, la Convention du conseil de l'Europe de 1997 pour la protection des droits de l'homme s'appuie fortement sur cette expression sans en donner une définition. On ne sait pas non plus si des embryons humains sont porteurs de dignité.

[130] Julian Huxley, (1887-1975), Zoologiste, philosophe, écrivain, théoricien de l'eugénisme, il a été le premier directeur de l'UNESCO.
[131] Article 16, modifié en 1994 dans le cadre des lois dites de bioéthiques.

La bioéthicienne Ruth Macklin[132] avait mis les pieds dans le plat en posant dans un éditorial de 2003 du *British Medical Journal* : *« La dignité est un concept inutile en éthique médicale et peut être éliminée sans aucune perte de contenu »*.

Elle ajoutait une piste pour comprendre le succès de ce concept : *« une explication possible est que de nombreuses sources religieuses se réfèrent à la dignité humaine, spécialement mais pas exclusivement les écrits catholiques »*.

Il est notoire que dès les années soixante-dix, les autorités religieuses ont vu dans l'éthique biomédicale un moyen de regagner une certaine influence sur les mentalités et les choix sociaux. Lors des discussions bioéthiques, bien des penseurs ou politiciens catholiques se gardent bien de parler de Dieu ou du caractère sacré de la vie, mais utilisent à foison la dignité humaine comme un substitut providentiel à l'expression de leur croyance.

Ruth Macklin a soutenu que la bioéthique peut s'ordonner avec « le principe d'autonomie personnelle ». Parce que tous les êtres humains ont la même capacité minimale à souffrir, prospérer, et parce qu'aucun homme n'a le droit d'empiéter sur la liberté de l'autre, le « principe de dignité » selon elle, n'ajoute rien. En revanche reconnaître « le principe d'autonomie » c'est mettre toute l'importance dans le consentement qui constitue le fondement de l'éthique de la recherche et de la pratique. L'important est de veiller à ce que le don d'ovocytes, ses enjeux et ses conséquences, soient dûment expliqués à la donneuse et à son conjoint, avant de lui faire signer un consentement au don. (Voir annexe)
Le consentement se veut être un rempart contre les abus pseudo expérimentaux comme par exemple celui de Mengele dans l'Allemagne nazie ou l'étude de la syphilis de Tuskegee, tristement célèbre.

L'actualité revient sur « *La stupidité de la dignité* » avec la publication d'un volumineux rapport de 555 pages par le Conseil de bioéthique mis en place en 2001 par Georges W. Bush, rapport intitulé *Human Dignity and bioethics*.

Dans une tribune de la *New Republic*, le psychologue de Harvard, Steven Pinker s'emporte : [133]

[132] Professeur de bioéthique au Département d'épidémiologie et de médecine des populations au Collège de Médecine Albert Einstein, Yeshiva Univ., NY.

[133] Steven Pinker**,** *The Stupidity of Dignity,* The New Republic**,** Published: Wednesday, May 28, 2008

« Comment les États-Unis, locomotive mondiale de la science, sont arrivés à cette situation où ils abordent les problèmes éthiques de la biomédecine du XXIe siècle en utilisant des histoires bibliques, de la doctrine catholique et des allégories rabbiniques confuses ? »

Le psychologue pointe notamment le rôle important de Leon Kass[134] dans cette affaire, nommé président du Conseil de bioéthique en 2001, mis en place par Bush, figure centrale et institutionnelle de la réflexion nord-américaine, n'ayant jamais caché son hostilité aux avancées de la biomédecine depuis les premiers bébés-éprouvette dans les années soixante-dix.

La notion de *dignité de la personne,* qui est à la fois le centre et le point de départ de toute réflexion bioéthique, reste controversée pour Steven Pinker, selon trois raisons.
Tout d'abord, la dignité est relative (à l'époque, au lieu, au point de vue de l'observateur) donc subjective ; ensuite la dignité est corruptible (au sens où, en permanence, nous accomplissons des actes peu dignes parce que nous préférons valoriser notre vie, notre santé ou notre sécurité) ; enfin la dignité peut être dangereuse.
Laissons-le conclure :

«Même si les progrès ne sont retardés que d'une décennie par les moratoires, la paperasserie et les tabous fondateurs (pour ne rien dire des menaces de procès), des millions de gens souffrant de maladies dégénératives ou manquant d'organes vont souffrir et mourir. Et cela sera le plus grand affront à la dignité humaine, après tout. »

On peut retenir que la dignité humaine, dont on ne sait à quoi elle renvoie au juste, impose son respect, mais cette valeur intrinsèque est perpétuellement modulée ou contredite dans tous nos débats. Ainsi ceux qui souhaitent garder l'anonymat du don font appel à la dignité humaine et les partisans pour une levée de cet anonymat utilisent le même concept.

Du point de vue philosophique, la dignité humaine est dérivée de la morale kantienne. Selon Kant, la raison est un attribut de chaque être, lui permettant de se hisser au-delà de ses intérêts particuliers pour accéder à une volonté universelle législatrice se reconnaissant pour impératif catégorique[135] :

[134] Médecin américain né en 1939, chercheur, professeur à l'Université de Chicago.
[135] L'impératif catégorique est un concept de la philosophie morale d'Emmanuel Kant, énoncé pour la première fois en 1785 dans *Fondation de la métaphysique des mœurs*.

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen. »

La dignité humaine se réaliserait dans cette pure raison élevant les hommes au-dessus des contingences, les amenant à problématiser chacun de leurs actes au regard de l'humanité tout entière, les enjoignant à ne jamais instrumentaliser leurs semblables. Le problème est que les individus passent leur temps à se prendre les uns les autres comme les moyens de leurs fins, de manière plus ou moins consciente ou grave (en mentant, en trompant, en manipulant, en se prostituant, en travaillant, en taxant, en exploitant, en volant, en tuant). Et nous venons de voir précédemment ce à quoi peut aboutir le marché de l'ovocyte !

2) L'élan vers l'Autre

Le don, sa prise de décision, au moment où il est fait, n'est pas le résultat d'un calcul. Il est spontané :

« *Dès que j'ai su, pour moi cela a été une évidence. »*

« *Je suis du corps médical et je rencontre chaque jour des personnes confrontées au problème d'infertilité. Lorsqu'il a été question d'aider le couple d'amis que j'ai de plus proche, ma décision a été rapide, sûre et irrévocable. »*

« Ce n'est pas eux qui ont demandé, c'est moi qui me suis proposée. »[136]

Dans la logique utilitariste, la spontanéité est assimilée à l'instinct. Dans la logique moderne, elle est calculatrice. La gratuité du don fait intervenir un « élan de l'un vers l'autre », inexpliqué, impulsif, un peu fou. En ce sens le don entre ces femmes n'est pas sophistiqué comme l'échange monétaire. Une impulsivité qu'a très bien décrite Georg Simmel dans son livre *La philosophie de l'argent,* publié en 1900 Source spécifiée non valide.**.**

Jacques Godbout évoque cet élan comme le « *mouvement spontané de l'âme vers autrui ».* Ce geste (et non pas le don) est gratuit au sens précis qu'il n'attend aucun retour, même si le retour existe presque toujours sous une forme ou sous une autre : une estime de soi plus grande, un lien plus fort avec

[136] Témoignages des donneuses de notre étude.

son amie… La perte de ses ovocytes est sublimée à un autre niveau. La personne est un être « avec ». Elle n'est pas jetée dans le monde mais reliée à la réalité, à autrui, à la transcendance. C'est l'autre qui lui révèle son humanité ; autrui est le miroir qui la renvoie au plus profond d'elle-même. On se reconnaît humain en présence d'un autre être humain. Découvrir l'autre comme autrui et non comme projection de ses propres besoins est l'aboutissement du développement humain. La nudité de l'être humain exprime bien cette dimension relationnelle, cette dimension de dépendance existentielle (pas comprise comme soumission mais comprise comme révélatrice d'une altérité qui fonde nos libertés) des hommes. L'homme n'est donc pas habillé de soi-même mais référé à autrui. C'est en s'acceptant nu que l'homme dépasse sa tendance possessive et dominatrice pour être dans un rapport de liberté et de gratuité avec autrui.

Ne faut-il pas reconnaitre, en cette préalable non indifférence de l'un pour l'autre, la fraternité figurant dans la devise de notre République ?

Emmanuel Lévinas fait état de la bonté originelle de l'homme envers son autre où, dans un dés-inter-essement éthique, s'interrompt l'effort inter-essé.

C'est au moment ou l'Autre souffre, qu'il fait état de sa souffrance (en l'occurrence son manque d'enfanter) que le don à Autrui — ou l'ordination à la Bonté — trouve son moment le plus propice. Il y aura alors ce retournement possible du Moi en bonté ; la souffrance portée avec Autrui souffrant :

> « *La souffrance de la souffrance, la souffrance pour la souffrance inutile de l'autre homme, la juste souffrance en moi pour la souffrance injustifiable d'autrui, [qui] ouvre sur la souffrance la perspective éthique de l'inter-humain.* » Source spécifiée non valide.

L'écriture lévinassienne s'efforce de rendre compte de la torsion du Moi en Soi, de marquer le passage de l'ontologie à « *l'intrigue éthique qui noue le moi à autrui.* » Source spécifiée non valide.

Cet élan spontané qui caractérise le don provient du fait que la souffrance de l'Autre prend d'emblée un sens en moi, bien qu'elle soit un non-sens en autrui. C'est dans ce retournement de l'amour, où la souffrance d'autrui devient concrète pour moi, que Lévinas appelle à continuer l'Histoire Sainte. Cette altérité en moi, liée à ma responsabilité pour l'autre, est première par rapport à ma liberté. Elle est liée à ma propre fragilité, au fait que je suis aussi un être qui aurait pu ne pas avoir d'enfant.

3) La vulnérabilité de l'Autre

Lévinas nous oriente vers la description de nouveaux existentiaux qui invitent à penser de manière nouvelle le rapport de l'homme à l'être. Pour Lévinas, la subjectivité s'éveille en répondant à l'appel de l'autre. Cet appel renvoie à sa propre vulnérabilité. « Ce manque d'enfant » fait éprouver à la donneuse comme une mauvaise conscience.

> « *J'ai trois enfants et je ne pourrais pas vivre sans eux. Je connais la détresse de ses couples et je trouve normale de pouvoir les aider.* »
>
> *« J'ai pris conscience de la souffrance de ces couples en attente ; la naissance de mon quatrième enfant m'a également donné conscience de la chance que j'avais d'avoir des enfants sans problème.* »
>
> *« Je me tiens plus au courant du sujet, de l'évolution du don en France et de l'évolution des lois.* »
>
> *« Personnellement, je n'aurais peut-être pas pu donner si le cas de ma cousine ne s'était pas présenté.* »

Cette mauvaise conscience n'est pas de la culpabilité mais la conscience « est atteinte malgré elle », touchée au plus profond d'elle-même, concernée. Ce concernement que Lévinas, dans *Autrement qu'être*, appelle « *substitution* » est déjà responsabilité pour l'autre. Cette notion de substitution est doublement intéressante dans le cas du don d'ovocytes. Elle signifie que l'humanité n'est pas essentiellement définie par le retour sur soi. Le droit à l'être se réfère au « pour-l'autre » de ma « non indifférence » à sa souffrance Source spécifiée non valide. .

Le mot *JE* signifie *: « me voici. »* [137]
Tel est le sens du concernement, ce qui fait dire à Lévinas que la responsabilité est passivité. La donatrice d'ovules fait preuve d'une capacité de se destituer de son pouvoir de procréer pour une autre, de penser les besoins propres d'un autre couple. Un autre humanisme est donc possible qui fait reposer la dignité de l'homme sur sa responsabilité.
Que les donneuses soient en accord ou non avec un total anonymat, leur décision montre une maturité et une responsabilité dans leur choix de donner. Il faut rappeler en ce sens qu'il s'agit de femmes d'un âge mûr (30,7 ans en moyenne) ayant fait l'expérience de la maternité. Écoutons-les :

[137] C'est ce que Paul Ricœur, dans *Soi même comme un autre,* appelle attestation, assurance reçue d'un autre, mais qui demeure une attestation de soi.

« Ce geste doit rester totalement anonyme et ne doit pas engendrer des difficultés futures pour les donneuses. Lors de ce don, ma seule pensée va aux receveuses et à leurs difficultés passées. À elles seules revient la volonté de dévoiler à leurs enfants leurs origines mais en soulignant que ma seule motivation a été de participer au bonheur des receveuses, de leur faire connaître la joie d'être mère. »

« Je pense que le don doit rester anonyme et qu'il ne doit pas y avoir de relations entre donneurs et receveurs. Cependant, un enfant issu d'un don peut vouloir un jour connaître ses parents génétiques. Il peut être important pour lui qu'il ait accès à des informations sur ses parents génétiques, pouvant même permettre de les connaître si cela est nécessaire à son équilibre. »

« Je ne souhaite pas être dans la vie de cet autre couple. Je ne souhaite pas être dans la vie de cet enfant. Mais c'est leur droit de savoir d'où ils viennent et c'est, sans doute, important pour eux, pour se construire. Il est évident que cet enfant ne sera pas mon enfant. Cependant il restera un demi-frère ou sœur de mes enfants. Lui de son coté souhaitera, sans doute, connaître son histoire et faire connaissance avec 'son autre famille'. Une maman il en aura qu'une : celle qui l'a porté, souhaité. Des frères et demi-sœurs, il peut en avoir plusieurs. Mes enfants seront au courant. C'est important aussi que ce geste puisse apprendre à mes enfants 'le don de soi.' »

« J'ai fait mes choix et si l'enfant désire faire les siens, pourquoi pas ? »

Le système du don nous oblige à repenser l'altérité. Réfléchir à la condition humaine et se demander quel type d'individu et de société nous voulons promouvoir ou éviter ne relève pas seulement d'une démarche visant à dégager des outils conceptuels utiles pour toute législation et politique publique. Il y a aussi, dans ce passage de l'éthique à la philosophie politique, quelque chose qui convertit notre regard : en regardant au-delà des droits (nous devenons trop souvent des consommateurs de droits) nous remarquons que les arguments, sans cesser d'être rationnels, intègrent la dimension affective et esthétique de la vie. Il en va ainsi parce que l'AMP touche le début de la vie, le corps, la différence homme-femme… Les défis qu'elle fait peser à notre humanité nous invitent à reconsidérer la force d'une civilisation, sa confiance en la vie et le degré d'ouverture dont elle peut être capable.

III. QUELQUES SUGGESTIONS

A. Rôle de l’Agence de la Biomédecine

1) État des lieux

Née de la loi de bioéthique du 6 août 2004, l'Agence de la biomédecine est la seule agence en Europe rassemblant quatre domaines que sont le prélèvement et la greffe de tissus et d’organes, la procréation, l'embryologie et la génétique humaine.

Par son expertise, l'Agence de la biomédecine est l'autorité de référence sur tous les aspects médicaux, scientifiques et éthiques relatifs au respect de la sécurité et de la qualité des soins. Parmi ses missions, s’ordonne celle de promouvoir le don d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que le don de gamètes.

Une première campagne d’information sur le don d’ovocytes, *Redonner l’espoir de devenir parents*, a été lancée par l’Agence en partenariat avec les gynécologues en 2009. En complément, de nouveaux outils d’information ont été mis à disposition du grand public : le guide sur le don d’ovocytes et son site internet associé ainsi qu’un numéro vert gratuit où des télé-conseillers peuvent renseigner le public.

On peut toutefois remarquer la naïveté de la présentation du don sur ces plaquettes :

Ces efforts semblent rester

insuffisants. L'information a du mal à passer. Écoutons les avis des donneuses de notre étude:

« *Peu de femmes savent que le don d'ovocyte existe, il faut plus d'informations.* »

« Il y a un vrai manque d'informations. Je pense qu'il y aurait plus de donneuses si cela était plus médiatisé. »

« Beaucoup de femmes pourraient donner leurs ovocytes, mais je pense que la plupart d'entre-elles hésitent par manque d'informations. Peut-être à cause des idées reçues comme 'le risque d'être stérile après le don'. Il faudrait plus de structures en France, ce qui permettrait aux femmes donneuses de ne pas avoir la contrainte géographique ; qui est peut-être la seule barrière au fait qu'elles ne donnent pas leurs ovocytes. »

Un effort financier mesuré permettrait de mettre en place sur l'ensemble du territoire une vraie organisation du « bon accueil des donneuses », en commençant par rapprocher les centres de don des donneuses potentielles et en améliorant leur condition de recrutement. Un développement de travail en réseau avec des échanges possibles serait bienvenu.

> « *Il faudrait améliorer les communications entre équipes de soins, voire créer un poste dédié uniquement à cela, avec une personne référente qui reçoit, qui explique de A à Z. Qui puisse répondre au téléphone à nos questions et nos inquiétudes. Du coup la personne serait plus disponible. Car là, on sent que c'est un peu au milieu de tout le reste, même si sur place l'accueil a été très aimable, on vous sent débordées. Il faudrait un local avec tout le matériel écho, prélèvements, fax, table d'examen, bureau. Là on fait tous les examens mais il y a un endroit pour la prise de sang, un pour voir la généticienne, un pour le médecin, un pour l'écho, vous revenez et l'autre endroit n'a pas le résultat de votre prise de sang alors on vous la refait, on vous donne les papiers à amener à l'autre établissement ; c'est brouillon ! Et du coup on est difficilement en confiance, sans compter les difficultés pour vous joindre au téléphone. De quoi décourager !* »

Pourquoi ne pas laisser une demande de candidature sur internet via le site de l'agence ?

Internet comme outil de communication n'est qu'à ses débuts. Déjà, des femmes receveuses créent elles-mêmes leur site, afin de mettre en relation futures donneuses et futures receveuses. Pourquoi pas l'agence ?

Il s'agit pour le système français de répondre à un besoin national croissant qui a été estimé par une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales[138] entre 1 500 et 6 000 prises en charges annuelles de couples. L'agence de biomédecine doit déployer tous ses efforts afin de promouvoir réellement le don et d'appuyer véritablement les équipes en leur donnant les moyens d'une mise en place correcte et ambitieuse de l'accueil des donneuses. En retour, un effort de mutualisation des centres devrait être produit.

La France peut parvenir en quelques années à satisfaire une plus grande part de ses demandes sans renoncer à ses principes éthiques.

Dans le domaine de ses compétences, l'ABM est une agence forte, en charge de l'application de la loi dans ses modalités pratiques mais dont le pouvoir décisionnel reste limité. Au fil du temps, nous assistons à un divorce entre théoriciens de l'agence et praticiens du terrain. L'agence de la biomédecine est perçue par les professionnels de la santé comme une instance de pouvoir supplémentaire, réduite à un discours de façade. Cela est d'autant plus regrettable que sa mise en place, son fonctionnement et les travaux entrepris sont remarquables et salués par tous.

2) AMP Vigilance

Réclamé par l'Académie de médecine depuis des années sous l'impulsion de Georges David, cet objectif de « PMA-Vigilance » est aujourd'hui à l'ordre du jour des missions de l'agence de biomédecine.

Conformément aux dispositions européennes (directives du 31 mars 2004 et du 24 octobre 2006), le décret n°2008-588 du 19 juin 2008 détermine les modalités du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation. L'Agence de la biomédecine collecte les informations transmises par le correspondant local d'AMP vigilance désigné par les établissements de santé, les organismes et les laboratoires d'analyses de biologie médicale.
Ce correspondant est un professionnel de santé doté d'une expérience dans ce domaine.

Le dispositif d'AMP vigilance a pour objet la surveillance des incidents relatifs

[138] Parution en février 2011.

aux gamètes, aux tissus germinaux et aux embryons utilisés à des fins d'assistance médicale à la procréation ou à des fins de préservation de la fertilité ainsi que la consignation des effets indésirables observés chez les donneurs de gamètes ou chez les personnes qui ont recours à l'AMP.

Il comporte :

- le signalement, le recueil et la conservation de tout incident et de tout effet indésirable susceptibles d'être liés aux activités (recueil, prélèvement, conservation, etc.) concernant les gamètes, les tissus germinaux et les embryons.

- le recueil des informations et la mise en œuvre de la surveillance des donneurs et des personnes qui ont recours à l'AMP et qui sont, soit exposés aux conséquences de l'incident ou de l'effet indésirable, soit susceptibles de l'avoir été.

- l'analyse et l'exploitation de ces informations pour éviter la survenue de tout nouvel incident ou d'effet indésirable.

- la réalisation d'études concernant les incidents et les effets indésirables liés à ces activités.

Pour l'année 2008, le bilan des cas est le suivant : au total, 206 déclarations d'AMP vigilance ont été rapportées à l'Agence de la biomédecine. Dans 82 % des cas, il s'agit d'effets graves. Parmi les faits marquants, 2 décès de patientes dans le cadre du processus d'AMP ont été déclarés à l'Agence de la biomédecine. Il s'agit d'un décès par dissection aortique d'une patiente porteuse d'un syndrome de Turner et prise en charge en don d'ovocytes et d'un décès chez une patiente en *post-partum* d'une hémorragie grave de la délivrance compliquée d'hématomes cérébraux et d'un œdème cérébral. De plus, des syndromes d'hyperstimulation ovarienne et de rares cas d'accidents thromboemboliques ont été rapportés. La notification de ces effets graves a motivé la mise en place d'actions de communication et d'études spécifiques afin de développer des actions correctives et de prévention.

Un article du BEH[139] paru en juin 2011 fait état de l'augmentation du nombre de déclarations d'AMP vigilance. Si en 2008, nous venons de le voir, il y a eu 206

[139] Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 14 juin 2011, *Surveillance des effets indésirables et des incidents : le dispositif d'AMP vigilance,* Ann Pariente-Khayat, Gaëlle Lemardeley, Hervé Creusvaux

déclarations d'AMP vigilance, l'année 2009 affiche 213 déclarations et l'année 2010 annonce 350 déclarations !
Soit un total de 855 signalements d'incidents et d'effets indésirables entre la période de février 2007 et fin décembre 2010.

Concernant la typologie des signalements on note :

- 15% étaient relatifs à la perte de gamètes ou d'embryons.
- 18% à l'acte d'AMP et de ses complications possibles.
- Plus de la moitié à des événements relatifs à la stimulation ovarienne ou traitement associé.

Afin de faciliter la déclaration par les professionnels de tous ces incidents, il serait judicieux de mettre en place un système de notification en ligne et de favoriser le retour d'information de l'ABM vers les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs concernés par le même biais.

3) Plan d'actions pour l'avenir

À long terme, l'Agence de la biomédecine s'est donnée trois objectifs qui sont décrits sur son site comme suit **:** développer les connaissances et rectifier les idées reçues ; installer l'AMP comme sujet de santé dans la société ; faire exister le don de gamètes au sein de l'AMP et donner tout son sens au geste de don. Pour atteindre ces objectifs, elle doit s'adresser au grand public adulte, tous profils confondus, ainsi qu'aux pédiatres et gynécologues, qui sont les relais d'information essentiels sur ces sujets. Afin de promouvoir le don d'ovocytes et d'améliorer les conditions dans lesquelles les dons sont réalisés, elle doit continuer ses efforts d'information par un dispositif internet mis à jour régulièrement[140]. Ainsi sur une période d'environ 2 mois (février / mars 2010) a été mis en place, sur les sites particulièrement fréquentés par les jeunes parents, des bannières d'information pointant sur les sites de l'agence dédiés aux dons de gamètes.

L'Agence doit aussi veiller à améliorer le remboursement de l'ensemble des frais engagés par les donneuses d'ovocytes (y compris les frais de transports et

[140] Actualisation de www.dondespermatozoïdes.fr et www.dondovocytes.fr et optimisation de leur référencement sur les moteurs de recherche

de garde d'enfants), à accroître le nombre de centres pratiquant le don d'ovocytes et à revoir le financement des actes qui y sont réalisés.

La route est longue. Réconfortons-nous avec Albert Camus (*L'Eté* - 1954) :

> « *L'homme n'est pas entièrement coupable, il n'a pas commencé l'histoire, ni tout à fait innocent, puisqu'il la continue.* »

B. Rééquilibrer les relations entre les acteurs concernés

1) Redéfinition de la donneuse

Nous poursuivons cette analyse en nous tournant de nouveau du côté des donneuses d'ovules et de la façon dont elles se voient lors du processus d'AMP avec don de gamètes et de la manière dont elles en rendent compte.
Deux ans et demi après leur geste, j'ai demandé aux douze femmes de la seconde étude « **Quelle était leur conception de l'important dans ce processus d'aide médicale** ?» Les réponses ont été les suivantes :

> « *L'important c'est ce rêve d'un homme et d'une femme ; cet amour qui désire s'incarner et je peux aider à cela.* »
>
> « *L'important c'est la gestation.* »
>
> « *L'important c'est le fait de porter l'enfant ; le vécu d'une histoire en amont. L'ovocyte n'est pas rien, seulement un indispensable.* »
>
> « *La génétique ne fait pas la famille ; ce qui est vrai c'est le noyau relationnel.* »
>
> « *L'important c'est le droit de savoir pour les enfants.* »
>
> « *L'important c'est de porter l'enfant ; le temps fait la maman.* »
>
> « *L'important c'est de porter l'enfant et tout ce qui suit.* »

« Les gènes c'est pas ce qui perturbent. Aucun de mes trois enfants ne se ressemble. L'important c'est de pouvoir le porter. »

« L'important c'est le geste du don. »

De la même façon, je leur ai demandé de se redéfinir, deux ans et demi après le don, en commençant leur phrase par « je suis ».

« Je suis un coup de pouce ; une aide à sa mère. Je ne suis pas à la recherche d'informations. »

« Je suis celle qui essaye de rétablir une injustice. Ces enfants ne sont rien pour moi. »

« Je suis une aide. Ce geste a été un enrichissement personnel. Je suis fière de l'avoir fait. Cela marque une vie mais je n'ai pas donné la vie. »

« Nous avons eu nos enfants grâce à des IAD. J'agis en contre-don. Je n'y pense plus du tout. Ce ne sont pas mes enfants mais les enfants de mon don. »

« Je suis une personne qui a aidé à la naissance d'enfants. Je ne veux pas être appelée 'maman'. »

« Je suis celle qui a permis une naissance. La mère est celle qui est là quand l'enfant l'appelle. Je n'ai rien de particulier à dire. »

« Qu'est-ce que je suis ? Je ne sais pas, je vais chercher. »

« Je suis pas la mère mais un adulte référent. »

En partant de ces témoignages nous pouvons dire que les donneuses de cette étude apparaissent comme des femmes mûres qui ont fait consciemment et volontairement un acte très particulier et doté d'un certain sens social. Ce ne sont pas des « *fées* » comme certaines receveuses aiment se l'imaginer mais des femmes conscientes de leur geste. Elles sont toutes à préférer l'anonymat « *dans un premier temps* » pour toutes les raisons que nous avons vues ci-avant. Elles se sentent « *actrices indispensables* » mais souhaitent rester dans l'ombre. Elles font la différence entre ovocytes et enfants. Il n'y a pas d'

« *évaporation de la donneuse* »[141] puisqu'une donneuse sur deux serait prête à prendre contact avec le jeune enfant issu du don, sur sa demande. Elles se sentent soutenues et valorisées par leur entourage et non pas réduites à « *une fonction instrumentale de fournisseur de matériau reproductif.* »[142]

2) Un compromis

Nous arrivons à la fin de ce travail et nous comprenons mieux (je l'espère) la complexité et la diversité des questionnements éthiques et sociaux qu'entraine la pratique du don d'ovocytes. Il nous faut tenir compte à la fois des demandes fondées sur la « *souffrance des origines* », tout en évitant « *les risques de déstabilisation des situations familiales nées de l'AMP* ». Cette étude ne remet pas en cause le principe de la gratuité du don ; seulement la nécessité d'un effort quant à la prise en charge de tous les frais des donneuses.
Parce que l'anonymat n'est pas la culture du secret, il nous faut prendre en considération les deux causes originaires de sa complexité. La première est qu'il y a deux familles en jeu et pas uniquement les enfants du don. La seconde est qu'il existe deux temps. Le premier est celui du don, avec comme acteurs principaux le couple demandeur et une donneuse ; le second temps est le moment où l'enfant va poser et se poser des questions telles que « *d'où je viens ?* ». Entre ces deux temps il s'est sûrement passé beaucoup de choses dans la vie des uns et des autres. Ce qui pouvait être vrai au moment du don, peut ne plus l'être vingt ans plus tard.

C'est en tenant compte de toutes ces logiques que je propose une nouvelle manière de faire qui consisterait à fournir la possibilité aux donneuses de laisser une identité numérique avec vidéo, au moment du don. Quatre niveaux de partage de l'information seraient possibles et laissés au bon vouloir de la donneuse.
<u>Le premier</u> : la donneuse ne souhaite rien laisser, ni renseignements, ni contact identifiant. Pas d'enregistrement.
<u>Le deuxième niveau</u> : la donneuse donne des indications médicales sur ses antécédents, son âge, certaines caractéristiques physiques, ainsi que sa profession ou l' «intention ayant présidé au don ». Elle n'est pas identifiable. Elle ne peut être recontactée à aucun moment mais cet enregistrement est conservé et peut être présenté à l'enfant du don ou à sa famille sur leur demande.

[141] Irène Théry, ibid., p.118
[142] Irène Théry, Ibid., p124

Le troisième niveau consiste à laisser un témoignage visuel qui n'identifie pas la donneuse (idem que n°2) mais celle-ci donne son accord pour être recontactée par l'équipe médicale en cas de nécessité de mise à jour médicale ou de santé de l'enfant, y compris psychologique.
Enfin le dernier niveau correspond à la donneuse qui témoigne face à la caméra, en accord pour une identification totale, car elle considère qu'« une charge émotionnelle » peut survenir et qu'il faut prendre en considération les intérêts émotionnels de l'enfant. Cette attitude sous entend qu'une information sera aussi faite à ses propres enfants. Ce choix peut sembler être une position d'équilibre et vouloir offrir à ceux qui le veulent le droit de savoir et à ceux qui ne le veulent pas le droit de conserver cette éventualité. Dans cette éventualité, est-ce que l'avis des enfants de la donneuse a été pris au moment du don?

Les couples en attente d'un don seraient informés du choix de la donneuse qui leur est potentiellement attribuée. Ils donneraient leur accord (ou non) sous forme d'un consentement signé en fin d'entretien.
Cette façon de faire aurait pour avantage, avant tout recours au don de gamètes, de clarifier la situation et d'établir un entretien systématique avec les couples afin de mieux approfondir avec eux les éventuelles difficultés auxquelles ils seront confrontés :

> « *Quel est le poids psychologique d'une présence anonyme du donneur pendant la période de croissance vers la majorité ? Comment établir et garantir la nature de la relation entre l'enfant et le donneur ? La connaissance de son « parent biologique » ne risquera-t-elle pas de conduire subjectivement l'enfant à une multiparentalité et apaisera-t-elle chez lui le préjudice subi par la dissociation de sa filiation ?* »

À l'avenir la personne née d'une AMP à partir d'un don de spermatozoïdes ou d'ovocytes pourrait faire une demande de ce vidéo-enregistrement, sans qu'il y ait une limite d'âge pour cette requête. Elle ne pourrait accuser qui que ce soit de garder des informations la concernant. Cette manière de faire met l'accent sur l'acte du don, il n'oblige en rien le donneur mais le place face à son engagement.

Dans notre première étude, la possibilité pour les donneuses de laisser une lettre ou un message n'avait pas rencontré beaucoup d'enthousiasme (non à 77%). En relisant ces questionnaires je me suis rendue compte que la lettre était associée, dans leur représentation, à un abandon d'enfant. Or, le témoignage vidéo ne correspond pas à cette assimilation. Il est regrettable

que cette idée n'ait pu être testée dans l'étude présentée. Elle pourrait faire l'objet d'un travail futur.

S'il n'y a pas de droit à savoir, il existe bel et bien un devoir de responsabilité. Les revendications des jeunes issus d'une IAD nous le rappellent et c'est tant mieux. Quant à nos pratiques médicales, elles devraient d'abord et avant tout prendre en considération le bonheur et l'équilibre de chacun plutôt que de se soucier de l'ajustement du chiffre des demandes sur celui des offres.

Nos temps modernes privilégient une conception de l'homme et de ses droits au détriment d'une interrogation sur la fin et l'excellence de l'homme.

C. L'urgence d'une réflexion

1) Une urgence

Mais le débat sur l'anonymat est l'arbre qui cache la forêt, car le don anonyme n'est pas le problème majeur de la *praxis* du don d'ovocytes. En effet la focalisation des médias sur les thèmes de parenté biologique versus parenté psychologique occulte le problème que rencontre prioritairement aujourd'hui un très grand nombre de femmes infertiles : le marché de l'ovocyte.
Il paraît tout à fait essentiel de constituer d'urgence en France une commission de réflexion, qui soit composée des différents intervenants du domaine, afin essayer de réfléchir aux moyens qui permettraient de trouver une solution, et d'éviter que de nombreuses françaises se dirigent vers l'étranger, parfois en dehors de tout suivi médical. Elles se retrouvent alors prises en charge par des équipes dont les qualités professionnelles sont parfois très discutables, utilisant des techniques non exemptes de risques, sans parler d'une déontologie douteuse qui prend sa commission au passage.
L'établissement d'un *workshop,* consistant à réunir des représentants d'associations, des professionnels du soin, des représentants de l'administration, des juges et des avocats, pourrait être une idée, afin de dresser un bilan de l'insuffisance des dispositifs actuels tant juridiques que médicaux.

2) Des suggestions concrètes

C'est devenu une évidence : au XXIe siècle, un « marché de la fertilité » s'est développé. Nous nous devons de collecter des informations et de présenter un

état de tous les mouvements sur un plan national et transfrontalier. Pour éviter tout conflit d'intérêt, un registre transparent et pertinent devrait être tenu à jour dans chaque centre de PMA ainsi que pour chaque association qui se transforme aujourd'hui de plus en plus en agence de voyage. Ce rendu de visibilité pourrait très bien faire partie des certifications de chaque centre. Il prendrait note du nombre de patientes envoyées à l'étranger, des critères médicaux prodigués dans les cliniques extérieures mais aussi des critères éthiques allant de la limitation du nombre d'embryons transférés à la toute transparence des versements d'argent réalisés.

Rappelons que, s'il existe, en évidence, un danger d'exploitation des femmes, il ne faut pas oublier pour autant l'autonomie de chaque patient en matière de ses choix reproductifs. Le médecin est donc moralement autorisé à référer ses patientes dans des cliniques à l'étranger mais il se doit de fournir toutes les informations et conseils qui sont en sa possession sur ladite clinique, sur ses pratiques et ses résultats.

A cet effet des améliorations sont possibles. Voici quelques suggestions :

- La mise en place d'études au long cours sur les effets sanitaires des dons d'ovules, à la fois chez les donneuses et chez les receveuses, en France et à l'étranger.
- L'élaboration d'un consensus sur l'information à donner pour les patientes receveuses ou donneuses qui ont recours à cette technique, quant aux risques et au taux de succès des divers traitements, quant à la qualité et à la sûreté des soins, à la fois en France et à l'étranger. Une information loyale, intelligible, adaptée au contexte.
- Une prise en considération de la charge émotionnelle des couples et des donneurs(ses) qui se traduit par la possibilité, au sein de l'hôpital, de créer un espace de communication interdisciplinaire réunissant les couples, les infirmières, la sage-femme, l'assistante sociale. Une possibilité d'accompagnement psychologique tout au long de la procédure, voire après le don avec soutien pour l'enfant si besoin.
- Soutenir les parents dans l'information à donner à l'enfant sous forme de colloque (comme dans les cas d'adoption).
- L'installation d'un comité de vigilance européen avec mise en place d'un registre transparent et pertinent de tous les dons car le problème

n'est pas tant l'anonymat du don mais la protection de tous les acteurs.

- La création d'un réseau international d'organisations du don de gamètes, s'engageant à assurer des soins génésiques transfrontaliers sûrs et de qualité, et à partager des données afin de nous renseigner sur l'envergure et l'impact de la procréation assistée transfrontalière.

Toutes ces démarches peuvent prendre du temps, évidemment. Mais elles sont nécessaires pour que la machine à penser se remette à fonctionner et que chacun retrouve une certaine capacité à donner du sens à son histoire. Pourquoi vouloir faire du don d'ovocytes une industrie ? Parce qu'elle est lucrative ? Si l'activité du don d'ovocytes reste marginale en France (seulement 145 naissances en 2008) faut-il pour autant s'acharner à couvrir la réalité des demandes sans se poser de questions sur l'équilibre des familles ? Aujourd'hui on estime à 500 ou 600 nouvelles demandes par an, demain il y en aura 1 500. Quand bien même on arriverait à les satisfaire, la pénurie de donneuses sera toujours d'actualité et le déséquilibre constant.

Cette manière de penser s'applique en économie mais pas en médecine. Si notre but est le respect de chacun, il convient d'améliorer notre accueil des personnes, notre accompagnement et notre qualité de soins.

3) Une recherche d'équilibre

La logique d'une acceptation du hasard, le maintien de l'imprévisible, peut apparaitre peu compatible avec la puissance techno-scientifique qui caractérise cette médecine de l'AMP. Pourtant, cette logique est présente car quand bien même la médecine de la procréation cherche à acquérir toujours plus de maîtrise, l'avènement d'une grossesse, la naissance, restent une énigme. C'est peut-être cela que des enfants d'IAD n'arrivent pas à se représenter. C'est, sans aucun doute, cela qu'il nous faut préserver. Ce n'est pas le médecin qui a réussi cette grossesse, ce n'est pas la sage-femme qui, au cours du temps, apprend à lâcher ses ambitions et sa volonté de maîtrise. La naissance reste un don par excellence, dans toutes sociétés. Ceci est la vraie condition pour une bonne santé mentale de chacun.

D. Donner la parole aux femmes

1) Un nouveau pouvoir sur les corps ?

Le don d'ovocytes est un don féminin ce qui signifie que ce sont les femmes qui sont au centre de cette synergie. Rappelons que la grossesse et l'accouchement appartiennent aux femmes.
Cette altérité, faite de fantasmes et d'idéaux, ne doit pas nous éloigner des corps. C'est aussi et avant tout une histoire de corps ; deux corps de femmes mis sous les projecteurs de la médecine et qui deviennent réceptacles : le corps de la femme qui donne ainsi que le corps de celle qui reçoit.

N'y a-t-il pas, à travers cette pratique, une prise de pouvoir des ventres des femmes ?

On sait depuis les travaux de Michel Foucault[143], que le corps apparaît aujourd'hui comme un objet social et politique, et la pratique d'une aide médicale à la procréation nous réinterroge à ce sujet. Le corps peut être à la fois un enjeu explicite ou implicite des politiques publiques et un objet de régulations et de normes.

Cet enfant « *quand je veux* » oblige-t-il à offrir son corps à la médecine de la reproduction qui se doit de contrôler et de satisfaire la demande ? Qu'en est-il de ces corps stimulés par des injections, surveillés échographiquement, exposés nus dans un bloc, ouverts au spéculum, écartelés pour un transfert ? Prenons-nous conscience de la genèse de cette nouvelle violence ?

N'y a-t-il pas instrumentalisation des corps au bénéfice d'une médecine de la procréation, orgueilleuse de ses résultats, qui se pare de promesses d'efficacité ?
Dans la nouvelle loi qui prévoit « une assurance fertilité » de la donneuse en utilisant la technique de cryoconservation d'une partie de ses ovocytes, dans quelles conditions sera mise en œuvre l'utilisation ultérieure des ovocytes conservés pour la donneuse ? Pourra-t-on par exemple lui refuser d'utiliser ses propres ovocytes pour procréer à 50 ans ou même au-delà ?
L'efficacité de la technique actuellement disponible pour la congélation ovocytaire n'a pas encore été démontrée pour toutes les femmes, et il ne peut être exclu que la conservation de leurs ovocytes soit source de grande

[143] Le récent ouvrage d'Elsa Dorlin, la matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation Française (Paris, La découverte, 2006) fournit un excellent exemple de cette postérité des problématiques foulcadiennes.

désillusion pour les femmes qui souhaiteront les utiliser ultérieurement pour procréer.

La pratique du don entraîne-t-elle insidieusement les femmes dans une nouvelle voie de soumission volontaire ? Où sont l'émancipation de la femme tant recherchée après Mai 68 et sa volonté de maîtrise des corps ? Rappelons les slogans des féministes des années soixante-dix et quatre-vingts :

> « *Mon corps m'appartient ».*
> *« Nous autres femmes, nous ne pouvons pas supporter que quelqu'un d'autre, le curé, le médecin, la bonne sœur, prennent le pouvoir sur notre ventre ».*

Qu'est devenu ce corps qui se soumet aux techniques de PMA comme un passage obligé et remboursé par la sécurité sociale ? Si ce n'est plus la nature qui rationalise le ventre des femmes, est-ce pour autant légitime que le biopouvoir de la médecine se mettre au service d'une société normative et que toute forme de résistance soit ainsi étouffée ?
Est-ce le prix à payer de cette pseudo-libération ?

L'histoire n'avance pas de manière linéaire, certes elle subit des reculs réguliers, en cela la phrase de Fourier reste à méditer :

> *« Les progrès sociaux et changements de périodes s'opèrent en raison du progrès des femmes vers la liberté ; et les décadences d'ordre social s'opèrent en raison du décroissement de la liberté des femmes. »*

Il est nécessaire de rappeler que c'est bien un système patriarcal qui structure notre société de telle sorte qu'il y a appropriation collective des femmes par les hommes. Cette appropriation se matérialise à travers les lois, les institutions, les structures et les valeurs qui organisent notre société. Plus largement, dans un contexte d'aide à la procréation où le corps des femmes risque d'être plus que jamais objet de commerce, c'est haut et fort qu'il faut affirmer la nécessité pour les femmes de se réapproprier entièrement leur corps.
Force est de constater qu'il reste encore du chemin à parcourir pour atteindre l'égalité entre les femmes et les hommes. Tant que les femmes ne seront pas arrivées à une entière réappropriation de leur corps à tous les égards : procréation, maternité, sexualité, travail, les féministes ne seront pas au bout de leurs luttes.

Car, nous l'avons vu précédemment, la femme, sous la pression croissante des contraintes de vie de notre système capitaliste et d'une reconnaissance sociale, serait amenée de manière rituelle (d'abord trouver le travail puis la voiture, le logement, l'homme idéal et enfin l'enfant) à adopter exactement le rapport à soi qui convient au système établi d'attentes des comportements ; l'enfant devenant possible seulement à 40 ans, confortant une image de soi conforme à la société et contribuant ainsi à la reproduction des relations de dominations établies. Ce qui ne veut pas dire que la femme n'existe pas comme réalité sociale, mais précisément qu'elle est déterminée par des structures sociales qu'elle devrait pouvoir contribuer à modifier, mais qu'elle ne fait pourtant souvent qu'entériner.

Dans cette perspective « *l'assistance à la procréation* » (expression paternaliste s'il en est !) ne semble plus être un évènement apporté par la manne du déferlement technologique mais une technique qui insidieusement déséquilibre le rapport homme-femme dans la procréation tout en niant la sexualité des corps. Le débat est d'autant plus complexe qu'il remet en jeu les dichotomies entre vitalisme[144] et matérialisme, droits corporatistes des mères et droit des femmes sur leur corps… Ce qui soulève d'énormes enjeux de pouvoir.

Dans les années soixante-dix, après la révolution culturelle qu'ont provoquée la pilule et la revendication du droit des femmes sur leur corps[145], faisant de la procréation non un fait de nature mais un choix libre, sous conditions, a émergé l'urgence de la reconstruction d'un discours éthique adapté à la nouvelle donne. Gilles Deleuze et Félix Guattari avaient défini un nouveau contrat social dans « L'Anti-Œdipe » Source spécifiée non valide. : une société où la jouissance devient modèle, où les valeurs gaullistes perdent du terrain, où les corps se libèrent pour le bien-être de tous. Mais c'est surtout le psychanalyste Wilhelm Reich et son éloge des moeurs libres qui circulent au départ sur le campus de Nanterre. Sa « Révolution sexuelle », datant de 1945, annihile tout principe de frustration. L'après-68 devient une époque d'affranchissement des corps, d'un changement radical des mentalités avec un nouveau rapport au corps.

Les corps chavirent, se réchauffent, se mêlent et s'emmêlent en toute impunité et sans pudeur. La liberté sexuelle atteint son zénith.

> *« Alors que nous devions repartir pour Paris, Rome, Tokyo ou San Francisco, une force étrange nous retenait à quai, envahis par l'incroyable sensation de liberté, de communion, que nous avions vécue dans la chaleur intestine du groupe ».*

[144] Doctrine métaphysique considérant que la vie n'a pas d'autre explication qu'elle-même.
[145] Voir *les Sœurs de la perpétuelle indulgence* qui prônent à « pêcher dans la joie avec st latex ».

explique Georges Marbeck, cofondateur du journal *Recherche*, première revue « d'études sexuelles ».[146]

Mais là encore, les femmes ont été emportées dans le mouvement ; elles étaient d'abord unies au service de la cause commune (une poignée d'entre-elles seulement, principalement des intellectuelles) mais qu'en ont-elles tirée pour elles-mêmes ? Le corps, est devenu un outil marketing. Disloquée, l'image du corps comme symbole de l'amour et du partage. Récupérée, la jouissance du corps libertaire et innocente. La génération des amoureux libres a donné naissance à une autre génération, celle dominée par le tout médiatique, le tout *programmatique*.

Probable qu'on se soit complètement mépris sur le sens de la « *libération sexuelle*. » En libérant les différents interdits relatifs au corps des femmes, en luttant pour l'avènement d'une contraception, en déculpabilisant l'avortement, les féministes ont permis à la femme de se penser comme sujet de sa propre personne. Mais le féminisme reste une utopie dans le sens où si les femmes ont obtenues le droit d'exister socialement et politiquement, le pouvoir d'exercer ces droits reste à conquérir. Cette libéralisation devait briser les chaînes de l'amour, elle l'a enchaîné à la bête ! Cette approche va certes à contre courant d'un discours ambiant sur l'AMP qui est présentée comme une libération du couple face à *la honte ou à la souffrance de l'infertilité.*

D'hier à aujourd'hui, peut-être que les mots changent et que les champs de batailles se transforment, mais les objectifs restent les mêmes. Il est symptomatique que dans ces événements les femmes se soient absentées du débat et laissent les médecins (hommes principalement) décider de ce qui est bon pour préserver leur fertilité. Il s'agit donc de poursuivre la conquête, aujourd'hui inachevée, du droit des femmes à disposer de leur vie, du droit des femmes à disposer de leurs corps et donc de leur procréation. En d'autres termes ne serait-il point temps de rendre active la volonté des femmes et des hommes ? De prendre en main notre propre évolution et de décider ce que nous souhaitons vraiment pour nous et pour notre descendance ? Le moment serait bien choisi pour rétablir des *États généraux à la Sorbonne*, par les femmes et pour les femmes, ayant pour ambition première d'organiser une discussion constructive sur des sujets d'AMP, susceptible de bousculer les idées reçues, afin que chacune puisse s'informer et s'exprimer, avec ses mots

[146] Citation tirée de « *1968, révolution »,* Le Monde 2 hors série

à elle, sur les nouvelles techniques de la procréation médicale et ce qu'elle y voit.

2) La bioéthique utilisée par le politique

Enjeu moral, enjeu social, le corps est aussi un enjeu politique. C'est dans le corps de la femme que résultera la bonne santé future de la population. Il ne sera pas inutile d'interroger cet enjeu biotechnologique et biopolitique majeur qu'est devenue la reproduction médicalisée. Pour Foucault,[147] c'est bien la société qui transforme le corps en profondeur puisque c'est elle qui par une série d'impulsion va réussir à le façonner pour répondre à ses impératifs de performance.
On retrouve le principe nietzschéen d'un corps « *tout imprimé d'histoire et d'une histoire qui ruine le corps* ».[148]
Il ne s'agit plus pour Foucault de penser une discipline qui opère sur le corps en le fragmentant, et en instaurant des procédures de dressage et de cloisonnement, mais il s'agit plutôt d'une soumission à des principes qui sont librement acceptés. Avec *Surveiller et punir*, Foucault nous a présenté un corps qui était véritablement offert au jeu du pouvoir puisqu'il était conditionné, entraîné, soumis à des apprentissages, pire encore il s'agissait d'un corps qui était même mutilé, marqué, ritualisé. N'est-ce pas ce que subissent les femmes qui s'obligent à prendre des traitements hormonaux démesurés ? Quoi qu'il en soit, ce qui intéresse Foucault, c'est la manière dont on a pu investir ces corps. Il s'agit du moins dans ces premiers livres de montrer comment les dispositifs de pouvoir s'articulent directement sur les corps et peut-être encore plus précisément sur ses fonctions vitales et sa physiologie. On peut rajouter sur l'intimité du corps son sexe et sa procréation. En fin de compte, ce qu'il nous apprend c'est que le corps est certes devenu dans les sociétés occidentales objet d'une inquiétude et d'un souci, mais aussi sujet de la science. Ce que privilégie ce pouvoir qui investit totalement les corps, est donc la performance et la surveillance permanente. Performance de la qualité ovocytaire, surveillance tous les deux jours de la maturation des ovocytes, surveillance de l'épaisseur de l'endomètre du corps récepteur.

Non seulement le corps peut-être changé mais avec de nouvelle forme de procréation le corps est trompé, il accepte l'ovocyte d'une étrangère. Pour Foucault, toute cette démarche philosophique autant qu'historique n'a qu'un

[147] Michel Foucault, « Usage des plaisirs et techniques de soi », In *Le Débat*, n°27, 1983, repris dans *Dits et Ecrits II*, Gallimard, 2001 ; préface à *L'usage des plaisirs*, Gallimard, 1984. **(131)**
[148] Michel Foucault, « Nietzsche, La généalogie, l'histoire », in Dits et écrits, Tome II, p.147. **(132)**

intérêt, celui de se dégager de cette emprise du corps. Il s'agit d'inventer, dira-t-il.

> « *Avec le corps, ses éléments, ses surfaces, ses volumes, ses épaisseurs, un érotisme non disciplinaire : celui du corps à l'état volatil et diffus, avec ses rencontres du hasard et ses plaisirs sans calcul* ». [149]

En somme, tout le contraire qu'offre L'AMP avec don de gamètes, qui est une voie sans plaisir dans la programmation la plus absolue ; un pouvoir-savoir exercé sur les corps, qui peut mieux nous faire comprendre les rapports qui existent entre le corps et la société, entre l'éthique et le politique.

3) Délivrez-nous du mâle

Paradoxalement, à l'heure où la procréation est de plus en plus désexualisée, il est intéressant de noter que c'est vers *le rôle des femmes dans la procréation* que le don d'ovocyte nous entraîne.

Le don d'ovocytes nous aventure sur un continent (quasiment inconnu) où il est question de deux femmes procréant l'enfant. Par le truchement de l'éprouvette, une femme fertilise une autre femme. Un entre-soi féminin tellement fort qu'il fait presque oublier la présence de l'homme et sa nécessité biologique.

Que devient la fonction du père en tant que géniteur, et donneur de nom ?

Que fait le père ? Et surtout comment le fait-il ? Dans les années soixante-dix, on parlait de *nouvelle* distribution des rôles parentaux, peut-on dans les années 2000 se demander ce qu'il advient de la fonction paternelle à travers tous ces changements qu'engendre les techniques de PMA ? Dans les box de consultation de l'hôpital, je vois les photos d'enfants dont ils font la renommée : le gynécologue entourée par les mères, les pères restant hors champ ou bien à la périphérie. Une iconographie des représentations des PMA reste à faire. Elle apporterait un éclairage particulièrement cru sur le refoulement de nos sociétés et de la projection que font certaines femmes sur leur médecin.

Si la femme se réapproprie son corps par la grossesse tant espérée, de quelle façon le père se réapproprie-t-il l'histoire de cette naissance ? Celle de son fils ? Celle de sa fille ?

[149] Michel Foucault, « Sade, sergent du sexe. », in Dits et écrits, Tome II, p. 818 **(133)**

Car si certaines études rapportent que des enfants sont élevés par un père qui n'est pas le leur, à l'insu du père, le don d'ovocytes a une particularité, il fait du père le seul parent biologique certain.

Des études récentes ont été publiées sur les transformations du père dans nos sociétés Source spécifiée non valide.. Elles s'intéressent plus particulièrement sur les conséquences de *l'absence ou de la passivité du père* et sur les effets négatifs des *abus paternels de pouvoir* plutôt que de chercher à étudier la paternité pour elle-même, ses caractéristiques intrinsèques, ses apports à l'éducation et l'évolution des enfants ou les façons de mieux l'exercer. Comment les pères intériorisent t-ils leur paternité après l'épreuve de la PMA et l'apport d'un ovocyte étranger ?

Il serait temps que le discours des pères et partant celui des hommes soit enfin entendu !
Il serait temps que l'aide médicale à la procréation s'intéresse aussi au futur père !

E. Conclusion du chapitre

Ces multiples interrogations peuvent faire peur et invitent à supprimer la possibilité d'aide médicale à la procréation avec tiers donneur. Il nous faut admettre l'impossible retour en arrière.

Le public craint et est fasciné à la fois par l'idée fantasmatique de grossesse masculine, d'utérus artificiel ou de grossesse pour autrui, tandis qu'il méconnait les enjeux sociétaux plus immédiats, comme celui du don d'ovocytes.

Si la procréation médicalement assistée avec donneuses de gamètes doit répondre à ce qui est considéré comme un drame fondamental de l'humain, *ne pas pouvoir perpétuer la vie,* elle est généralement pensée en termes d'efficacité technique. Dans Marianne[150], le philosophe Christian Godin souligne le caractère utilitariste de l'éthique qui sert de plus en plus « *une volonté individuelle portée à l'absolu et jamais interrogée* ». Justement, ce travail s'est donné pour objet d'approfondir ces interrogations.

Nous voyons à partir de l'émergence de ces nouvelles questions, que le *revers* de cette efficacité du point de vue de nos sociétés, largement demeurées

[150] *Marianne*, 18 avril 2010.

patriarcales, est l'intrusion ou les bouleversements des représentations symboliques par rapport à *la nature* de la reproduction qui se pensait en termes de passivité, de réception, *de cadeau de la vie*, qui contribuait à faire de la grossesse la fonction essentielle de la femme.

Le don d'ovocytes bouleverse toutes ces données. Il a le mérite de dévoiler un conflit sous jacent entre l'ordre social et l'ordre naturel, et toutes les contradictions que nous y mettons. Ce qui est en crise ici est l'ordre symbolique, la conceptualisation du rapport nature-culture.

L'étude menée dans ce travail auprès des donneuses d'ovocytes a montré une analyse critique des diverses perspectives de la maternité. Aucune des donneuses rencontrées ne considère qu'il s'agit de leurs enfants génétiques que d'autres élèvent. Pour ces femmes, la maternité ne se réduit pas à la production d'un ovocyte de bonne qualité, elle s'inscrit dans une histoire : celle d'un couple et celle de la grossesse qui est perçue, à tort ou à raison, comme un moment privilégié dans la construction du lien mère-enfant. Être mère ne signifie pas produire un ovocyte de bonne qualité !

Ces femmes ne souhaitent pas s'immiscer dans la vie du couple bénéficiaire. Toutefois, elles sont en alerte sur la possibilité de souffrance (et pourquoi jamais de joie ?) que pourrait rencontrer le jeune enfant lorsqu'il apprendra son mode de conception. En cas de nécessité pour l'enfant et sur sa demande, la moitié d'entre-elles sont prêtes à prendre contact avec lui, sans forcément le rencontrer. Mais pour lui dire quoi ?

Ces jeunes gens sont-ils véritablement à la recherche d'un donneur de gamètes ou bien sont-ils face à un dilemme qui est celui de savoir si le procédé de fabrication modifie en quoi que ce soit *leur manière d'exister dans le monde* ? Cette question est à prendre au sérieux.

L'assistance médicale à la procréation peut-elle être considérée comme une médecine curative ?

Nous voyons en tout cas qu'elle est une médecine qui transforme le champ social de la fertilité. Elle est une médecine qui agit sur les corps de manière de plus en plus intrusive. Il est bien possible que dans les prochaines années, avec la disparition des derniers verrous législatifs, *tout ce qui est possible, finira pas être réalisé*.
La demande de mise en œuvre de la vitrification des ovocytes avec la possibilité de constituer un surstock d'ovocytes, comme un possible

détournement pour pallier la pénurie chronique des donneuses, est un bon début. Nous passons de l'expérimentation humaine à des expériences sociétales, sans que ne soit appliqué aucun principe de précaution à ces pratiques.

Bien que la France soit attachée à des principes fondateurs (la non-patrimonialité du corps humain, la dignité de la personne humaine), de nombreuses pressions surgissent pour une révision plus *progressiste* de la loi. L'État cherche à *consolider les digues,* en conservant le principe de l'anonymat par exemple, tout en admettant certains aménagements comme la levée de l'interdiction de prélèvement d'ovocytes sur des femmes nullipares. En fait, alors que la morale reposait sur des principes intangibles, l'éthique évalue au coup par coup en fonction du caractère utile ou non des résultats. L'éthique joue-t-elle le rôle « *d'un frein à vélo que l'on aurait placé sur un avion intercontinental* » [151] *?*

On constate à cet effet une infinie dérive subjectiviste des *droits à* : droit à l'enfant, droit à connaître ses origines, droit à la vérité, droit à fonder une famille, et pourquoi pas un droit à l'amour ? Ce phénomène est-il en lien avec un épuisement moral du monde vécu social ?

Cette exaltation des droits, sans considération des solidarités, se retrouve chez l'individu néolibéral qui entend prendre connaissance de son origine comme une vérité absolue. Les options préconisées par la fondation Terra Nova, présidée par la psychanalyste Geneviève Delaisi de Parseval, offrent, dans leur relecture progressiste du rapport parlementaire, un *plaidoyer symptomatique* de cette absolutisation de la volonté individuelle.

Notre regard sur le don d'ovocytes ne doit pas se laisser détourner par une priorité que cette technique fait menacer sur notre humanité : une marchandisation généralisée du corps féminin et par voie de conséquence un profit des plus pauvres. Les excès du baby-business sont une réalité. Plus que dans la « *biopolitique* » qu'évoquait Michel Foucault, nous sommes entrés dans le « *biomarché ».*

ÉPILOGUE

[151] Ulrich Beck, *Gegengifte. Die unorganisierte Verantwortlichkeit,* Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1988, p.194.

« Dès son premier regard posé sur moi, il a fait de moi sa maman pour la vie. »

Le don s'est construit dans notre culture comme une arche avec trois piliers que sont l'anonymat, la gratuité et le bénévolat ; le socle s'est bâti sur les pratiques historiques du don du sang qui ont largement inspiré le don de sperme, jusqu'à ce que la première loi de bioéthique modifiant le Code civil ne cimente l'ensemble des dons de gamètes en 1994. L'édifice est solide ; il s'appuie sur la non-appartenance de notre corps, sur l'impossibilité de mercantilisation des produits du corps humain et sur le respect de la dignité humaine.

En ce qui concerne le don d'ovocytes, *la valorisation des donneuses* et l'appel à leur *générosité* continuent à être le leitmotiv de l'Agence de la Biomédecine, entraînée par un corps médical qui s'inquiète de ses chiffres et semble se limiter à une vision étroite de l'acte de donner.
Il faut le reconnaître, il s'agit d'une médecine bien originale : le don d'ovocytes oblige le médecin à sortir de sa pratique usuelle puisqu'il ne s'adresse pas à un malade, même si la finalité de son acte demeure bien thérapeutique. Il se retrouve avec la lourde charge d'avoir à expliquer, convaincre, accepter, sélectionner ou orienter des dons sans bien savoir comment penser cette médecine. Bien souvent, le don d'ovocytes n'apparaît dans les publications que sous l'angle de la *pénurie* d'ovocytes.

À nouveau, une confiance excessive dans les techniques supplante l'attention clinique, car l'appel à la générosité des donneuses et son corollaire de valorisation au regard de la pénurie des dons devraient pouvoir laisser place à une appréhension plus juste de l'acte du don lui-même et du dialogue à mener avec les donneuses quelles qu'elles soient, d'où qu'elles viennent et quelles que soient leurs motivations.

Certes, les équipes médicales ont besoin de donneuses et dès lors que de nouvelles personnes s'adressent à la médecine, par délégation ou par spontanéité, et qu'elles ne sont pas malades, il serait appréciable de les prendre en considération et de faciliter leur démarche.

Il conviendrait d'abord de travailler à *l'accueil* des donneuses d'ovocytes, à commencer par une plus grande attention à leur égard autant que par la

délivrance d'une meilleure information ainsi que par l'assurance d'un remboursement de tous leurs frais, tel que la loi l'exige.

Il est nécessaire, en effet, de s'affranchir des pesanteurs de la reconnaissance due aux donneuses ou de toutes ces formes de pseudo-remerciements, qui ne sont d'ailleurs que des incitations déguisées à donner *plus et encore* alors qu'il s'agit plutôt de commencer simplement à *entendre* ce qu'énoncent ces donneuses, ce qu'elles pensent de leur geste, ce qu'elles vivent en post don. *Entendre* plutôt que de seulement exploiter leur geste car ce qu'elles disent va bien au-delà de la *seule générosité,* ainsi que l'exposé de ce travail a pu le montrer.

Une femme qui accepte de donner ses ovocytes le fait, le plus souvent, à l'intention d'une autre femme. Son geste inaugure un échange silencieux et jusqu'alors inédit. À la différence des autres figures de don en AMP, l'engagement y est considérable. Deux femmes qui ne se connaissent pas forcément confirment et confient leur possible fécondité l'une à l'autre.

L'équipe d'Assistance médicale à la procréation se trouve placée comme en position de témoin face à cet échange à nul autre pareil. Les équipes médicales qui sollicitent ces femmes et réalisent l'intervention ne peuvent qu'être sensibles à leur geste, car l'opération de prélèvement qui suit cet engagement n'est évidemment pas sans comporter des risques. Cet engagement d'une femme devant une autre n'a vraiment rien d'irresponsable, même si l'acte est anonymisé.

Le caractère innovant, très technique de cette médecine et probablement transitoire, rencontre de nombreuses difficultés quant à sa réalisation par un manque budgétaire évident. D'où de nombreuses pressions pour privatiser cette technique. Faut-il apporter quelques changements à la pratique du don d'ovocytes en France ? Modifier la gratuité du don ? Absoudre l'anonymat ?

Chacun pressant que ce sont de grandes et belles questions que celles qui touchent au don de gamètes car la relation de la médecine à « ses » donneurs et donneuses ne saurait être négligée plus longtemps.

Le point le plus délicat semble bien être ici la nature du consentement des femmes qui acceptent de donner des ovocytes. Non pas tant les raisons pour lesquelles elles ont donné mais bien ce à quoi elles consentent, à la fois au moment du don et aussi plus tard. Ce travail de recherche a voulu s'intéresser précisément à l'information que les femmes donneuses avaient reçue, ce qu'elles en avaient compris, ce qu'elles avaient interprété et perçu suite à leur geste. La grande question était de savoir si elles ressentaient une nécessité ou

un besoin de mise en relation avec ces enfants issus du don ou bien encore si elles avaient senti des regrets.

Cette étude nous a fait découvrir des femmes prêtes à donner gratuitement et anonymement leurs ovocytes, afin de pouvoir faire vivre le *bonheur de la maternité* à d'autres couples. Un bonheur qu'elles ont déjà, elles-mêmes, connu et partagé. Elles étaient dans une position de bienveillance envers un désir d'enfant qui n'était pas le leur. Et cette perspective semble véritablement outrepasser la notion de générosité. Non pas que celle-ci soit absente dans chaque opération de don, mais elle n'en constitue pas l'alpha et l'oméga. Dans ce désir, elles reconnaissaient n'intervenir que ponctuellement. Elles souhaitaient donner puis disparaître.

Ce que donnent ces donneuses, c'est le « donner lui-même » :

« *Au commencement était le petit bout de l'une pour qu'il devienne* ***Le*** *grand bout d'une autre…* ».

Comment dès lors réfléchir et accompagner le plus justement cette éclipse ?

La loi française du 8 juillet 2011 prévoit bien une information des donneuses d'ovocytes sur les procédures de prélèvement à laquelle elles consentent. Mais cet éclairage ne peut porter véritablement que sur la procédure médicale elle-même car l'acte de don ne saurait être, quant à lui, éclairé comme peut l'être un consentement. C'est peut-être là que réside toute la difficulté, dans la confusion rarement levée qui s'installe entre le prélèvement des ovocytes et le don et tout ce qu'il engendre. Cette *disjonction* du don, de son consentement et ses possibles rebondissements futurs, doit être pensée jusqu'en dans les pratiques cliniques : notre proposition de laisser une identité numérique avec vidéo, au moment du don laisse au don ses valeurs respectives et la technique reste à sa juste place. Quant aux nombreuses questions techniques qui se posent à tous, comme la sélection clinique indispensable des donneuses par les équipes et éventuellement le tri biologique des ovocytes par exemple, toutes ces questions pourront être abordées avec beaucoup moins de difficultés dès lors que la confusion entre l'intention donatrice et le consentement aux soins sera levé.

Une autre confusion existe : la remise en question du choix français de l'anonymat, parce qu'il priverait l'enfant de l'accès à ses origines.

Cette question n'est sans doute, nous l'avons vu, qu'un déplacement sur un mal être, une inquiétude (une souffrance ?) portée sur une naissance vécue comme *artificialité*. Ces jeunes adultes nous rappellent tout ce que nous avons à

redouter d'un *biopouvoir* couplé parfois à un *biomarché*, prêts à réduire l'altérité qui nous fonde. Le jeune enfant exprime aussi dans cette quête son besoin d'assurance *d'humanité et de désir* et sa crainte d'*expérimentation*, dans l'histoire de sa conception. Retrouver le donneur ou la donneuse serait un remède miracle, une façon d'échapper à l'angoisse atavique, celle qui est inscrite au deuxième verset de la genèse, ce sentiment du tohu-bohu de l'univers désert et vide. La question de l'origine restant, in fine, la grande énigme pour chacun de nous.

Le don d'ovocytes, nous l'avons vu, n'est pas seulement une technique. Il nous rappelle à l'injonction de l'être, il nous remet à l'école du commencement. De ces questionnaires issus de cette étude, on peut retenir la leçon : *on ne donne pas pour recevoir, on donne pour que l'autre donne.* Les hommes et les femmes se confirment donc de cette manière les uns aux autres qu'ils ne sont pas des choses. Entendu ainsi, le don n'appelle évidemment aucun contre-don, contrairement à ce que la vulgate affirme en instrumentalisant les travaux de Marcel Mauss, mais il appelle d'autres dons. Ainsi éclairé, les dons de sperme et d'ovocytes prennent déjà une autre dimension. La donneuse se défait de ses pouvoirs et cette soustraction la fonde dans son humanité puisqu'elle marque ainsi qu'elle n'y est pas réductible.

L'affirmation de n'être pas réductible à ses ovocytes n'est-elle pas la première des choses à entendre – et à recevoir – d'une donneuse ?

N'est-ce pas la première chose à dire et à offrir à l'enfant né d'un don ?

Que transmettent les donneuses si ce n'est l'exigence de ne pas laisser réduire qui que ce soit à son sperme, ses ovocytes *ou à leur absence* ?

On connaît bien la pression exercée sur les équipes d'assistance médicale à la procréation par les femmes et les couples désireux d'avoir un enfant, on connaît les responsabilités et les interrogations de ces équipes qui ne savent et ne sauront peut-être jamais jusqu'où elles doivent répondre à ces demandes, mais on n'entend rarement parler des relations qui s'établissent entre ces équipes médicales et les femmes donneuses ou receveuses de gamètes. Il s'agit pourtant d'une part importante de leur activité. En ce qui me concerne, j'ai beaucoup appris au contact de ces femmes. Les préparer au don, partager leurs espoirs, leurs joies et aussi leurs déceptions, a été un merveilleux moment de ma vie et la découverte d'une pensée profonde : nous ne serions pas définis comme des êtres réduits à un corps dont l'expérience décisive serait l'angoisse de la mort mais des êtres habités par cette force vive de toujours pouvoir

espérer et recommencer avec le regard confiant d'autrui. Chaque être nouveau, né par FIV, par don de gamètes ou par cycle naturel, possède la faculté d'entreprendre du neuf et d'agir. En mettant mes efforts dans la pratique du don d'ovocytes, j'ai essayé de me mettre au service de cette nouveauté.

La conclusion de ce travail souhaite souligner qu'une des missions du XXIème siècle en matière de santé aura à consolider les acquis et à défendre l'anonymat du don qui reste le meilleur compromis. Sans vouloir faire le *don de leçon au monde entier*, l'éthique française, avec ses trois grands principes, anonymat, gratuité, volontariat, peut rester une exception, voire avec le temps un modèle. Certes, des efforts restent à faire et surtout il faudra arbitrer – et arbitrer non pas entre les intérêts des uns et des autres – et choisir entre la solidarité dans un état de crise ou les appels de recettes du marketing.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ARISTOTE, *De La Génération des animaux,* trad. du grec par Pierre Louis, Paris, Les Belles Lettres (coll. « Collection des universités de France »),1961.

2. KNIBIEHLER Y., *La Révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997.

3. FRIEDAN B., *La Femme mystifiée,* Paris, Gonthier*, «* collection femme *»,* 1964.

4. École HECJF, « La Condition de la Française aujourd'hui et demain », *in Population,* 1965, Vol 20, n° 3, p. 525.

5. KRISTEVA J., *Histoires d'amour,* Paris, Denoël, 1983, p. 295.

6. DONATI P., CÈBE D., BAJOS N., « Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision », *In Équipe GINE : Sociologies des grossesses non prévues,* 2002, Vol. Inserm, pp. 115-162.

7. FERRY L., *La Révolution de l'Amour, pour une spiritualité laïque,* Paris, PLON, 2010.

8. TOULEMON L., LERIDON H., « La famille idéale: combien d'enfants, à quels âges » ? *in Insee Première,* 1999, Vol. 152.

9. HOLTE J., BERGLUND L., MILTON K., GARELLO C., GENNARELLI G., REVELLI A., BERGH T., « Construction of an evidence-based integrated morphology cleavage embryo score for implantation potential of embryos scored and transferred on day 2 after oocyte retrieval », *in Human Reproduction,* 2007, Vol. 22, 2, pp. 548-557.

10. FAUQUE P., LEANDRI R., MERLET F., JUILLARD JC., EPELBOIN S., GUIBERT J., JOUANNET P., PATRAT C., « Pregnancy outcome and live birth after IVF and ICSI according to embryo quality », *in J Assist Reprod Genet.* 2007, 24, pp. 159-165.

11. DAVID G., « L'insémination artificielle et le système CECOS », *in L'insémination artificielle,* Masson, Paris, 1990.

12. EDWARD R.G., BAVISTER B.D., STEPTOE P.C., « Early stages of fertilization in vitro of human ovocytes matured in vitro » *in Nature,* 1969, 221, pp. 6632 - 6635.

13. STEPTOE P.C., EDWARDS R.G., « Birth after the reimplementation of a human embryo », *in Lancet.* 1978, Vol. 2, p. 366.

14. TROUNSON A., LEETON J., BESAKO M. et al., « Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro », *in Br Med J.* 1983, 286, pp. 835-8.

15. LUTJEN P., TROUNSON A., LEETON J. et al., « The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryon donation in a patient with primary ovarian failure », *in Nature,*1984*,* 307, pp. 104- 105.

16. ROSENWAKS Z. , VEECK L., L and LIU H.-C., « Pregnancy following transfer of in vitro fertilized donated oocytes », *in Fertil Steril.* 1986, 45, p. 417.

17. PALERMO G., JORIS H., DEVROEY P., VAN STEIRTEGHEM A.C., « Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte », *in Lancet,* 1992, 340, pp. 17-18.

18. DE MOUZON J., GOOSSENS V., BHATTACHARYA S., CASTILLA J. A., FERRARETTI A.P., KORSAK V., KUPKA M., NYGREN K.G., NYBOE ANDERSEN A., « Assisted reproductive technology in Europe, 2006 : results generated from European registers by ESHRE », *in Human Reproduction,* 2010, Vol. 25, 8, pp. 1851-1862.

19. CORNET D., « Le don d'ovocytes », *In Gynecologie obstétrique & fertilité,* 2007, Vol. n°35, pp. 22-23.

20. JEGOU B., JOUANNET P., SPIRA A., *La fertilité est-elle en danger?* Paris, La decouverte, 2009.

21. MAZUY M., ROZEE., « Infertilité ressentie et pression sociale à concevoir, Analyse socio-démographique du recours à l'AMP en France », *in INED-INSERM-Paris XI.* XXVI Congrés International de la Population de l'UIESP, Marrakech (Maroc), 2009.

22. KERBRAT V., *Secrets de Sage femme,* Paris, Calmann-Levy, 2010.

23. BRETON D., *L 'Adieu au corps,* Paris, Metraillé, 1999, p. 69.

24. STOLERU S., J.-P GLAS J., FERMANIAN, A. SPIRA, « Psychological factor in the aetiology of infertility : prospective cohort study », *in Human Reproduction,* 1993, pp. 1039-1046.

25. PERRIER F., *L'Amatride,* Paris : La Chaussée d'Antin, 1987, Vol. 2, pp. 204-205.

26. VAN EERSEL P., MAILLARD C., *J'ai mal à mes ancêtres,* Paris, Albin Michel, 2002.

27. TISSERON S., *Tintin et les secrets de famille,* Paris, Séguier, 1990.

28. FOUCAULT M., *Naissance de la clinique,* Paris, PUF, 1963.

29. ANDRE J., *Désirs d'enfant,* Paris, PUF, 2009. p. 13.

30. BYDLOWSKI M., *Les Enfants du désir,* Paris, Odile Jacob, 2008.

31. ARIES P., *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime,* Paris, Le Seuil, réed. 1975.

32. BYDLOWSKI M., *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité,* Paris, Odile Jacob, 2000. pp. 27-28.

33. THERY I, *Des humains comme les autres, bioethique, anonymat et genre du don,* Paris, EHESS, 2010, pp. 38-40.

34. TURSZ A., COOK J., « A population-based survey of neonaticides using judicial data », *in Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2011, Vol 6, pp. 259-63

35. LEETON J., BACKWELL J., « A preliminary psychosocial follow-up of parents and their children conceived by artificial insemination by donor (AID) », *in Clinical Reproduction & Fertility,* 1982, Vol. 1 (4), pp. 307-310.

36. MILSOM I., BERGMAN P., « A study of parental attitudes after donor insemination (AID) », *in Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,* 1982, Vol. 61 (2), pp. 125-128.

37. RAOUL-DUVAL A., BERTRAND-SERVAIS M., LETUR- KONIRSCH H., FRYDMAN R., «Psychological follow-up of children born after in-vitro fertilization », *in Human Reproduction,* 1994, Vol. 9 (6), pp. 1097-1101.

38. SODERSTROM-ANTILLA V., SAJANIEMI N., TIITINEN A., HOVATTA O., « Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parent's attitudes regarding secrecy », *in Human Reproduction,* 1998, Vol. 13 (7), pp. 2009-20015.

39. GOLOMBOK S., MURRAY C., BRINSDEN P., ABDALLA H., « Social versus biological parenting: Family functioning and the socio emotional development of children conceived by egg or sperm donation », *in Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,* 1999, 40 (4), pp. 519-527.

40. POWDTHAVEE N., « Think having children will make you happy ? », *in The Psychologist,* 2009, Vol. 22, partie 4.

41. ALESINA A., DI TELLA R., MACCULLOCH R., « Inequality and happiness: Are Europeans and American different ? », *in Journal of Public Economics*, 2004, p. 88.

42. DI TELLA R., MACCULLOCH R., OSWALD AJ., « The macroeconomics of happiness », *in Review of Economics and Statistics,* 2003, Vol. 85, (4), pp. 809-827.

43. TWENGE JM., CAMPBELL WK., FOSTER CA., « Parenthood and marital satisfaction », *in Journal of Marriage and Family,* 2003, Vol. 65, (3), pp. 574-583.

44. Mc LANAHAN S., ADAMS J., « The effects of children on adults'psychological well-being », *in Social Forces,*1989, Vol. 68, (1), pp. 124-146.

45. SUREAU C, *Dictionnaire de la pensée médicale,* s.l. Dominique Lecourt, PUF, 2004, pp. 955-956.

46. BONNEWIJN O., *Ethique sexuelle et familiale, la production d'embryons humains destinés à un projet parental,* Paris, Editions de l'Emmanuel, 2006, chapitre X, pp. 267-292.

47. DE ZIEGLER D., DE MOUZON J., FAUQUE P and CO, « Multiplying recipients paired with oocyte donors optimizes the use of donated oocytes », *in Fertility and sterility,* 2011, Vol 95, pp. 1633- 1638.

48. MONOD J., *Le hasard et la nécessité, Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne,* Paris : du Seuil, 1970.

49. GOVAERTS I., DEVREKER F., DELBAERE A., REVELARD PH., ENGLERT Y., « Short-term medical complications of 1500oocyte retrievals for in vitro fertilization and embryo transfer », *in European Journal of Obstétrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 1998, 77, pp. 239-243.

50. SAUER M. V., « Defining the incidence of serious complications experienced by oocyte donors: A review of 1000 cases », *in Obstetric Gynecology,* 2001, 184, pp. 277-278.

51. MAXWELL K.N., CHOLST I.N., ROSENWAKS Z., «The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation », *in Fertility Sterility,* 2008, Vol 90, (6), pp. 2165-2171.

52. VAN HAM MA., VAN DONGEN PW., MULDER J., « Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and post operative maternal complications of caesarean section during a 10-year period », *in Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,* 1997, 74, pp. 1-6.

53. PENNINGS G., DE WERT G., SHENFIELD F., COHEN J., TARLATZIS B., DEVROEY P., « Taskforce in law and Ethics 15, Ethics of Cross-border reproductive care », *in Human Reproduction,* 2008, Vol 23 (10), pp. 2182-2184.

54. SAUER M V., ARY B R., PAULSON R J., « The demographic characterization of women participating in oocyte donation: a review of 300 consecutively performed cycles », *in Gynaecology. Obstetrique,* 1994, 45, pp. 147-151.

55. SÖDERSTRÖM-ANTTILA V., « Follow-up study of Finnisch volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation », *in Human Reproduction,* 1995, Vol10, (2), pp. 3073-3076.

56. GORILL M.J., JOHNSON L.K., PATTON P.E., BURRY K.A., « Ovocyte donor screening : the selection process and cost analysis », *in Fertility Sterility,Vol* 75, (2), pp. 400-404.

57. MARINA S., EXPOSITO R., MARINA F., NADAL J., MASRAMON M., VERGES A., « Oocytes donor selection from 554 candidates », *in Human Reproduction,* 1999, 14, pp. 2770-2776.

58. LINDHEIM S.R., FRUMOVITZ M, SAUER M.V., « Recruitment and screening policies and procedures used to establisch a paid donor oocyte registry », *in Human Reproduction,* 1998, 13, pp. 2020-2024.

59. Idem 62

60. KAN AK., ABDALLA HI., OGUNYEMI BO., KOREA L.,LATARCHE E., « A survey of anonymous oocyte donors: demographics », *in Human Reproduction,* 1998, Vol 13, (10), pp. 2762-2766.

61. SKOOG SVANBERG A., LAMPIC C, Bergh T., LUNDKVIST O., « Characterization of potential oocyte donors in Sweden », *in Human Reproduction,* 2003, Vol 18,(10), pp. 2205-2215.

62. KALFOGLOU A., GELLER G., « A follow-up study with oocyte donors exploring their experiences Knowledge and attitudes about the use of their oocytes and the outcome of the donation », *in Fertillity Sterility,* 2000, Vol 74, (4), pp. 660-667.

63. KALFOGLOU AL., GITTELSOHN J., « A Qualitative follow-up study of women's experiences with oocyte donation », *in Human Reproduction, 2000, Vol* 15, (4), pp. 798-805.

64. PARTRICK M., SMITH AL., MEYER WR., BASHFORD RA., « Anonymous oocyte donation : a follow-up questionnaire », *in Fertility Sterility,* 2001, Vol 75, (5) pp. 1034-1036.

65. GREENFELD A. Dorothy., « Changing Attitudes towards third-party reproductive techniques », *in Curr. Opin. Obstet Gynecology,* 2002, Vol 14,(3), pp. 289-292.

66. LEIBLUM SR., AVIV AL., « Disclosure issues and decisions of couples who conceived via donor insemination », *in J. Psychosom. Obstet. Gynecol,* 1997, Vol 18, (4), pp. 292-300.

67. NACHTIGALL RD., TSCHANN JM., QUIROGA S.S, PITCHER L, BECKER G., « Stigma, disclosure and family functioing among parents of children conceived through donor insemination », *in Fertility Sterility,* 1997, Vol 68, (1), pp. 83-89.

68. GOLOMBOK S, MURRAY C., BRINDSEN P., ABDALLA H., « Social versus biological parenting: family functioning and the socio emotional development of children conceived by egg or sperm donation », *in J. Child Psychol. Psychiatry,* 1999, 40,pp. 519-527.

69. RUMBALL A., ADAIR V., « Telling the story: parents'scripts for donor offspring », *in Human Reproduction,* 1999, Vol 14, (5), pp. 1392-1399.

70. GOTTLIEB C., LALOS O , LINDBLAD F., « Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couple's attitudes », *in Human Reproduction,* 2000, Vol 15, (9), pp. 2052- 2056.

71. LINDBLAD F, GOTTLIEB C., LALOS O., « To tell or not to tell- What parents think about telling their children that they were born following donor insemination », *in J. Psychosom. Obstet. Gynecol, 2000,* 21, (4), pp. 193-203.

72. DAVID D., SOULÉ M., Mayaux M J., IAD: « Enquête psychologique sur 830 couples », *in J. Gynecol. Obstet Biol.Reprod,* 1988, 17, pp. 47-74.

73. SAUER M V., RODI IA., SCROOC M., BUSTILLO M., BUSTER J E., « Survey of attitudes regarding the use of siblings for gamete donation », *in Fertility Sterility,* 1988, Vol 49, (4), pp. 721-722.

74. CZYBA JC., « Aspects psychologiques des procréations médicalements assistés pour indication masculine », *in* Y. Englert, J.F. Guerin, P. Jouannet (Eds), *Sterilité Masculine et procréations Médicalement Assistées*, Doin, 1989, pp. 213-223.

75. WEIL E., « L'abord psychologique des couples receveurs de dons d'ovocytes anonymes », *Contracept. in Fertil. Sex,* 1987, 7 (8), pp. 690-691.

76. RAOUL-DUVAL A., H. LETUR-KORNIRSCH H., FRYDMAN R., « Les enfants du don d'ovocytes anonyme personnalisé », *in J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod,* 1991, Vol 20, (3), pp. 317-320.

77. ENGLERT Y., SERENA E. , REVELARD P., DEVREKER F, LARUELLE C., DELBAERE A., « Sperm and oocyte donation: gamete donor issues », *in International Congress Series.* 2004, 1266, pp. 303-310.

78. BREWAEYS A., GOLOMBOK S., NAAKTGEBOREN N., DE BRUYN JK., VAN HALL EV., « Donor insemination: Dutch parents's opinions about confidentiality and donor anonymity and the emotional adjustment of their children », *in Human Reproduction,* 1997, Vol 12, (7), pp. 1591-1597.

79. SÖDERSTRÖM-ANTILLA V., « Pregnancy and child outcome after oocyte donation », *in Human Reproduction,* 2001, Vol. 7, (1) , pp. 28-32.

80. LE COZ P., *Quelle philosophie de la famille pour la médecine de la reproduction?* Paris, L'Harmattan, 2006, pp. 93-94.

81. MARZANO M., *Secret et Anonymat,* Paris, Esprit, 2009, p. 132.

82. CAILLÉ A., *Don, intérêt et désinteressemnt,* Paris, La découverte, 1994.

83. DELAISI DE PARSEVAL G., « Secret et anonymat dans l'assistance médicale à la procréation avec donneurs de gamètes », *in Médecine et droit,* 1998, 30, pp. 23-28.

84. DUDKIEWICZ-SIBONY C., « Du fantasme de tout savoir de l'origine », *in Hommes et libertés,* dossier « Parentalité et procréation : débats éthiques », 2009, 147, pp. 37-40.

85. KERMALVEZEN A., *Né de spermatozoïde inconnu,* Paris, Presses de la Renaissance, février 2008.

86. JOUANNET P. et MIEUSSET R, *Donner et après…, la procréation par don de spermatozoides avec ou sans anonymat ?,* Paris, Springer, avril 2010.

87. JOUANNET P., « Évolution des techniques de l'assistance médicale à la procréation (AMP) », *in Buull Acad Natle Méd,* 2009, 193, pp. 573-582.

88. GOTTLIEB C., LALOS O., LINDBLAD F., « Disclosure of donor insemination to the child : the impact of Swedish legislation on couples'attitudes », *in Human Reproduction,* 2000, Vol. 15, (9) , pp. 2052-2056.

89. LALOS A., GOTTLIEB C. and LALOS O., « Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin: a study of parental thinking », *in Human Reproduction,* 2007, Vol. 22, (6), pp. 1759-1768.

90. FOURNIER V., *Le bazar bioéthique, quand les histoires de vie bouleversent la morale publique,* Paris, Robert Laffont (Broché), mars 2010.

91. ALMELING R., « Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks and the Médical Market », *in Genetic Material*, *AM. SOC. REV,* 2007, Vol 72, (3), pp. 319-340.

92. SPAR Debora L. , *The baby-business: how Money Science and Politics Drive the Commerce of Conception,* s.l. : (Hardcover) Harvard, 2006.

93. STEINBOCK B., « Payment for Egg donation and Surrogacy ; The mount Sinai », *in J. of Medicine,* 2004, Vol 71, (4), pp. 255-265.

94. SAUER MV., BERGH PA., « Indecent proposal:$ 5000 is not reasonable compensation for oocyte donors », *in Fertility sterility*, 1999, Vol. 71, (1), pp. 7-10.

95. ROBERTSON JA., « Ethical and legal issues in human egg donation », *in Fertility Sterility,* 1989, Vol 52, (3), pp. 353-363.

96. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, « Financial compensation of oocyte donors », *in Fertility sterility,* 2007, Vol. 88, (2), pp. 304-309.

97. RAMEIX S., « Information et consentement des patients: du paternalisme à l'autonomie », *in Responsabilité n° 3,* 2001, pp. 15-20.

98. NELKIN D. and LINDEE M. S., *the DNA Mystique: the Gene As a Cultural Icon,* s.l. : Paperback, 1996.

99. GILBERT W., « A Vision of the Grail *», in* D. KEVLES et al (éd.), *The code of Codes. Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1999, pp. 83-97.

100. MONOD J., *Le Hasard et la nécessité,* Paris, Points, 1973, p. 214.

101. MORANGE M., *La Part des gènes,* Paris, Odile Jacob, 1998.

102. LUCAS P., *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux.* Paris, chez J.B. Baillière, 1847.

103. HAMON P., *Imagerie. Littérature et images au XIXe siècle,* Paris, José Corti, 2001.

104. Godbout J., *L'esprit du don,* Paris, La découverte, 2000, p. 224.

105. GUERY A., « Le roi dépensier. Le don, la contrainte et l'origine du système financier de la monarchie française d'Ancien Régime », *in Bulletin du MAUSS,* n°5, 1983, pp. 7-46.

106. MARGULIS L. et SAGAN D., *L'univers bactériel: les nouveaux rapports de l'homme et de la nature,* Paris, Albin Michel, 1989, p. 284.

107. KUNSTMANN J-M., « Assistance médicale à la procréation avec tiers donneur: remise en cause de l'anonymat », *in Procréation médicalement assistée et anonymat. Panoram international,* [éd.] Feuillet-Liger. Bruxelles, coll "Droit, bioéthique et société", 2008. p. 9.

108. MAUSS M., *Essai sur le don : Forme et raisons de l'échange dans les sociètès archaïques,* s.l. , Presses Universitaires de France- Puf, 2007.

109. CAILLÉ A., *Anthropologie du don,* Paris, La découverte, 2007.

110. DERRIDA J., *Donner le temps, tome I, la fausse monnaie,* Paris, [éd.] Galilée, 1998.

111. DE BECHILLON D., « La Gratuité dans le doute », *in Transdicipline, Revue d'épistémologie critique et d'anthropologie fondamentale: La Gratuité,* L'Harmattan, 1992, p. 101.

112. LE LANNOU D., GRIVEAU J.-F., VERON E., JAFFRE F., JOUVE G., DESCHEEMAEKER V., GUEHO A., MORCEL K., « Pour un don d'ovocytes à la française », *in Gynécologie Obstétrique et Fertilité,* 2010, 38, (1), pp. 23-29.

113. MORIN E., *Le paradigme perdu: la nature humaine,* Paris, Seuil, 1973. p.163.

114. PASCAL B., *extraits des Pensées XXI*, 1670.

115. MORIN E., *Science avec conscience,* Paris, Fayard, 1982, 2eme édition, 1990, pp. 176-177.

116. HONNETH A., *La Société du mépris. Vers une nouvelle théorie Critique,*Paris, La Découverte, 2006.

117. SIMMEL G., *La Philosophie de l'argent,* Paris, Presses universitaires de France, 1987, p. 554.

118. LEVINAS E., *La Souffrance inutile, dans Emmanuel Lévinas.* Paris, Lagrasse, Verdier, 1984, p. 332.

119. GREISCH J., *Ethique et Ontologie dans Emmanuel Lévinas. L'Ethique comme philosophie première,* Paris, Cerf, 1993, p. 32.

120. LEVINAS E., *Autrement qu'être ou au delà de l'essence(1978),* [éd.] coll « Biblio-Essais », Paris, Le livre de poche, 1996, p. 180.

121. DELEUZE G. et GUATTARI F., *Capitalisme et Schizophrénie. L'anti-Œdipe,* [éd.] Broché. Paris, Les éditions de Minuit, 1972.

122. DULAC, G., « La configuration du champ de la paternité: politiques, acteurs et enjeux » , *in Lien Social et Politique,* 1997, n° 37, pp. 133-143.

123. SCOTT LA., SMITH S., *The Successful use of pronuclear embryo transfers the day following ovocyte retrieval,* Hum Reprod, 1998 ; 13 (4) : 1003-13.

124. PHILIBERT M., BOIBRAS F., BOUVIER-COLLE M-H., « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes », *in BEH,* 12 décembre 2006 ; 50 : 392-95.

125. ROZÉE V., TAIN L., « Le Recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux », *in* CHASLES V., *Santé et Mondialisation* (actes du colloque international du 12-13 mars 2009), Université Jean Moulin, Lyon 3, pp297-314.

126. LE COZ P., *Quelle philosophie de la famille pour la médecine de la reproduction ?* L'Harmattan, 2006.

127. CHEVALLIER B., « Donner ses gamètes : savoir pourquoi sans savoir pour qui », *in* JOUANNET P., MIEUSSET R., *Donner et après*, Springer, Paris, p189-194.

128. JOUANNET P., « Procréer grâce à un don de sperme : accueillir et transmettre sans gêne », *in Esprit* N°5, mai 2009.

129. THÉRY I., *L'anonymat des dons d'engendrement est-il vraiment éthique ?* Esprit, mai 2009, p. 156.

130. HABERMAS J., *L'Avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral?* Trad par BOUCHINDHOMME C., Paris, Gallimard, 2002, p. 36-37.

131. FOUCAULT M., « Usage des plaisis et techniques de soi », *in Le Débat* N° 27, 1983.

132. FOUCAULT M., « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », *in Dits et écrits*, Tome II, p.147.

133. FOUCAULT M., « Sade, sergent du sexe », *in Dits et écrits,* Tome II, p. 818.

ARTICLES ET OUVRAGES CITÉS (ORDRE ALPHABÉTIQUE)

ALESINA A., DI TELLA R., MACCULLOCH R., « Inequality and happiness : Are Europeans and American different ? », *in Journal of Public Economics*, 2004, p. 88.

ALMELING R., « Selling Genes, Selling Gender : Egg Agencies, Sperm Banks and the Médical Market in Genetic Material », *in AM. SOC. REV,* 2007, vol. 72, (3), p. 319- 340.

ANDRE J., *Désirs d'enfant,* Paris, PUF, 2009, p. 13.

ARIES P., *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime,* Paris, Le Seuil, rééd.1975.

ARISTOTE, *De La Génération des animaux,* trad. du grec par Pierre Louis, Paris, Les Belles-Lettres (coll. « Collection des universités de France »), 1961.

BECK U., *Gegengifte. Die unorganisierte Verantwortlichkeit,* Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1988, p. 194.

BECKER C., *Dictionnaire de Zola*, Paris, Laffont, 1993, p. 245.

BONNEWIJN O., *Éthique sexuelle et familiale, la production d'embryons humains destinés à un projet parental,* Paris, L'Emmanuel, 2006, chapitre X, p. 267-292.

BRETON D., *L'Adieu au corps,* Paris, Métaillé, 1999, p. 69.

BREWAEYS A., GOLOMBOK S., NAAKTGEBOREN N., DE BRUYN JK., VAN HALL EV., « Donor insemination : Dutch parents's opinions about confidentiality and donor anonymity and the emotional adjustment of their children » *in Human Reproduction,* 1997, vol. 12, (7), p. 1591-1597.

BYDLOWSKI M., *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité,* Paris, Odile Jacob, 2000, p. 27-28.

BYDLOWSKI M., *Les Enfants du désir,* Paris, Odile Jacob, 2008.

CAILLÉ A., *Anthropologie du don,* Paris, La Découverte, 2007.

CAILLÉ A., *Don, intérêt et désintéressement,* Paris, La Découverte, 1994.

CHEVALLIER B., « Donner ses gamètes : savoir pourquoi sans savoir pour qui », in *Donner et après,* P. Jouannet., R. Mieusset. Springer, Paris, p. 189-194. Conseil d'État, *La révision des lois de bioéthique*, La Documentation française, mai
2009.

CORNET D., « Le don d'ovocytes », *in Gynecologie obstétrique & fertilité,* 2007, vol. n° 35, p. 22-23.

CZYBA J.-C., « Aspects psychologiques des procréations médicalements assistés pour indication masculine », *in* : Y. Englert, J.F. Guerin, P. Jouannet (Eds), *Sterilité Masculine et procréations Médicalement Assistées*, Doin, 1989, p. 213-223.

DAVID D., SOULÉ M., MAYAUX M.J., « IAD : Enquête psychologique sur 830 couples », *in J. Gynecol. Obstet Biol.Reprod,* 1988, 17, p. 47-74.

DAVID G., « L'insémination artificielle et le système CECOS », *in L'insémination artificielle,* Paris, Masson, 1990.

DE BECHILLON D., « La gratuité dans le doute », *in Transdicipline, Revue d'épistémologie critique et d'anthropologie fondamentale : La Gratuité,* L'Harmattan, 1992, p. 101.

DE MOUZON J., GOOSSENS V., BHATTACHARYA S., CASTILLA J. A., FERRARETTI A.P., KORSAK V., KUPKA M., NYGREN K.G., NYBOE ANDERSEN A., « Assisted reproductive technology in Europe, 2006 : results generated from European registers by ESHRE », *in Human Reproduction,* 2010, vol. 25, 8, p. 1851- 1862.

DE ZIEGLER D., DE MOUZON J., FAUQUE P and CO, « Multiplying recipients paired with oocyte donors optimizes the use of donated oocytes », *in Fertility and sterility,* 2011, vol. 95, p. 1633-1638.

DEBEST C., *L'infécondité volontaire ou le non-désir d'enfant comme transgression des normes de genre* sous la direction de Numa Murard, Université Paris 7 – Denis Diderot UFR de Sciences Sociales.

DELAISI DE PARSEVAL G., « Secret et anonymat dans l'assistance médicale à la procréation avec donneurs de gamètes », *in Médecine et droit,* 1998, 30, p. 23-28.

DELEUZE G., GUATTARI F., *Capitalisme et Schizophrénie. L'anti-Œdipe,* [éd.] Broché. Paris, Minuit, 1972.

DELEUZE G., « Lettre à un critique sévère », *in Pourparlers*, 1972-1990, p. 21-22.

DERRIDA J., *Donner le temps, tome I, la fausse monnaie,* Paris*,* Galilée, 1998.

DI TELLA R., MACCULLOCH R., OSWALD A.J., « The macroeconomics of happiness », *in Review of Economics and Statistics,* 2003, vol. 85, (4), p. 809-827.

DONATI P., CÈBE D., BAJOS N., « Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision », *in équipe GINE, Sociologies des grossesses non prévues,* 2002, vol. Inserm, p. 115-162.

DUDKIEWICZ-SIBONY C., « Du fantasme de tout savoir de l'origine », *in Hommes et libertés, dossier « Parentalité et procréation : débats éthiques »,* 2009, 147, p. 37-40.

DULAC G., « La configuration du champ de la paternité : politiques, acteurs et enjeux », *in Lien Social et Politique,* 1997, n° 37, p. 133-143.

EDWARD R.G., BAVISTER B.D., STEPTOE P.C., « Early stages of fertilization *in vitro* of human ovocytes matured » *in vitro*, *in Nature,* 1969, 221, p. 6632-6635.

ENGLERT Y., SERENA E., REVELARD P., DEVREKER F, LARUELLE C., DELBAERE A., « Sperm and oocyte donation : gamete donor issues », *in International Congress Series.* 2004, 1266, p. 303-310.

FAUQUE P., LEANDRI R., MERLET F., JUILLARD JC., EPELBOIN S., GUIBERT J., JOUANNET P., PATRAT C., Pregnancy outcome and live birth after IVF and ICSI according to embryo quality, *in J Assist Reprod Genet.* 2007, 24, p. 159-165.

FERRY L., *La révolution de l'amour, pour une spiritualité laïque,* Paris, Plon, 2010.

FOUCAULT M., « Nietzsche, La généalogie, l'histoire », *in Dits et Écrits*, tome II, p.147.

FOUCAULT M., « Sade, sergent du sexe », *in Dits et Écrits*, tome II, p. 818.

FOUCAULT M., « Usage des plaisirs et techniques de soi », *in Le Débat*, n° 27, 1983, repris dans *Dits et Écrits II*, Gallimard, 2001 ; préface à *L'usage des plaisirs*, Gallimard, 1984.

FOUCAULT M., *Naissance de la clinique,* Paris, PUF, 1963.

FOURNIER V., *Le Bazar bioéthique, quand les histoires de vie bouleversent la morale publique,* Paris, (Broché) Robert Laffont, mars 2010.

FRIEDAN B., *La Femme mystifiée,* Paris, Gonthier, coll. « femme », 1964.

FRYDMAN R., « Le don d'ovocytes doit être un engagement de la société », *in Le Monde*, 02/11/2005.

GILBERT W., « A Vision of the Grail », *in D. Kevles et al (éd.), The code of Codes. Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*, Cambridge (Mass.) : Harvard University Press, 1999, p. 83-97.

GODBOUT J., *L'esprit du don,* Paris, La Découverte, 2000, p. 224.

GOLOMBOK S., MURRAY C., BRINSDEN P., ABDALLA H., « Social versus biological parenting : Family functioning and the socio emotional development of children conceived by egg or sperm donation », *in Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,* 1999, 40 (4), p. 519-527.

GORILL M.J., JOHNSON L.K., PATTON P.E., BURRY K.A., « Oocyte donor screening : the selection process and cost analysis », *in Fertility Sterility,* vol. 75, (2), p. 400-404.

GOTTLIEB C., LALOS O., LINDBLAD F., « Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples'attitudes », *in Human Reproduction,* 2000, vol. 15, (9), p. 2052-2056.

GOVAERTS I., DEVREKER F., DELBAERE A., REVELARD PH., ENGLERT Y., « Short-term medical complications of 1500oocyte retrievals for *in vitro* fertilization and embryo transfer », *in European Journal of Obstétrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 1998, 77, p. 239-243.

GREENFELD A. D., « Changing Attitudes towards third-party reproductive techniques », *in Curr. Opin. Obstet Gynecology,* 2002, vol. 14,(3), p. 289-292.

GREISCH J., *Éthique et Ontologie dans Emmanuel Lévinas. L'Éthique comme philosophie première,* Paris, Cerf, 1993, p. 32.

GUERY A., « Le roi dépensier. Le don, la contrainte et l'origine du système financier de la monarchie française d'Ancien Régime », *in Bulletin du MAUSS,* n°5, 1983, p. 7-46.

HABERMAS J., *L'Avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ?* (2001) trad. Par C. Bouchindhomme, Paris, Gallimard, 2002, p. 36-37.

HAMON P., *Imagerie. Littérature et images au XIXe siècle,* Paris, José Corti, 2001.

HECJF (école), « La condition de la française aujourd'hui et demain », *in Population,* 1965, vol. 20, n° 3, p. 525.

HEGEL, *Introduction au cours de l'histoire de la philosophie*, in Papaioannou, Presses Pocket, Paris, 1962, p. 119.

HOLTE J., BERGLUND L., MILTON K., GARELLO C., GENNARELLI G., REVELLI A., BERGH T., « Construction of an evidence-based integrated morphology cleavage embryo score for implantation potential of embryos scored and transferred on day 2 after oocyte retrieval », *in Human Reproduction,* 2007, vol. 22, 2, p. 548-557.

HONNETH A., *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie Critique,* Paris, La Découverte, 2006.

JEGOU B., JOUANNET P., SPIRA A., *La fertilité est-elle en danger ?,* Paris, La Découverte, 2009.

JOUANNET P., « Évolutiondes techniques de l'assistance médicale à la procréation (AMP) », *in Buull Acad Natle Méd,* 2009, 193, p. 573-582.

JOUANNET P., MIEUSSET R., *Donner et après... la procréation par don de spermatozoides avec ou sans anonymat ?,* Paris, Springer, avril 2010.

JOUANNET P., *Procréer grâce à un don de sperme : accueillir et transmettre sans gêne*, *Esprit* n°5, mai 2009.

KALFOGLOU A., GELLER G., « A follow-up study with oocyte donors exploring their experiences Knowledge and attitudes about the use of their oocytes and the outcome of the donation », *in Fertillity Sterility,* 2000, vol. 74, (4), p. 660-667.

KALFOGLOU AL., GITTELSOHN J., « A Qualitative follow-up study of women's experiences with oocyte donation », *in Human Reproduction, 2000, vol.* 15, (4), p. 798- 805.

KAN AK., ABDALLA HI., OGUNYEMI BO., KOREA L., LATARCHE E., « A survey of anonymous oocyte donors : demographics », *in Human Reproduction,* 1998, vol. 13, (10), p. 2762-2766.

KERBRAT V., *Secrets de sage-femme,* Paris, Calmann-Levy, 2010.

KERMALVEZEN A., *Né de spermatozoïde inconnu,* Paris, Presses de la Renaissance, février 2008.

KNIBIEHLER Y., *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997.

KRISTEVA J., *Histoires d'amour,* Paris, Denoël, 1983, p. 295.

KUNSTMANN J.-M., « Assistance médicale à la procréation avec tiers donneur : remise en cause de l'anonymat », *in Procréation médicalement assistée et anonymat. Panoram international,* [éd.] Feuillet-Liger. Bruxelles, coll. "Droit, bioéthique et société", 2008. p. 9.

KUNSTMANN J.-M., *Secret, anonymat et assistance médicale à la procréation*, enseignement du 15 janvier 2004 donné à l'Université René-Descartes cité par Irène Théry, « L'anonymat des dons d'engendrement est-il vraiment éthique ? », *Esprit***,** mai 2009, p. 156.

LABRUSSE et CORNU, *Droit de la filiation et progrès scientifiques,* Paris, Économica, 1981.

LALOS A., GOTTLIEB C and LALOS O., « Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin : a study of parental thinking », *in Human Reproduction,* 2007, vol. 22, (6), p. 1759-1768.

LE COZ P.,*Quelle philosophie de la famille pour la médecine de la reproduction ?,* Paris, L'Harmattan, 2006, p. 93-94.

LE LANNOU D., GRIVEAU J.-F., VERON E., JAFFRE F., JOUVE G., DESCHEEMAEKER V., GUEHO A., MORCEL K., « Pour un don d'ovocytes à la française », *in Gynécologie Obstétrique et Fertilité,* 2010, 38, (1), p. 23-29.

LEETON J., BACKWELL J., « A preliminary psychosocial follow-up of parents and their children conceived by artificial insemination by donor (AID) », *in Clinical Reproduction & Fertility,* 1982, vol. 1 (4), p. 307-310.

LEIBLUM SR., AVIV AL., « Disclosure issues and decisions of couples who conceived *via* donor insémination », *in J. Psychosom. Obstet. Gynecol,* 1997, vol. 18, (4), p. 292-300.

LEVINAS E., *Autrement qu'être ou au delà de l'essence (1978),* [éd.] coll. « Biblio- Essais », Paris, Le livre de poche, 1996, p. 180.

LEVINAS E., *La souffrance inutile, dans Emmanuel Lévinas.* Paris, Lagrasse, Verdier, 1984, p. 332.

LINDBLAD F., GOTTLIEB C., LALOS O., « To tell or not to tell- What parents think about telling their children that they were born following donor insémination », *in J. Psychosom. Obstet. Gynecol, 2000,* 21, (4), p. 193-203.

LINDHEIM S.R., FRUMOVITZ M, SAUER M.V., « Recruitment and screening policies and procedures used to establisch a paid donor oocyte registry », *in Human Reproduction,* 1998, 13, p. 2020-2024.

LUCAS P., *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux.* Paris, J.B. Baillière, 1847.

LUTJEN P., TROUNSON A., LEETON J. *et al.*, « The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryon donation in a patient with primary ovarian failure », *in Nature,*1984*,* 307, p. 104-105.

MARGULIS L.et SAGAN D., *L'univers bactériel: les nouveaux rapports de l'homme et de la nature,* Paris, Albin Michel, 1989, p. 284.

MARINA S., EXPOSITO R., MARINA F., NADAL J., MASRAMON M., VERGES A., « Oocytes donor selection from 554 candidates », *in Human Reproduction,* 1999, 14, p. 2770-2776.

MARZANO M., *Secret et Anonymat,* Paris, Esprit, 2009, p. 132.

MAUSS M., *Essai sur le don : Forme et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques,* s.l. : Presses Universitaires de France, 2007.

MAXWELL K.N., CHOLST I.N., ROSENWAKS Z., « The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation », *in Fertility Sterility,* 2008, vol. 90, (6), p. 2165-2171.

MAZUY M. et ROZÉE V., (INED), *Difficultés à concevoir, aide médicale a la procréation et adoption : variations du sentiment d'infertilité en France*, XXVI Congrès International de la Population de l'UIESP, Marrakech (Maroc), 2009.

MAZUY M., ROZEE., « Infertilité ressentie et pression sociale à concevoir, Analyse socio-démographique du recours à l'AMP en France », *in INED-INSERM-Paris XI.* XXVI Congrés International de la Population de l'UIESP, Marrakech (Maroc), 2009.

McLANAHAN S., ADAMS J., « The effects of children on adults'psychological well- being », *in Social Forces,* 1989, vol. 68, (1), p. 124-146.

Mgr D'ORNELLAS P., « L'embryon humain n'est pas une chose »*, in Le Journal du dimanche*, 12/12/2010.

MILSOM I., BERGMAN P., « A study of parental attitudes after donor insemination (AID) », *in Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 1982, vol. 61 (2), p. 125- 128.

MONOD J., *Le Hasard et la nécessité, Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne,* Paris, Le Seuil, 1970.

MONOD J., *Le Hasard et la nécessité,* Paris, Point, 1973, p. 214.

MORANGE M., *La Part des gènes,* Paris, Odile Jacob, 1998.

MORIN E., *Le paradigme perdu : la nature humaine,* Paris, Le Seuil, 1973. p.163.

MORIN E., *Science avec conscience,* Paris, Fayard, 1982, 2e édition, 1990, p. 176- 177.

NACHTIGALL RD., TSCHANN JM., QUIROGA S.S, PITCHER L, BECKER G., « Stigma, disclosure and family functioing among parents of children conceived through donor insémination », *in Fertility Sterility,* 1997, vol. 68, (1), p. 83-89.

NELKIN D., LINDEE M. S., *the DNA Mystique : the Gene As a Cultural Icon,* s.l. : Paperback, 1996.

OLIVENNES F., « Le don d'ovocytes, la réalité méconnue »*, in Le Monde*, 13/12/2010.

PALERMO G., JORIS H., DEVROEY P., VAN STEIRTEGHEM A.C., « Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte », *in Lancet,* 1992, 340, p. 17-18.

PARTRICK M., SMITH AL., MEYER WR., BASHFORD RA., « Anonymous oocyte donation : a follow-up questionnaire », *in Fertility Sterility,* 2001, vol. 75, (5) p. 1034- 1036.

PASCAL B., *Pensées XXI*, 1670.

PENNINGS G., DE WERT G., SHENFIELD F., COHEN J., TARLATZIS B., DEVROEY P., « Taskforce in law and Ethics 15, Ethics of Cross-border reproductive care », *in Human Reproduction,* 2008, vol. 23 (10), p. 2182-2184.

PEREZ M., « L'anonymat du don de sperme en question », *in Le Figaro*, 3 juin 2010.

PERRIER F., *L'Amatride,* Paris, La Chaussée d'Antin, 1987, vol. 2, p. 204-205.

PHILIBERT M., BOISBRAS F., BOUVIER-COLLE M.-H., « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes », *in BEH*, 12 décembre 2006; 50:392-95.

PINKER S., « The Stupidity of Dignity *», in The New Republic***,** May 28, 2008.

POWDTHAVEE N., « Think having children will make you happy? » *In the psychologist,* 2009, vol. 22, partie 4.

RAMEIX S., « Information et consentement des patients: du paternalisme à l'autonomie », *in Responsabilité n° 3,* 2001, p. 15-20.

RAOUL-DUVAL A., BERTRAND-SERVAIS M., LETUR- KONIRSCH H., FRYDMAN R., « Psychological follow-up of children born after in vitro fertilization », *in Human Reproduction,* 1994, vol. 9 (6), p. 1097-1101

RAOUL-DUVAL A., H. LETUR-KORNIRSCH H., FRYDMAN R., « Les enfants du don d'ovocytes anonyme personnalisé », *in J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod,* 1991, vol. 20, (3), p. 317-320.

ROBERTSON JA., « Ethical and legal issues in human egg donation », *in*

Fertility Sterility, 1989, vol. 52, (3), p. 353-363.

ROSENWAKS Z., VEECK L., L. and LIU H.-C., « Pregnancy following transfer of *in vitro* fertilized donated oocytes », *in Fertil Steril.* 1986, 45, p. 417.

ROZÉE V. et TAIN L. , « Le recours aux techniques procreative: des disparités nationales aux circuits transnationaux », *in* CHASLES Virginie, *Santé et Mondialisation* (actes du colloque international du 12-13 mars 2009), 2010, Université Jean Moulin-Lyon 3, p. 297-314.

RUMBALL A., ADAIR V., « Telling the story : parents'scripts for donor offspring », *in Human Reproduction,* 1999, vol. 14, (5), p. 1392-1399.

SAUER M. V., « Defining the incidence of serious complications experienced by oocyte donors : À review of 1000 cases », *in Obstetric Gynecology,* 2001, 184, p. 277- 278.

SAUER M.V., ARY B.R., PAULSON R.J., « The demographic characterization of women participating in oocyte donation : a review of 300 consecutively performed cycles », *in Gynaecology. Obstetrique.* 1994, 45, p. 147-151.

SAUER M.V., RODI I.A., SCROOC M., BUSTILLO M., BUSTER J.E., « Survey of attitudes regarding the use of siblings for gamete donation », *in Fertility Sterility,* 1988, vol. 49, (4), p. 721-722.

SAUER MV., BERGH PA., « Indecent proposal : $ 5 000 is not reasonable compensation for oocyte donors », *in Fertility sterility*, 1999, vol. 71, (1), p. 7-10.

SCOTT L.A., SMITH S., *The successful use of pronuclear embryo transfers the day following oocyte retrieval*, in Hum Reprod 1998;13(4):1003-13.

SIMMEL G., *La philosophie de l'argent,* Paris, Presses universitaires de France, 1987, p. 554.

SKOOG SVANBERG A., LAMPIC C, BERGH T., LUNDKVIST O., « Characterization of potential oocyte donors in Sweden », *in Human Reproduction,* 2003, vol. 18,(10), p. 2205-2215.

SÖDERSTRÖM-ANTILLA V., « Pregnancy and child outcome after oocyte donation », *in Human Reproduction,* 2001, vol. 7, (1), p. 28-32.

SODERSTROM-ANTILLA V., SAJANIEMI N., TIITINEN A., HOVATTA O., « Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parent's attitudes regarding secrecy », *in Human Reproduction,* 1998, vol. 13 (7), p. 2009-20015.

SÖDERSTRÖM-ANTTILA V., « Follow-up study of Finnisch volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation », *in Human Reproduction.* 1995, Vol10, (2), p. 3073-3076.

SPAR D. L., *The baby-business : how Money Science and Politics Drive the Commerce of Conception,* s.l. : (Hardcover) Harvard, 2006.

STEINBOCK B., « Payment for Egg donation and Surrogacy; The mount Sinai », *in J. of Medicine,* 2004, vol. 71, (4), p. 255-265.

STEPTOE P.C., EDWARDS R.G., « Birth after the reimplementation of a human embryo », *in Lancet.* 1978, vol. 2, p. 366.

STOLERU S., J.-P. GLAS, J. FERMANIAN, A. SPIRA, « Psychological factor in the aetiology of infertility : prospective cohort study », *in Human Reproduction,* 1993, p. 1039-1046.

SUREAU C., *in dictionnaire de la pensée médicale,* s.l. Dominique Lecourt, PUF, 2004, p. 955-956.

The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, « Financial compensation of oocyte donors », *in fertility sterility,* 2007, vol. 88, (2), p. 304-309.

THERY I., *Des humains comme les autres, bioethique, anonymat et genre du don,* Paris, EHESS, 2010, p. 38-40.

TISSERON S., *Tintin et les secrets de famille,* Paris, Séguier, 1990.

TOULEMON L., LERIDON H., « La famille idéale : combien d'enfants, à quels âges ? », *in Insee Première,* 1999, vol. 152.

TROUNSON A., LEETON J., BESAKO M. *et al.*, « Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro », *in Br Med J.* 1983, 286, p. 835-838.

TURSZ A., COOK J., *A population-based survey of neonaticides using judicial data*, 2011, vol. 6, p. 259-263.

TWENGE J.M., CAMPBELL W.K., FOSTER C.A., « Parenthood and marital satisfaction », *in Journal of Marriage and Family,* 2003, vol. 65, (3), p. 574-583.

VALÉRY P., *Les cahiers de la Pléiade*, volume 2, p. 1431.

VAN EERSEL P., MAILLARD C., *J'ai mal à mes ancêtres,* Paris, Albin Michel, 2002.

VAN HAM MA., VAN DONGEN PW., MULDER J., « Maternal consequences of caesarean section. À retrospective study of intra-operative and post operative maternal complications of caesarean section during a 10-year period », *in Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,* 1997, 74, p. 1-6.

WEIL E., « L'abord psychologique des couples receveurs de dons d'ovocytes anonymes », *in Contracept. Fertil. Sex,* 1987, 7 (8), p. 690-691.

Glossaire :

ABM : Agence de la Biomédecine.

ADEDD : Association Des Enfants Du Don.

AMP : Assistance Médicale à la Procréation.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.
Est, en France, un ancien organisme régional de gestion des hôpitaux. Mises en place lors de la réforme dite « Juppé » de l'assurance-maladie par l'ordonnance du 24 avril 1996 et devenues opérationnelles au cours du premier trimestre 1997, les ARH ont laissé la place le 1er avril 2010 aux agences régionales de santé voulues par la loi Hôpital, patients, santé et territoire.

ASRM: *American Society for Reproductive Medecine*.

BIOETHIQUE : Ensemble de questions éthiques (morales) posées par les progrès de la médecine et de la biologie, que la société encadre par des règles ou lois.

βHCG : taux de l'hormone de grossesse.

CECOS : Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme.

CNAOP : Conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

CSP : Code de santé publique.

DPI: Diagnostic pré-implantatoire **;** le diagnostic préimplantatoire (DPI) est un ensemble de techniques permettant de connaître précocement les caractéristiques génétiques d'un embryon, quand la fécondation a été réalisée *in vitro*.

DO: Don d'ovocyte (voir ovocyte)

EMBRYON : Organisme en voie de développement avant d'être un fœtus.

EGG-SHARING : Les femmes qui subissent une stimulation ovarienne pour une FIV peuvent choisir de partager tout surplus d'œufs avec d'autres femmes qui ont besoin d'une donneuse.

FIVETE ou FIV: Fécondation *In Vitro* Et Transfert d'Embryons ; technique de PMA qui consiste à réaliser une fécondation en dehors de l'organisme maternel, puis à transférer des embryons ainsi obtenus dans l'utérus d'une femme.

FIV-D: FIV avec sperme de donneur.

FIV-DO: FIV avec don d'ovocytes.

GAMETE : Cellule reproductrice, mâle ou femelle, dont le noyau ne contient qu'un seul chromosome de chaque paire et qui s'unit au gamète de sexe opposé (fécondation) pour donner naissance à un œuf.

HCG : gonadotrophine chorionique humaine.

HFEA: *Human Fertilisation and Embryology Authority.*

HYPERSTIMULATION : L'hyperstimulation ovarienne constitue une complication des traitements stimulants de l'ovulation. Il se manifeste par la présence d'ovaires de taille très augmentée, ainsi qu'une rétention d'eau parfois importante.

ICSI : Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes ; technique de PMA qui consiste à prélever dans du sperme, un spermatozoïde et à l'injecter *in vitro* dans le cytoplasme d'un ovule afin d'obtenir un embryon qui pourra être transféré dans l'utérus d'une femme.
(Intracytoplasmic sperm injection)

ICSI-D : ICSI avec sperme de donneur.

ICSI-DO : ICSI avec don d'ovocytes.

INSEMINATION ARTIFICIELLE : Technique de PMA qui consiste à déposer des spermatozoïdes. Dans la cavité utérine de la femme afin de favoriser la fécondation.

IIU-C : Insémination intra-utérine intraconjugale.

IIU-D : Insémination intra-utérine avec sperme donneur

IMSI: *Intracytoplasmic Morphological Sperm Injection*

MIG : Mission d'intérêt Général.

Des travaux destinés à évaluer les dotations par établissements, Reconstituer les enveloppes par région,
Fournir des règles et outils d'appréciation aux ARH

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation. Ressources allouées contractuellement par les ARH aux établissements sur leur enveloppe régionale et en fonction, selon les cas, d'un cadre ou de règles définies nationalement

OPECST : Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques

OVOCYTE : Cellule appelée ovule et gamète femelle, permettant la reproduction. **Don d'ovocytes** : technique permettant le don d'ovocytes d'une femme pour une autre femme **Ponction d'ovocytes:** Acte consistant à introduire une aiguille dans l'ovaire pour en extraire des ovocytes mâtures.

PACS : Pacte civil de solidarité.

PMA : Procréation médicalement assistée ; ensemble des techniques qui permettent à un couple jusque-là infertile de procréer.

PMA : Procréation médicalement anonyme (Association).

PROCREATION : Action de procréer, d'engendrer une naissance.

STERILITE : Fait de ne pas pouvoir se reproduire.

TEC : Transfert d'embryons congelés en intra conjugal.
TEC-DO : Transfert d'embryons congelés en FIV-DO ou ICSI-DO.

Résumé :

Les nouvelles pratiques d'aide médicale à la procréation, notamment celle qu'on appelle « le don d'ovocyte » bouleverse le sens de la parentalité. Elle oblige chacun d'entre nous à expliciter ses conceptions de la vie, à énoncer ses priorités, mais elle oblige aussi la collectivité à prendre conscience d'elle-même et de ce qui peut être acceptable. Est-il moralement satisfaisant qu'une femme donne ses ovocytes pour qu'une autre ait un enfant ?

En interrogeant 50 donneuses d'ovocytes, ce travail a cherché à mieux comprendre la signification d'un tel geste.
La procréation par don, défie nos habitudes et nos manières de penser. Elle nous réinterroge sur notre capacité de fraternité comme réponse d'un appel de l'un pour l'autre, elle cherche à donner une juste place à ce tiers-donneur qui s'insinue (presque malgré lui) dans un arbre généalogique. Elle bouleverse notre rapport à l'enfant qui se pose comme « un ayant droit à connaître ses origines ». En définitive, ce n'est pas tant la question de l'anonymat du don qui nous importe que ce qu'il en est de l'homme, de son altérité et de ses responsabilités.

Mots clefs : Médecine de la reproduction, don d'ovocytes, donneuse, éthique, désir, filiation, anonymat, relation parent-enfant, représentation mentale.

Reproductive technology, in particular oocyte or egg donation, upsets the meaning of parenthood and raises questions about the circumstances surrounding those who decide to have a child by means of this technology. A woman using egg donation must come to grips with questions such as the meaning of life, and what it means to be a mother. But it also requires that society become aware of what is morally acceptable. Is it morally acceptable for the egg donor to give her eggs to another woman who wants to have a child?
We would like to gloss over these issues by the power of love or by the growth of the uterus, but these issues will remain in the minds of everyone and will circulate in the subconscious. The purpose of this essay is to grapple with these issues.
Reproduction by gift, it challenges our habits and ways of thinking. It causes us to re-examine the companionship among two people, it creates a role for the egg donor who, almost despite herself, inserts herself into the family tree. It disrupts the relationship being the parents and the child who demands the right to know where they came from. Ultimately, the focus rests not on the anonymity of the egg donor but on the father, his otherness and his responsibility.

***Key words**: Assisted Reproduction, Oocyte Donation, Donor, Ethics, Desire, Filiation, Anonymity, Parent child relation, Mental Representation*

Endocrinologie Gynécologique et Infertilité, Service de Gynécologie Obstétrique II
Université Paris Descartes - Hôpital Cochin-St Vincent de Paul
82 Bd Denfert Rochereau, 75014 Paris, France