L'auto-conservation des ovocytes : éléments pour une réflexion psycho-sociale

Lionel Dany[1,2,3]

[1] Aix Marseille Univ, CNRS, EFS, ADES, Marseille, France

[2] Aix Marseille Univ, LPS, Aix-en-Provence, France

[3] APHM, Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille, France

Correspondance :

Lionel Dany
Aix-Marseille Université
Laboratoire de Psychologie Sociale (EA 849)
Maison de la Recherche
29, Avenue Robert Schuman
13621 Aix-en-Provence Cedex 1
E-mail. Lionel.Dany@univ-amu.fr

Résumé

La question de l'autoconservation des ovocytes, comme bien des questions de bioéthique, active des enjeux sociétaux qui dépassent de loin les seules questions médicales ou techniques. Les demandes sociétales d'accès à l'assistance médicale à la procréation se heurtent à des obstacles, qui sous couvert de réflexion éthique, disséminent également des valeurs concernant la famille ou la filiation. Le questionnement de l'autoconservation des ovocytes permet la mise à jour de l'intrication entre « logiques » biologiques et sociales. De fait, les décisions prises dans ce domaine peuvent être appréhendées comme des phénomènes de discrimination fondés sur un ordre symbolique.

Mots clés : Autoconservation des ovocytes, santé sociale, contexte social, discrimination.

Summary

The issue of ovocyte conservation, like many bioethical issues, activates societal issues that go far beyond medical or technical issues. Societal demands for access to reproductive health care run up against obstacles, which, under the guise of ethical reflection, also spread values concerning family or parentage. A questioning of ovocyte conservation enables the interlinking of biological and social "logics" to be updated. Indeed, decisions taken in this area can be seen as discrimination on the basis of a symbolic order.

Keywords: Ovocyte conservation, social health, social context, discrimination.

Introduction

La question de l'autoconservation des ovocytes, comme bien des questions de bioéthique, active des enjeux sociétaux qui ne se limitent pas aux seules questions médicales (risques potentiels) ou techniques (faisabilité). Autrement dit, se saisir du sujet de l'autoconservation des ovocytes – dans une perspective socio-normative – vise à dépasser la seule analyse de sa faisabilité ou de ses risques (en termes de probabilité de survenue d'un dommage). Cette *possibilité technique*, nous conduit vers un horizon sociétal où s'entremêlent des enjeux et questionnements moraux et sociétaux. Si notre contribution abordera la seule question de l'autoconservation des ovocytes, il convient toutefois de prendre en compte que les réflexions qui se posent à son sujet s'inscrivent dans un registre plus large de questionnements bioéthiques actuels (procréation médicalement assistée, euthanasie/suicide assistée, recherche sur l'embryon, dons et transplantations d'organes, examens génétiques, intelligence artificielle, gestation pour autrui, …), ces questionnements s'expriment toutefois en particulier sur la procréation[1].

Dans le contexte de la révision des lois de bioéthique et des états généraux de la bioéthique qui l'ont précédé cette question trouve une actualité qui met en lumière une réflexion philosophique qui interroge l'humanité dans son devenir, dans son rapport à la vie, aux conditions de transmission/réalisation de cette vie et, plus largement, dans son rapport à l'autre. Cette réflexion se nourrit de représentations et systèmes idéologiques qui donnent forme et sens aux débats et contribuent à apporter des « réponses » ou orientations évaluatives serions-nous tentés de dire. En effet, ces réponses ne sont pas neutres d'un point de vue social, elles dressent les contours de l'acceptable et de l'inacceptable, elles questionnent le prix de la « liberté » ou

[1] A titre indicatif, il s'agit du thème qui a conduit à la production du plus grand nombre de contribution (soit 29065 contributions, loin devant le deuxième thème « Prise en charge de la fin de vie qui a généré 15531 contributions) dans le cadre des états généraux de la bioéthique organisés par le Comité Consultatif National d'Ethique (https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/).

du « confort » selon les points de vue. Par ailleurs, implicitement ou explicitement elles nous renseignent sur la condition de « l'Homme moderne », sur la condition des femmes et de la famille.

En se saisissant de la question de l'autoconservation des ovocytes on est ainsi confronté à un ensemble pluriel permettant d'articuler différents niveaux d'analyses interconnectés voire interdépendants : niveaux intra-individuel (centré sur les personnes, leur histoire de vie, vécu subjectif et affects), interpersonnel (liens sociaux et relationnels), positionnel (rôles et statuts sociaux, place sociale, intégration et reconnaissance sociale) et idéologique (représentations, croyances, valeurs, idéologies) [1]. Cet article vise à articuler une réflexion socio-normative autour de plusieurs points qui pour certains pourraient être spécifiques à la question de la conservation des ovocytes mais sont en fait transversaux car ils concernent des éléments structurants de certains questionnements sociétaux actuels : le progrès technique et ses conséquences ; l'extension du champ de la santé ; l'égalité et la justice dans les pratiques biomédicales et les enjeux socio-économiques.

Progrès technique et panique morale

Dans un premier temps, il nous semble que l'on peut considérer deux axes de réflexion interdépendants qui concernent la question du *progrès technique et scientifiqu*e. Le premier axe concerne les *aspects techniques* et en filigrane la question du *progrès scientifique*. En effet, c'est l'avancée de la science et le développement des techniques spécifiques qui permettent aujourd'hui de réaliser la conservation des ovocytes. La société (nous utilisons ce terme dans son acception générale) s'est donnée les moyens de parvenir à cet objectif qui représente *a priori* un progrès ou une potentialité nouvelle recherchée. Un deuxième axe, très proche du premier, relève des *logiques normatives* qui président à l'application de ce progrès ou de cette technique. Nous parlons de logiques normatives pour prendre en compte à la fois les contraintes

réglementaires mais aussi les contraintes d'ordre sociétales (valeurs, normes, idéologies, lois, éthique).

Notre rapport au progrès est ambivalent. Le progrès est recherché, l'innovation constitue le mot clé (voire « fourre-tout ») de la recherche scientifique contemporaine. Les avancées de la science sont d'ailleurs mises en avant pour légitimer ou justifier la nécessité de mettre en œuvre « la réflexion et le débat public sur les problèmes éthiques nouveaux » [2]. Il nous faut, en tant que chercheur, développer l'état des savoirs en permettant leurs applications en vue d'une amélioration des conditions humaines d'existences. Or, le progrès techno-scientifique a toujours rencontré des craintes et des peurs [3-4]. Les transformations sociétales réelles, fantasmées ou redoutées imputables au progrès et à certains de ses excès génèrent des débats importants et constamment renouvelés au grès de nouvelles découvertes ou de la réactualisation de découvertes ou d'idées anciennes. Dans la balance coût-bénéfice du progrès scientifique, que pèse notre humanité ? Par extension, que pèse ou que doit peser l'état perçu comme stable de nos institutions humaines[2] face au progrès de la science ?

Le progrès techno-scientifique s'accompagne, dans certains cas – *lorsqu'il s'agit de sujets qui concernent des enjeux structurants de la société comme la famille ou la santé* – de phénomènes que l'on peut qualifier de *panique morale*. La *panique morale* renvoie à une crainte exacerbée portant sur la remise en cause de valeurs considérées comme centrales par celui qui la ressent. L'idée centrale est qu'une porte (des possibilités) serait ouverte dont nous ne pourrions mesurer les conséquences[3]. D'une certaine manière, les conséquences semblent déjà contenues dans la peur elle-même ; la peur de voir changer « l'ordre des choses », les valeurs perçues comme nécessaires car légitimes pour organiser l'ordre social et d'une certaine manière la paix sociale[4]. Concernant la conservation des ovocytes, plusieurs éléments peuvent être

[2] Institutions au sens de structures sociales bénéficiant d'une certaine stabilité dans le temps (e.g., la famille).
[3] La fameuse « boite de Pandore ».
[4] Dans l'avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP, Avis n° 126 du 15 juin 2017) on retrouve un constat intéressant sur le rapport entre le biologique et le technique. En

identifiés : elle peut être appréhendée comme un trouble de l'ordre naturel de la reproduction, à une remise en cause de la norme procréative sur le plan social (e.g., avoir un enfant tôt et réticence face aux maternités tardives)[5], au refus (plus ou moins explicite) du développement de l'autonomie reproductive des femmes, une remise en cause de la « famille traditionnelle », la dénonciation d'une tendance individualiste au « droit à l'enfant » [6-7].

Pour Ruwen Ogien [8], la *panique morale* couvre les cas suivants : (1) le refus d'aller jusqu'au bout de nos raisonnements moraux lorsqu'ils nous obligent à endosser des conclusions incompatibles avec nos préjugés les plus enracinés ; (2) la tendance à toujours envisager le pire de la part de personnes que l'on qualifie par ailleurs de (sacrées », « d'autonome » ou qui mérite une totale « dignité » et qui ne doivent pas être « instrumentaliser » ; (3) le refus de payer le coût intellectuel de notre engagement envers certains droits (e.g., disposer librement de son corps) ; (4) la tendance à ne pas tenir compte du point de vue de celles et ceux dont on prétend défendre le bien être.

Appliquées au domaine de la conservation des ovocytes, ces situations donnent à percevoir l'ampleur des enjeux qui alimentent le débat. Ainsi, la recherche scientifique dans le champ de la reproduction a contribué de façon importante à « l'ébranlement du modèle naturel du corps reproducteur » [9]. Ce bouleversement repose, d'une part, sur une centration de la reproduction sur la femme qui s'est également accompagnée depuis un certain nombre d'années d'un déplacement vers l'embryon et, d'autre part, sur l'ouverture vers d'autres sexualités et formes de reproductions (dissociation entre sexualité et reproduction) [9].

Le progrès scientifique en la matière de reproduction humaine pourrait être envisagé comme un moyen possible de réduire les inégalités en termes de « performances corporelles »

effet, il est fait le constat de « disjonctions » introduites par les techniques d'AMP entre la procréation (en tant que fait biologique) et la filiation (comme reconnaissance juridique). La technique fragmenterait ce processus en phases séparées.

[5] A titre illustratif, selon l'INED [5], l'âge moyen de la première grossesse a atteint 30,7 ans en 2017 alors qu'il était de 28,5 ans en 2015 et de 24 ans en 1974.

[10], qu'il s'agisse de celles des individus ou de celles des couples. En effet, le recours aux technologies de la procréation peut permettre de palier aux « insuffisances » de ces performances ou de « corriger » des inégalités naturelles existantes. Toutefois, l'analyse du traitement médico-légal des technologies de la procréation montre que d'une certaine manière, les procréations techniques/artificielles se retrouvent alignées sur les procréations naturelles [10] dans les conditions pensées et pratiques de leur mise en œuvre. La notion de technologies de procréation renvoie, de fait, non seulement aux techniques développées par la science mais également aux lois et outils juridiques qui produisent la famille et la parentalité [11], comme aux conditions sociohistoriques de la parenté occidentale et de leur éclairage possible par la dimension du genre [12], *in fine* à un rapport entre médical et social, entre nature et culture.

Auto-conservation et « réciprocité incomplète »

Jusqu'à récemment, l'autoconservation des ovocytes n'était autorisée que pour des raisons médicales. Elle doit être conforme à des indications prévues par les textes[6] : *(a)* préservation de la fertilité dans le cadre d'indications médicales pour des jeunes femmes qu'une maladie maligne[7] conduit à subir des traitements gonadotoxiques[8] qui détruisent leur fonction ovarienne ; *(b)* ou pour qui s'annonce une perte prématurée de leur fonction ovarienne (insuffisance ovarienne prématurée, endométriose…)

Il faut également noter que la conservation peut se faire dans le cadre d'un don. De plus, depuis 2015, la loi permet à toute femme majeure n'ayant jamais procréé de procéder à un don d'ovocytes, et, si le nombre d'ovocytes recueillis le permet, d'en conserver une partie pour elle-même aux fins de préserver, si besoin, sa propre fertilité future[9].

[6] Article L 2141-11 du code de la santé publique.
[7] Un cancer du sein, une maladie de Hodgkin…
[8] Une chimiothérapie ou une radiothérapie.
[9] Arrêté du 24 décembre 2015 (article L.2141-1du code de la santé publique) : V-3-2. Règles de répartition des gamètes du donneur n'ayant pas procréé. Dans le cadre du don d'ovocytes consenti par une donneuse n'ayant pas procréé et qui souhaite conserver une partie de ces ovocytes à son bénéfice, le nombre d'ovocytes matures recueillis

De fait, si la loi consacre « l'auto conservation » des ovocytes comme un droit désormais acquis, les conditions de mise en œuvre de ce droit, jusqu'à aujourd'hui, en restreignent pour partie l'usage. Comme le souligne la sociologue Dominique Mehl : « La préservation ovocytaire est présentée comme un cadeau pour les donneuses mais elle est avant tout prévue pour inciter au don dans un contexte de pénurie » [13]. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français va jusqu'à parler d'un « chantage éthiquement inacceptable » pour qualifier cette situation [14].

Une lecture rapide de cette disposition légale conduirait donc à y voir potentiellement un « progrès » pour les femmes, alors qu'une lecture critique montre que l'on se trouve dans une logique de don/contre-don qui semble « inégalitaire ». En effet, l'approche anthropologique du don a mis en évidence qu'une caractéristique du don est sa réciprocité [15], or le cadre fixé par le législateur (jusqu'à aujourd'hui) semble envisager une *réciprocité incomplète* comme base au don d'ovocytes. L'actuel projet de loi relatif à la bioéthique (N°2187)[10] prend en compte cette composante inégalitaire. L'article 2 vise ainsi à mettre **«** fin à la possibilité de conserver des gamètes pour soi-même au moment du don, dispositif qui pouvait être vu comme créant une contrepartie au don ».

Autoconservation et définition restrictive de la santé

L'organisation Mondiale de la Santé définie la *santé* comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition multi-composantes et programmatique de la santé, « usée jusqu'à

conditionne la répartition des ovocytes entre le don et la conservation au bénéfice de la donneuse. Dans cette situation, les ovocytes sont décoronisés après leur prélèvement de façon à connaître le nombre d'ovocytes matures recueillis et permettre l'application des règles de répartition suivantes : jusqu'à 5 ovocytes matures obtenus, tous les ovocytes sont destinés au don et la conservation au bénéfice de la donneuse n'est alors pas réalisée ; de 6 à 10 ovocytes matures obtenus, au moins 5 ovocytes matures sont destinés au don ; au-delà de 10 ovocytes matures obtenus, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don.

[10] http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl2187.asp

la corde » dans son usage quotidien, masque mal une réalité plus complexe relative à sa mise en application. En effet, si les deux premiers termes de la définition font l'objet d'une délimitation notionnelle relativement claire, il en est autrement pour la composante « sociale » de la santé. De quoi s'agit-il lorsque nous évoquons la *santé sociale* ? Le plus souvent la santé sociale est envisagée à travers le prisme des inégalités sociales de santé et plus largement de l'articulation entre « positions sociales » et états de santé des individus. Cette approche nous semble trop restrictive et passe sous silence, d'une part, la composante plurielle du « social » contenue dans la santé et, d'autre part, les aspects processuels dynamiques et dialectiques inhérents à la relation individu/santé.

La santé sociale, telle qu'elle peut être définie et investiguée, concerne la prise en compte conjointe des deux éléments structurels et structurants que sont l'*inscription sociale* (e.g., rôles, statuts, attentes sociales, …) et la *participation sociale* (e.g., interactions et relations personnelles, connaissances, communication, capacité et possibilité sociales, …). Envisager la santé comme relevant de domaines interdépendants (biologique, psychique, social) mais nécessairement distincts, en revendiquant leur équivalence non seulement sur le plan définitoire mais également concernant leur importance pour les individus et les populations, revient en quelque sorte à disqualifier une lecture strictement « médicale » de la conservation des ovocytes[11] et à envisager des « besoins » ou revendications qui expriment la santé sociale des individus.

Autrement dit, si l'on se réfère à la définition de la santé sociale proposée en amont, la demande d'autoconservation des ovocytes d'une femme de 30 ans souhaitant s'épanouir dans son activité professionnelle (et avoir des enfants plus tard éventuellement) pourrait tout à fait être entendu comme une demande relevant de sa santé et non comme une demande strictement sociale ou de « convenance ». La prise en compte de cette perspective « radicale » aurait pour

[11] Dans le sens ou la conservation « légitime » et non soumise à la « réciprocité incomplète » serait constitutive de raisons médicales.

corolaire de délégitimer l'opposition entre autoconservation dite « sociétale » (voire de convenance) versus autoconservation médicale.

Il en est des définitions comme des représentations. Nous sommes les « héritiers » d'une tradition biomédicale qui a façonné et façonne encore la définition de la santé. Peut-être est-il temps d'appliquer la définition de l'OMS dans son entièreté. Elle a pour avantage d'ouvrir des champs et possibilités, sans pour autant réduire les droits existants.

Perspectives socio-économiques

Les demandes sociétales d'accès à l'assistance médicale à la procréation se heurtent à des obstacles, qui sous couvert de réflexion éthique, disséminent également des valeurs concernant la famille, la filiation comme celles relevant des rôles parentaux, ceux de l'homme/père et ceux de la femme/mère. A ce titre, le cadre juridique qui organise les formes de création biologique des personnes s'institue comme un « ordre procréatif » [10]. Par ailleurs, les conditions économiques, entendues ici comme des capacités/possibilités d'investissement d'ordre financier, constituent un levier fondamental pour l'accès à une procréation contrôlée.

Si l'on appliquait un principe formel de *justice*, au sens qu'en donne la bioéthique [16] – les égaux devant être traités de façon équivalente – on devrait considérer qu'hommes et femmes devraient accéder aux mêmes droits en ce qui concerne l'autoconservation des gamètes. Il ne faudrait pas que les options sociétales (dont la loi constitue une des traductions normatives la plus stricte) conduisent à renforcer des « inégalités » sociales en appliquant une lecture biologisante des phénomènes sociétaux. Une des options serait, par exemple, de ne pas enfermer les femmes dans un statut de « mère biologique » sans envisager la diversité des statuts et rôles féminins et les formes multiples de la maternité contemporaine. Cette naturalisation renvoyant à une perception sociale différenciée des deux sexes, avec pour corolaire le fait qu'il y aurait un temps pour être mère et un temps pour être père [17]. Il semble

que le projet de loi actuel relatif à la bioéthique prenne en compte désormais cette dimension en ouvrant la possibilité d'une autoconservation de gamètes pour les femmes comme pour les hommes. Reste à définir les conditions d'accès à cette autoconservation dont les contours demeurent encore flous à ce jour.

De plus, dans une perspective égalitariste, « l'autoconservation de convenance » possible pour les plus riches devrait l'être également pour les plus pauvres[12]. Si ces arguments contribuent à éclairer le débat, il nous semble qu'ils ne peuvent se substituer à une réflexion nécessaire qui concerne la distribution inégalitaire des droits accordés aux individus en fonction de leurs possibilités financières. Comment considérer qu'un droit « équivalent » ne serait pas envisageable pour une partie de la population mais qu'il serait « atteignable » pour une autre sur la seule base du coût estimé ou de la possibilité d'investissement financier ? Enserré dans cette logique, le coût économique réifie l'expérience de la maternité/paternité à une expérience économique/capitalistique sans prendre en compte l'ensemble des facteurs psycho-sociaux qui contribuent à façonner ce choix et les pratiques sociales (concrètes et anticipatoires) qu'il modèle.

A travers l'articulation des différents éléments présentés, nous espérons avoir contribué à problématiser cette question importante et montré en quoi la conservation des ovocytes constitue un point de rencontre de débats et d'enjeux qui articulent logiques biologiques et sociales. Les décisions (ou l'absence de décisions) prises dans ce domaine peuvent être appréhendées comme des phénomènes de discrimination fondés sur un ordre socio-symbolique qu'il nous revient *a minima* de questionner et *a maxima* d'amender si nous souhaitons contribuer à une visée plus « juste » de la société. Le CCNE a pointé ce qu'il nomme « un fil

[12] A ce stade, le projet de loi prévoit la prise en charge des actes afférents au recueil ou au prélèvement de gamètes mais pas la prise en charge de la conservation qui resterait à la charge des bénéficiaires.

conducteur » au cours des États généraux de la bioéthique. Ce fil conducteur renvoie à « la tension irrésolue entre les expressions individuelles et la nécessité politique ». A moins de limiter l'identité à sa stricte manifestation individuelle, il nous semble que cette distinction n'a pas lieu d'être car elle occulte un élément important, l'identité est une composante à la fois individuelle et sociale. On ne peut opposer aussi strictement ces deux composantes si ce n'est pour disqualifier la logique même qui guiderait la prise de décision, une décision qui relèverait d'une logique strictement personnelle (individuelle), pour au final être envisagée ou perçue comme « égoïste ». Les éléments discutés au cours de cette brève contribution n'épuisent pas l'ensemble des enjeux relatifs à la question de l'autoconservation des ovocytes. Des questions demeurent en suspens. Par exemple, le devenir des ovocytes non utilisés, arrêt simple de la conservation, don ou recherche. Une autre question va concerner la délimitation des bornes d'âges pour la réalisation de cette autoconservation, réactivant à n'en pas douter le modèle naturaliste de « l'horloge biologique » [7]. Pour conclure, il nous semble important de pointer que le texte du projet de loi actuellement en débat institue en préalable que la réforme doit « éviter tout effet incitatif ». Il est intriguant à première vue de voir que l'ouverture de droits s'accompagne d'un cadre qui viserait à limiter « l'incitation » au recours à ces droits. Cette formulation malheureuse tend, une fois de plus, selon nous à souligner un risque (recours massif des individus à un droit) dont on ne peut faire la preuve objectivement mais que l'on souhaite contrôler sur le plan social et surtout, serions-nous tentés d'ajouter, sur le plan symbolique.

Références

1. Doise W. L'explication en psychologie sociale. Paris : Presses universitaires de France, 1982, 233 pages.
2. CCNE (2018). Avis 129. *Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique. 25 septembre 2018.*

3. Farouki N. Les progrès de la peur. Paris : Le Pommier, 2001, 445 pages.
4. Pessis-Pasternak G. La science : dieu ou le diable ?. Paris : Odile Jacob, 1999, 244 pages.
5. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/
6. Yolinliztli, P., & Rozée, V. (2019). L'autoconservation ovocytaire en France : analyse d'une pratique biomédicale controversée. *Interrogations*, (28). Consulté le 28 juillet 2019.
7. Vialle, M. (2014). L'« horloge biologique » des femmes: un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge. Enfa*nces, Familles, Générations*, (21), 1-23.
8. Ogien R. La panique morale. Paris : Grasset, 2004, 353 pages.
9. Tain, L. (2003). Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage. Cahiers du genre, 34(1), 171-192.
10. Iacub M. Le crime était presque sexuel. Paris, EPEL, 2002, 272 pages.
11. Imaz, E. (2017). La maternité partagée chez les couples de lesbiennes. Ethnologie française, (3), 437-446.
12. Théry I. Des humains comme les autres. Paris, Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, 2010, 309 pages.
13. http://www.slate.fr/story/138749/vasectomie-congeler-sperme-vitrification-ovocytes
14. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/121212_autoconservation_ovocytaire_com-press.pdf
15. Mauss M. Sociologie et anthropologie. 9e éd., Paris : Presses Universitaires de France, 2001, 482 pages.
16. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press.
17. Fassin, É. (2002). La nature de la maternité. Journal des anthropologues, (1), 103-122.