



HAL
open science

L'autoconservation de gamètes en débat

Marie Mesnil

► **To cite this version:**

Marie Mesnil. L'autoconservation de gamètes en débat. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2020, 25. hal-04097644

HAL Id: hal-04097644

<https://hal.science/hal-04097644>

Submitted on 25 May 2023

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.

L'autoconservation de gamètes en débat

Marie Mesnil

Maîtresse de conférences en droit privé à l'Université de Rennes 1, rattachée à l'Institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE), UMR CNRS 6262, associée à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris

L'ouverture de l'autoconservation de gamètes avait été proposée par le gouvernement et adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 15 octobre 2019. Pourtant, l'article 2 du projet de loi de bioéthique qui ouvrait l'autoconservation de gamètes, hors raison médicale, a été supprimé en première lecture au Sénat. Cette suppression est intervenue, lors de la séance du 23 janvier 2020, de justesse avec 119 voix contre et 119 voix pour. En plus du clivage dont témoigne ce vote, les justifications qui ont été avancées sont intéressantes : la première raison à l'opposition à l'autoconservation ovocytaire est liée à l'absence de liberté des femmes qui se verraient imposer des grossesses tardives par les entreprises et la seconde tient au remboursement par la sécurité sociale d'actes médicaux qui ne reposent pourtant pas sur une nécessité médicale. À propos de la liberté, il a ainsi été mis en avant à plusieurs reprises « les pressions sociales qui pèseraient sur les femmes »¹, notamment de la part des grandes entreprises. Cette remise en cause de l'autoconservation de gamètes par le Sénat fait fortement écho aux débats qui ont précédé l'élaboration du projet de loi de bioéthique et met en exergue les oppositions et réticences qui s'étaient alors exprimées à propos de l'ouverture de l'autoconservation de gamètes. Les dispositions de l'article 2 pourraient toutefois être réintroduites par l'Assemblée nationale en deuxième lecture. Avant de présenter le contenu de l'article 2 tel qu'il avait été adopté par l'Assemblée nationale, il paraît nécessaire de revenir sur les principaux enjeux que l'autoconservation de gamètes posent : il s'agit d'un côté, d'enjeux en termes de genre et d'autre part, d'enjeux terminologiques.

Il convient d'abord de souligner les enjeux liés au genre qui n'apparaissent pas directement dans la formulation des textes mais qui ressortent nettement des débats parlementaires. En effet, les dispositions législatives sont

formulées au masculin-neutre et trouvent à s'appliquer aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Pourtant les procédures de recueil pour auto-conserver des spermatozoïdes ou des ovocytes sont très différentes et la démarche est bien plus lourde et invasive lorsqu'il s'agit d'ovocytes. En outre, les enjeux sociaux et médicaux liés à la baisse de la fertilité due à l'âge sont beaucoup plus importants pour les femmes -même si les hommes connaissent également une baisse de leur fertilité liée à l'âge. C'est d'ailleurs pour ces raisons que les débats au sujet de l'autoconservation de gamètes concernent en fait principalement l'autoconservation ovocytaire.

Par ailleurs, l'autoconservation ovocytaire met en exergue les questions posées par l'usage croissant des techniques reproductives. Il est ainsi possible d'avancer l'impératif de protection des femmes contre les risques liés à l'usage des techniques biomédicales, l'absence d'assurance quant aux chances de réussite d'une grossesse après une autoconservation ovocytaire ou encore les pressions sociales que les femmes pourraient subir, notamment du fait de leur employeur, pour repousser l'âge de leur première grossesse. Cette approche fondée sur les risques est celle qui prévalait jusqu'à présent et justifiait l'interdiction d'auto-conserver ses gamètes en absence d'une raison médicale. Ces arguments ont été en partie avancés lors des débats parlementaires, aussi bien à l'Assemblée nationale où la mesure a été adoptée qu'au Sénat qui, au contraire, a voté la suppression de l'article 2 du projet de loi. À cette approche fondée sur les risques, il est possible d'opposer des arguments fondés sur la liberté reproductive et l'égalité entre les sexes. L'autoconservation ovocytaire relèverait ainsi de la liberté reproductive des femmes, à la fois sur leur corps et dans la planification de leur grossesse. En outre, l'autoconservation ovocytaire offrirait aux femmes un rempart contre l'écoulement du temps et permettrait de rétablir une certaine symétrie par rapport à la fertilité masculine. Ces arguments ne se retrouvent pas explicitement dans le projet de loi et n'ont été que peu mis en avant lors des débats parlementaires. De manière paradoxale, la liberté est davantage mobilisée pour dénoncer un risque d'atteinte à celle-ci et mettre en garde contre les pressions sociales dont les femmes pourraient être victimes. Le gouvernement est, quant à lui, très mesuré quant au régime de l'autoconservation de gamètes : l'article 2 a été d'emblée présenté comme autorisant l'autoconservation de gamètes sans toutefois y inciter.

Concernant l'autoconservation ovocytaire, de nombreuses expressions sont utilisées pour désigner cette technique qui « consiste à prélever les ovocytes d'une femme, idéalement âgée de moins de trente-cinq ans, puis de les vitrifier pour les soustraire au passage du temps, et enfin, une fois le

1 - Voir l'explication des votes du Sénateur M. Daniel Chesseing, Sénat, compte rendu analytique officiel du 4 février 2020.

projet de maternité de cette femme prêt à être mené, à les féconder avec les gamètes de son partenaire, ou des gamètes issus du don en cas d'ouverture de l'AMP aux femmes seules ou d'infertilité du partenaire, avant de se voir implanter les embryons ainsi conçus »². Il s'agit ainsi « d'une autoconservation des ovocytes à des fins de prévention de l'infertilité liée à l'âge » rendue possible par la « technique de congélation ultra-rapide des ovocytes, dite vitrification, qui consiste à les plonger quelques secondes dans l'azote liquide à -196° et assure ainsi une meilleure préservation de la qualité des ovocytes conservés »³. La question de l'autoconservation des ovocytes se pose depuis que la technique de vitrification permet de préserver la qualité des ovocytes conservés, en dépit de la grande quantité d'eau contenue dans les ovocytes.

L'expression « autoconservation ovocytaire » est celle qui s'est aujourd'hui imposée. Elle paraît en effet plus neutre que les expressions retenues par les opposants à cette technique reproductive. Ainsi, il est parfois question d'autoconservation ovocytaire « de précaution » lorsqu'il s'agit d'insister sur le fait que les ovocytes conservés le sont pour l'avenir afin de pallier la baisse de fertilité liée à l'âge mais sans assurance quant au fait qu'ils seront par la suite effectivement utilisés⁴. Quant à l'« autoconservation ovocytaire de convenance », elle met en exergue la faible légitimité de la demande de la femme de recourir à une telle technique. En effet, la convenance personnelle est utilisée en droit médical pour désigner les actes médicaux non thérapeutiques et sert à distinguer les actes qui relèveraient de la nécessité médicale et ceux dont la réalisation dépendrait de la seule volonté de la patiente⁵. L'expression de convenance personnelle, utilisée notamment à propos de l'interruption volontaire de grossesse, sert principalement à disqualifier la demande de la femme. Ces notions de convenance personnelle et de prévention renvoient plus généralement à la distinction présentée comme fondamentale, au sujet des techniques reproductives, entre celles dont le recours reposerait sur une indication médicale et celui qui relèverait d'une demande sociétale⁶. Dans cette perspective, l'autoconservation ovocytaire est parfois désignée sous le terme de « vitrification sociétale ». L'opposition entre indication médicale et demande sociétale -qui relèverait de la convenance personnelle- structure l'encadrement juridique du recours aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA) en France afin d'en limiter l'accès. En effet, les hypothèses dans lesquelles l'autoconservation de gamètes

est possible sont limitées à des situations médicales -de risque d'altération de la fertilité de la personne liée à une prise en charge médicale, une maladie ou au don. Le projet de loi de bioéthique -tel qu'il a été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale- mettait fin à cette opposition entre nécessité médicale / demande sociétale d'une part en ouvrant l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation à presque toutes les femmes et d'autre part, en permettant l'autoconservation de gamètes, en absence de raison médicale.

Après avoir présenté le droit positif en matière d'autoconservation de gamètes -auquel le Sénat semble attaché **(I)**, il convient de revenir sur les modifications envisagées par le projet de loi de bioéthique lors de son adoption en première lecture par l'Assemblée nationale **(II)**.

I. Droit positif : les dispositifs actuels préservés par le Sénat

Alors que la procédure de stimulation hormonale et de prélèvement ovocytaire sont identiques, le don d'ovocyte est autorisé en droit français -et même encouragé par les pouvoirs publics par le biais de campagne d'information- et l'autoconservation interdite. Cela signifie que la lourdeur du traitement hormonal et le caractère invasif de la ponction ovocytaire peuvent être endurés pour aider d'autres couples à réaliser leur projet parental, de manière altruiste, mais que cela n'est pas possible lorsqu'il s'agit de conserver ses ovocytes pour soi. Cette impossibilité d'auto-conserver ses gamètes connaît toutefois des exceptions. Il est en effet prévu deux hypothèses -limitées, reconnues au fil du temps et justifiées par des raisons médicales- dans lesquelles l'autoconservation est possible, pour raisons médicales **(A)** ou en contrepartie d'un don **(B)**.

A. L'autoconservation pour raisons médicales

La première situation dans laquelle il est possible de préserver sa fertilité est une situation strictement médicale. En effet, l'article L. 2141-11 du code de la santé publique prévoit que « toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité ». Il est par conséquent nécessaire que la fertilité de la personne soit menacée par un traitement médical (telle une chimiothérapie) ou une pathologie susceptible d'altérer prématurément sa fertilité (comme l'endométriose).

Ce dispositif peut être critiqué en ce qu'il soumet les personnes à une évaluation médicale quant à l'existence du risque pour la fertilité de la prise en charge médicale ou de la maladie de la personne. Pour les personnes trans' par exemple, l'autoconservation des gamètes préalablement

2 - Conseil d'État, *Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?*, Rapport de la section du rapport et des études, 28 juin 2018, p. 87.

3 - *Ibidem*.

4 - Valérie Depadt, « La vitrification sociétale : la science en rempart contre l'écoulement du temps ? », *Revue Juridique Personnes et Famille*, n°6, 1^{er} juin 2018.

5 - Sophie Paricard-Pioux, *La convenance personnelle*, Dalloz, Nouvelle bibliothèque de thèses, 2003.

6 - Voir en ce sens le titre et l'argumentaire développé par le Comité consultatif national d'éthique : CCNE, *Avis sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP)*, avis n°126, 15 juin 2017.

au parcours médicalisé de transition n'a pas toujours été évidente. En effet, la question de l'existence d'un risque d'altération de la fertilité à la suite d'un traitement hormonal a été posée et d'autres réticences ont été exprimées -alors qu'elles ne correspondent pas au texte législatif. L'Académie nationale de médecine a ainsi fait valoir l'importance de la cohérence identitaire -entre le sexe juridique obtenu à la suite du changement de sexe et les capacités reproductives de la personne et les problèmes posés par la restitution des gamètes⁷. À la suite d'une saisine, le Défenseur des Droits a rendu un avis dans lequel il défend l'application de ces dispositions aux femmes trans' qui souhaiteraient préserver leur sperme⁸. À travers l'exemple des personnes trans', il est possible de percevoir la manière dont l'appréciation des critères légaux et en particulier, l'appréciation scientifique de l'existence d'un risque d'altération de la fertilité dépend *in fine* des représentations collectives et individuelles des médecins. Cela apparaît d'autant plus visiblement lorsque l'on sait qu'il est proposé aux hommes d'auto-conserver leur sperme alors qu'ils recourent à une stérilisation à visée contraceptive⁹ : aussi le caractère volontaire de la prise en charge médicale susceptible d'altérer la fertilité n'est pas un critère pertinent pour juger de l'opportunité de recourir à une autoconservation de gamètes.

Ce dispositif de conservation des gamètes pour raison médicale n'est pas supprimé par le projet de loi de bioéthique tel qu'adopté par le Sénat. Il a d'ailleurs été explicitement ajouté, lors des débats parlementaires, que « la modification de la mention du sexe à l'état civil ne fait pas obstacle à l'application du présent article ». Cet ajout ne permet toutefois pas de résoudre les débats autour du recours à l'autoconservation de gamètes préalablement au changement de la mention du sexe à l'état civil.

Outre ce dispositif d'autoconservation de gamètes pour raisons médicales, il a été mis en place plus récemment un autre dispositif permettant, dans le cadre d'un don, de conserver une partie des gamètes pour soi.

B. L'autoconservation de gamètes en contrepartie d'un don

Le second dispositif permettant de conserver ses gamètes a été inséré au sein du régime juridique propre au don de gamètes. En effet, lors de la révision des lois de bioéthique en

7 - Académie nationale de médecine, *Autoconservation des gamètes de personnes transsexuelles et projet parental éventuel*, séance du 25 mars 2014.

8 - Défenseur des droits, *Décision MSP-2015-009 relative au recueil et la conservation de gamètes des personnes transsexuelles en parcours de transition*, 22 octobre 2015 : Avec avoir pris connaissance des réponses de l'Ordre national des médecins, de l'Agence de la biomédecine, de l'Académie nationale de médecine, le Défenseur des droits est d'avis que « L'article L.2141-11 du Code de la santé publique doit pouvoir être interprété comme permettant aux personnes qui s'engagent dans un parcours de transition de l'homme vers la femme, de se prévaloir de ses dispositions ».

9 - Cela est notamment présenté dans le [Livret d'information relatif à la stérilisation à visée contraceptive](#) produit par le Ministère de la Santé en 2017, p. 14.

2011, l'accès au don de gamètes a été ouvert aux personnes qui n'ont pas encore eu d'enfant. Selon l'article L. 1244-2 du Code de la santé publique, « 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 ». Si la modification du texte date de l'adoption de la loi de bioéthique en 2011, les textes réglementaires n'ont, quant à eux, été adoptés qu'à la fin de l'année 2015. Ils précisent les règles de répartition des gamètes entre le don et l'autoconservation avec une priorité donnée au don. Plus spécifiquement, l'arrêté du 24 décembre 2015 prévoit que s'il y a cinq ovocytes ou moins, tous sont destinés au don, dans le cas d'une ponction de six à dix ovocytes, au moins cinq sont destinés au don et dans l'hypothèse où il y a plus de dix ovocytes, la moitié au moins est dirigée vers le don. En moyenne, une ponction permet d'obtenir entre huit et treize ovocytes et il faut disposer d'environ vingt ovocytes pour avoir des chances sérieuses de parvenir à une grossesse. Par conséquent, pour une conservation efficace de ses ovocytes, la donneuse d'ovocytes doit se soumettre à au moins deux cycles de stimulation hormonale et à deux ponctions ovariennes pour avoir une chance sérieuse d'obtenir une grossesse.

Le dispositif peut faire l'objet de deux lectures différentes. D'un côté, il est possible d'y voir l'extension de l'autoconservation en cas de prise en charge médicale susceptible d'altérer la fertilité. En ce sens, il s'agirait d'une mesure de prévention, pour les donneuses, en vue d'éviter une stérilité secondaire qui pourrait être provoquée par la procédure de don. De l'autre, il pourrait être soutenu qu'il s'agit en fait d'une contrepartie au don afin d'inciter les femmes qui souhaiteraient conserver leurs ovocytes gratuitement à donner. Cette seconde interprétation est problématique au regard des principes généraux de consentement et de gratuité qui président au don des éléments et produits du corps humain en droit français. Dans son rapport de 2018, le Conseil d'État met en avant qu'« un consensus se dégage pour considérer que le dispositif actuel d'autoconservation contre don est contraire au principe de gratuité du don. En effet, il consiste à inciter à donner ses ovocytes en créant une forme de contrepartie au don. L'Académie de médecine qualifie ce dispositif de « médicalement et éthiquement inacceptable », et même de « chantage » et de « leurre », d'une part parce qu'il donne des chances extrêmement minces à la donneuse de pouvoir obtenir une grossesse avec ses ovocytes conservés sans l'exposer à plus de deux cycles de stimulation, d'autre part parce qu'il conduit à rémunérer le don »¹⁰.

Ces deux hypothèses dans lesquelles il est possible d'auto-conserver ses gamètes, à savoir en cas de prise en charge

10 - Conseil d'État, *Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?*, Rapport de la section du rapport et des études, 28 juin 2018, p. 88.

médicale susceptible d'altérer la fertilité de la personne ou de don d'ovocytes, sont justifiées par un intérêt médical : protéger la fertilité de la patiente d'un côté et encourager au don d'ovocytes de l'autre. Qu'en est-il de la prévention de l'infertilité liée à l'âge en dehors de ces situations ? En dehors de ces indications, toute autoconservation de gamètes est aujourd'hui interdite, mais l'article 2 du projet de loi tel qu'il avait été adopté en première lecture par l'Assemblée nationale prévoyait d'ouvrir l'autoconservation de gamètes.

II. Droit prospectif : le contenu du projet de loi bioéthique adopté par l'Assemblée nationale

Quand bien même l'article 2 qui avait été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture a été supprimé par le Sénat, il paraît pertinent d'en présenter le contenu de manière critique. En effet, le gouvernement soutient l'ouverture de l'autoconservation de gamètes et le dispositif pourrait être rétabli lors de la deuxième lecture du texte par l'Assemblée nationale. Les député·e·s pourraient alors se saisir de cette occasion pour améliorer les contours du régime qui est en train de se dessiner sous l'impulsion du gouvernement. De manière générale, le projet de loi de bioéthique tel qu'adopté par l'Assemblée nationale comportait deux éléments importants à propos du régime de l'autoconservation de gamètes. D'un côté, le dispositif de conservation d'une partie de ses gamètes en contrepartie du don est supprimé et de l'autre, l'autoconservation de gamètes en absence d'indication médicale est ouverte. L'autoconservation de gamètes serait possible dans des conditions strictes **(A)** et prise en charge, presque intégralement, par l'assurance maladie **(B)**.

A. Un encadrement strict de l'ouverture de l'autoconservation de gamètes

L'article 2 du projet de loi de bioéthique adopté par l'Assemblée nationale le 15 octobre 2019 prévoyait d'ouvrir l'autoconservation de gamètes. Plus précisément, il était proposé d'inscrire à l'article L. 2141-12 du Code de la santé publique qu' « une personne majeure qui répond à des conditions d'âge fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Agence de la biomédecine, peut bénéficier, après une prise en charge médicale par l'équipe clinico-biologique pluridisciplinaire, du recueil, du prélèvement et de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au présent chapitre ». Sur ce point, le texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale était identique à celui qui avait été proposé par le gouvernement, en dépit des discussions sur les bancs de l'hémicycle.

Les conditions de mise en œuvre d'une autoconservation ovocytaire sont très strictes « pour éviter tout effet incitatif », comme cela ressort de l'exposé des motifs du projet de loi. Ces conditions restrictives tiennent à deux éléments, à savoir les bornes d'âges posées d'abord et les établissements qui

pourront pratiquer l'autoconservation de gamètes ensuite.

Concernant l'âge des personnes pouvant avoir recours à l'autoconservation de gamètes, celui-ci sera fixé par décret en Conseil d'État après avis de l'Agence de la biomédecine. Ces limites d'âge, qui sont différentes pour la conservation des ovocytes et celle des spermatozoïdes, concernent aussi bien la fenêtre de recueil des gamètes que celle de leur utilisation. L'étude d'impact apporte, sur ces points, des précisions supplémentaires. Concernant les bornes qui pourraient être retenues en matière de recueil : « la limite d'âge inférieure d'accès à la mesure est fixée à 32 ans et sera étendue aux hommes. Pour garantir la qualité des gamètes prélevés ou recueillis, un âge supérieur est également retenu : celui des donneurs de gamètes soit 37 ans pour les femmes et 45 ans pour les hommes ». Quant aux âges retenus pour l'usage des gamètes cryoconservés, il est proposé, « dans un souci de cohérence d'ensemble, (...) de faire correspondre la limite d'âge d'utilisation des ovocytes conservés avec celle de la prise en charge par l'assurance maladie de l'assistance médicale à la procréation, soit jusqu'au 43^e anniversaire de la femme. Pour les hommes, l'âge de 59 ans sera retenu (il correspond également à l'âge limite en assistance médicale à la procréation) ».

Ces conditions d'âge ont été fixées afin de limiter au maximum les recours inutiles à l'autoconservation de gamètes. Les bornes retenues peuvent toutefois être discutées en ce qu'elles ne semblent correspondre qu'à un seul scénario : celui de la femme souhaitant d'abord favoriser sa carrière professionnelle et/ou en attente de trouver la bonne personne avec qui fonder une famille. Les personnes qui se trouvent en dehors de ces fenêtres d'âge devront dès lors justifier d'une indication médicale afin de bénéficier du dispositif de l'article L. 2141-11 du code de la santé publique. Or il existe des situations dans lesquelles l'indication médicale n'est pas clairement établie. Tel est par exemple le cas lorsqu'une personne présente une prédisposition génétique à un cancer ou souffre de très légers facteurs d'infertilité...

L'étude d'impact insiste, outre les bornes d'âge, sur la nature des établissements pouvant réaliser l'autoconservation afin d'éviter tout effet incitatif. Ainsi, le projet de loi réserve l'activité de prélèvement, de recueil et de conservation aux centres publics et privés à but non lucratif afin d'éviter le développement d'un marché de l'autoconservation des ovocytes. Ce point a été particulièrement discuté lors des débats parlementaires et plusieurs amendements, présentés aussi bien à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, visaient à permettre à des établissements privés à but lucratifs d'exercer ces activités. Alors que le texte adopté à l'Assemblée nationale en première lecture prévoyait, à l'article L. 2141-12 I. alinéa 3 du Code de la santé publique que « seuls les établissements publics de santé ou les établissements de santé privés à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier peuvent, lorsqu'ils y ont été autorisés, procéder au prélèvement, au recueil et à la conservation des gamètes », les travaux de la commission spéciale au Sénat ont conduit à compléter cet alinéa comme suit : « Par

dérogation, si aucun organisme ou établissement de santé public ou privé à but non lucratif n'assure cette activité dans un département, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement de santé privé à but lucratif à la pratiquer ». Ces dispositions -qui ont toutes été supprimées en première lecture au Sénat- témoignent toutefois des enjeux financiers liés à l'extension des usages des techniques reproductives.

B. Une prise en charge par l'assurance maladie de l'autoconservation de gamètes

En contrepartie de l'encadrement strict de l'autoconservation de gamètes, l'article 2 du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture prévoyait la prise en charge par l'assurance maladie des actes médicaux relatifs au prélèvement et au recueil des gamètes. Seule la conservation serait restée à la charge des bénéficiaires de l'autoconservation de gamètes mais il s'agit du poste de dépense le plus faible. Cette disposition inscrite à l'article L. 160-8 du Code de la sécurité sociale aurait été accompagnée d'une précision supplémentaire, ajoutée par amendement par les député-e-s : « les frais relatifs à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-2 dudit code ne peuvent être pris en charge par l'employeur ou par toute personne ou structure avec laquelle la personne concernée serait dans une situation de dépendance économique ». De la même manière, lors de la première lecture du texte par les député-e-s, il a été ajouté à la fin de l'article 2 du projet de loi que « les entreprises publiques et privées ainsi que les personnes morales de droit privé ne peuvent prendre en charge ou compenser de manière directe ou indirecte l'autoconservation des gamètes de leurs salariées ». Ces dispositions ont été présentées lors des débats parlementaires comme une garantie contre les éventuelles pressions sociales, notamment professionnelles, dont pourraient faire l'objet les femmes. En ce sens, il a été fréquemment rappelé que des grandes entreprises comme Facebook ont d'ores et déjà pu proposer à leurs employées de conserver leurs ovocytes.

De manière générale, l'autoconservation ovocytaire permet de questionner la place accordée par la collectivité à l'autonomie procréative des femmes. Ce nouvel usage des techniques reproductives interroge également la médicalisation croissante de la reproduction : l'autoconservation ovocytaire suppose nécessairement ensuite une mise en œuvre de la grossesse par le biais des techniques d'assistance médicale à la procréation¹¹. Se pose également, de manière beaucoup plus générale, la question de l'articulation de la vie professionnelle et familiale des femmes, aussi bien au niveau collectif et général quant à la temporalité de la maternité que de manière pratique,

lorsqu'il s'agit de se rendre aux rendez-vous médicaux pour la mise en œuvre des techniques reproductives¹².

Avec l'adoption de la loi de bioéthique, le droit français pourrait passer d'un régime d'interdiction de l'autoconservation ovocytaire sans justification médicale à un régime d'autorisation avec une prise en charge étendue, par l'assurance maladie, de l'ensemble des actes et traitements liés à la préservation de la fertilité, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes. Il s'agirait alors d'un alignement sur le régime de l'assistance médicale à la procréation -qui pourrait d'ailleurs s'analyser comme une extension des droits reproductifs des femmes.

Pour conclure, il est indispensable de mettre en perspective l'autoconservation ovocytaire et le don d'ovocyte en droit français. L'ouverture de l'autoconservation ovocytaire a pu être présentée, lors des débats parlementaires, comme une alternative au recours au don d'ovocyte et comme une source potentielle de dons si les femmes n'utilisent pas leurs ovocytes. Le don n'est toutefois qu'une des possibilités offertes aux femmes et suppose le consentement explicite de celles-ci : en effet, chaque année civile, elles seraient consultées sur le fait qu'elles souhaitent poursuivre la conservation de leurs ovocytes et si ce n'est pas le cas, elles pourraient les donner pour un projet parental, consentir à ce qu'ils fassent l'objet de recherches ou à ce qu'il soit mis fin à leur conservation. En absence d'un tel consentement explicite au don, par écrit et renouvelé, il serait mis fin à la conservation des ovocytes alors qu'il s'agit pourtant d'une ressource rare et dont la procédure de recueil est invasive. Deux hypothèses étaient visées par le texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale : il serait ainsi mis fin à la conservation en l'absence de réponse pendant dix ans ou en cas de décès de la femme. Il pourrait au contraire être proposé de demander, au moment du recueil à la femme, ce qu'elle souhaiterait qu'il advienne de ses ovocytes dans ces hypothèses.

Enfin, l'ouverture de l'autoconservation ovocytaire qui était prévue à l'article 2 du projet de loi peut être mise en perspective avec l'ouverture des techniques d'AMP prévue à l'article 1^{er} du texte de loi : la suppression de l'article 2 par le Sénat et le non-remboursement des actes d'AMP pour les couples de femmes et les femmes seules témoignent d'une volonté de maintenir la distinction -pourtant artificielle- entre un recours aux techniques d'AMP qui serait justifié, pour les couples hétérosexuels, par une nécessité médicale et ceux, des couples lesbiens et des femmes seules, qui relèveraient de la convenance personnelle. Au contraire, permettre à toute femme de conserver ses gamètes et de les utiliser sans avoir besoin d'être en relation -avec un homme ou avec une femme- serait une mesure de cohérence qui témoignerait d'une extension de l'autonomie procréative des femmes.

Marie Mesnil

11 - Voir not. sur le sujet, Élise de La Rochebrochard (dir.), *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?*, Coll. Les Cahiers de l'ined, 2008, n° 161 ou encore Laurence Tain, *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*, Presses de l'EHESP, 2013.

12 - Voir not. au sujet de la mise en œuvre des techniques d'AMP les travaux de la sociologue Irène-Lucile Hertzog, « Les coûts de l'assistance médicale à la procréation pour les femmes salariées », *Cahiers du Genre*, vol. 56, n°1, 2014, pp. 87-104.