

Infertilité : double don de gamètes ou don d'embryon ?

Martine Gross et Dominique Mehl

Mots-clés

*Procréation
médicalement assistée,
double don de gamètes,
don d'embryon.*

Résumé

Dans cet article les auteures, sociologues, s'intéressent aux parcours et aux motivations des personnes infertiles qui se rendent à l'étranger pour recourir à un double don de gamètes, c'est-à-dire un don de sperme d'un côté, un don d'ovocytes de l'autre. Qu'il s'agisse de couples ou de femmes seules, le double don de gamètes est une pratique interdite en France depuis les lois de bioéthique de 1994. Seul le don d'embryon est autorisé, mais pour les couples hétérosexuels stériles. Pour explorer la question du choix entre double don et don d'embryon, les auteures ont mené des entretiens semi-directifs avec onze femmes dont trois étaient en couple hétérosexuel. Dans la grande majorité, leur préférence penche nettement du côté du double don. Cet article met en lumière et analyse les raisons de ce choix.

IAD, don d'ovocytes, GPA. Autant de termes et de sigles qui désignent les divers recours inventés par la médecine procréative pour remédier à une infertilité due à l'un des membres d'un couple. L'IAD, insémination artificielle avec donneur, concerne l'infertilité masculine et orchestre le don de sperme. Le don d'ovocytes est sa réplique côté féminin. La femme aux ovocytes défectueux en reçoit d'une donneuse. La gestation pour autrui, GPA, touche l'autre versant de l'infertilité féminine. Elle s'adresse à des femmes dont la fonction ovocytaire ne pose pas de problème mais qui sont privées

Martine Gross, sociologue, ingénieure de recherche en sciences sociales, CNRS. gross@ehess.fr

Dominique Mehl, sociologue, directrice de recherche, CNRS. mehl@ehess.fr

d'utérus et font appel à une femme porteuse pour mener à terme la grossesse de leur enfant.

Deux autres scénarios figurent à la panoplie de la PMA. Elles se rapportent à des situations où et l'homme et la femme sont inféconds et ont donc besoin d'un apport de gamètes masculins et féminins. Deux modes d'entrée en parenté dans ce cas spécifique existent : le don d'embryon, c'est-à-dire le transfert d'un embryon surnuméraire qui avait été conçu pour un autre couple infertile. Ou le double don de gamètes, qui implique l'apport de cellules masculines d'un côté et féminines de l'autre, et donc l'aide d'un donneur ainsi que celle d'une donneuse. Le double don de gamètes peut venir en aide à des couples hétérosexuels dont l'homme et la femme sont tous deux infertiles, à des femmes seules ou en couple homosexuel qui ne peuvent utiliser leurs propres ovocytes.

Le double don de gamètes n'est pas autorisé en France. Les lois de bioéthique de 1994 réservent la PMA aux couples hétérosexuels et exigent que l'un au moins des membres du couple fournisse ses gamètes pour concevoir l'embryon qui sera implanté dans l'utérus de la femme. Si la femme a besoin d'un don d'ovocytes, son compagnon devra fournir le sperme. Si c'est l'homme qui a besoin d'un don de sperme, sa compagne devra fournir l'ovocyte. Si la femme et l'homme sont tous deux infertiles, la seule possibilité qui leur est offerte en France est le don d'un embryon. L'option en faveur du don d'embryon a été entérinée dès 1994 sans beaucoup de débat (Mehl, 1999, 2011). Le Comité d'éthique et les assemblées parlementaires étaient alors obnubilés par le sort des embryons surnuméraires. Le don semblait une alternative généreuse à leur destruction redoutée. Mais ce choix n'a jamais été réévalué à l'aune du vécu des candidats.

Notre enquête s'inscrit dans une réflexion née de la venue au monde des « bébés-éprouvettes » sur les transformations de la famille et de la parenté consécutives à la médicalisation et à la circulation des gamètes. Être parent sans être géniteur, tel est le nœud social et psychologique autour duquel se conjuguent les nouvelles parentalités issues de la PMA avec don.

Dans le contexte d'une infertilité des deux partenaires, il paraît socialement équivalent de recourir à un don d'embryon ou à un double don. Les deux parents d'accueil sont des parents sociaux non géniteurs et ont à gérer cette double absence d'ascendance biologique avec leur enfant. Toutefois, du point de vue psychologique, les deux démarches ne semblent pas équivalentes. Dans un cas, celui du don d'embryon autorisé par la France, le couple hérite d'un enfant potentiel conçu par d'autres. Dans le cas du double don, le couple reçoit des ovules et des spermatozoïdes étrangers

l'un à l'autre et la rencontre fécondante tient à leur seule responsabilité. On connaît désormais l'attachement des couples inféconds vis-vis des embryons qu'ils ont engendrés, y compris ceux qu'ils ne garderont pas pour eux (Epelboin, 2008 ; Mathieu, 2017). Mais, du côté des receveuses, on ignore dans quelles dispositions elles se sentent à l'égard de ces futurs enfants voulus au départ par d'autres. Si, du point de vue social, les parents d'un enfant du don d'embryon se retrouvent dans une situation identique à ceux bénéficiant d'un double don, il n'en est peut-être pas de même du point de vue psychologique. Le vécu du don d'embryon et celui du double don de gamètes inspirent-ils une approche différente de l'absence de lien biologique ? Le deuil du lien génétique revêt-il une autre dimension selon que l'embryon a été conçu par d'autres ou par soi-même ? C'est ce que notre enquête a voulu explorer. Intriguées par la différence entre la situation française et celle des pays où le double don est autorisé, nous sommes allées à la rencontre de femmes qui ont vécu dans leur chair et leur imaginaire l'attente puis la venue d'un enfant du double don.

Le double don fait peu l'objet de la littérature scientifique en sciences sociales. Citons Elizabeth Bartholet (1999), qui perçoit le double don de gamètes comme une forme technologique d'adoption. Cependant, la différence principale entre le double don de gamètes et l'adoption réside dans la relation entre la mère et l'enfant pendant la gestation. Comme le souligne Olga Van den Akker (2006), celle-ci permet à la femme de se sentir une mère qui a conçu son enfant naturellement et permet aussi de ne pas révéler aux proches l'absence de lien génétique. Heather Widdows et Fiona McCallum (2002) font remarquer que les exigences de la société pour autoriser une personne ou un couple à adopter un enfant sont très différentes de celles qui permettent à une femme d'accéder au double don de gamètes. Dans un cas des investigations seront menées pour s'assurer des conditions d'accueil de l'enfant adopté, dans l'autre seules les conditions légales et médicales seront examinées. Ces études laissent entrevoir deux motivations présidant à la décision de se tourner vers le double don plutôt que vers l'adoption. Le fait de porter et d'accoucher permet d'une part de vivre dans son corps au moins une des dimensions de la maternité et, d'autre part, d'éviter les enquêtes liées au projet d'adoption. Cependant, l'accueil d'embryon répond autant à ces motivations que le double don. Aucune de ces études ne se penche sur la préférence accordée à ce dernier. Dans cet article nous nous intéressons aux parcours, aux vécus et aux motivations des personnes qui se rendent à l'étranger pour recourir à un double don de gamètes, qu'il s'agisse de couples hétérosexuels ou de femmes seules.

Âge de la procréation et infertilité

L'âge de la première maternité ne cesse d'augmenter depuis 1974¹. En 2015, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne, soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974. Les femmes sont aussi plus âgées qu'auparavant à la naissance de leur deuxième ou troisième enfant, elles ont alors en moyenne 31 ans et 32,6 ans. Au total, tous rangs de naissance confondus, les femmes accouchent en moyenne à 30,4 ans. Les facteurs qui expliquent ce report sont connus : la diffusion de la contraception, l'allongement des études, l'instabilité des premières années professionnelles et l'accession plus laborieuse des femmes à des postes habituellement occupés par des hommes. Le projet d'enfant devenant de plus en plus tardif, le taux d'infertilité lié à l'âge des femmes augmente car la réserve ovocytaire s'amointrit avec l'âge. Les capacités reproductives de la femme vont en moyenne diminuer à partir de 35 ans ainsi que la qualité des ovules produits, et ce drastiquement après 40 ans. Le don d'ovocytes est une solution car ils sont généralement prélevés sur une femme plus jeune. Du côté des hommes, la fertilité diminue de moitié entre les tranches d'âge 20-35 ans et 55-59 ans. Aujourd'hui on considère qu'une hypofécondité masculine est présente dans la moitié environ des couples infertiles.

En France, chaque année environ 3500 couples ont besoin d'un don de gamètes, don d'ovocytes ou don de spermatozoïdes, selon l'Agence de la biomédecine². Le nombre d'enfants nés d'une AMP avec don représente 5 % des enfants conçus par AMP (1254 enfants) : 3,9 % des enfants sont issus d'un don de spermatozoïdes (971 enfants), 1 % est issu d'un don d'ovocytes (256 enfants), 0,1 % d'un accueil d'embryons (27 enfants). Comme il n'y a pas assez de donneurs de gamètes, les patients doivent parfois attendre plusieurs années avant de pouvoir bénéficier d'un don. En effet, en 2015, 255 hommes ont donné du sperme alors qu'il y avait 2530 demandes d'AMP avec don de spermatozoïdes ; 540 femmes ont donné des ovocytes mais 2516 couples étaient en attente de don d'ovocytes à la fin de l'année. En revanche l'offre d'embryons surnuméraires dépasse largement le nombre de transferts réalisés : au cours de l'année 2015, 534 couples ont proposé que leurs embryons soient accueillis et cela représente potentiellement 1528 embryons mais 145 transferts seulement ont été réalisés chez

1. INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>.

2. Ces données ainsi que les suivantes sont issues du rapport médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine 2016. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>

128 couples receveurs et ont conduit à la naissance de 27 enfants. Selon l'Agence de la biomédecine, les principaux freins au développement de cette activité sont la complexité de la procédure pour les centres d'AMP et la difficulté de la démarche pour les couples concernés – au plan psychologique, à la hauteur de la représentation qu'ils ont de ces embryons conservés, et au plan des démarches administratives imposées au couple.

L'interdiction par la loi du double don de gamètes

Les lois de bioéthique de 1994, révisées en 2011, stipulent qu'un embryon ne peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des membres du couple³. Autrement dit, le double don de gamètes est interdit. De plus ces lois réservent l'assistance médicale à la procréation aux couples hétérosexuels en âge de procréer souffrant d'une infertilité pathologique ou risquant de transmettre une pathologie à l'enfant s'ils procréaient sans aide médicale. Par ailleurs, la Sécurité sociale ne prend en charge les traitements d'AMP que si la femme est âgée de moins de 43 ans, ce qui conduit les centres d'AMP à refuser de traiter les femmes plus âgées. Si bien que les couples de femmes, les femmes seules, les couples hétérosexuels dont la femme est âgée de 43 ans révolus, les couples hétérosexuels qui ont besoin d'un double don de gamètes, don de spermatozoïdes et d'ovules, n'ont pas accès à l'AMP et doivent par conséquent pour réaliser leur projet parental s'adresser aux cliniques de fertilité à l'étranger : Espagne, Tchéquie, Belgique, Grèce, Portugal.

Selon une étude récente qui rend compte des caractéristiques des patients ayant recours au double don de gamètes à la clinique Eugin à Barcelone, le nombre de femmes candidates a globalement augmenté dans la dernière décennie (Blázquez et coll., 2016). L'étude compare trois groupes de femmes : les femmes seules, les femmes qui sont en couple avec un homme et celles qui sont en couple avec une femme. Les femmes seules étaient significativement plus âgées (43,9 ans) que les patientes en couple avec un homme (40,4 ans) ou avec une femme (41,3 ans). Les patientes sans enfant avant la PMA étaient plus nombreuses parmi les femmes seules que parmi les femmes en couple. Les données communiquées par Eugin en 2017 confirment cette tendance.

Les tarifs des cliniques espagnoles ou tchèques où se sont rendues les personnes que nous avons interviewées varient entre 4000 et 7000 euros pour un double don, et de 1200 à 2000 euros pour un accueil d'embryon.

3. Article L2141-3, loi 2011-814 du 7 juillet 2011-art 36.

Malgré ces coûts très différents d'une technique à l'autre, il y a, selon les données recueillies auprès de la clinique espagnole, plus de personnes se tournant vers le double don que vers l'accueil d'embryon. En effet, en 2017, 58 patients dont 40 femmes seules, un couple homosexuel féminin et 17 couples hétérosexuels auraient eu recours à l'accueil d'embryon tandis que 316 patients, dont 188 femmes seules, 19 couples homosexuels féminins et 109 couples hétérosexuels auraient eu recours à un double don de gamètes. Ces données conduisent à s'interroger sur ce qui motive les couples et les femmes seules à choisir le double don de gamètes et non l'accueil d'embryon, moins cher et qui de surcroît est autorisé en France, au moins pour les couples hétérosexuels.

L'enquête

Pour répondre à cette interrogation, nous avons mené une enquête qualitative par interview auprès de femmes qui avaient besoin pour procréer d'un don de sperme et d'un don d'ovocytes. Pour recruter les participantes, nous avons bénéficié de l'aide d'associations de patients de l'AMP et de personnes infertiles telles que BAMP⁴, Maïa⁵, les Cigognes de l'Espoir⁶ et nous avons posté des annonces dans des groupes Facebook et sur des forums sur Internet spécialisés. Nous avons présenté notre recherche en explicitant notre intérêt pour le parcours et le vécu procréatif et ce qui motive les différentes décisions (double don, accueil d'embryon, pays, clinique) dans un contexte législatif limitant l'aide à l'accueil d'embryon et ce pour les couples hétérosexuels uniquement. Nous avons conduit des entretiens semi-directifs en région parisienne d'une heure à une heure et demie enregistrés et intégralement retranscrits avec 11 femmes. Les entretiens étaient anonymes. Tous les prénoms ont été modifiés. Chaque entretien a été décrypté selon une grille thématique préétablie conforme à notre guide d'entretien : situation sociale de l'enquêtée, situation conjugale, situation parentale, parcours procréatif, choix adoption, don d'embryon ou double don, suivi gynéco, vécu du renoncement au lien génétique. Trois femmes étaient en couple hétérosexuel, trois étaient célibataires sans enfant et cinq étaient célibataires avec enfant. Toutes ces femmes avaient besoin, pour procréer, non seulement d'un don de spermatozoïdes mais également d'un don d'ovocytes. Toutes pouvaient opter pour un accueil d'embryon, soit en France pour les femmes en couple hétérosexuel, soit à l'étranger pour les autres, ou bien

4. Le collectif BAMP est une association de patients de l'AMP et de personnes infertiles.

5. L'association Maïa soutient les personnes qui désirent être parents.

6. L'association Les Cigognes de l'Espoir soutient les personnes concernées par l'infertilité.

opter pour un double don de gamètes à l'étranger. Une seule s'est tournée vers l'accueil d'embryon. Toutes les autres ont eu recours à un double don de gamètes qui a abouti à la naissance d'enfants pour huit d'entre elles. Les femmes en couple avaient en moyenne 47 ans. Les femmes célibataires sans enfant avaient en moyenne 44 ans. Quatre des autres célibataires avaient en moyenne 44 ans. La cinquième était nettement plus jeune, 32 ans. Son infertilité n'était pas liée à l'âge mais à une ménopause précoce. Malgré l'aide apportée par les associations et les annonces passées pour favoriser le recrutement, l'échantillon est resté relativement restreint. En effet, les personnes concernées ne sont pas nombreuses et ne sont pas nécessairement motivées pour expliquer leur parcours à des personnes inconnues, même anonymement, pour l'avancée de la recherche dans ce domaine, d'autant qu'il leur a fallu parfois traverser des épreuves douloureuses, notamment faire le deuil de tout lien génétique avec leur futur enfant. Notre petit échantillon ne prétend pas être représentatif mais a permis de recueillir des données contribuant à lever le voile sur les raisons pour lesquelles le double don est privilégié par les personnes qui ont fait cette démarche à l'étranger.

La plupart des femmes rencontrées exercent une profession intermédiaire dans le domaine social ou médical ou dans l'éducation. Deux femmes sont cadres supérieures en informatique.

Caractéristiques des femmes interviewées

	Âge	Situation conjugale	Situation parentale	Pays de la clinique	Double don / accueil
Michèle	47 ans	Célibataire	Fille 7 mois	Espagne	Accueil
Ariane	32 ans	Célibataire	Fille 1 an	Espagne	Double don
Anne	44 ans	Célibataire	Garçon 3 ans, fille 4 mois	Espagne	Double don
Christine	45 ans	Célibataire	Pas d'enfant	Portugal	Double don
Carla	Entre 40 et 50 ans	Célibataire	Garçon 10 semaines	Espagne	Double don
Sylvie	39 ans	Célibataire	Garçon 9 mois	Espagne	Double don

Stéphanie	43 ans	Célibataire	Pas d'enfant	Espagne	Double don
Noémie	43 ans	En couple	Jumeaux 9 mois	Tchéquie	Double don
Noëlle	50 ans	En couple	Fille 5 ans	Tchéquie	Double don
Elena	48 ans	En couple	Fille 5 ans, jumeaux 2 ans 1/2	Grèce	Double don
Émilie	nsp	Célibataire	Enceinte	Portugal	Double don

Le vécu du double don

Couples hétérosexuels en fin de parcours médical pour lesquels le simple don (de sperme ou d'ovule) n'a pas abouti à une fécondation et qui sont trop âgés pour continuer leur route procréative en France. Femmes célibataires inquiètes de leur vie qui avance dans le temps sans conjoint et sans enfant et donc se rendent à l'étranger pour être prises en charge par des institutions plus libérales qu'ici. Couples de lesbiennes en désir d'enfant mais que la loi française n'autorise pas à accéder à la PMA sur notre territoire : autant de situations qui amènent ces femmes en mal d'enfant à traverser les frontières.

Les cliniques qui les accueillent dans ces pays leur proposent rarement le choix entre don d'embryon et double don de gamètes. Elles leur présentent presque toujours la deuxième option : un apport masculin d'un côté, féminin de l'autre, mais pas d'embryon déjà conçu. C'est le cas notamment de la clinique Eugénie à laquelle s'adressent nombre de Françaises obligées de chercher ailleurs une solution à laquelle elles n'ont pas droit de recourir en France. Elles ont beaucoup réfléchi à la différence entre les deux offres, imaginé un scénario qui aménage au mieux dans leur tête cet appel à deux tiers étrangers l'un à l'autre, soupesé avantages et inconvénients de deux méthodes qui agencent autrement l'absence de lien biologique avec leur enfant. Et, dans leur grande majorité, leur préférence penche nettement du côté du double don.

Le sentiment largement partagé tient à l'histoire de ces cellules par rapport au projet parental. Un embryon déjà constitué a été voulu par un autre couple, conçu par lui et pour lui. Il est issu d'un désir venu d'ailleurs.

Il aurait pu devenir l'enfant de quelqu'un d'autre. L'embryon né d'un double don, au contraire, a été fabriqué pour le couple en attente. Les gamètes, donnés par un homme et donnés par une femme qui n'ont aucune relation entre eux, deviennent de futurs enfants réunis pour la personne ou le couple en demande et en attente et pour eux seuls. Alors que l'embryon donné a déjà une histoire, l'embryon issu d'un double don commence son histoire avec le ou les parents qui le souhaitent.

Par ailleurs, dans le don de gamètes, un appariement peut être effectué. Le sperme choisi et l'ovocyte sélectionné sont désignés notamment pour leur proximité phénotypique avec la receveuse ; les futurs parents parient alors sur des ressemblances plus plausibles que lorsque seul joue le hasard. Ils se sentent mieux dans une configuration qui paraît plus vraisemblable au regard de l'enfantement naturel et éventuellement plus satisfaisante d'un point de vue narcissique.

Elena est en couple hétérosexuel ; elle a eu une fille, puis des jumeaux conçus en Grèce par double don : « On ne nous a jamais proposé le don d'embryon. Le don d'embryon, c'est plus compliqué à accepter. Le double don c'est plus simple à expliquer : il n'y a pas eu d'histoire d'amour entre ces deux donneurs. L'histoire d'amour, elle est entre les parents. Les donneurs, c'est un homme et une femme qui ne sont pas dans la continuité d'une histoire de couple. Les géniteurs ne se connaissent pas. L'embryon n'est pas le fruit de la construction d'un autre couple. »

Noëlle, en couple hétérosexuel, a une petite fille conçue en Tchéquie : « On aurait pu faire un don d'embryon. Mais j'étais contre. Un embryon a une histoire. C'est un couple qui a eu des difficultés, qui a fait des démarches et réussi à avoir un enfant. Dans le double don les donneurs et les donneuses sont choisis en fonction du phénotype des receveurs. Ils sont pour nous. On a des infos sur les donneurs et ça permet de se les approprier. Alors que, dans le don d'embryon, les donneurs ne sont pas choisis pour nous. »

Noémie, en couple hétérosexuel, est mère de jumeaux conçus en Tchéquie : « En Tchéquie on propose soit le double don soit le don d'embryon. Sur le site ils parlent du don d'embryon. Mais nous, on n'était pas du tout dans ce concept. On voulait choisir nos gamètes avec des personnes ayant mes caractéristiques d'un côté, celles de mon mari de l'autre. C'est plus facile de choisir des donneurs avec nos caractéristiques qu'un embryon déjà formé. Pour moi les donneurs ne sont pas des géniteurs. Une autre motivation était d'être là dès le départ (ce qui n'est pas le cas avec le don d'embryon). On a des choix à faire alors qu'avec le don d'embryon on vient juste pour le transfert. Là, on a l'impression d'avoir conçu,

participé à la conception. On a vu l'embryon sur un grand écran. C'est moins froid. Et le donneur, on l'a choisi. »

Christine est célibataire sans enfant après une expérience portugaise terminée en drame. Elle exprime, avec une grande violence, son rejet du don d'embryon : « En cours de route, le médecin de la clinique change d'avis et me propose un don d'embryon et non un double don. Je le vis très mal. Je trouve qu'on me traite comme une poubelle. Un don d'embryon, c'est comme un déchet, un embryon qui vient du congélateur et dont on ne sait pas quoi faire. En plus, dans ce cas, on n'a pas le choix du donneur et de la donneuse. »

Tous les couples infertiles ont eu à choisir entre adoption et recours à la médecine procréative. Tous y ont réfléchi longuement, ont parfois tenté d'emprunter les deux parcours. Mais ceux qui renoncent à l'adoption avancent tous les mêmes raisons : la crainte d'hériter d'une histoire qu'ils ne connaissent pas mais dont ils soupçonnent le caractère malheureux, voire dramatique. Les malversations, traumatismes vécus par les enfants avant leur adoption ne sont pas connus et inquiètent. Pour les femmes accueillies à franchir les frontières, la problématique est la même. Quand elles soupèsent les arguments qui plaident pour la médecine plutôt que pour l'adoption, le spectre de l'abandon plane comme une ombre plus que noire sur le tableau de l'enfantement. Le don d'embryon, que certains comparent à une adoption prénatale, se retrouve lesté des mêmes risques.

Ainsi Anne, célibataire et mère de deux enfants conçus à Eugin, exprime avec force sa réticence par rapport au don d'embryon : « On ne m'a pas proposé le don d'embryon mais je n'aurais pas voulu. Car un embryon, c'est un futur bébé qui a été abandonné. Je n'aurais pas su raconter l'histoire à mon enfant. Alors qu'un don de gamètes, ce n'est pas un abandon au départ. L'enfant est issu de personnes qui ont donné et pas abandonné. » « Le double don, c'est un enfant unique. Une "rencontre" d'un donneur et d'une donneuse qui ne se seraient pas rencontrés autrement. Alors que les autres, ils ont quelque part des frères et sœurs », ajoute Carla, célibataire, mère d'un jeune bébé conçu en Espagne.

Ainsi, une autre dimension évoquée en faveur du double don renvoie à l'idée de l'unicité de l'embryon. Celui-ci, nous venons de l'entendre, n'a pas d'histoire préalable. Et il est également unique. Au sens où il n'a pas de frères et sœurs dispersés dans d'autres familles. Les embryons donnés, dénommés embryons surnuméraires, ont été confiés à la médecine par le couple initial qui a renoncé à les implanter parce qu'ils sont devenus parents avec d'autres embryons à eux. Les cellules conservées dans les

congélateurs ont donc des répliques. Les enfants qui en naîtront ont sûrement des frères et sœurs venus au monde avant eux dans le couple à l'origine du don. Embryons conçus pour un projet unique, sans histoire préalable et sans fratrie clandestine, telles sont les motivations les plus répandues et les plus fortes qui sous-tendent la préférence largement partagée pour le double don.

Par ailleurs, la dimension charnelle de l'enfantement représente un atout de poids qui justifie le recours à la technique. Même si les gènes viennent d'ailleurs, la grossesse tisse un lien physique entre mère et enfant. Et puis la genèse de cet enfantement est connue de bout en bout et peut être racontée. Émilie est célibataire en parcours de PMA avec double don en Espagne : « Je n'ai pas eu le choix entre don d'embryon et double don. Mais je préfère le double don. C'est une histoire plus facile à raconter. C'est plus beau que ce soit quelqu'un qui donne alors que l'adoption d'embryon c'est plus compliqué. C'est plus beau qu'une femme donne et que je porte. Il aura quand même mon sang. On sait maintenant que par l'épigénétique il y a une part de soi dans la composition de l'embryon. »

Que le choix du double don résulte d'une réflexion préalable mûrie, affirmée et confirmée, qu'il résulte d'une simple préférence ou d'une rationalisation *a posteriori*, il est presque toujours plébiscité par les femmes que nous avons rencontrées. Seules deux d'entre elles divergent.

Stéphanie est célibataire. Elle était en traitement chez Eugin en vue de bénéficier d'un double don qui s'est soldé par un échec. Pour l'instant elle est à l'arrêt faute de ressources financières pour continuer. Elle est assez amère et très critique de la clinique et regrette d'avoir emprunté la voie du double don. « Eugin n'est pas pour le don d'embryon parce qu'ils disent que les embryons sont de moins bonne qualité, les meilleurs ayant été implantés chez le couple initial. Ils ne le proposent pas, il faut les implorer. Ils ne font pas de publicité. Ils ne proposent pas le choix. » Son hostilité tient d'abord au caractère mercantile de toute cette clinique de l'infertilité en Espagne. Mais elle renvoie aussi à une vision personnelle selon laquelle le don d'embryon est équivalent au double don car elle a fait le deuil du désir de transmission biologique, de l'envie de ressemblances physiques avec sa progéniture. « Le don d'embryon ça ne change rien. C'est comme le double don. Effectivement, en double don, on choisit des donneurs qui ont le même phénotype, donc un enfant qui s'intégrera peut-être mieux. Mais si j'avais une petite brunette, je l'adopterais sans problème. Si je devais recommencer, je choisirais le don d'embryon ; c'est moins coûteux. Au départ, quand je me suis tournée vers le double don, c'était un peu la mort dans l'âme. Aujourd'hui, si on me proposait un embryon, je serais très

contente. Le but c'est d'avoir un enfant. Si je reçois d'un couple qui a eu les mêmes difficultés que moi, ça ne me dérange absolument pas. »

Michèle, mère célibataire d'une petite fille, s'est rendue dans une clinique espagnole à Séville où elle a bénéficié d'un accueil d'embryon. Elle aussi se montre très critique de la politique suivie par la clinique. Elle aussi considère que double don et don d'embryon sont interchangeables. Comme Stéphanie, elle n'accorde pas d'importance aux ressemblances avec son enfant et déplore qu'on fabrique de nouveaux embryons alors que tant d'embryons surnuméraires attendent au fond de leurs cuves frigorifiques. « Double don et don d'embryon. J'avais demandé à mon gynéco : c'est quoi la différence ? Il a répondu qu'il n'y en avait pas. C'est du marketing, du pognon, une histoire de gros sous. Je me suis dit, c'est aberrant d'aller payer une femme pour qu'elle fasse des stimulations, qu'elle reçoive un don de sperme et qu'elle ait des embryons et que, du coup, je les reçoive alors qu'il y a déjà des embryons à disposition qui sont en pleine forme. En plus de ça, 15 000 euros, ça mettait fin définitivement à mon projet. Je n'ai pas du tout les moyens. Cet embryon, il n'a pas été fabriqué pour quelqu'un d'autre, il a été fabriqué par quelqu'un d'autre. Pour moi, c'est de l'arnaque totale, le double don. Surtout si c'est un double don où on ne fait pas attention à votre phénotype. »

Le double don et la loi

Le sentiment de ces femmes contraintes par la loi française à des migrations procréatives est-il partagé par toutes les personnes souffrant d'infertilité mais admises, elles, sans problèmes dans les centres de PMA français ? Impossible de le dire puisque l'alternative n'existe pas ici. Cependant, nos rencontres confirment que ces femmes en transit ne diffèrent pas, sauf par leur âge et leur situation matrimoniale, des autres femmes engagées en France dans des parcours légaux. Comme elles, elles ont eu à opter entre adoption et médecine procréative. Comme elles, elles se sont tournées vers la technique mues par les mêmes motivations : la pénurie d'enfants adoptables ; les démarches administratives pesantes en vue d'un agrément jamais acquis d'avance, surtout pour les célibataires ; le désir de porter le fœtus, de le nourrir et le couvrir jusqu'à la naissance ; le souhait de vivre dans son corps une grossesse et un accouchement. Elles ont également traversé les mêmes épreuves de deuil que les femmes acceptées par la loi française. Notamment l'expérience centrale et difficile du renoncement au lien génétique avec son futur enfant. Comme en témoigne Virginie Rio,

responsable de l'association BAMP⁷ : « Le plus difficile est comment gérer la rupture du lien biologique et comment ensuite le gérer avec l'enfant. Je sais que ce qui a le plus de valeur, c'est la relation nouée avec les gens qu'on aime. Mais c'est quand même compliqué de se dire qu'il n'y a rien de soi à quoi on puisse se rattacher. Il y a un énorme travail à faire pour régler les choses dans sa tête concernant la transmission. »

Les femmes qui ont le choix optent en majorité pour le double don. Tandis que la plupart des pays européens considèrent cette procédure comme parfaitement légale, la spécificité française qui interdit le double don de gamètes mérite-t-elle d'être confirmée ? La question paraît légitime en cette période de réflexion publique. À l'heure où nous écrivons, le sujet n'est pas à l'ordre du jour de la révision des lois de bioéthique. Mais on en parle quand même. Le Comité consultatif national d'éthique ne l'a pas mis à son agenda. Les débats organisés, en réunion ou sur le Net, n'en font guère état. Cependant, des consultations conduites par le CCNE émane une forte pression des gynécologues en faveur d'une levée de l'interdiction. De même l'Agence de la biomédecine, dans son évaluation de l'application de la loi votée en 2011, fait-elle état du malaise ressenti par les professionnels et suggère de réfléchir à nouveau au sujet⁸. Du côté de la société civile, l'association BAMP s'est exprimée en faveur de l'autorisation de cette pratique au vu de l'expérience de ses adhérentes et sympathisantes et de son combat dans la lutte contre l'infertilité. Cependant le thème n'est pas prioritaire.

Il faut dire que la pression de la société est faible. D'abord parce que les couples qui sont en âge de recevoir un don d'embryon en France sont trop heureux d'accéder à cette dernière chance. Dès lors, la question de la nature du don devient secondaire, voire ignorée. Ensuite parce que les femmes qui ne sont pas en situation conjugale conforme et font l'expérience du don à l'étranger ont vraiment comme priorité la libéralisation de la loi française et l'espoir que les femmes seules et les femmes en couple homosexuel seront admises dans les antres de la PMA. L'alternative don d'embryon/double don n'est pas, pour elles, d'une actualité politique brûlante. Pour l'instant.

7. Interview, 20 mars 2018.

8. Agence de la biomédecine, Rapport sur l'application de la loi de bioéthique, janvier 2018.

Bibliographie

- BARTHOLET, E. 1999. *Family Bonds : Adoption, Infertility, and the New World of Child Protection*, Boston, Beacon Press.
- BLÁZQUEZ, A. ; VASSENA, R. ; RODRIGUEZ, A. ; FIGUERAS, F. ; VERNAEVE, V. 2016. « Characteristics and clinical outcomes of patients undergoing fertility treatment by double gamete donation », *Human Fertility*, 12, 3, 180-185.
- EPELBOIN, S. 2008. « Accueil d'embryons : pratique clinique et mise en perspective anthropologique », *Gynécologie endocrinologie*, 10, 1, 41-50.
- MATHIEU, S. 2017. « Donner et recevoir des embryons en France », *Ethnologie française*, 167, 3, 499-508.
- MEHL, D. 1999. *Naître? La controverse bioéthique*, Paris, Bayard.
- MEHL, D. 2011. *Les lois de l'enfement. Procréation et politique en France, 1982-2011*, Paris, Presses de Sciences Po.
- VAN DEN AKKER, O. 2006. « A review of family donor constructs. Current research and future directions », *Hum. Reprod. Update*, 12, 2, 91-101.
- WIDDOWS, H. ; MACCALLUM, F. 2002. « Disparities in parenting criteria: an exploration of the issues, focusing on donation », *Journal of Medical Ethics*, 28, 3, 139-44.

Infertility: double gamete donation or embryo donation?

Keywords

Medically assisted reproduction, dual gamete donation, embryo donation.

Abstract

The authors, who are sociologists, focus on the pathways and motivations of infertile people who go abroad to have access to dual gamete (i.e. both sperm and oocyte) donation. Whether couples or single women are concerned, double gamete donation has been a prohibited practice in France since the bioethics laws of 1994. Embryo donation is permitted, but only for sterile heterosexual couples. To explore this issue, semi-structured interviews were conducted with 11 women, including 3 in heterosexual partnerships. In most cases, their preference clearly went in favour of dual gamete donation. This paper highlights and analyses the reasons for this choice.