Document generated on 06/01/2025 2:21 a.m.

Enfances, Familles, Générations

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

Manon Vialle

Number 21, Fall 2014

Parenté et techniques de reproduction assistée : les enjeux contemporains au regard du genre

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1025957ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1025957ar

See table of contents

Publisher(s)

INRS-UCS

ISSN

1708-6310 (digital)

Explore this journal

Cite this article

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. *Enfances, Familles, Générations*, (21), 1–23. https://doi.org/10.7202/1025957ar

Article abstract

The increase in age-related infertility in advanced industrial societies has led to an increase in demand for assisted reproductive technology (ART) and caused each society to question its norms and practices. In France, this debate reveals the specificity of the bio-ethical model that regulates ART and the growing tensions and contradictions in this model. What makes this model particular is the fact that it is strictly "therapeutic" and based on the notion of "pathological infertility." But the apparently simple distinction between pathology and personal reasons is called into question by age-related infertility: it invites a more complex approach to infertility, with both somatic and social aspects. Using a survey of professionals who work with infertility, we will show the pervasiveness of this therapeutic model in their practice. We will also show how the contemporary socio-demographic context is changing the concept of infertility and casting doubt on the validity of this model as a reference. In addition, new techniques such as the cryopreservation of oocytes further call into question the bio-ethical model and lead to new ways of thinking about the pathology–personal reasons duality on which it is based. The question is whether this model can evolve into a more complex, less ideological view of infertility. This will be an important issue for French society in the coming years, and the issue involves much more than just access to technology that encourages this evolution.

Tous droits réservés © INRS-UCS, 2014

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

EFG
REVUE INTERNATIONALE
ENFANCES FAMILLES GÉNÉRATIONS

No. 21, 2014, p. 1-23
efg.inrs.ca

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

Manon Vialle
Doctorante, Centre Norbert Elias
École des hautes études en sciences sociales (France)
manon.vialle@ehess.fr

Résumé

La croissance de l'infertilité liée à l'âge dans les sociétés industrielles avancées suscite un accroissement de demandes en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP) et amène ainsi chaque société à s'interroger sur ses normes et pratiques. En France, cette question est un révélateur de la spécificité du modèle bioéthique qui encadre les techniques d'AMP ainsi que de ses tensions et contradictions croissantes. La particularité de ce modèle est de se présenter comme strictement « thérapeutique » et de reposer sur la notion d'« infertilité pathologique ». Or c'est justement la simplicité apparente de cette distinction entre pathologie et convenance que met en question l'infertilité liée à l'âge : elle ouvre vers une approche plus complexe de l'infertilité comme phénomène liant à la fois le somatique et le social. À partir d'une enquête auprès de professionnels qui font face à l'infertilité, nous montrerons la prégnance de ce modèle thérapeutique dans leur pratique. Mais nous verrons également que le contexte sociodémographique contemporain amène à une évolution de la notion même d'infertilité et interroge ce modèle de référence. De plus, l'apparition de nouvelles techniques telles que la congélation ovocytaire renforce la mise en question du modèle bioéthique et amène à penser autrement l'opposition pathologie/convenance sur laquelle il est construit. La question est de savoir si ce modèle saura évoluer vers une vision plus complexe et moins idéologique de l'infertilité, ce qui s'avère être un enjeu important pour la société française dans les années à venir et qui va bien au-delà de l'accès aux techniques favorisant ce dépassement.

Mots clés : *Assistance médicale à la procréation, infertilité liée à l'âge, genre de l'infertilité, vitrification des ovocytes*

Abstract

The increase in age-related infertility in advanced industrial societies has led to an increase in demand for assisted reproductive technology (ART) and caused each society to question its norms and practices. In France, this debate reveals the specificity of the bio-ethical model that regulates ART and the growing tensions and contradictions in this model. What makes this model particular is the fact that it is strictly "therapeutic" and based on the notion of "pathological infertility." But the apparently simple distinction between pathology and personal reasons is called into question by age-related infertility: it invites a more complex approach to infertility, with both somatic and social aspects. Using a survey of professionals who work with infertility, we will show the pervasiveness of this therapeutic model in their practice. We will also show how the contemporary socio-demographic context is changing the concept of infertility and casting doubt on the validity of this model as a reference. In addition, new techniques such as the cryopreservation of oocytes further call into question the bio-ethical model and lead to new ways of thinking about the pathology–personal reasons duality on which it is based. The question is whether this model can evolve into a more complex, less ideological view of infertility. This will be an important issue for French society in the coming years, and the issue involves much more than just access to technology that encourages this evolution.

***Keywords**: Assisted reproduction, age-related infertility, gender of infertility, oocyte vitrification*

Introduction

La croissance d'une infertilité liée à l'âge est générale dans les pays industriels avancés. Parce qu'elle se situe à la jonction entre évolution des normes socioculturelles régissant le calendrier biographique (recul de l'âge à la formation du couple et à la première maternité) et effets sur l'organisme de conditions environnementales (pollution) et de pratiques sociales (tabagisme, obésité, etc.), elle amène chaque société à s'interroger sur ses normes et ses pratiques. Comment s'adapter aux nouveaux enjeux qui suscitent un accroissement des demandes en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP)? Quelles règles, quelles limites se donner? Comment articuler la prévention et le soin?

En France, cette question est un véritable révélateur de la spécificité du modèle bioéthique qui encadre l'AMP depuis 1994, mais aussi des tensions et contradictions croissantes de ce modèle, en particulier face aux enjeux de genre. Nous savons en effet que la particularité de ce modèle est de se présenter comme strictement « thérapeutique » et de reposer sur la notion d'« infertilité pathologique ». Toute demande externe à ce cadre est considérée comme de « convenance ». Elle sera alors souvent disqualifiée comme incarnant une tendance individualiste au « droit à l'enfant ». Or c'est justement la simplicité apparente de cette distinction entre « pathologie » et « convenance » que met en question l'infertilité liée à l'âge : ouvrant vers une approche plus complexe de l'infertilité comme phénomène liant le somatique et le social, l'individuel et le relationnel, elle amène à interroger les normes familiales et sexuées qui gouvernent implicitement, par-delà les références à la science « pure », le droit français de l'AMP.

À partir d'une enquête auprès de professionnels, nous montrerons d'abord la *prégnance de ce modèle thérapeutique* dans la pratique des professionnels qui font face à l'infertilité en utilisant massivement la référence aux limites d'âge. La perspective du

genre est capitale et révèle que c'est la référence à la physiologie des *femmes* qui assoit la « naturalité » du modèle. Les femmes seraient vouées à un destin procréatif ordonné à une implacable « horloge biologique » sans équivalent chez les hommes. Cette image de l'horloge donne une légitimité particulière à la limite administrative de 43 ans maximum imposée aux femmes par la Sécurité sociale (alors que l'âge moyen à la ménopause est de 51 ans). La référence à cette horloge sert en outre de justificatif à une critique sociale de l'irresponsabilité des couples qui « ont trop attendu ».

Mais notre enquête révèle aussi la *limite de cette image de « l'horloge biologique des femmes »* : alors qu'elle repose sur un imaginaire quantitatif de la coupure avant/après (épuisement du stock des ovocytes), c'est un processus de déclin progressif de leur qualité qui est constaté par les praticiens. De ce fait, un nombre croissant d'indications dites « pathologiques » sont en réalité liées au processus même du vieillissement, qui n'a rien d'une maladie. Par ailleurs, la dimension sociale du problème de l'infertilité n'échappe à personne, comme le montre l'exemple souvent cité des secondes unions. Nous pouvons alors constater que la pratique des centres consiste en partie en une *course contre la montre* qui invalide l'opposition entre demandes liées à une pathologie et demandes de convenance.

Dans le contexte sociodémographique contemporain, la notion même d'infertilité évolue et met en question le modèle bioéthique français. Par-delà le don d'ovocyte, l'apparition de techniques nouvelles, telles que la vitrification des ovocytes, introduit des dilemmes inédits, obligeant à reconnaître progressivement que l'opposition sur laquelle fut construit le modèle ne fournit plus la référence solide et simple que le débat politique continue d'invoquer. Pouvons-nous imaginer qu'il évolue vers une vision plus complexe, et en définitive moins idéologique de l'infertilité? La réponse à cette question est un enjeu majeur pour le futur des femmes françaises.

1. Le modèle bioéthique français : un modèle « thérapeutique »

Les premières lois de bioéthique en France, définissant notamment « pour qui et comment la médecine procréative peut être pratiquée », datent de 1994. Elles ont été élaborées après « neuf années, six rapports officiels, sept rencontres parlementaires houleuses s'étirant sur plusieurs jours, deux majorités politiques différentes » (Mehl, 2011 : 171-172). Durant cette période, l'action gouvernementale en matière de bioéthique a d'abord été marquée par l'« attentisme » (Mehl, 2001 : 53). Après la création du Comité consultatif national d'éthique en 1983 et le colloque *Génétique, procréation et droit* en 1985, aucune proposition de loi n'a été élaborée. Mais peu à peu, le débat public français s'est déplacé du constat des bienfaits et méfaits des techniques d'AMP vers une méfiance obsédante : un discours d'experts marqué par la thématique des « dérives » a légitimé l'élaboration de réglementations contraignantes. Finalement, c'est sous la forme de deux lois édictées simultanément en 1994 que se dessine un modèle bioéthique français. La première, intégrée au Code civil, est relative au respect du corps humain. Elle définit de grands principes tels que « la dignité de la personne humaine, l'inviolabilité du corps humain et son intégrité », elle légalise le principe de la gratuité et l'anonymat des dons, interdit la maternité pour autrui et l'établissement de liens entre donneurs et enfants issus du don (Mehl, 2001 : 57). La seconde loi est intégrée au Code de la santé publique. Elle fixe les conditions d'accès à l'AMP, interdit la recherche et l'expérimentation sur l'embryon et limite le recours au diagnostic préimplantatoire. Au final, les textes de loi de 1994 qui précisent jusqu'à la définition de la stabilité des couples candidats consacrent « le triomphe d'une conception qui institue un véritable édifice, principiel et pratique, intangible et garanti par la puissance publique en un domaine pourtant marqué par l'évolution et le changement,

les innovations médicales et la transformation des valeurs familiales » (Mehl, 2011 : 181).

Il a été prévu au moment de la promulgation de ces lois qu'elles seraient révisées tous les cinq ans. Ainsi, c'est à deux reprises que la société française a rediscuté le cadre de l'AMP et que le législateur s'est plongé dans le chantier que constitue la reformulation des lois de bioéthique. C'est en 2004, puis en 2011 que ces lois ont finalement à nouveau été promulguées, après plusieurs années de vifs débats chaque fois, pour au final rester quasiment en l'état.

1.1 Les conditions d'accès à l'AMP en France : être hétérosexuel, en couple, vivant, en âge de procréer et avoir une infertilité pathologique

En France, depuis la loi du 7 juillet 2011, l'article L2141-2 du Code de la santé publique précise quelles sont les conditions d'accès en AMP de la façon suivante :

> L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué.
>
> L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. […]

Cet extrait permet de présenter la particularité du modèle français. Si ce texte ne comporte plus la condition antérieure de prouver la stabilité du couple dont les membres devaient être « mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans », il n'en demeure pas moins fortement restrictif quant aux conditions d'accès à l'AMP. Les notions de « caractère pathologique de l'infertilité » et « médicalement diagnostiqué » rendent compte du modèle idéologique de légitimité d'accès à l'AMP français basé sur une opposition entre normal et pathologique. Dans ce modèle, qualifié de « thérapeutique » (Théry, 2011), la médecine intervient uniquement pour répondre à une infertilité d'ordre pathologique, elle met en place une thérapie face à une pathologie. Par ailleurs, les lois et règlements qui encadrent l'accès à l'AMP en France sont fondés sur une vision qui « reproduit aussi étroitement que possible les "conceptions naturelles" » (Löwy, 2009 : 109). Les couples admissibles sont définis « par leur capacité théorique en même temps que leur incapacité pratique à procréer » (Fassin, 2002 : 89). Cela explique notamment pourquoi seuls les couples hétérosexuels, « vivants » et « en âge de procréer » ont la possibilité d'avoir recours à l'AMP.

Ainsi en France, la prise en charge en AMP doit faire l'objet d'une indication médicale dans un cadre de « capacité théorique » à procréer. Ces indications médicales renvoient à des pathologies comme les troubles de l'ovulation, les anomalies de trompes, l'endométriose, etc. concernant les femmes; ou telles que les atteintes des paramètres spermatiques (baisse de la qualité ou de la quantité des spermatozoïdes) concernant les hommes. Il existe également des cas d'infertilité médicalement inexpliqués, c'est-à-dire qu'aucun diagnostic précis n'est établi par les médecins. Mais ils ne considèrent pas moins ces cas comme médicaux si le couple est hétérosexuel, « vivant » et « en âge de procréer ». Dans ces cas, l'infertilité est jugée anormale, simplement, la pathologie reste inconnue. Quant aux indications ne relevant pas d'une pathologie médicale, elles sont dites « de convenance », elles renvoient à un fonctionnement corporel qualifié de normal, et donc à une infertilité qualifiée de sociale. La prise en charge en AMP est alors refusée.

Cette référence à la pathologie dans un cadre théorique « naturel » de procréation pour justifier la prise en charge rend la réglementation française particulièrement rigide et restrictive par rapport à la plupart des pays occidentaux (hormis l'Allemagne et l'Italie). Les non-bénéficiaires de l'AMP en France tels que les homosexuels, les femmes seules, âgées, etc. s'adressent alors à d'autres pays (comme la Belgique, l'Espagne, la Grande-Bretagne, la Grèce, les États-Unis, le Canada) où l'encadrement de l'AMP est plus souple. C'est principalement aux États-Unis que cette pratique est la plus libéralisée, bien qu'avec des variances importantes entre États. Le développement de l'AMP aux États-Unis est lié au fait que « le traitement de la stérilité est devenu une industrie lucrative et hautement compétitive », stimulant ainsi les innovations dans ce domaine (Löwy, 2006 : 43). La « bioéthique à la française », « qui s'appuie sur des grands principes et fixe dans le détail les modalités de leur mise en œuvre » (Mehl, 2011 : 205), redoutant quant à elle le libéralisme en matière d'accès à l'AMP, se trouve fortement interpellée par les législations voisines et la détermination des couples dépassant les frontières à la recherche d'une plus grande liberté en matière de procréation.

Les professionnels français, ne répondant pas aux lois du marché privé de l'offre et de la demande comme aux États-Unis, ne peuvent agir que dans le strict cadre bioéthique qui normalise leurs pratiques. Nous avons vu que ce cadre reproduit la nature autant que possible, et même lorsque cela n'a pourtant rien d'évident. L'extrait du Code de la santé publique précise que l'AMP « a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ». Or l'AMP ne guérit pas. Pour exemples, elle répond à un problème d'infertilité masculine en agissant sur le corps de la femme; ou encore en cas de don l'AMP efface le tiers donneur et maquille sa contribution en une « pseudo procréation charnelle » du couple infertile, puisque les deux parents passent pour les deux géniteurs, cependant que le donneur est légalement « escamoté » (Théry, 2011). Dans ce dernier cas, il s'agit en quelque sorte d'une « forme de traitement d'une stérilité pathologique grâce à une thérapeutique particulière : la substitution de gamètes fonctionnels aux gamètes dysfonctionnels ou inexistants de l'un des membres du couple » (*Ibid.*, 2011 : 16). Ce modèle d'AMP « thérapeutique » (calqué sur le modèle des dons de sang) illustre particulièrement la façon dont le modèle bioéthique français fait en sorte de reproduire au mieux la nature, même lorsque plus de deux personnes sont à l'origine de la conception d'un enfant.

L'AMP repose entièrement sur le fait de contourner ou outrepasser les diktats de la nature lorsque celle-ci ne permet pas la procréation et l'engendrement sans aide. Elle détourne les problèmes plus qu'elle ne les résout, il ne s'agit pas d'une thérapie dans le sens où elle ne guérit pas; en réalité, l'acte médical pallie une infertilité en s'inscrivant au-delà d'une stricte visée curative (Bateman, 2001). Pour autant, la construction du modèle bioéthique français écarte cette réalité, notamment en n'autorisant que les demandes qui relèveraient d'une « infertilité pathologique » et en rejetant les demandes qui relèveraient d'une « infertilité sociale ». Mais nous allons voir que cette distinction, ambiguë, se trouve de plus en plus mise en question, tant par les patients, que les professionnels de l'AMP.

1.2 L'infertilité féminine liée à l'âge comme illustration de la prégnance de la « naturalité » dans le modèle bioéthique français

Il est un autre cas illustrant les spécificités et particularités du modèle bioéthique français, que nous allons plus particulièrement développer au sein de cet article : il

s'agit des limites d'âge dans l'accès à l'AMP. À partir d'une enquête[1] auprès de professionnels, nous allons voir la prégnance de ce modèle thérapeutique dans leur pratique, notamment dans la façon dont ils font face à l'infertilité en utilisant massivement la référence aux limites d'âge.

L'extrait du Code de la santé publique cité précédemment spécifie que le couple doit être « en âge de procréer ». La loi ne précise pas quel est cet « âge » et laisse aux professionnels la responsabilité de définir des cadres d'action plus précis. Ces derniers mobilisent des référents multiples afin de fixer ces cadres : au-dessous d'un seuil d'âge (que nous allons préciser ci-après), ils considèrent toute infertilité comme pathologique et vont de ce fait accepter toutes les demandes – dans la limite qu'elles proviennent de couples hétérosexuels –, qu'un diagnostic médical ait été posé ou qu'il s'agisse d'infertilités inexpliquées. Au-delà de ce seuil, ils prennent en charge certains couples, à la seule condition que la femme soit encore en capacité de procréer, l'infertilité sera donc soit non expliquée, soit masculine. Si l'infertilité est féminine, elle sera attribuée à l'âge de la femme et considérée comme non pathologique, la demande de prise en charge sera alors rejetée. Nous allons voir comment les professionnels se trouvent ainsi mis en tension entre la prise en charge des couples dans les limites théoriques de la conception naturelle et le poids croissant de la dimension sociale de l'infertilité, qui amène à plus de demandes au-delà du seuil d'âge.

L'assurance maladie prenant en charge les parcours d'AMP des couples jusqu'au 43e anniversaire des femmes[2], c'est à cette limite que se réfèrent généralement les professionnels.

> Par contre, la sécurité sociale va rembourser les tentatives de PMA jusqu'au 43e anniversaire de Madame, donc du coup, on se fie à ça : c'est-à-dire qu'on va prendre en charge des couples, hors exceptions particulières, jusqu'au 43e anniversaire de Madame. (Entretien no 14, Biologiste)

---

[1] Cette enquête collective, à laquelle nous avons participé, portait sur les asymétries masculin/féminin. Elle a été organisée par une équipe de chercheurs et réalisée par les étudiants de master de l'EHESS Marseille dans le cadre de leur apprentissage à l'enquête de terrain, le tout sous la direction d'Irène Théry. Elle a eu lieu en 2010 et 2011, au sein de deux centres d'AMP. Au final, 70 entretiens ont été effectués auprès de professionnels de l'AMP (gynécologues, biologistes, secrétaires, sages-femmes, techniciens et techniciennes de laboratoire et psychologues). Après avoir constaté la richesse des données recueillies et l'ampleur de ce qui était non exploité (les étudiants n'ont retranscrit et analysé qu'une partie des entretiens), avec une autre doctorante, Anne-Sophie Giraud, nous avons alors constitué une petite équipe sous la direction d'Irène Théry afin de transcrire intégralement les 70 entretiens réalisés. Ce travail a permis de disposer d'une base de près de 1 600 pages. J'ai assuré personnellement la construction d'un guide d'exploitation secondaire de ces données sur la thématique des spécificités de l'approche professionnelle de l'infertilité féminine.

[2] « Le texte de loi encadrant le remboursement par les Caisses d'assurance maladie, publié dans le *Journal officiel* du 30 mars 2005, indique que nous pouvons prendre en charge les femmes jusqu'à 43 ans, et que 4 tentatives sont remboursées (décision du 11 mars 2005 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie) » (Brami, 2005). Les textes de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) parus dans le *Journal officiel* du 30 mars 2005 concernant la cotation des actes médicaux en termes de FIV disposent en effet que l'AMP ne peut être prise en charge au-delà de quatre tentatives de FIV avec ou sans micromanipulation, et interdisent ces techniques aux femmes âgées de plus de 43 ans. Cette mesure constitue une limite de fait et est établie sur la base du ratio chance de réussite/risque. C'est-à-dire qu'elle est établie sur la base des chances diminuées d'obtenir une grossesse par l'AMP pour les femmes autour de 40 ans, du fait du vieillissement ovarien et des risques de complications médicales pour la mère et l'enfant plus fréquents en raison de l'âge.

Toutefois, cette limite n'interdit pas d'aller au-delà, sans remboursement. Nulle part n'est indiqué un couperet absolu pour les femmes. Autour de cette référence repère de 43 ans, il existe donc de nombreuses situations : des refus avant 43 ans et des acceptations jusqu'à environ 45 ans. Cependant, ces diverses situations renvoient toutes à un même critère : la réserve ovarienne. C'est cette réserve, soit la limite de la fertilité naturelle féminine, plus que la date de naissance qui semble constituer aux yeux des professionnels la limite de la prise en charge des femmes.

> Donc, la limite de 43 ans fixée par la loi, je pense qu'il ne faut pas revenir dessus. Sauf ponctuellement si on voit qu'une patiente a une très bonne réserve ovarienne, après 43 ans on peut tout à fait lui proposer une fécondation in vitro, ce sera à sa charge, mais on peut tout à fait lui proposer. (Entretien nº 7, Gynécologue)

> C'est plutôt une injustice on va dire naturelle et qu'il faut faire avec. Peut-être qu'il y a des femmes pour qui ce sera à 31 ans que leur réserve ovarienne va s'altérer et d'autres pour qui ce sera peut-être 39 ans. (Entretien nº 1, Gynécologue-obstétricienne)

> On lui a dit : « Non, on ne peut plus vous prendre en charge » parce qu'elle était limite d'âge justement, il y avait ça aussi, la perspective que l'échéance était proche, que l'horloge biologique avait tourné, et malheureusement on allait devoir arrêter la prise en charge. (Entretien nº 28, Sage-femme)

À travers ces quelques extraits, nous voyons que les professionnels qui connaissent la limitation à 43 ans fixée par la sécurité sociale de façon administrative la retraduisent en autre chose : un ensemble de savoirs spécialisés de biologistes et de médecins. Ces savoirs se réfèrent prioritairement à la physiologie, c'est-à-dire au fait que naturellement la fertilité des femmes décroît avec l'âge en raison de l'altération de la qualité et du nombre d'ovocytes qui diminue jusqu'à la ménopause[3]. Mais ils se réfèrent aussi aux possibilités techniques d'obtenir une grossesse par stimulation en fonction de l'âge : « La fécondabilité, soit la probabilité de concevoir par cycle, baisse avec l'âge : de 25 % par cycle si la femme a 25 ans, on passe à 12 % si elle a 35 ans et seulement 6 % à 42 ans[4]. » Ces données témoignent du fait que la baisse de la réserve ovarienne entraîne une moins bonne réponse à la stimulation ovarienne, qui ne pourra permettre une augmentation ni de la quantité ni de la qualité des ovocytes. C'est principalement à ces taux de grossesse que se réfèrent les professionnels pour prendre en charge ou non des femmes en situation d'infertilité liée à l'âge. La référence au critère de l'âge repose donc en réalité sur les taux de succès de grossesse (Belaish-Allart, 2005). Autrement dit, la vraie limite est celle des chances de réussite et du rapport bénéfice/risque. Ce rapport dépend des chances de succès de la prise en charge de la patiente (taux de grossesse) et des risques encourus par la femme (hyperstimulation grave, poussée d'endométriose, etc.) ou l'enfant à venir (anomalies génétiques et autres). Mais ces cas étant extrêmement rares, lorsque le rapport

---

[3] « L'âge moyen de la ménopause en France est actuellement entre 51 et 52 ans, mais 10 % des femmes seront ménopausées avant 45 ans, 1 % avant 40 ans et 0,1 % avant 30 ans. […] Les femmes confondent avoir leurs règles et être fertiles, alors que la fertilité chute environ 10 ans avant la ménopause. La méconnaissance de cette réalité aiguise le sentiment d'injustice devant une infécondité toujours vécue comme trop précoce. » (Source : Site internet de l'Agence de la Biomédecine. Mis en ligne en 2009, dernière consultation le 10/10/2013. URL : www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche4-amp.pdf

[4] *Ibid.*

bénéfice/risque est défavorable, c'est le plus souvent en raison de chances de succès insuffisantes (Antoine, 2005).

Au-delà de ces références, nous remarquons qu'au travers de termes fréquemment employés tels que « réserve ovarienne », mais surtout « horloge biologique », le discours des professionnels présente l'espérance procréative féminine d'une manière qui mérite que nous nous y arrêtions. La fertilité des femmes apparait comme un compte à rebours, comme une réserve d'eau qui se vide, ou une horloge qui à un moment marquera minuit. Cette référence à l'« horloge biologique » est plus littéraire que scientifique. En l'utilisant, les professionnels renvoient ainsi à l'aspect tragique connoté par cette notion, tel qu'il est évoqué dans le conte de Charles Perrault par les douze coups de minuit auxquels doit se soumettre Cendrillon. Tel un glas, l'horloge sonne immanquablement et marque, toujours trop tôt, une fin, un renoncement de ce qui a été tenu pour acquis durant une période, mais ne l'est plus. Ce glas sépare la vie des femmes en deux et s'accompagne d'un deuil à réaliser, en l'occurrence un deuil de la fertilité. Ilana Löwy fait référence à ce propos**,** à la « tyrannie » de l'« horloge biologique » des femmes (2009).

Mais d'autres explications peuvent être avancées pour comprendre pourquoi l'on pose ces limites d'âge aux femmes, au-delà de la stricte référence à la physiologie. Des études anthropologiques ont montré le lien entre fécondité et « niveau générationnel » (Fine *et al.*, 2009). Ces études présentent le fait qu'au-delà de la limite physiologique à procréer due à la ménopause, il existe une limite due au passage d'un « niveau générationnel » à un autre. La norme implicite que ces travaux mettent en exergue est qu'il existe dans de très nombreuses sociétés un interdit, lui-même implicite, à ce qu'une femme ait des enfants si l'un de ses enfants est lui-même en âge d'en avoir (*Ibid.*, 2009). Les niveaux générationnels représentés par les figures de la jeune fille, la mère et la grand-mère illustrent les trois temps du destin féminin que sont la puberté, la maternité et la ménopause. Lorsque la jeune fille devient mère, elle renvoie ainsi sa propre mère au statut de grand-mère et, ménopausée ou non, cette dernière renonce à sa capacité fécondatrice inhérente à sa vie féminine antérieure. C'est ce qu'ont montré de nombreuses études anthropologiques telles que l'analyse du conte *Le Petit Chaperon Rouge* par Yvonne Verdier et de nombreuses études en Afrique et en Europe qu'Agnès Fine, Véronique Moulinié et Jean-Claude Sangoï analysent conjointement, rendant ainsi compte de ce qu'ils nomment « la transmission de la fécondité » (Verdier, 1980; Fine *et al.*, 2009). Ils estiment que « sans doute la mauvaise réputation persistante des maternités tardives, en particulier celle des maternités liées aux procréations médicalement assistées entraînant des décalages générationnels extraordinaires, est-elle un avatar de cette règle. Aujourd'hui les femmes enceintes à quarante ans sont de plus en plus nombreuses, et de plus en plus visibles, mais cela ne signifie pas forcément que l'interdit ait volé en éclats » (*Ibid*., 2009 : 67). Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que les réticences existant face aux maternités dites « tardives » sont également issues du découpage générationnel des sociétés et des coutumes marquant l'entrée ou la sortie de ces différentes périodes de vie, telles que l'entrée dans la vie féconde des enfants, annonçant implicitement la sortie de cette période de vie des parents et de l'ensemble des personnes de l'âge de cette génération. De cette façon, même sans enfant, une femme théoriquement en âge d'être grand-mère subira le poids de cette norme implicite.

Ces études anthropologiques ouvrent la réflexion sur cette limite de l'« horloge biologique » : au-delà de la physiologie, l'horloge biologique est également marquée par le temps générationnel, c'est-à-dire le « temps adéquat pour mettre des enfants au monde » en fonction de la génération à laquelle notre âge nous renvoie (*Ibid*., 2009 : 37).

Mais si cette dimension sociale de l'infertilité générationnelle permet en partie d'expliquer les limites d'âge que l'on pose aux femmes dans l'accès à l'AMP, les professionnels, en référence au modèle bioéthique qui cadre leurs pratiques, se cantonnent à la seule justification de ces limites par ce qu'ils qualifient d'« injustice naturelle ». Cette dimension tyrannique, tragique de l'infertilité physiologique féminine n'a aucun équivalent dans leurs discours sur la justification de la limite d'âge masculine, pour laquelle ils ne mobilisent pas de référents biologiques et médicaux.

L'accès des hommes à l'AMP n'est pas marqué par une limitation de prise en charge par l'assurance maladie. Cela est notamment dû au fait que c'est sur le corps des femmes que la médecine intervient, et que le rapport bénéfice/risque concerne essentiellement ces dernières. La sécurité sociale n'ayant posé aucune limite d'âge masculine, ce sont les professionnels eux-mêmes qui en fixent une par consensus, l'âge limite pouvant varier d'un centre à un autre. Les professionnels interrogés expliquent qu'ils se sont fixé un cadre de prise en charge pour les hommes, dont la limite se situe autour de 58 ans. Cette limite ne renvoie pas à une infertilité naturelle, liée à la physiologie, et aux taux de grossesse comme pour les femmes. Les hommes n'étant pas soumis aux mêmes rythmes de la fertilité et de l'infertilité féminine, ils peuvent concevoir jusqu'à un âge très avancé. Aussi, la limite fixée aux hommes apparaît dans le discours des professionnels comme étant liée à la capacité éducative : elle renvoie à l'espérance de vie et à l'intérêt de l'enfant à naître, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant.

> On peut très bien avoir un homme de 55 ans avec un sperme qui n'est pas altéré, alors là, c'est une décision qui est plus sociale. Est-ce qu'on prend un homme à 50, est-ce qu'on va le prendre s'il a 55 ans, 60 ans? Qu'est-ce qu'on fait? C'est embêtant comme décision, il n'y a jamais de décision parfaite. Pour vous dire ce qu'on fait, nous, c'est qu'on s'est posé une limite d'âge qui est de 50, je ne me rappelle plus, 56, enfin bon, l'idée c'était qu'en pensant à l'enfant à naitre, le gamin il n'ait pas 18 ans quand le gars en a 90, vous voyez? D'arriver encore en fonction de l'espérance de vie, voilà donc, je ne me rappelle plus, on avait dit un truc comme 57 ans plus 18, ça fait quoi, ça? Soixante-dix, un truc comme ça. (Entretien nº 8, Biologiste)

Nous voyons donc que lorsqu'il s'agit des hommes, les considérations des professionnels sont très différentes. Il n'est plus question de supputer des chances de succès. Il ne s'agit pas de faire référence à une andropause (altération de la capacité procréative masculine due à une diminution du taux d'hormones apparaissant entre 50 et 70 ans) au sens où il était fait référence à la ménopause. La limitation posée aux hommes ne renvoie pas à une limite physiologique comme pour les femmes. De plus, nous savons qu'avec des techniques telles que l'ICSI[5], de très nombreux hommes « infertiles » peuvent envisager de procréer à la condition que leur compagne ait des ovocytes de bonne qualité. À l'inverse, si la cause de l'infertilité est attribuée à la mauvaise qualité ovocytaire, cela signifie souvent que la femme doit définitivement renoncer à sa grossesse (si elle se conforme aux règles françaises) (Löwy, 2009). La limitation masculine est fixée en référence à l'intérêt de l'enfant à naitre. Les professionnels interrogés se sont basés sur ce qui leur apparaît comme étant l'âge maximal raisonnable jusqu'auquel on peut élever un enfant. Toutefois, quelques

[5] *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* : il s'agit d'une technique permettant d'injecter directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. Grâce à cette technique, il suffit de ne trouver qu'un seul spermatozoïde lors d'une ponction testiculaire pour pouvoir envisager la fécondation *in vitro*. Cette technique apporte une solution à de très nombreux hommes infertiles.

discours commencent à émerger sur la diminution progressive de la fertilité masculine et sur le fait que, comme pour les femmes, le taux d'anomalies chromosomiques chez le fœtus augmente avec l'âge de l'homme[6]. Néanmoins, la différence des 15 années dans la limite qui est posée aux hommes et aux femmes dans l'accès à l'AMP maintient les hommes à l'écart d'une éventuelle pression de (ce que personne n'appelle) leur « horloge biologique ».

Dans cette différence de conditions d'accès à l'AMP posées aux hommes et aux femmes, les femmes sont placées du côté de la « nature » et les hommes du côté de la « culture ». Ces associations ne sont pas nouvelles. Sherry Ortner, en voulant comprendre l'universalité de la subordination des femmes, explique en quoi les femmes sont vues comme étant plus proches de la nature (physiologiquement, socialement et psychologiquement) que les hommes, ces derniers étant davantage rattachés à la culture. L'auteure explique cette distinction entre nature et culture pour rendre compte de la distinction entre femmes et hommes que l'on retrouve dans « chaque culture, à un certain niveau de conscience », tout en précisant que cette distinction est un produit de la culture (Ortner, 1974 : 73).

En étudiant la façon dont les professionnels présentent les limites d'âge masculine et féminine, nous découvrons que si dans notre société on fixe une limite aux femmes en raison de leur âge et qu'on la justifie par la nature, c'est parce qu'au-delà, on considère qu'une infertilité n'est plus pathologique, mais liée simplement au vieillissement normal. Dans le contexte français du modèle d'AMP « thérapeutique », cette barrière acquiert une importance qu'elle n'aurait pas dans d'autres systèmes qui, à la différence du nôtre, n'opposent pas normal et pathologique pour penser le sens de l'intervention des médecins et distinguer le permis et l'interdit. Ce cadre normatif explique en partie les réticences d'un recours aux techniques d'AMP par des femmes d'âge « avancé » alors que pour les hommes il n'existe pas de réticences similaires. De plus, la prise en charge par la Sécurité sociale, une particularité de notre modèle par rapport à d'autres (États-Unis), accentue ce phénomène. Cette prise en charge renforce la référence thérapeutique, puisque la Sécurité sociale rembourse les soins médicaux délivrés précisément dans un cadre thérapeutique et exclut du remboursement les soins qui seraient délivrés pour « convenance personnelle ».

La référence au genre dans le traitement de l'infertilité et de la prise en charge en AMP n'a rien de surprenant dans le contexte français. Les professionnels, en se conformant au modèle bioéthique, se conforment « au système actuel de genre. Le montage professionnel tend ainsi à effacer l'artifice au profit d'un modèle apparemment "naturel" de procréation » (Tain, 2004 : 235). Les limites d'âge fixées aux hommes et aux femmes reconstruisent ainsi « un calendrier reproductif dérivé de l'expérience sociale de la fécondité qui rigidifie les pratiques et renforce les écarts observés entre hommes et femmes » (*Ibid.* : 238). Les professionnels, en agissant en référence à ce modèle, mobilisent à leur tour des référents biologiques. Et c'est notamment au travers de la référence à la physiologie des femmes qu'ils se réfèrent aux aspects « naturels » de la procréation pour légitimer les prises en charge en AMP. Toute la difficulté est pour eux de composer entre la prise en compte de ces référents et la prise en compte des évolutions sociales. Nous allons voir qu'ils mènent alors une *course contre la*

[6] « En AMP, on note après 40 ans une diminution des chances de grossesses après insémination intra-utérine et FIV et une augmentation des fausses-couches liées à l'âge masculin. » (Source : Site internet de l'Agence de la Biomédecine. Mis en ligne en 2009, dernière consultation le 10/10/2013. URL : www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche4-amp.pdf

montre pour lutter contre le compte à rebours inéluctable de l'*horloge biologique* des femmes.

2. La course contre la montre des professionnels face au compte à rebours de l'horloge biologique féminine

Par la façon dont les professionnels traitent l'infertilité féminine liée à l'âge, notre enquête nous a révélé qu'au-delà d'une coupure nette entre fertilité et infertilité, ce qui est nommé « l'horloge biologique » est en fait un processus qui amène à une perte progressive de la fertilité. C'est dans cette période de déclin progressif que les professionnels, soumis à la pression du temps, vont tout mettre en œuvre pour répondre aux attentes des patientes. Nous allons voir en effet qu'ils essaient de les prendre en charge tant qu'il est encore temps, c'est-à-dire lorsqu'ils les estiment encore à la limite du cadre théorique de conception naturelle, et donc avant que l'infertilité féminine liée à l'âge soit trop importante. Dans ces situations, si nous excluons les cas d'infertilité strictement masculine, les femmes du fait de leur âge ont des difficultés à procréer, mais sont encore suffisamment fertiles pour être prises en charge. Toutefois, la diminution de leur fertilité n'est pas pathologique, puisque liée à l'âge. Ainsi, en les prenant en charge les professionnels vont au-delà d'un strict cadre thérapeutique, ils invalident alors l'opposition entre demandes liées à une pathologie et demandes de convenance. La façon dont les professionnels présentent les couples concernés par cette situation permet de comprendre, au-delà du seul vieillissement ovocytaire physiologique, la prégnance de la dimension sociale pour expliquer l'infertilité féminine.

D'une manière générale, les couples souhaitant recourir à une AMP pour infertilité liée à l'âge correspondent à deux modèles types. Le premier, ce sont des couples formés de longue date, mais qui auraient trop attendu avant de vouloir faire un enfant :

> Il y a des jeunes couples qui arrivent, qui attendent d'avoir une stabilité professionnelle, sans aucun problème de vie commune, qui ont vraiment un désir fort, et qui vont attendre d'avoir ce confort, enfin, d'avoir une situation professionnelle stable, qui mesurent l'importance de l'éducation, d'élever et d'éduquer un enfant, et les frais que ça occasionne, et bon, qui veulent lui donner le max, même le minimum, mais voilà, qui attendent et qui attendent, et qui se posent beaucoup de questions et qui, finalement, peut-être attendent beaucoup et Madame, après, elle prend de l'âge, et après arrive en fin de... (Entretien n° 11, Technicienne de laboratoire)

La description de ces couples met en question une certaine forme d'insouciance ou d'inconscience. Ils seraient trop insouciants par rapport à leur fertilité biologique ou trop préoccupés par le cadre social et familial dans lequel un enfant doit être élevé. Nous ne retrouvons pas ces caractéristiques pour le deuxième modèle de couple présenté par les professionnels : les couples de seconde union. Ceux-ci sont davantage vus comme subissant les conséquences d'une rencontre trop tardive.

> […] et puis après, il y a ceux qu'on appelle les remariages. C'est-à-dire, ce sont des gens qui sont divorcés chacun de leur côté, qui viennent, et qui ont un désir de grossesse ensemble. Donc souvent, ce sont des gens qui ont dépassé pour la femme, qui arrivent à la quarantaine et qui ont dépassé. (Entretien n° 19, Biologiste)

Le jugement parfois très explicite des professionnels se réfère à la façon dont les individus ont mobilisé ou pas leur pouvoir d'agir; ils semblent dire que les premiers

couples pouvaient agir, mais pas les seconds. Nous pouvons pourtant nous interroger sur la possibilité réelle des couples formés de longue date d'envisager un enfant plus tôt. Les professionnels, très critiques à l'égard de ces derniers, ne mentionnent à aucun moment les difficultés potentielles qu'auraient pu rencontrer ces couples. La situation professionnelle des deux membres du couple peut être une nécessité économique, la maternité dans le monde professionnel peut parfois apparaître comme un frein à l'évolution ou au maintien d'un poste, et ce risque peut être perçu d'autant plus fortement que nous sommes dans une période de crise et de chômage élevé. Il existe des contraintes concrètes qui peuvent amener à n'envisager la conception d'un enfant que tardivement (Toulemon et Testa, 2005; Régnier-Loilier et Solaz, 2010; Mazuy, 2009).

Les descriptions que font les professionnels de ces patients rendent compte de trajectoires biographiques types des couples soumis à un problème d'infertilité liée à l'âge. Ces trajectoires s'inscrivent dans un contexte sociohistorique qui permet de comprendre certains dilemmes de l'AMP du XXIe siècle, notamment les demandes croissantes d'accès à l'AMP pour infertilité d'âge.

Rappelons brièvement ce contexte. Au cours de la seconde moitié du XXe siècle en France, la dissociation de la sexualité et de la procréation grâce aux lois Neuwirth (contraception) et Veil (avortement) a permis aux femmes d'avoir à la fois un contrôle sur le nombre d'enfants souhaités ainsi que le moment de les avoir. Cette même période est marquée par une augmentation du nombre de femmes inscrites dans des études supérieures et leur entrée plus tardive dans le monde professionnel. Une des conséquences est le recul progressif et constant de l'âge moyen à la maternité, allant de pair avec une diminution du nombre d'enfants par femme. En quelques chiffres, l'âge moyen à la maternité, qui était de 26,5 ans en 1977, a progressé par la suite jusqu'à une moyenne de 30 ans en 2009 (Pison, 2010). Un autre phénomène majeur marque la fin du XXe siècle : l'apparition et l'augmentation de formes familiales plurielles incarnées notamment par des familles monoparentales, divorcées, recomposées. Ces bouleversements sont inscrits dans un processus de transformation beaucoup plus large lié à l'augmentation de l'espérance de vie, notamment des pays développés, résultant de la conjonction d'immenses progrès réalisés dans les domaines économique, médical, culturel et social. Cela a conduit au cours du temps à un « vieillissement » de la population. Rappelons qu'en France au milieu du XVIIIe siècle, l'espérance de vie était environ « de 27 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes, elle atteint aujourd'hui près de 78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes » (Vallin et Meslé, 2010 : 1).

Ce vieillissement des âges sociaux amène à une recomposition des classes d'âges. Chaque classe est définie relativement aux autres à travers les droits, devoirs, obligations, mœurs, usages, coutumes, caractéristiques de chaque classe d'âge et de leurs relations mutuelles. L'individu ne se contente pas de grandir ou vieillir, il passe d'une classe d'âge à l'autre, au travers des seuils plus ou moins ritualisés. Même si dans nos sociétés, l'attachement aux rites instituant des classes d'âge tend à diminuer, ces rites sont loin d'avoir disparu et les sociologues et anthropologues ont montré que nous ne cessons de définir et d'instituer de nouvelles classes d'âges. (Halbwachs, 1938; Rémond et Percheron, 1991; Cavalli et Galland, 1993; Galland, 2010; Peatrik, 2003, Bessin, 2009). Ils ont aussi étudié les relations entre classes d'âges et générations. Ces classes d'âges permettent de comprendre pourquoi nous pouvons considérer que nous sommes aujourd'hui « plus jeunes » à tous les âges que ce que nous ne l'étions auparavant. Pour prendre quelques exemples, les personnes de 60 ans aujourd'hui se sentent beaucoup plus jeunes que les personnes de 60 ans il y a quelques décennies, nous nous sentons moins prêts aujourd'hui à être parent à 20 ans qu'auparavant, ou

encore nous considérons aujourd'hui une femme de 40 ans comme une femme jeune, puisque l'espérance de vie féminine est de plus de 83 ans, alors qu'en 1950 celle de sa mère était de 69 ans (Olivennes, 2008). L'évolution structurelle du calendrier des classes d'âges explique à son tour le redéploiement du calendrier biographique des individus : plus jeunes à tous les âges, ils se marient et font des enfants plus tardivement, constituent ou reconstituent en plus grand nombre de nouveaux couples à un âge qui autrefois aurait paru « avancé », tout en se sentant toujours assez jeunes pour faire des enfants.

Dans ce contexte, nous devons souligner le paradoxe bien connu du calendrier biographique de la vie des femmes, prises entre l'allongement de leur espérance de vie et la fixité de leur espérance procréative. Une femme qui naît aujourd'hui avec 85 ans d'espérance de vie n'a pas plus d'espérance procréative qu'elle n'en avait autrefois et même moins, car la puberté est plus précoce[7]. Ce n'est donc pas parce qu'une femme de 43 ans se sentira plus jeune qu'une autre du même âge quelques décennies plus tôt qu'elle sera plus fertile à cet âge-là. Cette tension a fait naître des attentes et une demande nouvelles à l'égard de l'AMP, qui peut apparaître comme une réponse pour ces couples en situation de perdre leur fertilité en vieillissant. Cependant, il existe un paradoxe : alors même que l'âge crée une forme nouvelle d'infertilité et incite donc à avoir recours à l'AMP, l'âge est aussi ce qui empêche légalement d'y accéder, étant données les limites que notre société a fixées en calquant plus ou moins les règles d'accès à l'AMP sur la « nature » et ses temporalités.

> Il y a un temps pour tout et notamment pour les femmes, il y a un temps pour faire des petits, il y a un temps où le corps est prêt pour, et puis il y a un temps où c'est râpé. Donc, si on a fait autre chose de sa vie, eh bien, c'est peut-être très bien ce qu'on a fait de sa vie, mais il faudrait accepter l'idée qu'on n'ait pas d'enfant. Après, peut être aussi qu'on est dans une société qui met trop de choses sur les épaules des femmes, peut-être que les femmes cherchent à réussir sur tous les tableaux, je n'en sais rien, je ne sais pas. Mais en tous cas, il faudrait arrêter de leur faire croire qu'elles peuvent faire tout ce qu'elles veulent et que, pas de problèmes, ça va marcher. (Entretien nº 9, Sage-femme)

Cet extrait illustre particulièrement le décalage auquel sont exposées les femmes entre trajectoire biographique et période procréative. Vouloir faire un enfant autour de 38-40 ans « apparaît souvent comme un choix par défaut » dans un cadre où « l'engagement professionnel, les aléas de la vie amoureuse, l'investissement dans un couple semblent contradictoires avec l'impérieux désir d'avoir un enfant » (Squires *et al.*, 2008 : 141). Les femmes sont prises dans « des injonctions contradictoires de réussite » (Bajos et Ferrand, 2006a : 93); elles doivent « être mère au bon moment, réussir [leur] couple et réussir [leur] vie professionnelle » (Bajos et Ferrand, 2006b : 180). Autrement dit, elles doivent respecter les conditions de la « norme procréative » qui définit dans une société « le bon moment de la maternité » (Bajos et Ferrand, 2006a : 92). Les professionnels considèrent ces femmes comme étant en dehors de cette « norme procréative ». Elles semblent ainsi être les victimes d'un phénomène démographique qui constitue pourtant un progrès social, l'allongement de l'espérance de vie, et en conséquence, le redéploiement des classes d'âges.

---

[7] Les signes pubertaires chez les jeunes filles, tels que l'arrivée des règles, la poussée des seins, apparaissent en moyenne trois ans plus tôt aujourd'hui que dans les années 1960. Les filles sont aujourd'hui réglées autour de onze ans (Birraux, 2012 : 297-298).

Pour faire face à ces demandes, les professionnels vont adapter la temporalité du parcours d'AMP. Précisons que le parcours procréatif en AMP est normalement rythmé d'une façon spécifique : une phase préalable consacrée aux tentatives du couple à concevoir un enfant par lui-même, durant au minimum un an; une phase d'examens et de bilans, suivie le plus fréquemment par des pratiques d'insémination pouvant aller jusqu'à six tentatives; celles-ci sont suivies, en cas d'échecs, de pratiques de fécondation *in vitro* pouvant aller jusqu'au nombre de quatre tentatives, après quoi la sécurité sociale ne prend plus en charge les couples, et en général le parcours d'AMP s'arrête. Mais en certaines situations, le rythme peut être modifié, et le temps consacré aux différentes phases peut être plus ou moins accéléré par les professionnels. C'est notamment le cas pour les couples dont la femme a un âge considéré comme « avancé ».

> On leur pose la question depuis combien de temps ils ont des rapports réguliers non protégés. Et puis, en fonction de cela, on adapte. On va être beaucoup moins stricts si la femme, par exemple, a déjà 40-41 ans. (Entretien nº 14, Biologiste)

> Alors l'âge, en fait, enfin si la femme a 38, 39 ans, on va plutôt s'orienter directement vers une fécondation in vitro même si on pourrait faire des inséminations, mais si l'âge est avancé, soit on fait une ou deux inséminations et pas plus, alors qu'on peut en fait jusqu'à 6, et on passe directement en FIV. Soit on fait d'emblée une FIV du fait de l'âge parce qu'on sait que la FIV, il y a quand même plus de pourcentage de réussite. (Entretien nº 15, Interne en gynécologie)

Les professionnels n'hésitent pas à revoir le rythme qu'ils se donnent généralement dans un parcours d'AMP et à recomposer avec les directives qu'ils s'étaient fixées. Ils n'attendent pas forcément une année de tentatives du couple à concevoir un enfant par eux-mêmes, ou ne tentent pas autant de fois qu'ils le font généralement la procréation par insémination, tout cela afin d'*accélérer* la prise en charge en FIV. Cet empressement, cette accélération du temps normalement consacré aux diverses techniques ne sont pas la préoccupation des seuls professionnels. Les patientes confrontées à ces limites d'âge semblent être, elles aussi, soumises à une pression du temps, et à défaut de pouvoir le ralentir, elles veulent accélérer le parcours d'AMP, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant[8].

> Des fois, elles arrivent entre 30 et 40, ça ne marche pas en insémination, et elles disent « Oui, mais le temps passe, on nous laisse en insémination. Nous, on veut passer en FIV, puisqu'on perd du temps. » Elles voient l'âge arriver, comme c'est 43 ans, là, elles sont pressées d'aller en FIV si les inséminations, ça ne marche pas. Parce que quand on a des couples jeunes et tout, ils se disent « Bon bah! ça va marcher », ils sont moins pressés d'avoir un enfant, oui. Mais ils n'ont pas cette date butoir de 43 ans. (Entretien nº 22, Technicienne de laboratoire)

Professionnels et patientes convergent pour mener autant que possible une course contre la montre ou, plus précisément, contre « l'horloge biologique ». L'idée de la

[8] Rappelons que les résultats de l'enquête que nous présentons dans cet article concernent uniquement l'analyse du corpus d'entretiens réalisés auprès des professionnels de l'AMP. Aussi, les représentations des patientes sur le temps sont lues au travers des propres représentations des professionnels qui ont formulé leurs impressions sur le ressenti des patientes.

pression du temps liée à l'âge est extrêmement présente dans leurs discours. De manière générale, l'expérience du temps est omniprésente dans un parcours d'AMP, mais elle se complique davantage lorsqu'apparaît le problème de l'horloge biologique, et en lien, la diminution des chances de succès (Thompson, 2005). Selon les professionnels, la principale différence entre eux réside dans le fait que les patientes tout en percevant bien l'échéance de la ménopause, n'auraient aucune conscience du déclin progressif de la fertilité qui la précède. Nombre de personnes interrogées ont insisté très fortement sur le fait que la fertilité féminine décroît « dès 25-30 ans ». Il y aurait donc un décalage très problématique entre les perceptions de l'infertilité des professionnels et des patientes. Ces dernières, conscientes d'une fin de leur fertilité plus ou moins proche, sont pressées d'avancer dans leur parcours d'AMP, tandis que pour les professionnels, elles veulent commencer avec finalement déjà trop de retard. Les professionnels vont agir de manière particulière pour s'adapter à ce public de couples d'un certain âge. S'élabore ainsi une temporalité caractéristique de la prise en charge en AMP en fonction de l'âge des femmes.

À l'inverse, l'allongement de l'espérance de vie constitue pour les hommes un allongement de leur espérance procréative dans le cadre de l'AMP :

> Alors pour les hommes, le problème pour les hommes, enfin le problème, la différence, c'est que pour les hommes, il n'y a pas de limites dans la loi. Enfin, pour les femmes, ce n'est pas dans la loi qu'il y a une limite non plus, mais pour les hommes, il n'y a pas de limites dans le remboursement et dans la prise en charge par la sécu. Donc en fait, dans notre centre, on a fixé une limite d'âge dans l'intérêt de l'enfant, en se disant que le but, c'était quand même que l'homme puisse voir grandir son enfant au moins jusqu'à sa majorité, donc la limite elle avait été fixée initialement à 57 ans. Puis après, comme tout le monde vieillit un petit peu dans le service, maintenant elle est à 59. Je ne sais pas jusqu'où elle va aller, mais maintenant la limite, c'est 59 ans. Voilà, donc au-delà de 59 ans, on dit aux gens qu'on ne peut pas les prendre en charge. Enfin, si l'homme a plus de 59 ans, qu'on ne peut pas les prendre en charge pour ces raisons-là. (Entretien n° 18, Biologiste)

L'allongement de l'espérance de vie pour les hommes amène à un recul progressif de la limite que leur fixent les professionnels pour accéder à l'AMP. La question des choix de vie et des priorités de parcours, entre profession et famille, par exemple, ne leur est pas posée. Ce problème du temps qui passe et du temps que chacun prend pour constituer sa vie selon ses choix et priorités personnelles concerne principalement les femmes, en lien avec le déclin de leur fertilité beaucoup plus précoce que celui des hommes. Il apparaît clairement ici que le temps procréatif est très fortement marqué par la dimension du genre. Dans le parcours d'AMP, les femmes et les hommes ne sont pas concernés de la même manière par le temps et ses limites. La question de l'empressement se pose principalement au féminin, le tempo est donné par l'âge de la femme et sa proximité de la quarantaine (Bessin et Levilain, 2012). Sur ce point, Ilana Löwy écrit qu'« on pourrait pourtant imaginer une société dans laquelle la perte plus précoce de la fertilité féminine serait perçue comme un événement sans grande importance, tandis que la plus grande longévité féminine serait mise en avant comme signe évident de la plus grande vitalité et résilience des femmes » (Löwy, 2009 : 112) et ainsi, comme pour les hommes, ce serait la capacité éducative liée à l'âge qui justifierait la limite qu'on leur pose. Mais cela signifierait outrepasser le cadre bioéthique français qui repose sur le modèle de la conception « naturelle » et ne plus faire la distinction entre infertilité pathologique et infertilité sociale.

L'écart de fertilité entre hommes et femmes, ancré dans la biologie de l'espèce humaine, ne suffit pas à rendre compte des limites posées distinctivement aux uns et aux autres. Les oppositions entre pathologique et normal ainsi que celles entre thérapeutique et convenance mobilisées pour justifier la limite féminine n'ont rien de simple ni d'évident. Ces notions ne sont pas figées, et ce qu'elles désignent évolue au cours du temps. La médecine est une science en mouvement dont les pratiques évoluent avec la société dans laquelle elle se trouve. Elle doit composer avec l'évolution des normes et des valeurs collectives, en un mot, des *règles sociales*, tout en se référant à des *régularités,* notamment physiologiques. La difficulté est donc dans l'articulation entre ce que Georges Canguilhem nomme la normativité sociale et la normativité biologique, deux grands types de normativité dont il a montré qu'elles sont dépendantes l'une de l'autre et évoluent conjointement. « S'il existe des normes biologiques, explique l'auteur, c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même » (Canguilhem, 2005 [1943] : 155). C'est ce qu'il nomme la normativité biologique. Pour exemple, un état physiologique ou un état pathologique sera considéré comme tel en fonction d'un milieu culturel donné et en fonction d'une période donnée. Plus précisément, mourir actuellement dans nos sociétés à 50 ans est considéré comme anormal, compte tenu de l'espérance de vie qui est autour de 82 ans, alors même qu'au XVIIIe siècle où l'espérance de vie était de 27-28 ans, cela renvoyait davantage à un cas de longévité. Les normes biologiques de chacun évoluent également en fonction de son âge et de ses normes antérieures : « Les normes d'un vieillard auraient été tenues pour des déficiences chez le même homme adulte » (*Ibid.* : 215). Et ces mêmes normes évoluent en même temps que les conditions de vie s'améliorent et que croît l'espérance de vie : les normes d'un vieillard, pour reprendre l'exemple de Canguilhem, ne sont plus les mêmes aux mêmes âges aujourd'hui qu'auparavant.

De la même manière, la prise en compte de l'infertilité liée à l'âge oblige à dépasser l'opposition entre normal et pathologique pour apercevoir la dimension sociale de l'infertilité contemporaine. Cette infertilité contemporaine ne peut être limitée à la définition d'une pathologie dans un cadre « naturel » de procréation, liée à l'évolution sociodémographique de notre société elle se définit davantage comme une infertilité *sociétale*. En présentant les trajectoires biographiques des femmes pour expliquer leur infertilité, les professionnels en témoignent. Nous constatons alors que la *course contre la montre* qu'ils mènent est à la fois une course contre les temps sociaux (liés aux trajectoires biographiques) et le temps physiologique, que l'infertilité liée à l'âge est un phénomène complexe liant à la fois le somatique et le social.

La mise en question du modèle bioéthique français par l'évolution du contexte sociodémographique contemporain est aiguisée par l'apparition de nouvelles techniques de la médecine reproductive. Nous allons voir que la mise en place de techniques telles que l'autoconservation ovocytaire amène progressivement à penser le modèle bioéthique français au-delà de la stricte opposition du normal et du pathologique.

3. L'autoconservation ovocytaire : au-delà de l'opposition normal/pathologique?

Jusqu'à très récemment, la seule manière pour une femme ménopausée d'envisager une grossesse était de recourir à un don d'ovocyte. En France, cette technique est divisée schématiquement en deux sortes d'indications : les indications médicales qui concernent « les femmes ayant des ovaires non fonctionnels, mais dans la limite d'un

âge normal de procréation »; et les indications qualifiées aujourd'hui de « convenance », qui concernent « les femmes de plus de 40 ans » (Olivennes, 2008). Cette division est légitimée par le modèle bioéthique français que nous avons détaillé en première partie et qui oppose les demandes liées à une pathologie auxquelles l'AMP peut répondre et les demandes liées à la physiologie normale des individus comme le vieillissement ovocytaire avec l'âge, auxquelles l'AMP refuse de répondre, car sortant du cadre « naturel » de procréation. Nous ne détaillerons pas davantage ici les problèmes liées à la pratique du don d'ovocyte qui pourrait en soi faire l'objet d'un article. Mais rappelons simplement que dans ce cadre bioéthique français, la prise en charge en AMP pour don d'ovocyte est extrêmement limitée et nombre de femmes se rendent donc à l'étranger pour bénéficier de cette technique. De nombreuses raisons les poussent à faire ce choix par défaut. En effet, les délais de prise en charge sont beaucoup plus rapides qu'en France, les résultats meilleurs (le taux de réussite dépend plus de l'âge de la donneuse lorsque les ovocytes sont prélevés que de l'âge de la receveuse, or dans les pays comme l'Espagne où les donneuses sont rémunérées, elles sont plus jeunes et plus nombreuses qu'en France à réaliser un don) et les limites d'âge plus souples qu'en France (Belgique, 47 ans; Grèce, 50 ans; Espagne, 50 ans) (Rozée, 2011; Rozée et Tain, 2010).

Aujourd'hui, le développement des techniques de vitrification des ovocytes, techniques de congélation ultrarapide autorisées en France dans un cadre très spécifique depuis la révision des lois de bioéthique de 2011, ouvre un nouveau champ des possibles. Auparavant, la congélation dite lente ne permettait pas une préservation de la fertilité féminine en raison des taux d'échec lors de la décongélation des ovocytes. Aujourd'hui, une femme peut avoir recours à l'autoconservation ovocytaire si elle réalise un don d'une partie de ses ovocytes prélevés, si elle est menacée de perdre sa fertilité en raison d'une maladie ou d'un traitement stérilisant ou si elle est engagée dans un parcours de fécondation *in vitro* (FIV). Néanmoins, la question d'un accès plus large à l'autoconservation commence à apparaître, comme en témoigne le positionnement récent du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), favorable à l'autorisation de « l'autoconservation sociétale des ovocytes[9] », c'est-à-dire favorable à la préservation sans raison médicale, ainsi que la saisie de cette question par le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) au début 2013.

Alors que la congélation des spermatozoïdes dans le cadre d'un parcours d'AMP existe depuis déjà de nombreuses années, les femmes n'avaient jusque là pour seule possibilité de passer par une préservation de la fertilité de couple, au moyen de la congélation d'embryons. Mais cette technique n'est pas sans poser problème. Par exemple, en cas de réussite de l'implantation d'un embryon au premier essai, les embryons fécondés restants sont congelés, ne faisant alors plus l'objet d'un projet parental, ils sont maintenus dans les cuves d'azote et considérés comme embryons surnuméraires. Ils resteront tels quels soit jusqu'au prochain projet d'enfant du couple, soit jusqu'à leur destruction si le couple le désire; ou encore jusqu'à ce qu'ils soient donnés à un autre couple ou à la science. Ces décisions sont extrêmement difficiles à prendre et nombre de ces couples n'opteront jamais pour aucune de ces possibilités, préférant laisser la décision aux médecins qui n'auront alors d'autres choix que de les détruire. Le recours à la vitrification des ovocytes, et donc à la préservation de la fertilité féminine, apparaît comme une solution à la congélation d'embryon. Il s'agit

[9] http://www.genethique.org/?q=content/le-coll%C3%A8ge-national-des-gyn%C3%A9cologues-et-obst%C3%A9triciens-fran%C3%A7ais-favorable-%C3%A0-lautoconservation (Mis en ligne le 13/12/2012. Dernière consultation le 10/10/2013)

d'ailleurs de l'objectif affiché de cette technique : « limiter le nombre d'embryons congelés exclus du projet parental » (Boyer *et al.*, 2012).

De nombreuses revues médicales ont fait état de la question au cours de la dernière décennie afin de mesurer les avantages et inconvénients de la mise en place de cette technique. Ces articles présentent notamment les résultats, qui semblent équivalents à ceux obtenus dans le cas de l'utilisation d'ovocytes frais (Fadini *et al.*, 2009; Smith *et al.*, 2010). Ils présentent également les résultats d'études sur les risques éventuels qui s'avèrent être nuls, pour les enfants nés de cette technique (Chian *et al.*, 2008). Ces études présentent aussi les possibilités qu'offre la constitution de banques d'ovocytes vitrifiés pour le don d'ovocyte, telles que la simplification de la logistique, puisque donneuses et receveuses n'ont plus à être traitées simultanément, ou encore l'augmentation du nombre d'ovocytes disponibles au don, puisque la préservation des ovocytes de femmes jeunes ayant recours à l'AMP pour indication masculine représente une source non négligeable pour le don. En effet, les ovocytes conservés dans le cadre de l'AMP ne faisant plus l'objet d'un projet d'autoconservation peuvent être cédés au don, et ce, avec plus de facilité juridique que pour l'accueil d'embryon. Cela permet de réduire considérablement les temps d'attente pour le don et ainsi les recours à l'étranger pour don d'ovocytes, et cela permet également de meilleurs résultats, puisque les taux de grossesse sont directement corrélés avec l'âge de la patiente au moment de la ponction ovarienne (Cobo *et al.*, 2009; Boyer *et al.*, 2012).

Toutefois, la préservation de la fertilité féminine, de la même manière que pour le recours au don d'ovocyte, est distinguée en France en deux catégories : la préservation de la fertilité relevant de la « convenance » et la préservation de la fertilité pour indication médicale. Cette dernière renvoie par exemple aux cas de risque d'infertilité dû à des maladies ou traitements stérilisants, alors que la préservation de la fertilité pour « convenance » renvoie au risque d'infertilité liée à l'âge. Les réflexions du monde médical sur la préservation de la fertilité féminine pour infertilité d'âge mesurent avec prudence l'éventualité du bien-fondé de ces demandes. Les professionnels s'interrogent sur l'existence d'une reconnaissance tacite des situations dites de convenance personnelle déjà présentes lorsqu'ils prennent médicalement en charge en France des femmes ayant reçu à l'étranger un don d'ovocyte. Aussi, ils s'interrogent peu à peu sur cette possibilité qui permettrait d'éviter que des femmes aillent à l'étranger recourir au don d'ovocyte (Boyer *et al.*, 2012; Lockwood, 2011).

Dans ce cadre, une analyse nouvelle, à la jonction entre évolution des techniques médicales et des attentes sociales, a peu à peu été élaborée par quelques professionnels de l'AMP. Elle s'efforce d'examiner avec davantage de neutralité, de compréhension, et moins de jugement moral *a priori*, les demandes liées à l'âge. Selon cette nouvelle perspective, la préservation personnelle de la fertilité féminine ne relèverait pas de la « convenance », terme toujours disqualifiant et stigmatisant, mais d'une démarche médicale de *prévention*, comme le formule le professeur René Frydman dans de nombreuses interviews[10]. Selon les défenseurs d'une telle approche, le poids de l'âge pour les femmes autour de 38-40 ans pourrait être anticipé et contrôlé, sachant que la fertilité d'une femme dépend de l'âge qu'elle a au moment où ses ovocytes sont prélevés bien plus que de l'âge qu'elle a au moment où ils sont utilisés. Cela permettrait donc d'avoir de meilleurs taux de grossesse et ainsi de réduire le nombre de tentatives de FIV et la durée du parcours d'AMP. En outre, une préservation de la fertilité à titre préventif permettrait de réduire très largement les

[10] Pour exemple : http://www.rue89.com/2012/12/20/congeler-ses-ovocytes-pour-faire-un-bebe-plus-tard-une-riche-idee-238012 (Mis en ligne le 20/12/2012. Consulté le 10/10/2013)

recours au don d'ovocyte, en France et à l'étranger. Il s'agit notamment d'un des arguments avancés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)[11].

Ces récentes prises de position témoignent d'une volonté émergente de prendre en considération l'infertilité sociale à l'origine de nombreuses demandes d'accès à l'AMP. L'importance de la dimension sociale en AMP apparaît peu à peu et de plus en plus de professionnels manifestent la nécessité de dépasser le cadre restrictif du modèle bioéthique français, envisageant ainsi une perspective idéologique qui ne se limiterait plus à la seule opposition thérapie/convenance.

Conclusion

Les nouvelles technologies de la reproduction, évoluant conjointement avec le contexte sociodémographique de notre société, suscitent de nouvelles demandes auxquelles se trouvent confrontés les professionnels. Des interrogations inédites apparaissent alors sur le rôle et la façon dont doit être envisagée l'AMP et sur la façon dont elle doit répondre aux attentes des couples infertiles. La plupart des dilemmes exprimés par les professionnels tiennent au fait que l'AMP est une technique médicale tendue entre un pôle qualifié « de soin » et un pôle qualifié « de confort » cependant que le modèle bioéthique qui cadre leurs pratiques ne légitime que la référence « soin » et dénie la dimension « confort ». Pourtant, cette tension est inéluctable, dès lors qu'au-delà de la prise en charge des maladies, du traitement des pathologies, le rôle de l'AMP est aussi d'accroître le bien-être de la population. Dans un tel contexte, les cadres légaux des prises en charge ont été laissés volontairement flous (« être en âge de procréer »), confiant aux professionnels la responsabilité de définir des cadres d'action plus précis. Ils doivent alors tenter de concilier un ensemble de références naturalistes valorisées par le modèle thérapeutique français d'AMP et un ensemble de références sociales qui ne s'imposent pas moins à eux (telles que l'espérance de vie calculée par les démographes ou la limite administrative fixée à un remboursement).

C'est dans ce cadre que l'infertilité liée à l'âge, pensée et traitée comme une problématique essentiellement *féminine*, amène les professionnels à s'interroger. Les possibilités nouvelles pour les femmes de préserver leur fertilité de manière autonome et personnelle permettent d'envisager autrement les difficultés à répondre en France à l'infertilité liée à l'âge (tels que les recours au don d'ovocyte à l'étranger). Par-delà, cela permettrait d'envisager une diminution des inégalités de genre issues de la façon dont le poids du temps, entre trajectoire biographique et période procréative, pèse exclusivement sur les femmes. Poids dont l'inéluctabilité perd de son évidence au fur et à mesure que nous interrogeons davantage la notion même d'infertilité, qui a toujours une dimension relationnelle et sociale. Tout comme la technique de l'ICSI a modifié la nature de l'infertilité masculine, nous pouvons nous interroger sur le rôle que pourrait avoir la vitrification des ovocytes sur l'infertilité féminine. Cette technique, et plus précisément la congélation « préventive » des ovocytes, pourrait bouleverser la notion même d'« horloge biologique » et ainsi la fertilité féminine. Toutefois, en raison du poids de la « norme procréative », cette solution technique ne changera pas pour autant les conceptions sociales de la maternité et de l'infertilité qui continuent actuellement à prévaloir à l'encontre des femmes. Par ailleurs, il faudra s'interroger sur les conditions d'accès à cette possibilité qui, non remboursée, risque de reproduire des inégalités sociales telles qu'elles existent déjà notamment dans les situations de

[11] http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/121212_autoconservation_ovocytaire_com-press.pdf (Mis en ligne le 12/12/2012. Dernière consultation le 10/10/2013)

recours à l'AMP à l'étranger. Décrire la façon dont cette technique de préservation de la fertilité féminine commence à se mettre en place, comment elle est perçue et vécue par les patientes et les professionnels, analyser les possibilités auxquelles elle ouvre et les résistances qu'elle suscite est un enjeu important des années à venir pour les sciences sociales.

Bibliographie

Antoine J.-M. 2005. « À partir de combien de tentatives votre ticket n'est plus valable? », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la Reproduction*, vol. 34, p. 42-44.

Bajos N. et M. Ferrand. 2006a. « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, no 61, p. 91-117.

Bajos N. et M. Ferrand. 2006b. « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, genre et sociétés*, no 15, p. 176-182.

Bateman S. 2001. « La responsabilité médicale aux frontières de l'activité thérapeutique. Le cas de l'assistance médicale à la procréation » dans *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*, sous la dir. de M. Iacub et P. Jouannet, Paris, La Découverte, p. 111-126.

Belaish-Allart J. 2005. « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? Oui… », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, no 7, cahier 2, p. 18-21.

Bessin M. 2009. « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations Sociales*, no 156, p. 12-21.

Bessin M. et H. Levilain. 2012. *Parents après 40 ans*, Paris, Mutations.

Birraux A. 2012. « L'adolescence face aux préjugés de la société », *Adolescence*, vol. 2, no 80, p. 297-306.

Boyer P., P. Tourame et M. Gervoise-Boyer. 2012. « La vitrification des ovocytes et les changements induits dans nos pratiques d'AMP », *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, vol. 40, no 11, p. 687-690.

Brami C. 2005. « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? Non… », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, no 7, p. 22-23.

Canguilhem G. 2005 (1943). *Le normal et le pathologique,* Paris, Presses universitaires de France.

Cavalli A. et O. Galland. 1993. *L'allongement de la jeunesse*, Actes-Sud, Arles.

Chian R., J. Y. Huang, S. L. Tan., E. Lucena, A. Saa, A. Rojas, L. A. Ruvalcaba Castellon, M. I. Garcia Amador et J. E. Montoya Sarmiento. 2008. « Obstetric and perinatal outcome in 200 infants conceived from vitrified oocytes », *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 16, no 5, p. 608-10.

Cobo A., G. Vajta et J. Remohi, 2009. « Vitrification of human mature oocytes in clinical practice », *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 19, no 4, p. 85-103.

Fadini R., F. Brambillasca, M. Mignini Renzini, M. Merola, R. Comi et E. De Ponti Dal Canto. 2009. « Human oocyte cryopreservation : comparison between slow and ultra-rapid methods », *Reproductive Biomedicine Online* vol. 19, p. 171-180.

Fassin E., 2002, « La nature de la maternité », *Journal des anthropologues*, p. 88-89.

Fine A., V. Moulinié et J. C. Sangoï. 2009. « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme*, vol. 3, no 191, p. 37-76.

Galland O. 2010. « Introduction. Une nouvelle classe d'âge? », *Ethnologie française*, vol. 40, p. 5-10.

Halbwachs M., 1970 (1938), *Morphologie sociale*, Paris, Armand Colin.

Lockwood G. 2011. « Social egg freezing : the prospect of reproductive ‘‘immortality’’ or dangerous delusion », *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 23, no 3, p. 334-340.

Lowÿ I. 2006. « La fabrication du naturel : l’assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée », *Tumultes*, no 26, p. 35-55.

Löwy I. 2009. « L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine, et politique », *Mouvements*, vol. 3, no 59, p. 102-112.

Mazuy M. 2009. « Avoir un enfant : être prêts ensemble? », *Revue des Sciences Sociales*, no 41, p. 30-41

Mehl D. 2001. « L’élaboration des lois bioéthiques » dans *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*, sous la dir. de M. Iacub et P. Jouannet, Paris, La Découverte, p. 51-63.

Mehl D. 2011. *Les lois de l’enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)*, Paris, Les Presses de Sciences Po.

Olivennes F. 2008. *N’attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant*, Paris, Odile Jacob.

Ortner S. B. 1974. « Is female to male as nature is to culture ? » dans *Woman, Culture, and Society*, sous la dir. de M. Z. Rosaldo et L. Lamphere, Stanford, Stanford University Press, p. 68-87.

Peatrik A-M. 2003. « L'océan des âges » *L'Homme*, vol. 3, no 167-168, p. 7-23.

Pison G. 2010. « France 2009 : l’âge moyen à la maternité atteint 30 ans », *Population et Sociétés*, no 465.

Régnier-Loilier A. et A. Solaz. 2010. « La décision d’avoir un enfant, une liberté sous contrainte », *Politiques sociales et familiales*, no 100, p. 61-77.

Rémond R. et A. Percheron. 1991. *Âge et politique*, Paris, Economica.

Rozée V. 2011. « L’AMP sans frontière », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, no 23-24, p. 270-273.

Rozée V. et L. Tain. 2010. « Le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux » dans *Santé et Mondialisation* (actes du colloque international du 12-13 mars 2009), sous la dir. de V. Chasles, Université Jean Moulin – Lyon 3, p. 297-314.

Smith G., P. Serafini, J. Fioravanti, I. Yadid, M. Coslovsky, P. Hassun, J. R. Alegretti et E. L. Motta. 2010. « Prospective randomized comparison of human oocyte cryopreservation with slow-rate freezing or vitrification », *Fertility and Sterility*, vol. 94, no 6**,** p. 2088-2095.

Squires C., P. P. Jouannet, J.-P. Wolf, D. Cabrol et J.-M. Kuntsmann. 2008. « Psychopathologie et procréation médicalement assistée : comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d’enfant ? », *Devenir*, vol.20, p. 135-149.

Tain L. 2004. « Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences », *L’homme et la société*, vol. 2, no 152-153, p. 229-246.

Théry I. 2011. *Des humains comme les autres, Bioéthique, anonymat et genre du don*, Paris, Éditions de l’École des hautes études en sciences sociales.

Thompson C. 2005. *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge, The MIT Press.

Toulemon L. et M.-R. Testa. 2005. « Fécondité envisagée, fécondité réalisée : un lien complexe », *Population et Sociétés*, no 415.

Vallin J. et F. Meslé. 2010. « Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? », *Population et Sociétés*, no 473.

Verdier Y. 1980. « Le Petit Chaperon rouge dans la tradition orale », *Le Débat*, no 3, p. 31-61.