

Évolution de la loi de bioéthique française : éléments de discussion à partir des recherches menées sur l'AMP à l'Ined

Virginie Rozée et Elise de La Rochebrochard

Virginie Rozée, Elise de La Rochebrochard, 2019, *Évolution de la loi de bioéthique française : éléments de discussion à partir des recherches menées sur l'AMP à l'Ined*, Paris, INED, Document de travail, 253



Evolution de la loi de bioéthique française :
éléments de discussion à partir des
recherches menées sur l'AMP à l'Ined

Virginie Rozée et Elise de La Rochebrochard

Mercredi 28 août 2019

Résumé

Afin de tenir compte des avancées sociétales et médicales, la loi de bioéthique française qui encadre entre autre les modalités et l'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) est révisée tous les 7 ans. En septembre 2019, un projet de révision de cette loi sera discuté à l'Assemblée Nationale suite aux Etats-Généraux de la bioéthique de 2018 et aux différents rapports institutionnels sur le sujet (Académie de médecine, Comité Consultatif National d'Éthique, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, etc.). Le projet de loi envisage en particulier l'ouverture de la PMA à toutes les femmes. Fin août – début septembre 2019, la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique a organisé des auditions pour évaluer la cohérence et les impacts du projet proposé.

Ce document est une note remise à cette Commission dans le cadre de ces auditions. Elle s'articule avec l'analyse d'impact du projet de loi relatif à la bioéthique (NOR: SSAX1917211L/Bleue-1) en date du 23 juillet 2019 (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl2187-ei.pdf>). Les autrices ont été convoquées et auditionnées par la commission le mercredi 28 août 2019 lors d'une séance filmée (http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8054589_5d6678f3d4887.commission-speciale-bioethique--auditions-diverses-28-aout-2019).

Mots clés : Bioéthique ; Procréation Médicalement Assistée ; Don de Gamètes ; Autoconservation de gamètes ; France

Abstract

In order to take into account societal and medical changes, the French bioethics law, which regulates, inter alia, the modalities and access to Assisted reproductive technologies (ART), is reviewed every 7 years. In September 2019, the bioethics bill will be discussed at the National Assembly following the General States of Bioethics that took place in 2018 and several institutional reports on ART issues (French Academy of medicine, National Consultative Committee of Ethics, Parliamentary Office for the Evaluation of Scientific and Technological Options, etc.). The bill intends in particular to open ART access to all women. End of August - early September 2019, the National Commission of the Parliamentary in charge of the bill examination has convened experts to assess the coherence and impact of the proposed project.

This document is a note given to this Commission as part of these hearings. It deals with the impact analysis of the bill on bioethics (NOR: SSAX1917211L/Bleue-1) dated of July 23, 2019 (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl2187-ei.pdf>). Authors of this document were convened and auditioned by the Commission on August 28, 2019 during a filmed session (http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8054589_5d6678f3d4887.commission-speciale-bioethique--auditions-diverses-28-aout-2019).

Keywords : Bioethics ; Assisted reproductive technologies ; Gamete donation ; Gamete self-preservation ; France

Article 1^{er}. Etendre l'accès à l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes non mariées

Cadre général

Dans la population française, 1 enfant sur 30 est conçu par AMP, mais très peu de ces naissances sont obtenues avec tiers donneurs (1 200 enfants /an) [voir ci-après focus n°1].

Nécessité de légiférer

Dans l'Union Européenne [voir focus n°7], l'AMP avec tiers donneur est marquée par **de très forts déséquilibres**. Les citoyennes de trois poids lourds démographiques (France, Allemagne, Italie) ne peuvent accéder à l'AMP dans leur pays en tant que couples de femmes ou femmes seules et traversent les frontières pour y recourir. Cela conduit à une très forte concentration de l'activité du don dans quelques pays :

- L'Espagne, le Danemark, et la Belgique réalisent 65% du don de sperme
- L'Espagne, la Grèce et la République Tchèque réalisent 77% du don d'ovocytes

Cette très forte concentration du don dans quelques pays, souvent de petite taille, soulève des questions éthiques sur son organisation. Pour répondre à la demande de la population européenne, ces pays doivent recruter un nombre important de donneurs qui ne peut reposer sur le seul altruisme de la population locale. Les donneuses pourraient alors en partie être des jeunes femmes en situation de fragilité économique, motivées par la compensation financière de 400 € à 2 000 € versée par les centres.

L'Ined a réalisé depuis 10 ans des études sur l'AMP transfrontalière (Français.es qui partent à l'étranger réaliser une AMP) [voir focus n°8]. A l'étranger, les couples de femmes et les femmes seules françaises vont accéder au don de sperme. Depuis quelques années, les Françaises partent aussi pour accéder à la conservation ovocytaire. Il est à noter que les couples hétérosexuels partent également à l'étranger afin de pouvoir recourir à un don d'ovocytes, en raison de leur âge (qui ne leur permet plus d'accéder à l'AMP en France), mais surtout en raison des longs délais d'accès à un don d'ovocytes en France [voir focus n°8, point 5].

Nos travaux montrent que ces **parcours d'AMP transfrontaliers sont marqués par des risques légaux, sociaux et médicaux** [voir focus n°8, point 1]. Ils soulignent également les inégalités sociales avec des couples qui vendent leur logement et/ou s'endettent pour accéder à une AMP à l'étranger.

Dispositif retenu : supprimer le critère d'infertilité médicalement constatée

Lors de l'examen en Conseil d'Etat, la suppression de ce critère a soulevé la question d'un possible recours massif à l'AMP chez les couples hétérosexuels (Etude d'impact, p.52-53).

Les travaux de recherche que nous avons menés dans 8 centres d'AMP français montrent que le parcours de FIV est particulièrement difficile et conduit beaucoup de couples inféconds à arrêter le traitement avant d'avoir réalisé les 4 FIV remboursées par l'assurance maladie [voir focus n°3]. Ils peuvent alors se tourner vers l'adoption pour réaliser leur projet parental [voir focus n°2]. Au regard de ces résultats, un recours massif à l'AMP semble pouvoir être écarté.

Analyse de l'impact

Augmentation de la demande de don de sperme

Situation actuelle. En 2015-2016, le nombre de donneurs de sperme fût en moyenne de 300 par an, le nombre de couples traités de 2 400 et le nombre de nouvelles demandes d'AMP de 2 000 par an. Cette activité de don de sperme a conduit à presque 900 accouchements permettant la naissance de 950 enfants chaque année.

Projections. Les Centre d'Etudes et de Conservation du Sperme Humain (CECOS) anticipent une multiplication par 2 ou 3 du nombre de demandes d'AMP avec don de sperme avec la nouvelle loi (Etude d'impact, p.62), soit 2 000 à 4 000 femmes et couples de femmes demandant un don de sperme chaque année. Cette fourchette correspond à des estimations très grossières du nombre d'AMP transfrontalières pour lesquelles on ne dispose pas de données scientifiques solides pour l'instant (Etude d'impact, p.38). Sous ces hypothèses, pour couvrir l'ensemble de la demande (couples hétérosexuels inféconds, couples de femmes et femmes seules), le nombre de donneurs nécessaires serait de 600 à 900 par an¹.

Trois éléments apportent des arguments rassurants sur la capacité de la France à augmenter fortement le nombre de donneurs de sperme afin de répondre à ces nouveaux besoins.

Tout d'abord, le nombre de donneurs à recruter reste très faible au regard de la taille de la population française. La population française masculine âgée de 18-45 ans comptant plus de 11 millions d'hommes, c'est 1 homme sur 11 000 qui devrait donner son sperme chaque année pour arriver à 1 000 donneurs par an (<0,01%).

Deuxièmement, doubler l'activité de don de sperme semble d'autant plus réaliste que ce niveau était celui observé il y a 30 ans en France [voir focus n°6]. Historiquement, la baisse du don de sperme a été liée au fait que les médecins ont proposé une nouvelle technique en 1992, l'ICSI, qui permet à un homme infertile de procréer avec son sperme, technique qui s'est largement développée au détriment du don de sperme.

Finalement, l'Agence de Biomédecine indique que 85% de la population française masculine se dit mal informée sur le don de sperme (Etude d'impact, p.66). Les donneurs sont donc probablement actuellement recrutés uniquement parmi les 1 français sur 7 qui se disent informés, laissant de côté 6 français sur 7 qui pourraient devenir de nouveaux donneurs après une campagne d'information.

Impact pour les enfants

L'étude d'impact présente clairement les raisons pour lesquelles l'intérêt de l'enfant est préservé dans les familles monoparentales et celles composées d'un couple de femmes (Etude d'impact, p.42). L'étude d'impact laisse entrevoir deux points de vigilance :

- la nécessité d'avoir une société tolérante qui ne fasse pas subir de discrimination à ces familles (Etude d'impact, p.43),
- la nécessité pour les enfants conçus avec don de sperme d'en être informés pour ne pas souffrir de ce secret (Etude d'impact, p.43).

¹ Les « entrées » et « sorties » de sperme dans les CECOS sur la période du 31 décembre 2014 au 31 décembre 2016 sont à l'équilibre avec un stock qui est d'environ 90 000 paillettes en début et fin de période. L'étude du nombre de donneurs et de demandeurs sur cette période de 2 années est considérée comme reflétant la situation d'équilibre entre l'offre et la demande.

La question du secret est centrale chez les couples hétérosexuels puisque moins de 9% informeraient l'enfant de son mode de conception (Etude d'impact, p.163). Nos recherches auprès de femmes et de couples de même sexe réalisant une AMP à l'étranger montrent que cette question ne se pose pas pour ces femmes et couples [voir focus n°8, point 7]. En effet, pour eux, le secret est impossible et ces femmes et couples de même sexe ont, avant même la réalisation de l'AMP, déjà une réflexion sur la transmission au futur enfant de son histoire de conception, avec le recours à un donneur.

Article 2. Autoriser sans l'encourager l'autoconservation de gamètes

Cadre général

L'âge à la parentalité a reculé dans l'ensemble des pays développés (Etude d'impact, p.101-102). Ce recul s'explique par les évolutions de société qui concernent tant les femmes que les hommes (études et instabilité professionnelle dans les premières années de la carrière). Il s'explique également par des parcours conjugaux plus complexes, où l'on recherche « le bon » partenaire avant de devenir parent (Etude d'impact, p.107-108).

Nécessité de légiférer

Ces évolutions sociétales conduisent les femmes et les hommes à chercher à avoir des enfants à des âges où les risques biologiques d'infécondité et de fausses couches sont plus élevés [voir focus n°8, points 2 & 3]. On sait depuis longtemps que ces risques sont plus importants lorsque la femme est âgée de plus de 35 ans, mais de nouvelles recherches ont montré que cette augmentation des risques reflète en réalité l'effet combiné de l'âge de la femme et de l'homme lorsque ce dernier est âgé de plus de 40 ans [voir focus n°5].

Face à cette diminution de leur fertilité biologique avec l'âge, les couples peuvent s'imaginer à tort qu'ils auront la possibilité de recourir à l'AMP. Le système actuel d'AMP français ne permet pourtant pas de répondre à ces problématiques d'altération de la fertilité avec l'âge.

D'une part l'AMP dite intraconjugale (c'est-à-dire avec les gamètes des parents) est peu efficace : 14% de succès à 40-42 ans, 28% à 35-39 ans contre 40-44% quand la femme a moins de 34 ans [voir focus n°4].

D'autre part, l'AMP avec don d'ovocytes, qui offre des taux de succès élevés (car liés à l'âge de la donneuse d'ovocytes), est marquée par d'importantes difficultés d'accès avec de longs délais d'attente qui poussent les Français à partir à l'étranger [voir focus n°8, point 5].

De plus en plus conscientes de ces difficultés, des Françaises partent à l'étranger (en particulier en Espagne) pour conserver leurs ovocytes [voir focus n°8, point 4]. Le coût de ces démarches conduit à un effet de sélection sociale fort. Les risques légaux, sociaux et médicaux de ces démarches doivent également être pris en compte.

Analyse de l'impact

En ouvrant la possibilité d'autoconservation des gamètes, la loi permettra aux femmes de réaliser le moment venu des AMP sur le territoire français avec d'excellent taux de succès puisqu'elles utiliseront des ovocytes « jeunes » dans un cadre légal, médical et social sécurisé.

Cette ouverture permettra également, à terme, de diminuer la pression sur l'AMP avec don d'ovocytes en France : les femmes n'auront plus besoin de donneuses quand elles utiliseront leurs propres ovocytes conservés. Par ailleurs, les femmes qui n'utiliseront pas l'ensemble de leurs ovocytes conservés pourraient être susceptibles de les donner pour d'autres femmes [voir focus n°8, point 4], permettant ainsi d'augmenter le don d'ovocytes qui reste très limité dans un modèle basé sur l'altruisme sachant la lourdeur des traitements qu'il implique.

Comment évaluer l'impact de la nouvelle loi de bioéthique ?

Projet scientifique porté par l'Ined
en partenariat avec l'Inserm – l'Univ. Paris-Sud- UVSQ

L'argumentaire de l'étude d'impact pour légiférer repose en particulier sur l'AMP transfrontalière qui apparaît comme un véritable révélateur des évolutions de société et des besoins de nos concitoyens (voir également focus n°8, point 9).

L'étude d'impact souligne que, sur ce sujet, nous ne disposons que de données incomplètes, et en particulier que nous ne connaissons pas le nombre de personnes concernées (Etude d'impact, p.37).

Dans la continuité des travaux déjà réalisés, l'Ined travaille sur une nouvelle étude qui permettrait d'explorer pour la première fois quantitativement ce phénomène.

Si nous arrivons à trouver des financements rapidement, nous pourrions lancer cette étude dans les prochains mois. L'enquête serait alors réalisée 2 fois : en 2019-2020 et 3-4 ans plus tard. La comparaison du phénomène d'AMP transfrontalière à ces deux dates permettrait d'évaluer l'impact concret de la nouvelle loi de bioéthique et de fournir des éléments de réflexion pour que la prochaine loi puisse être préparée avec des données plus substantielles sur ce phénomène d'AMP transfrontalière dont l'étude d'impact observe qu'il est central pour orienter la réflexion publique dans le cadre de débats de bioéthique.

Liste des Focus

- Focus 1.** 1 enfant sur 30 conçu par AMP en France en 2018 mais très peu de naissances avec tiers donneurs (1 200 enfants /an)
- Focus 2.** 7 couples traités par FIV sur 10 deviennent parents, mais pas uniquement grâce aux traitements médicaux
- Focus 3.** La FIV reste un parcours difficile qu'un couple sur 4 ne poursuit pas après l'échec de la 1ère FIV
- Focus 4.** Les taux de succès de la FIV chutent avec l'« âge des ovocytes » des femmes
- Focus 5.** Quand l'homme a plus de 40 ans, les risques d'infécondité et de fausse couche augmentent
- Focus 6.** Les enfants conçus avec un don de sperme : 1 000 par an actuellement mais deux fois plus il y a 30 ans
- Focus 7.** L'AMP avec tiers donneur dans l'Union européenne : un paysage déséquilibré
- Focus 8.** L'AMP transfrontalière : des risques légaux, sociaux et médicaux

Focus n°1.

1 enfant sur 30 conçu par AMP en France en 2018 mais très peu de naissances avec tiers donneurs (1 200 enfants /an)

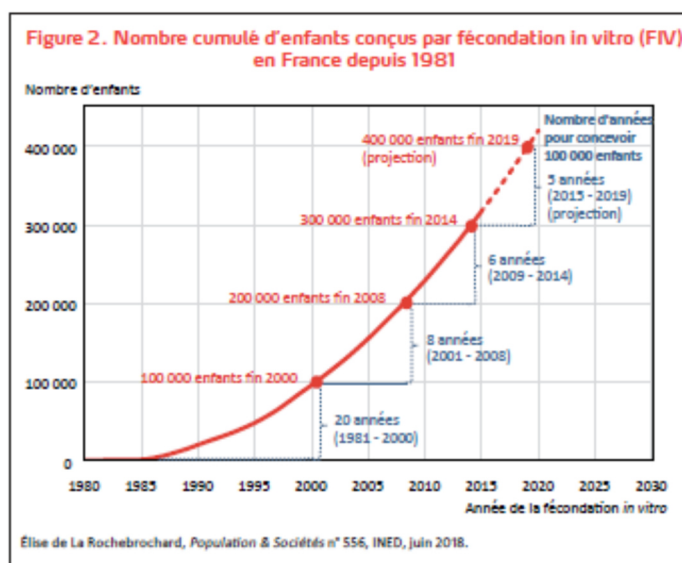
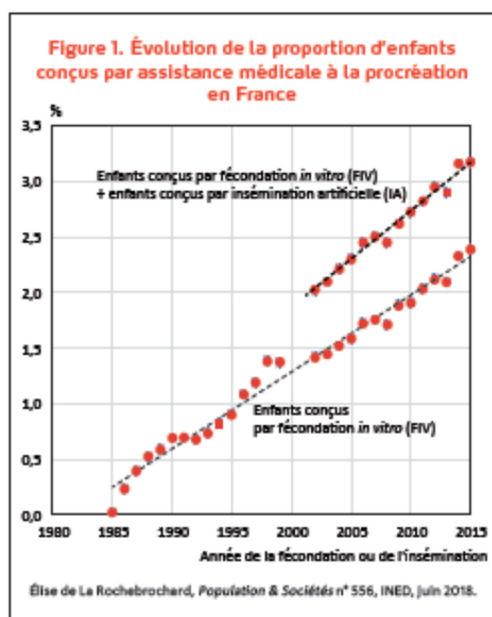
En France, en 2018, 1 enfant sur 30 (3,4%) ont été conçu par assistance médicale à la procréation, soit environ 24 600 enfants par an.

Cette proportion a augmenté de manière régulière depuis la naissance d'Amandine (1982).

La très grande majorité de ces enfants (95%) sont conçus avec les gamètes de leurs parents (sans tiers donneur), on parle d'AMP intraconjugale.

Les 24 600 enfants conçus par AMP chaque année incluent:

- 23 400 enfants conçus avec les gamètes de leurs deux parents (AMP intraconjugale)
- 1 200 enfants conçus avec tiers donneur, soit :
 - 950 enfants conçus avec un don de sperme
 - 230 enfants conçus avec un don d'ovocytes
 - 25 enfants nés suite à un accueil d'embryons



Pour en savoir plus ...

La Rochebrochard Elise (de), 2018, « 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France », Population & Société, n°556, 4 p.

En libre accès : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/28078/556_population.societes.juin.2018.amp.france.fr.fr.pdf

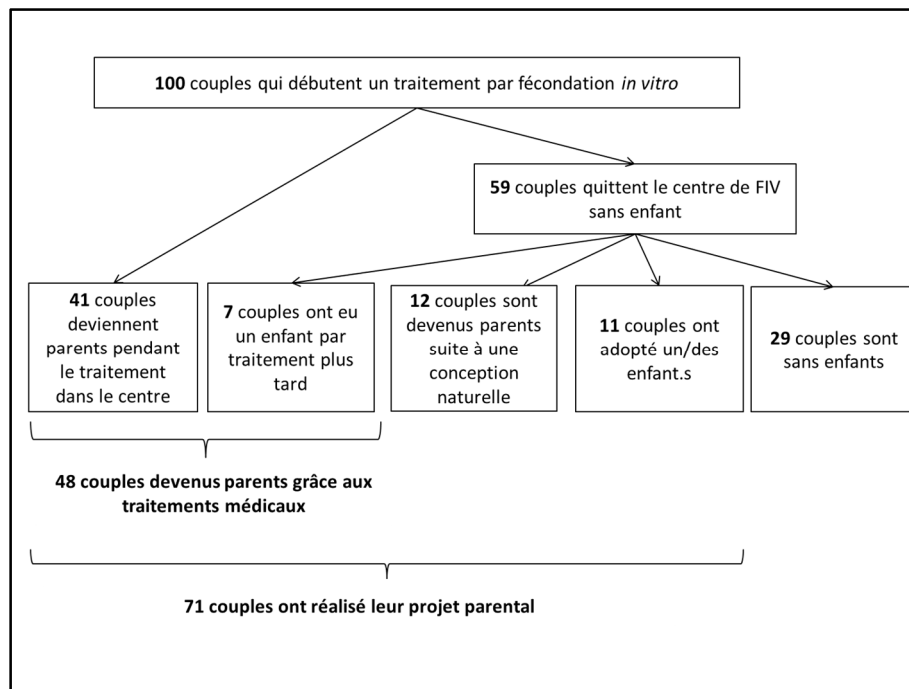
Focus n°2.

7 couples traités par FIV sur 10 deviennent parents, mais pas uniquement grâce aux traitements médicaux

Dans une étude menée dans 8 centres d'AMP français, nous avons estimé les chances de devenir parent parmi les couples traités par FIV. L'approche est biographique, c'est-à-dire qu'au lieu d'estimer les chances de succès durant une seule tentative de FIV, nous avons pris en compte l'ensemble du parcours de ces couples, dans le centre médical et après.

Huit années après le début du traitement par FIV, 71% des couples ont réalisé leur projet parental :

- 48% sont devenu parent grâce à la FIV ou un autre traitement médical
- 11% sont parents grâce à l'adoption d'un ou plusieurs enfants
- 12% sont devenus parents naturellement après des années d'infécondité



Pour en savoir plus ...

Troude Pénélope, Santin Gaëlle, Guibert Juliette, Bouyer Jean, La Rochebrochard Elise (de), for the DAIFI Group, 2016, « **Seven out of 10 couples treated by IVF achieve parenthood following either treatment, natural conception or adoption** », Reproductive Biomedicine Online, 33(5), p. 560-567. DOI: 10.1016/j.rbmo.2016.08.010.

En libre accès : [http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(16\)30458-8/pdf](http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(16)30458-8/pdf)

Troude Pénélope, Bailly Estelle, Guibert Juliette, Bouyer Jean, La Rochebrochard Elise (de), for the DAIFI Group, 2012, « **Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization** », Fertility and Sterility, 98(1), p. 63-68. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.03.058.

En libre accès : <http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2812%2900396-2/pdf>

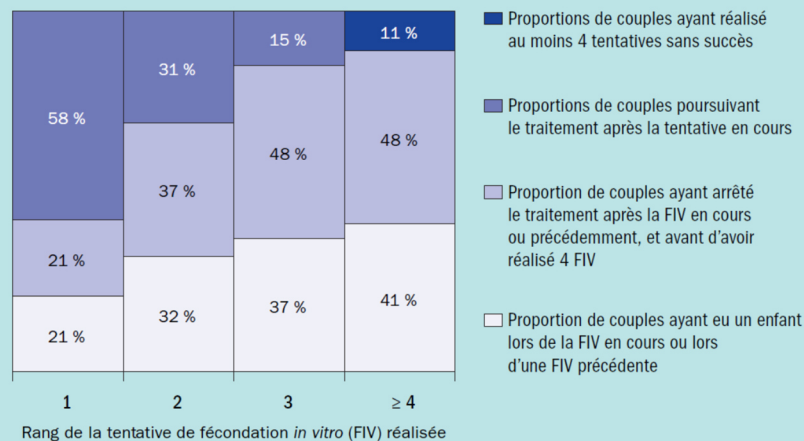
Focus n°3.

La FIV reste un parcours difficile qu'un couple sur 4 ne poursuit pas après l'échec de la 1^{ère} FIV

Malgré le remboursement de 4 tentatives de FIV en France, les arrêts précoces de traitement sont fréquents car la FIV est décrite par les couples comme un véritable « parcours du combattant ». En cas d'échec de la première FIV, 27% des couples arrêtent leur traitement dans le centre d'AMP sans faire de 2^{ème} FIV. Les arrêts de traitement sont encore plus fréquents après la 2^{ème} FIV (34%) et la 3^{ème} FIV (42%).

figure 3

Devenir d'une cohorte de couples débutant un traitement par fécondation *in vitro*, répartition de la cohorte initiale de couples selon le rang de la FIV



Source : enquête Daifi.

Pour en savoir plus ...

La Rochebrochard Elise (de), Troude Pénélope, Bailly Estelle, Guibert Juliette, Bouyer Jean, pour le groupe DAIFI, 2011, « **Rentrer à la maison avec un bébé après avoir initié un traitement par FIV** », Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP), vol. 75, p. 20-23.

En libre accès : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/75/ad750967.pdf>

Troude Pénélope, Guibert Juliette, Bouyer Jean, La Rochebrochard Elise (de), for the DAIFI Group, 2014, « **Medical Factors Associated with Early In Vitro Fertilization Discontinuation** ». Reproductive Biomedecine Online, 28(3), p. 321-329. DOI: 10.1016/j.rbmo.2013.10.018.

En libre accès : <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1472-6483/PIIS1472648313005579.pdf>

La Rochebrochard Elise (de), Soullier Noémie, Peikrishvili Rusudan, Guibert Juliette, Bouyer Jean, 2008, « **High in vitro fertilization discontinuation rate in France** », International Journal of Obstetrics and Gynecology, 103(1), p. 74-75. DOI: 10.1016/j.ijgo.2008.05.009.

En libre accès : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2008.05.009>

Les taux de succès de la FIV chutent avec l'« âge des ovocytes » des femmes

Les taux de succès de la FIV varient très fortement en fonction de la qualité ovocytaire qui dépend de l'âge de la femme lors du prélèvement de ses ovocytes.

Lors d'un traitement par FIV (qui peut inclure jusqu'à 4 FIV prises en charge par la sécurité sociale), les chances d'obtenir la naissance de l'enfant désiré sont de :

- 40-44% lorsque la femme est âgée de moins de 35 ans
- 28% lorsque la femme est âgée de 35-39 ans
- 14% lorsque la femme est âgée de 40 ans et plus

Les femmes plus âgées arrêtent plus rapidement le traitement FIV (sans aller jusqu'aux 4 FIV remboursées). Cependant, à partir de la technique statistique d'imputation multiple, nous avons estimé que, si toutes les femmes poursuivaient le traitement jusqu'à 4 FIV, leur taux de succès ne serait pas beaucoup plus élevé (courbe en pointillées). Cela reflète le fait que les couples qui arrêtent sont essentiellement des couples qui ont des chances faibles de succès (ceux dont les médecins ont constaté qu'ils répondaient « mal » au traitement FIV lors de la 1^{ère} tentative).

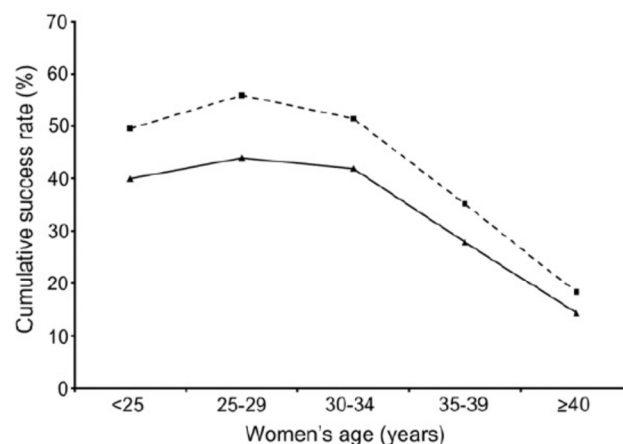


Figure 1 Cumulative delivery rates according to the woman's age at the beginning of the IVF programme. Triangles with solid line = observed rates; squares with dotted line = theoretical rates.

Pour en savoir plus ...

Soullier Noémie, Bouyer Jean, Pouly Jean-Luc, Guibert Juliette, La Rochebrochard Elise (de), 2011, « **Effect of the woman's age on discontinuation of IVF treatment** », Reproductive BioMedicine Online, 22(5), p. 496-500. DOI: 10.1016/j.rbmo.2011.01.013.

En libre accès : <http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483%2811%2900103-9/pdf>

Quand l'homme a plus de 40 ans, les risques d'infécondité et de fausse couche augmentent

A partir d'une étude européenne et des AMP réalisées en France, nous avons montré que l'âge de l'homme affectait le risque d'infécondité et le risque de fausse couche, avec une augmentation de ces deux risques lorsque l'homme a plus de 40 ans.

Ces études montrent que ce qui était jusqu'à présent analysé comme une forte augmentation du risque de fausse couche chez les femmes âgées de plus de 35 ans reflète en réalité l'effet combiné de l'âge des deux conjoints. Ce risque est particulièrement élevé lorsque la femme est âgée de plus de 35 ans et l'homme de plus de 40 ans (alors qu'il est plus modéré chez les femmes de 35-39 ans qui ont un conjoint âgé de moins de 40 ans).

Risque de Fausse Couche :

	Paternal age		Maternal age	
	20-29 years	30-34 years	35-44 years	35-44 years
20-29 years	<i>standard risk zone</i>		<i>high risk zone</i>	
30-34 years	1.00 (reference)		2.87 (1.86, 4.45)	
35-39 years				
40-64 years			<i>high risk zone</i>	<i>highest risk zone</i> 5.65 (3.20, 9.98)

Pour en savoir plus ...

La Rochebrochard Elise (de), Mouzon Jacques (de), Thépot François, Thonneau Patrick and the FIVNAT Association, 2006, « **Fathers over 40 and increase failure to conceive: the lessons of in vitro fertilization in France** », Fertility and Sterility, 85(5), p. 1420-1424. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2005.11.040.

En libre accès : <https://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2806%2900104-X/pdf>

La Rochebrochard Elise (de), Thonneau Patrick, 2003, « **Paternal age ≥ 40 years: an important risk factor for infertility** ». American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189(4), p. 901-905. DOI: 10.1067/s0002-9378(03)00753-1.

En libre accès : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02264913>

La Rochebrochard Elise (de), McElreavey Ken, Thonneau Patrick, 2003, « **Paternal age over 40 years: the "amber light" in the reproductive life of men?** », Journal of Andrology [now known as: Andrology], 24(4), p. 459-465. DOI: 10.1002/j.1939-4640.2003.tb02694.x.

En libre accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1939-4640.2003.tb02694.x/epdf>

La Rochebrochard Elise (de), Thonneau Patrick, 2002, « **Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study** », Human Reproduction, 17(6), p. 1649-1656. DOI: 10.1093/humrep/17.6.1649.

En libre accès : <http://humrep.oxfordjournals.org/content/17/6/1649.full.pdf+html>

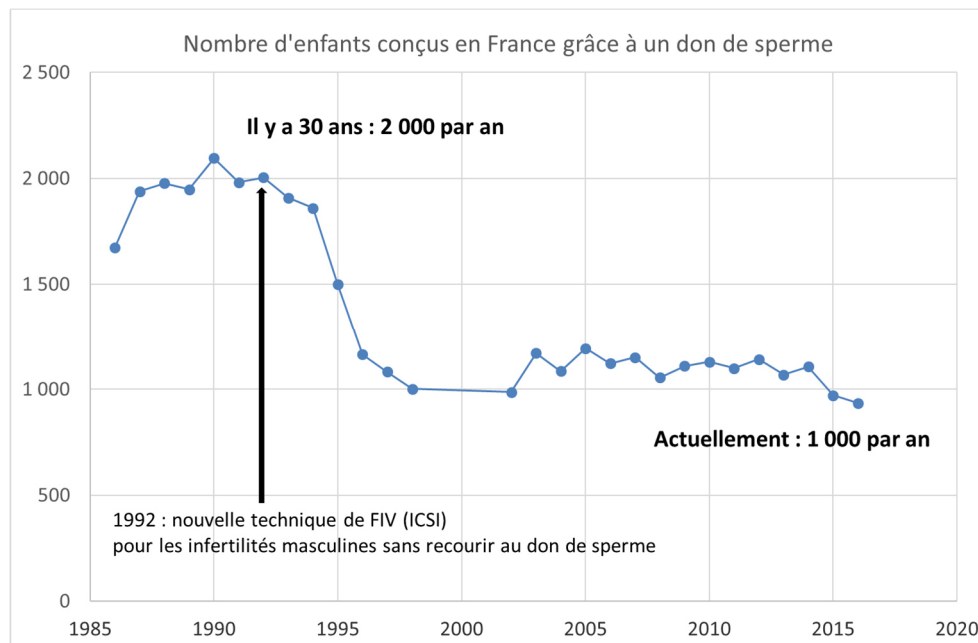
Focus n°6.

Les enfants conçus avec un don de sperme : 1 000 par an actuellement mais deux fois plus il y a 30 ans

Actuellement, 900-950 enfants sont conçus chaque année avec un don de sperme en France.

Cependant, dans les années 1987-1993, ce nombre était deux fois plus élevé (de l'ordre de 2 000 enfants conçus chaque année avec un don de sperme).

Ce recours au don de sperme a beaucoup diminué depuis 1993 avec le développement d'une nouvelle technique de FIV (nommée ICSI) qui permet de répondre aux infertilités d'origine masculine sans faire appel à un tiers donneur.



Les CECOS indiquent qu'en France, un total de 50 000 enfants sont nés suite à un don de sperme depuis 1978.

Pour en savoir plus sur les données historiques ...

La Rochebrochard Elise (de), 2003, « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », Population, 58(4-5), p. 549-586. DOI: 10.3917/popu.304.0549.

En libre accès : https://www.ined.fr/fichier/rte/General/Publications/Population/articles/2003/pop4.5_2003_chap1.fr.pdf

L'AMP avec tiers donneur dans l'Union européenne : un paysage déséquilibré

La FIV au sein de l'Union Européenne

La France, le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne réalisent, à eux cinq, 62% de l'activité FIV de l'Union européenne d'après le bilan européen d'AMP (publié par l'ESHRE). Cette proportion est très cohérente avec leur poids démographique : ces 5 pays représentent également 63% des naissances de l'UE.

La France réalise 10% des FIV de l'UE, alors qu'elle est à l'origine de 15% de ses naissances. Au regard du niveau de fécondité français, l'activité FIV est donc moins élevée que celle de nos voisins.

Le don d'ovocytes se concentre en Espagne, Grèce et République Tchèque

La France ne réalise que 2% des dons d'ovocytes de l'UE. L'Allemagne et l'Italie n'en réalisent aucun puisque ces pays les interdisent. Ces trois poids lourds démographiques, qui comprennent à eux trois 39% de la population féminine âgée de 20 à 44 ans de l'UE, sont donc très en retrait pour ce qui est du don d'ovocytes. Leurs ressortissants franchissent les frontières pour pouvoir réaliser leurs projets parentaux, entraînant un phénomène de recours transfrontalier qui reste à quantifier. Les pays de destination sont l'Espagne, mais également des pays comme la Grèce et la République tchèque, qui ne représentent chacun que 2% des naissances de l'UE. Ces trois pays réalisent à eux seuls 77% de l'activité de don d'ovocytes de l'UE : 59% pour l'Espagne, qui domine le paysage, 9% pour la République tchèque, et 8% pour la Grèce.

Le don de sperme se concentre en Espagne, Danemark et Belgique

Le déséquilibre est marqué également pour le don de sperme et touche également l'Allemagne, l'Italie et la France. En France, les recours transfrontaliers concernent essentiellement des couples de femmes et des femmes seules qui ne peuvent accéder à ce don en France. La situation est identique en Allemagne avec une activité de don de sperme mal connue, les statistiques pour ce pays ne figurant pas dans le bilan européen. En Italie, le don de sperme est interdit. Au sein de l'UE, le don de sperme est essentiellement réalisé dans trois pays : deux pays, le Danemark et la Belgique, qui ne représentent respectivement que 1% et 2% des naissances de l'UE, mais assurent 26% et 20% des dons de sperme de l'UE, et l'Espagne, qui représente 8% des naissances et assure 19% des dons de sperme.

Pour en savoir plus ...

La Rochebrochard Elise (de), 2018, « **1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France** », Population & Société, n°556, 4 p.

En libre accès : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/28078/556_population.societes.juin.2018.amp.france.fr.fr.pdf

L'AMP transfrontalière : des risques légaux, sociaux et médicaux

L'analyse du phénomène d'AMP transfrontalière (Français.e.s qui partent à l'étranger réaliser une AMP) permet de mettre en évidence les besoins actuels de la société française. Neuf éléments ressortent des recherches menées depuis 10 ans par l'Ined et sont présentés ci-dessous (voir encadré pour une présentation des 4 enquêtes réalisées entre 2008-2018).

Nos recherches montrent les difficultés soulevées par l'AMP transfrontalière. La nouvelle loi de bioéthique devrait conduire à une diminution de ce phénomène et permettra ainsi de limiter les risques encourus par les ressortissant.e.s français qui partent à l'étranger recourir à une AMP, de mieux les accompagner et d'agir sur les inégalités sociales face à la concrétisation des projets parentaux.

Cette ouverture sera également cohérente avec les recommandations médicales internationales telles que celles de l'Association américaine de reproduction humaine (ASRM) et la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE)² qui préconisent, entre autre, une ouverture de l'AMP aux femmes quelle que soit leur situation conjugale et une prise en charge au cas par cas concernant l'âge des femmes ; et les résultats des études scientifiques menées auprès d'enfants issus de l'AMP qui ne montrent aucun impact important de la technique ou de la configuration familiale sur le développement des enfants³.

² **Dondorp W. et al. for ESHRE Task Force on Ethics and Law, 2012**, "Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss", *Human Reproduction*, 27(5); **American Society for Reproductive Medicine, 2013**, « Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons: a committee opinion », *Fertility and Sterility*, 100(6); **de Wert G. et al. 2014**, "ESHRE Task Force on Ethics and Law: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people", *Human Reproduction*, 29(9); **Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, American Society for Reproductive Medicine, 2016**, "Oocyte or embryo donation to women of advanced reproductive age: an Ethics Committee opinion", *Fertility and Sterility*, 106(5).

³ **Brewaeyns A. et al. 1997**, "Donor Insemination: Child Development and Family Functioning in Lesbian Mother Families", *Human Reproduction*, 12(6); **Chan R.W., Raboy B., Patterson C.J. 1998**, "Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers", *Child Development*, 69(2); **Serafini P., 2001**, "Outcome and follow-up of children born after in-vitro fertilization-surrogacy (IVF-Surrogacy)", *Hum. Reprod. Update*, 7(1); **Jociles I., Rivas A. 2007**, "Entre el empoderamiento y la vulnerabilidad: la monoparentalidad como proyecto familiar de las MSPE por reproducción asistida y adopción internacional", *Revista de Antropología*, 8; **Weissenberg R., Landau R., Madgar I. 2007**, "Older single mothers assisted by sperm donation and their child", *Human Reproduction*, 22(10); **Jadva V. et al. 2009**, "'Mom by choice, single by life's circumstance...'. Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice", *Human Fertility*, 12(4); **Gartrell N., Bos H. 2010**, "US National Longitudinal Lesbian Family Study: Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents", *Pediatrics*, 126(1); **Golombok S., Badger S. 2010**, "Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood", *Human Reproduction*, 25(1); **Golombok S. et al., 2013**, "Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54; **Jadva V., Imrie S., Golombok S., 2015**, "Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child", *Human Reproduction*, 30(2).

Encadré : Quatre études réalisées entre 2008-2018 sur l'AMP transfrontalière

Projet de recherche « Infertilité ressentie et pression sociale à concevoir : analyse sociodémographique du recours à l'Aide médicale à la procréation en France » (2008-2009), financé par la Région Ile-de-France

- 25 entretiens qualitatifs auprès d'hommes et de femmes, en union hétérosexuelle et en recherche de grossesse, recrutés par l'intermédiaire de l'Obseff (Inserm, Ined, InVS, CNRS, 2007-2008)

Etude préliminaire pour le projet « AMP sans frontière » (2009)

- 20 entretiens auprès de couples de même sexe résidant en France et ayant un projet parental (recrutés par l'intermédiaire d'associations en France)

Projet « AMP sans frontière I » (2010-2012), financé par l'Institut Emile du Chatelet (Région Ile-de-France), l'Agence de biomédecine et l'Institut de recherche en santé publique

- 131 entretiens auprès de femmes, hommes et couples résidant en France et se rendant en Grèce, Belgique, Espagne et au Danemark pour une AMP; 140 auto-questionnaires complétés et retournés par les patient.e.s français de 4 centres de santé spécialisés européens

Etude préliminaire « Cap AMP » (2018) pour le projet « AMP-sans-frontières II »

- 544 participant.e.s au questionnaire Internet (de juin à septembre 2018) dont 312 répondant.e.s, résidant en France, ayant déclaré être partis à l'étranger pour une AMP

Chacune de ces études présente des limites liées en particulier à la taille réduite des échantillons interrogés. Néanmoins, la combinaison de recherches basées sur des modalités d'investigation complémentaires permet d'apporter des éléments solides de compréhension sur les projets parentaux et reproductifs, autour notamment des questions sociales, politiques et médicales soulevées par le recours à l'AMP.

1- Les risques liés aux recours transnationaux de l'AMP

En recourant à une AMP à l'étranger, le parcours du combattant « habituel » de l'AMP est dédoublé. Il en résulte également un renforcement des inégalités sociales et économiques dans les projets parentaux et familiaux. Par ailleurs, ces recours transnationaux exposent les individus concernés à des risques légaux, médicaux et sociaux :

- Des risques légaux lorsque l'enfant issu d'une AMP à l'étranger ou ses parents ne sont pas reconnus par l'Etat français.
- Des risques médicaux lorsque les centres médicaux étrangers ne respectent pas les directives médicales internationales (celles de l'OMS ou de la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie - ESHRE⁴, qui préconisent entre autres des protocoles de faible stimulation hormonale et un transfert de un voire deux embryons maximum).
- Des risques sociaux, de stigmatisation et de marginalisation, lorsque les démarches ne sont pas connues ou comprises et perçues comme « condamnables » car interdites en France.

Aujourd'hui, le projet d'enfant n'est pas forcément un projet conjugal, hétérosexuel et « biologique ». Sur ce dernier point, parmi les personnes interrogées, nombreuses étaient celles qui avaient fait des démarches d'adoption (autour de 20% dans l'étude « AMP sans frontière I ») mais elles avaient souvent abandonné ces démarches car considérées comme trop longues, trop compliquées et discriminantes, sans aucune assurance au final d'avoir un enfant.

⁴ Shenfield F. et al., the ESHRE Task Force on Cross Border Reproductive Care, 2011, "ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners", *Human Reproduction*, 26(7).

Chez les individus qui recourent à l'AMP, il y a une volonté certes de transmettre son patrimoine génétique mais surtout d'avoir un enfant dès la naissance pour ne pas avoir à gérer le passé d'un enfant adopté, qu'ils imaginent lourd et problématique.

2- Les couples de femmes et les femmes seules

Avec ou sans AMP, les couples de femmes et les femmes seules qui le souhaitent ont/conçoivent des enfants. L'AMP est cependant décrite comme correspondant davantage à la façon dont elles souhaitent faire famille (couples de femmes) ou comme une option plus saine et éthique que d'autres alternatives possibles (femmes seules). Ainsi les familles homoparentales et monoparentales issues de l'AMP sont de plus en plus nombreuses, visibles et acceptées.

Les couples de femmes revendiquent un droit à l'indifférence, à devenir « *mères comme tout le monde* ».

Pour les femmes seules, le recours à l'AMP est davantage décrit comme un non-choix, après un parcours qu'elles considèrent difficile et semé d'embûches (une rupture, l'absence de conjoint-père potentiel pour leur futur enfant, un investissement professionnel coûteux en temps et en énergie). Or, elles n'envisagent pas de vie sans enfant, sans être mères et se lancent dans une AMP avant qu'il ne soit trop tard du fait de leur âge. Pour autant, elles espèrent que la situation de monoparentalité sera provisoire et qu'elles rencontreront un conjoint.e qui sera également le parent de l'enfant (il ne s'agit donc pas d'un projet « féministe » de faire sciemment un enfant sans père, comme on peut l'entendre parfois). Comparées aux autres familles monoparentales en France, issues essentiellement d'une rupture conjugale, ces familles monoparentales issues de l'AMP ont davantage de capitaux socioéconomiques. Lors des entretiens, elles soulignent toutes également que, contrairement aux autres familles monoparentales, dans leur histoire, il n'y aura pas a priori de rupture qui pourrait affecter le bien-être de l'enfant. De plus, elles soulignent toutes, comme les couples de femmes, qu'elles sont très entourées (ami.e-s, familles, voisin.e-s). L'expression « elles font des bébés toutes seules » est donc inappropriée.

Dans ces parcours, le recours à l'AMP n'apparaît jamais comme un projet spontané, comme un « *caprice* » (comme le titre l'article de L'OBS, 4 octobre 2017 : « À 41 ans, j'ai fait un enfant toute seule. C'était tout sauf un caprice »). Le projet a toujours été longuement réfléchi, informé ; en résulte un projet de grossesse planifiée et désirée.

3- L'âge de la maternité

Alors que l'âge des pères a également un impact sur la santé du futur enfant, seul l'âge des mères est en général interrogé en AMP.

Les maternités dites tardives augmentent en effet en France (en 2015, un nouveau-né sur 20 avait une mère de 40 ans et plus). Dans l'étude « AMP sans frontière I », la plupart des femmes interrogées (autour de 70%), toutes situations familiales confondues, avaient moins de 43 ans lorsqu'elles ont commencé des démarches d'AMP à l'étranger ; et la plupart avaient moins de 40 ans lorsqu'elles ont décidé de concevoir un enfant.

La plus âgée des femmes interrogées au moment du parcours avait 50 ans. Aucune des femmes rencontrées ayant plus de 43 ans ne souhaitaient être mères à un âge tardif (après la ménopause) même si leur parcours leur ont fait sans cesse reculer l'échéance (sans pour autant atteindre des âges extrêmes de maternité comme le relatent certains journaux étrangers). Encore une fois, le recours à l'AMP après 43 ans n'est jamais apparu comme « un caprice » ou un projet spontané mais toujours comme le résultat d'un parcours de vie qui a différé le projet maternel : une rencontre tardive du conjoint, un fort investissement professionnel, une rupture et une seconde union et, surtout, un long parcours d'échecs d'AMP en France (plus de 60% des femmes interrogées).

4- L'autoconservation ovocytaire

Les femmes rencontrées qui recouraient à l'autoconservation ovocytaire étaient prises en charge à l'étranger (étude « AMP sans frontière I ») et/ou en France (thèse doctorale en cours de Y. Pérez, dirigée par V. Rozée) pour des raisons dites « sociales » également appelées « de convenance » ou médicales, très peu dans le cadre d'un don. A noter cependant que l'attribution d'une raison médicale en cas de raisons sociales pour avoir recours à cette technique en France semble simple et pratiquée en France (en l'absence de directive précise).

On retrouve chez les femmes qui recourent à une autoconservation ovocytaire les mêmes discours et expériences que chez les femmes seules. Le recours à cette technique fait suite à un parcours qu'elles décrivent comme chaotique, qui fait qu'elles n'ont pas encore trouvé « la bonne personne » avec qui fonder une famille. Elles conçoivent l'autoconservation ovocytaire comme une assurance fertilité (elles sont par ailleurs informées des faibles taux de succès et du fait qu'elles devront multiplier les tentatives pour espérer améliorer ces taux). Elles espèrent même ne jamais utiliser ces ovocytes (elles déclarent qu'elles les donneront dans ce cas à la science ou à d'autres femmes) et concevoir un enfant « naturellement », dans le cadre d'un projet conjugal. L'autoconservation ovocytaire apparaît donc comme une « *tranquillité de l'esprit* » sans pour autant envisager une maternité tardive.

5- Recourir à un don de gamètes

Le don de gamètes est un important facteur d'insatisfaction au sujet de la prise en charge en France et un important moteur des départs à l'étranger. Dans l'étude « AMP sans frontière I », le recours à un don concerne autour de 65% des personnes rencontrées et interrogées (principalement don d'ovocytes parmi les couples hétérosexuels). Dans « Cap AMP », 65% des répondant-e-s qui réunissaient les conditions sociales pour une prise en charge légale et remboursée en France ont déclaré aller à l'étranger pour un don de gamètes (de nouveau, essentiellement pour un don d'ovocytes). Certains médecins conseillent d'ailleurs d'aller directement à l'étranger quand se pose la question du don pour leurs patient-e-s.

Certains des couples rencontrés pensaient que le don d'ovocytes était illégal en France. Quant aux autres, ils dénonçaient la longueur des listes d'attente en France. Certaines personnes interrogées revendiquaient un dédommagement des donneuses (ce qui leur permettrait de se sentir moins redevables) ou du moins, un réel et rapide défraiement des coûts indirects liés au don (dédommagement des heures de travail non travaillées pour se rendre aux rendez-vous médicaux, garde des enfants pendant ces rendez-vous, frais de transport pour s'y rendre). Le fait que le don soit altruiste et mal défrayé a dissuadé les femmes interrogées de demander à une femme de leur entourage (dans la cadre d'un don croisé anonyme).

Donner son sperme ou ses ovocytes en France semble en effet relever d'un véritable parcours du combattant comme en atteste la comédie documentaire de Claire fait Grr « Plaisir d'offrir » (diffusé sur Arte radio à partir du 18 avril 2019) ou encore l'article de Wakim Nabil dans *le Monde* du dimanche 2 et lundi 3 juin « Je fais quoi si, dans 20 ans, des gens viennent et veulent m'appeler 'papa ?' », ou comment j'ai donné mon sperme ».

Dans les médias, on parle beaucoup du don de sperme mais le don d'ovocytes semble davantage problématique en France. Certaines des femmes rencontrées ont décidé de recourir à un don direct en Belgique (notamment de la sœur) car cela leur permettait de mieux accepter le don.

6- L'anonymat du don de gamètes

Lors des AMP transfrontalières, les discours recueillis auprès des femmes et couples qui recouraient à un don de gamètes mettaient parfois en évidence un amalgame entre le donneur/la donneuse et le père/la mère.

La donneuse d'ovocytes est parfois définie comme la « vraie » mère de l'enfant ou appelée « *maman* » ou « *mère biologique* ». L'anonymat du don a ainsi été parfois présenté comme plus commode du fait de cette représentation de la donneuse.

On observe le même amalgame entre donneur et père chez les femmes seules et les couples de femmes qui recourent à un don de sperme. Chez les couples de femmes, l'anonymat est parfois décrit comme permettant d'inhiber la participation du donneur et d'éviter toute revendication paternelle de cet homme. Chez la plupart des femmes seules, le don non-anonyme ou ouvert permettra justement à l'enfant de connaître son « père ».

Cet amalgame vient de la survalorisation génétique qui règne encore dans la parentalité en France (renforcée par l'appariement qui est fait entre les donneurs et les parents, la ressemblance faisant gage d'une filiation biologique) ; et d'un manque d'information concernant les dispositions explicites prises sur la filiation pour exclure toute paternité du donneur ou maternité de la donneuse. Le cadre de l'AMP transfrontalière où les personnes doivent faire face à des barrières à la fois géographiques, culturelles et langagières, pourrait être particulièrement propice à ces amalgames.

Dans de nombreux cas, l'accès aux origines étaient pour les futurs parents une source de questionnement voire de frustration (lorsque le don était strictement anonyme).

7- Le secret

La question ne se pose jamais chez les couples de même sexe et les femmes seules qui déclarent, avec évidence, que l'enfant connaîtra dès son plus jeune âge l'histoire de sa conception.

Chez les couples hétérosexuels, dire ou non à l'enfant son mode de conception est apparu comme une réelle question à laquelle nombre d'entre eux ne savaient pas répondre (au moment du parcours d'AMP). Dans certains centres, des psychologues les aident dans cette réflexion. Du fait de l'amalgame entre donneur/donneuse et parent, de la menace imaginée que représente ce donneur ou cette donneuse (qui pourrait plus tard revendiquer sa paternité ou maternité), le secret comme l'anonymat peut apparaître comme une façon de se protéger et de protéger la famille ; d'éviter également que l'entourage ou le futur enfant ne reproche à la mère de ne pas être la « *véritable mère* » (propos recueilli dans l'étude « AMP sans frontière I »). Recourir à un don de gamète est souvent représenté et vécu comme un handicap et non comme une façon légitime de concevoir dans le contexte actuel.

8- Le double don

Le double don est parfois une option privilégiée par rapport à l'accueil d'embryon car ce qui importe pour les couples et les femmes concernées est de créer un individu, qui sans le projet parental du couple ou de la femme en question n'existerait pas, et non de mettre au monde un enfant issu d'un autre projet parental.

9- Changements préconisés

Dans le cadre du projet « AMP sans frontière I », des questions portaient sur les changements souhaités en France concernant la prise en charge de l'AMP. Parmi les principales réponses, figuraient : la rapidité du don, une prise en charge plus humaine et personnalisée et surtout un accès plus ouvert par rapport à la situation maritale et l'âge des femmes pour que cette prise en charge soit plus cohérente avec les évolutions de la société française.

Pour en savoir plus ...

Pérez Y., Rozée V., 2019, « **L'autoconservation ovocytaire en France : analyse d'une pratique biomédicale controversée** », *Interrogations* ?, 28.

En libre accès : <http://www.revue-interrogations.org/L-autoconservation-ovocytaire-en>

Rozée V., 2012, « **L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational** », *Raison Publique*.

En libre accès : <http://www.raison-publique.fr/article531.html>

Rozée V., 2013, « **Elles font des bébés toutes seules** », *Terrain*, 61, pp.134-149.

En libre accès : <http://terrain.revues.org/15219>

Rozée V., 2015, « **Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation** », *Recherches Familiales*, 12, pp.43-55.

En libre accès : <http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-43.htm>

Rozée V., 2019, « **Biotechnologies et procréation : vers un nouveau genre de la famille et de la parentalité ?** », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(4), pp.194-198.

En libre accès : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961718301661>

Rozée V., La Rochebrochard (de) E., 2013, « **Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium** », *Human Reproduction*, 28(11), pp.3103–3110.

En libre accès : <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/11/3103.full.pdf+html>

Rozée V., La Rochebrochard E. (de), 2019, « **Travelling from France for CBRC: an internet survey as a first step to measure this phenomenon** », 35^{ème} rencontre annuelle de l'ESHRE, Session 06 "Reproductive epidemiology, health economics and access to care", Vienne, Autriche, 23-26 juin [résumé publié dans *Human Reproduction*, 34 (suppl 1), p. i14]

Rozée V., Mazuy M., 2012, « **L'infertilité dans les couples hétérosexuels: genre et "gestion" de l'échec** », *Sciences sociales et santé*, 30(4), pp.5-29.

En libre accès : <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-4-page-5.htm>