



HAL
open science

L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme procréative ?

Virginie Rozée, Elise de La Rochebrochard

► To cite this version:

Virginie Rozée, Elise de La Rochebrochard. L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme procréative?. Santé, Société et Solidarité, 2010, 2, pp.109-114. 10.3406/oss.2010.1420 . halshs-00661230

HAL Id: halshs-00661230

<https://shs.hal.science/halshs-00661230>

Submitted on 29 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme sociale procréative ?

- **Virginie Rozée** – FRANCE
Post-doctorante, Institut national d'études démographiques
- **Élise de La Rochebrochard** – FRANCE
Chercheuse, Institut national d'études démographiques

RÉSUMÉ

Les techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) ont connu un essor important ces dernières décennies et comptent aujourd'hui pour environ 2 % des naissances en Europe. Cependant, leur développement s'est effectué dans des cadres législatifs très hétérogènes, la France se distinguant par un accès à l'AMP restrictif. L'analyse de ce cadre spécifique français est effectuée dans une perspective comparative avec les législations d'autres pays et met en évidence la norme sociale procréative française fondée entre autres sur le couple hétérosexuel. Pour échapper aux restrictions législatives, des associations françaises ont mis en place des réseaux d'accès transfrontaliers à l'AMP qui concernent des populations aux profils multiples : femmes ou hommes seuls, couples de même sexe, mais également couples hétérosexuels sortant de la législation française, car âgés de plus de 42 ans ou voulant recourir à une « mère porteuse ». De plus, l'organisation du don de gamètes, basé sur l'anonymat et la gratuité, entraîne également des départs vers l'étranger, en particulier pour le don d'ovocytes souffrant d'une importante pénurie. Ce phénomène de recours à l'AMP transfrontalier pose de nouvelles questions, en particulier celle d'une possible marchandisation du corps des populations défavorisées d'Europe.

ABSTRACT

Assisted reproductive technologies (ARTs) have developed considerably over recent decades and account for approximately 2 per cent of births in Europe today. They have, however, been developed under highly heterogeneous legislative frameworks, with France being distinguished by restrictive access to ARTs. A comparison of this specific French framework with the legislative frameworks in other countries highlights the fact that French social reproduction norms are based primarily on heterosexual couples. To avoid restrictive ART regulation, French associations have set up networks of transborder access to ARTs involving different populations: single women or men, same-sex couples, but also heterosexual couples not covered by the French legislation because they are over 42 years old or want to use a surrogate mother. Moreover, the organization of anonymous and free sperm or eggs donation also entails travelling abroad, in particular for eggs donation for which there is a severe shortage. The use of transborder ART raises new issues, in particular that of a potential marketization of the body among the disadvantaged populations in Europe.

En France, l'assistance médicale à la procréation (AMP) a été à l'origine de 2,5% des naissances de l'année 2007 avec 1,7% des naissances à la suite d'un traitement par fécondation *in vitro* (FIV) et 0,8% à la suite d'une insémination artificielle (IA). La proportion d'enfants conçus par FIV en France est en constante augmentation depuis 30 ans, selon une pente remarquablement linéaire avec 200 000 enfants conçus par FIV depuis trois décennies (de La Rochebrochard, 2008). Cet impact démographique de la FIV (1,7%) est proche de celui observé dans d'autres pays européens pour l'année 2005 comme l'Allemagne (1,3%) ou le Royaume-Uni (1,6%), mais très inférieur à celui observé en Belgique (3,5%) ou dans les pays scandinaves (entre 2,8% et 3,5%) (Nyboe Andersen *et al.*, 2009). Le paysage européen reste cependant difficile à décrire car, dans certains pays, la participation des centres d'AMP à l'élaboration des statistiques est basée sur le volontariat comme en Espagne (71% des centres déclarent leur activité) ou en Grèce (uniquement 33% des centres déclarent leur activité). Cette non-exhaustivité est d'autant plus problématique qu'elle peut concerner des pays ayant une activité «atypique». Ainsi, malgré des données incomplètes, l'Espagne représente à elle seule 51% des AMP avec don d'ovocytes enregistrés dans le bilan européen (alors que ce pays représente uniquement 8% des FIV sans don). De même, concernant le diagnostic pré-implantatoire (DPI), l'Espagne représente 34% des DPI enregistrés en Europe et la Grèce 14%.

Ce fort développement européen des techniques d'AMP s'est réalisé dans des cadres législatifs nationaux très hétérogènes. La France se distingue par une législation restrictive concernant l'accès à l'AMP, qui rappelle la norme procréative française définie par un ensemble de «bonnes» conditions sociales pour avoir un enfant (Bajos, Ferrand, 2006), en particulier l'âge maternel, la situation matrimoniale et l'orientation sexuelle.

Un accès à l'AMP sous contrainte

En France, le recours à l'AMP est défini par la loi de bioéthique et s'adresse exclusivement aux couples répondant à des critères médicaux et sociaux. Médicalement, l'accès

à l'AMP est réservé aux cas d'infertilité diagnostiquée (il est également autorisé en cas de risque de transmission d'une maladie particulièrement grave à l'enfant ou à un membre du couple). Socialement, le recours à l'AMP est uniquement possible pour les couples hétérosexuels stables (mariés ou pouvant justifier d'au moins deux ans de vie commune) et en âge reproductif. La philosophie générale de cette loi est donc de restreindre l'accès à l'AMP à des cas relevant du «pathologique» et ainsi d'exclure tous les cas liés à l'évolution des formes de vie en couple et de familles, dits cas de «convenance». Pour les couples répondant aux critères d'accès, l'État français a mis en place une politique de soutien importante en prenant en charge la totalité des traitements (dans la limite de six IA et de quatre FIV pour l'obtention d'une grossesse).

Ce cadre français d'accès à l'AMP fait l'objet d'un vif débat. Les «exclus» de l'AMP s'organisent en associations pour porter leurs revendications sur la scène publique et médiatique et créent des réseaux transfrontaliers pour permettre aux Français d'accéder aux techniques d'AMP hors des frontières (Bosse-Platière, 2006; Rozée, Tain, 2010; Thorn, Dill, 2010). Ce phénomène, nommé «tourisme procréatif», «exil reproductif» ou «*cross-border reproductive care*», se développe largement (Inhorn, Patricio, 2009; Mainland, Wilson, 2010). Les motifs des AMP hors frontières sont un axe intéressant pour analyser le cadre français du recours à l'AMP: dans cette approche comparative, il est possible de mettre en évidence les normes sociales qui le sous-tendent.

La norme du couple en union hétérosexuelle stable

En France, l'AMP n'est pas accessible aux célibataires ni aux couples de même sexe. Plusieurs pays européens ont une législation plus libérale et autorisent les femmes célibataires ou en union homosexuelle à avoir recours à une AMP: la Belgique, la Finlande, la Lettonie, le Luxembourg, la Serbie, le Royaume-Uni, l'Espagne, les Pays-Bas, la Grèce, le Danemark, la Suède (Cohen, 2006). Ainsi, les Françaises (seules ou en couple avec une autre femme) se tournent majoritairement vers la Belgique pour accéder à

l'IA avec sperme de donneur (IAD) (Pennings *et al.*, 2009). Quant aux hommes, ils semblent plutôt partir pour les États-Unis ou en Inde afin de pouvoir recourir à une « mère porteuse ». Cette notion de couple hétérosexuel stable comme norme familiale se retrouve également dans l'accès à l'adoption, bien que celui-ci soit plus souple, l'adoption pour une femme seule restant possible. Pourtant, au niveau de la société française, des évolutions importantes existent avec l'apparition de familles aux contours divers : familles monoparentales, recomposées ou homoparentales. L'ampleur de l'homoparentalité reste difficile à mesurer avec de premières estimations de l'ordre de 30 000 enfants français vivant au sein d'une famille homoparentale (Festy, 2006), mais ce chiffre sous-estime probablement la réalité, les associations militantes avançant un nombre d'enfants beaucoup plus élevés¹.

Au niveau mondial, la réflexion sur l'accès à la parentalité pour les couples hétérosexuels est en pleine évolution. Les craintes initiales sur le bien-être des enfants élevés dans ces familles n'ont jamais été démontrées, conduisant à des prises de position claires de comités d'éthique pour un recours à l'AMP ouvert aux couples de même sexe (Baetens, Brewaes, 2001 ; ASRM Ethics Committee, 2009).

La norme de la mère de moins de 40 ans

Seuls les couples en « âge reproductif » peuvent accéder à l'AMP, sans que la loi précise cet âge. La sécurité sociale a cependant fixé une limite claire de remboursement, le jour du 43^e anniversaire de la femme, l'âge de l'homme n'étant pas considéré (Löwy, 2009). Cette limite précède très nettement l'âge de la ménopause, fin naturelle de la vie reproductive, vers 49 ans. Elle tranche également avec le choix d'autres pays comme la Belgique (45 ans), la Grèce (50 ans) ou Israël (51 ans). En fait, cette barrière a été fixée au regard de la baisse importante des taux de succès des techniques d'AMP après 37 ans et de leur très faible chance de succès après 42 ans, les techniques d'AMP sans tiers donneur (c'est-à-dire avec les ovocytes

de la femme) semblant inefficaces pour compenser les effets du vieillissement reproductif (Leridon, 2004). Au-delà même de la réglementation, il semblerait qu'un phénomène de sélection sur l'âge s'opère en France avant le 43^e anniversaire : les femmes de plus de 40 ans, ayant de mauvais facteurs pronostics de succès, semblent interrompre majoritairement (dans 80 % des cas) le traitement (Soullier *et al.*, 2011). Pour les AMP avec don d'ovocytes, la pénurie importante de donneuses a poussé les centres à fixer la limite d'âge de manière encore plus stricte, refusant souvent cette technique aux femmes de plus de 38 ans (Marchaudon *et al.*, 2007). Les Françaises considérées comme « âgées » au regard de la réglementation nationale se tournent donc elles aussi vers les pays étrangers comme la Grèce, l'Espagne et, de plus en plus, la Tchéquie.

Certains pays comme l'Albanie ont choisi de ne pas réglementer l'accès à l'AMP avec l'âge et vont au-delà des frontières de la ménopause : les médias relatent ainsi les cas de naissances chez des femmes déjà ménopausées ayant eu recours à un don d'ovocytes fournis par une femme jeune, avec des cas extrêmes comme celui de la Britannique ayant donné naissance à 62 ans (juillet 2005) ou de la Roumaine mère à 67 ans (janvier 2005).

La norme d'une parenté génétique

En France, le don de gamètes et d'embryons est autorisé. Cependant, le double don (ovocytes et sperme) est interdit et l'AMP avec tiers donneur ne doit être envisagée que comme ultime solution, lorsque les traitements intraconjugaux ne peuvent aboutir (Jouannet, 2009). Ces dons sont basés sur les principes d'anonymat et de gratuité.

Le principe de gratuité des dons reflète le principe français de non-marchandisation du corps. Cependant, ce principe pourrait expliquer l'importante pénurie de gamètes en France. Le délai d'attente pour un don de sperme est de 12 à 18 mois (Pulman, 2010), ce qui reste faible comparé aux sept années d'attente en moyenne pour un don d'ovocytes (Cohen, 2006). Devant ces longs délais d'attente, les Françaises, pourtant autorisées

1. À ce sujet, voir le site Internet de l'Association des parents gays et lesbiens : <www.apgl.asso.fr>.

à recourir à un don d'ovocytes en France, se tournent vers l'étranger (Agence de la biomédecine, 2009). Certains pays, en particulier l'Espagne, ont ainsi développé une activité très importante autour du don d'ovocytes. Se pose alors la question de l'origine des donneuses dont certaines sembleraient venir des populations défavorisées d'Europe de l'Est : la pénurie française pousserait ainsi les couples français vers un système totalement dérégulé (Merlet, Sénémaud, 2010).

Le principe d'anonymat des dons fait écho à la norme intraconjugale française de la procréation et crée de nombreuses polémiques (Guibert, Azria, 2007). Ce principe avait initialement été posé en France pour contrer la forte opposition à cette pratique qui était assimilée par ses adversaires à un adultère (Pulman, 2010). Quarante ans plus tard, le principe d'anonymat est toujours appliqué en France, alors que la tendance internationale est de donner plus d'informations sur le donneur (Frith, 2001). Certains pays offrent la possibilité d'un don non anonyme comme la Belgique ou le Royaume-Uni alors que d'autres admettent le droit à connaître ses origines génétiques et imposent que le don soit non anonyme comme la Suède. Ce droit à connaître ses origines génétiques est d'ailleurs revendiqué par certains enfants nés suite à un don ; regroupés en association², ils soulignent, entre autres, que le principe d'anonymat est non conforme à la convention des Droits de l'enfant (ONU, article 7).

Mater semper certa est

En France, si la paternité est fondée sur la présomption dans le mariage et sur la reconnaissance paternelle, la maternité est associée à l'accouchement suivant le principe *mater semper certa est* («est mère celle qui accouche»). Suivant ce principe et dans une logique de non-marchandisation du corps humain, la pratique de la gestation pour autrui (GPA) est interdite en France.

Des Français partent alors en Belgique, Grèce, Israël, Inde, États-Unis, et de plus en plus dans les pays d'Europe de l'Est. Selon l'Association MAIA³, 300 à 400 couples français partiraient chaque année pour une

GPA à l'étranger. Cette pratique reste limitée par le refus de l'État français de transcrire l'état civil de ces enfants (cas médiatisé du couple Mennesson) qui les laisse sans papiers français et souvent sans reconnaissance de leur filiation vis-à-vis de leur mère française. Pour contourner ces difficultés, certains Français, en particulier les couples d'hommes, ont recours à des «arrangements» avec une femme vivant en France qui accepte de porter l'enfant et de leur confier à la naissance, ce recours à une mère porteuse française reste cependant impossible à quantifier en France du fait de son illégalité.

Conclusion

La législation française qui régit l'accès à l'AMP fait écho à la norme sociale procréative française décrite dans d'autres champs de la santé reproductive : norme de l'âge dans l'accès à la contraception (Moreau *et al.*, 2008) ; norme de l'âge de la fécondité (Toulemon, Leridon, 1999). Ces lois sont d'autant plus critiquées et discutées au sein de la société française qu'elles diffèrent au-delà des frontières. Dans le cadre de l'Union européenne, la libre circulation des personnes, y compris pour raisons médicales, est désormais assurée, ce qui a largement facilité la mise en place de réseaux d'AMP transfrontaliers.

Les migrations procréatives transfrontalières posent de nouvelles questions financières, légales et sanitaires qui interpellent la communauté internationale (McKelvey *et al.*, 2009 ; Collins, Cook, 2010 ; Davies, 2010 ; Mainland, Wilson, 2010). En effet, ce phénomène n'est pas spécifique à l'Europe et s'observe également entre les frontières canadiennes et américaines (Hughes, Dejean, 2010). La question d'une possible harmonisation des lois européennes demeure entière et controversée (Pennings *et al.*, 2009).

Au-delà des questions législatives, le développement des recours transfrontaliers à l'AMP pose des questions éthiques nouvelles. Le modèle français repose en effet sur les principes de la Révolution française : égalité et non-marchandisation du corps. Ces

2. Voir le site de *Procréation médicalement anonyme* : <www.pmanonyme.asso.fr>.

3. Voir le site de l'*Association MAIA* : <www.maia-asso.org>.

principes conduisent en particulier à la pénurie du don d'ovocytes (gratuit) et à l'interdiction de la GPA. Les conséquences de ces limitations pourraient cependant conduire à l'exploitation marchande du corps au sein des populations les plus fragilisées d'Europe

pour répondre à la demande des couples issus des pays plus riches, comme la France. Elles posent plus largement la question du respect des droits reproductifs et sexuels des hommes, des femmes et des couples en France et en Europe.

Bibliographie

- Agence de la biomédecine (2009). *Rapport annuel sur le dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation – Année 2008*, 50.
- ASRM Ethics Committee (2009). Access to Fertility Treatment by Gays, Lesbians and Unmarried Persons, *Fertility and Sterility*, 92 (4): 1190-1193.
- Baetens P., Brewaeyns A. (2001). Lesbian Couples Requesting Donor Insemination: an Update of the Knowledge with Regard to Lesbian Mother Families, *Human Reproduction Update*, 7 (5): 512-519.
- Bajos N., Ferrand M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative, *Sociétés contemporaines*, 61: 91-117.
- Bosse-Platière H. (2006). Le tourisme procréatif. L'enfant hors la loi française, *Informations sociales*, 131: 88-99.
- Cohen J. (2006). Le tourisme procréatif: un pis-aller, *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, 34 (10): 881-882.
- Collins J., Cook J. (2010). Cross-border Reproductive Care: Now and into the Future, *Fertility and Sterility*, 94 (1): e25-26.
- Davies T. (2010). Cross-border Reproductive Care: Quality and Safety Challenges for the Regulator, *Fertility and Sterility*, 94 (1): e20-22.
- de La Rochebrochard E. (2008). 200 000 enfants conçus par fécondation *in vitro* en France depuis 30 ans, *Population et Sociétés*, 451: 1-4.
- Festy P. (2006). Le recensement des familles homoparentales, in Cadoret A., Gross M., Mecary C., Perreau B., *Homoparentalités. Approches scientifiques et politiques*, Paris, PUF, 109-116.
- Frith L. (2001). Gamete Donation and Anonymity: the Ethical and Legal Debate, *Human Reproduction*, 16 (5): 818-824.
- Guibert J., Azria E. (2007). Anonymat du don de gamètes: protection d'un modèle social ou atteinte aux droits de l'homme?, *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 36 (4): 360-368.
- Hughes E.G., Dejean D. (2010). Cross-border Fertility Services in North America: a Survey of Canadian and American Providers, *Fertility and Sterility*, 94 (1): e16-19.
- Inhorn M.C., Patrizio P. (2009). Rethinking Reproductive "Tourism" as Reproductive "Exile", *Fertility and Sterility*, 92 (3): 904-906.
- Jouannet P. (2009). Procréer grâce à un don de sperme: accueillir et transmettre sans gêne, *Esprit*, 5: 103-112.
- Leridon H. (2004). Can Assisted Reproduction Technology Compensate for the Natural Decline in Fertility with Age? A Model Assessment, *Human Reproduction*, 19 (7): 1548-1553.
- Löwy I. (2009). L'âge limite de la maternité: corps, biomédecine et politique, *Mouvements*, 59: 102-112.
- Mainland L., Wilson E. (2010). Principles of Establishment of the First International Forum on Cross-Border Reproductive Care, *Fertility and Sterility*, 94 (1): e1-3.

- Marchaudon V., Piccardino O., Dufour P., Subtil D., Deruelle P. (2007). Être enceinte après 45 ans grâce au don d'ovocytes à l'étranger. Merveille de la médecine ou transgression des règles éthiques ?, *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, 35 (12) : 1235-1238.
- McKelvey A., David A.L., Shenfield F., Jauniaux E.R. (2009). The Impact of Cross-border Reproductive care or "Fertility Tourism" on NHS Maternity Services, *BJOG*, 116 (11) : 1520-1523.
- Merlet F., Sénémaud B. (2010). Prise en charge du don d'ovocytes : réglementation du don, la face cachée du tourisme procréatif, *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, 38 (1) : 36-44.
- Moreau C., Bajos N., Équipe COCON (2008). Choisir une contraception : de la connaissance médicale à la norme procréative, in de La Rochebrochard E., *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?*, Paris, INED et PUF, 129-141.
- Nyboe Andersen A., Goossens V., Bhattacharya S., Ferraretti A.P., Kupka M.S., de Mouzon J. et al. (2009). Assisted Reproductive Technology and Intrauterine Inseminations in Europe, 2005: Results Generated from European Registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 24 (6) : 1267-1287.
- Pennings G., Autin C., Decler W., Delbaere A., Delbeke L., Delvigne A. et al. (2009). Cross-border Reproductive Care in Belgium, *Human Reproduction*, 24 (12) : 3108-3118.
- Pulman B. (2010). *Mille et une façons de faire les enfants. La révolution des méthodes de procréation*, Paris, Calmann-Lévy, 350.
- Rozée V., Tain L. (2010). Le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux, in *Colloque international santé et mondialisation*, Université Jean Moulin-Lyon III, 297-314.
- Soullier N., Bouyer J. Pouly J.L. Guibert J. de La Rochebrochard E. (2011). Effect of the Woman's Age on Discontinuation of In Vitro Fertilization Treatment, *Reproductive Biomedicine Online*, 22 (5) : 496-500.
- Thorn P., Dill S. (2010). The Role of Patients' Organizations in Cross-border Reproductive Care, *Fertility and Sterility*, 94 (1) : e23-24.
- Toulemon L., Leridon H. (1999). La famille idéale : combien d'enfants, à quel âge ?, *Insee Première*, 652 : 1-4.