

L'AMP sans frontière

Virginie Rozée (virginie.rozee@ined.fr)

Institut national d'études démographiques, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les disparités législatives et médicales régissant le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) dans le monde, y compris en Europe, créent un réel recours transnational. Cet article présente les premiers résultats d'une étude réalisée en France, Belgique, Grèce et Espagne, dont l'objectif est d'identifier et de comprendre les circuits transnationaux empruntés par les Français pour recourir à une AMP à l'étranger.

Méthodes – Cette étude est basée sur des données quantitatives et qualitatives que nous recueillons actuellement dans les centres médicaux de trois pays européens identifiés comme étant les principales destinations des Français souhaitant bénéficier d'une AMP à l'étranger (Belgique, Espagne et Grèce). À ce jour, 39 auto-questionnaires ont été recueillis et 52 entretiens réalisés en Grèce et en Belgique.

Premiers résultats – Les circuits transnationaux liés à l'AMP sont essentiellement déterminés par les caractéristiques sociodémographiques des futurs parents et par la technique médicale sollicitée.

Discussion et conclusion – Le recours transnational observé concerne aussi bien les exclus de l'AMP que des couples qui auraient toute légitimité à être pris en charge en France. Ce recours témoigne donc de nouvelles attentes mais aussi de demandes insatisfaites en matière de traitement d'infertilité en France.

Mots clés / Key words

Assistance médicale à la procréation, circuits transnationaux, don de sperme, don d'ovocyte, gestation pour autrui / Assisted reproductive technologies, transnational paths, sperm donation, oocyte donation and surrogacy

Introduction

En France, le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) est réservé aux hommes et aux femmes mariés, ou pouvant justifier d'une vie commune d'au moins deux ans, en âge de procréer (âge limité à 43 ans pour les femmes par l'assurance maladie) et dont l'infertilité a été médicalement constatée. La loi de bioéthique¹ qui régit cet accès ne permet donc pas aux personnes célibataires, aux couples de même sexe et aux femmes ménopausées de concevoir un enfant en France par AMP. Par ailleurs, certaines techniques ont un accès limité, le don de gamètes notamment qui est strictement gratuit et jusqu'à présent anonyme ; d'autres, telles que la gestation pour autrui (GPA), sont interdites. La philosophie générale de la loi française est de restreindre l'accès aux techniques procréatives à des cas relevant du « pathologique » et de protéger les principes de respect du corps humain et d'oblativité du don [1].

Dans le contexte mondial comme européen, la France fait partie, avec l'Italie, la Suisse, l'Allemagne et l'Autriche, des pays ayant une législation particulièrement restrictive en matière d'accès et d'offres médicales liés à l'AMP. D'autres pays, comme la

ART without borders

Introduction – There are legal and medical disparities in access to assisted reproductive technologies (ART) between various countries of the world, including in Europe, resulting in true cross-border fertility care. This article is part of an ongoing survey in France, Belgium, Greece and Spain. Its purpose is to examine transnational paths taken by French people in order to use ART.

Methods – The survey uses quantitative and qualitative data collected directly in foreign ART services in three countries that we have identified as being among the main European destinations of French patients (Belgium, Spain, and Greece). We have already collected 39 self-administrated questionnaires, and conducted 52 interviews in Greece and Belgium.

Preliminary results – Transnational ART paths are largely determined by the socio-demographic characteristics of the future parents and the medical care being sought.

Discussion and conclusion – Cross-border fertility care observed concerns both excluded people from ART and French people who could legitimately use ART in France. It sheds light on new expectations, but also unsatisfied demands in terms of infertility care in France.

Belgique, l'Espagne, la Grèce, Israël, le Royaume-Uni, l'Afrique du Sud pour n'en citer que quelques-uns, ont ouvert le recours à l'AMP à toutes les femmes, indépendamment de leur situation matrimoniale, de leur orientation sexuelle et/ou de leur âge [2]. Certains ont levé l'anonymat du don de gamètes ou proposent des dons à double entrée (anonyme et non-anonyme) ; d'autres encore ont reconnu la GPA comme une technique d'AMP (figure 1). Cette diversité d'encadrements législatifs et médicaux crée un recours transnational de l'AMP mis en exergue pour la première fois en Europe par une étude de la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE). D'après cette étude menée dans six pays européens, les raisons de ce recours seraient essentiellement légales et pour obtenir un meilleur traitement de l'infertilité [3]. Selon d'autres enquêtes, le recours transnational dans le monde serait également lié aux modalités du don de gamètes [4].

En France, l'AMP, et notamment les raisons qui pousseraient les Français vers un recours transnational, suscite de nombreuses réflexions éthiques et philosophiques et fait l'objet de vives polémiques scientifiques et médiatiques, comme en témoignent de nombreux articles parus dans la revue « Gynécologie Obstétrique et Fertilité » suite au débat lancé

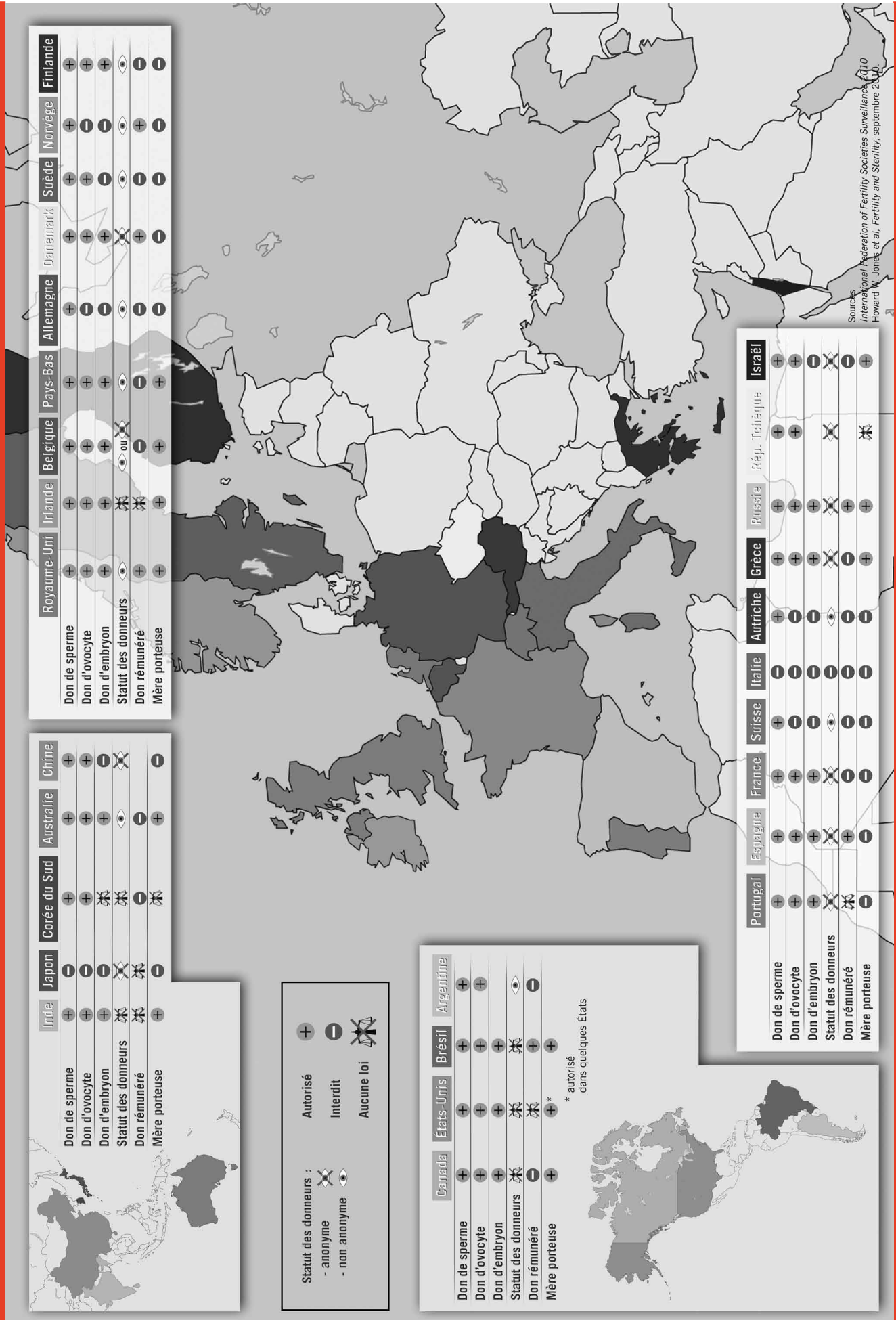
par J. Cohen [5]. Parmi les nombreux rapports officiels qui ont accompagné la révision de la loi de bioéthique depuis 2008, celui de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques aborde le thème du « tourisme procréatif », mais se focalise sur ses dérives mercantiles sans apporter d'éléments empiriques [6]. Peu d'études rendent véritablement compte en France de la réalité de ce recours transnational, ou celles-ci proviennent d'associations ou de médias. L'étude sociologique « AMP sans frontière » que nous réalisons depuis 2009 vise ainsi à apporter les premiers éléments empiriques pour comprendre ce (nouveau) phénomène social, identifier et analyser qui sont les patients français transfrontaliers, où ils vont et pourquoi.

Méthodologie

Dans un premier temps, nous avons réalisé en 2009 une étude préliminaire basée sur un état des lieux scientifique, législatif, associatif et médiatique de la question, ainsi que sur 17 entretiens menés auprès de responsables d'associations françaises, de médecins et de chercheurs européens et 26 entretiens réalisés auprès de femmes, d'hommes et de couples français (de même sexe ou non), contactés par le

¹ Loi n° 2004-800 du 6 août 2004.

Figure 1 Diversité des possibilités d'AMP en Europe et dans le monde / Figure 1. Different ART possibilities existing in Europe and worldwide



D'après l'infographie de Didier Muller, réalisée pour l'exposition « Les [nouvelles] façons d'avoir des enfants », présentée dans l'espace « Science Actualités » de la Cité des sciences et de l'industrie, Paris, novembre 2010-septembre 2011.

biais d'associations, qui s'étaient rendus ou avaient le projet de se rendre à l'étranger pour une AMP.

Ce premier volet de l'étude nous a permis d'identifier les principaux pays européens choisis par les Français pour recourir à une AMP, dont la Grèce, la Belgique et l'Espagne, et de sélectionner dans chacun d'entre eux l'un des centres médicaux recevant le plus de patientèle française. Dans ces centres, nous menons auprès de patients français des entretiens semi-directifs, anonymes et confidentiels, pour comprendre les raisons de leur présence dans ce pays et dans ce centre, les possibilités qu'ils ont explorées pour réaliser leur projet procréatif, les réseaux qu'ils ont mobilisés pour réaliser ce projet, et ce qu'ils souhaiteraient voir changer dans la prise en charge médicale de l'infertilité en France.

Nous avons à ce jour réalisé 52 entretiens : 31 entretiens auprès de tous les patients français pris en charge dans le centre médical grec pendant la durée de notre séjour (un mois) au début de l'année 2010, et 21 entretiens en Belgique entre octobre 2010 et janvier 2011. Le terrain en Espagne est prévu en 2011, même si sa réalisation s'annonce difficile du fait des nombreux refus essuyés de la part des centres espagnols sélectionnés et sollicités. Nous mettons également à la disposition des patients français, dans les centres médicaux de l'étude et par l'intermédiaire de médecins français et d'associations, des auto-questionnaires anonymes (et des enveloppes préaffranchies) destinés à relever leurs caractéristiques proprement sociodémographiques. Nous avons reçu, entre février 2010 et janvier 2011, 39 de ces auto-questionnaires provenant de patients pris en charge en Grèce (n=23) et en Belgique (n=16). Ces derniers ayant connu moins de succès et les données afférentes étant sensiblement les mêmes que celles obtenues *via* les entretiens, nous présentons ici essentiellement les résultats qualitatifs de l'étude préliminaire et apportons des éléments de compréhension à travers l'analyse des discours et histoires des patients français rencontrés en Grèce et en Belgique. Notre démarche est donc qualitative et globale ; elle ne prétend nullement à la représentativité de tous les patients ayant recours à l'AMP à l'étranger mais apporte des éléments de compréhension relatifs à ce recours transnational.

Premiers résultats

Notre étude préliminaire nous a permis de comprendre que les caractéristiques sociodémographiques et les parcours procréatifs des Français qui partent à l'étranger pour bénéficier d'une AMP s'inscrivent dans des circuits transnationaux pluriels et spécifiques. En effet, leurs caractéristiques et histoires dépendent fortement du pays dans lequel ils se rendent et de la technique visée [7]. Nous avons ainsi identifié trois principaux circuits.

Les circuits du don de sperme

Ils sont essentiellement empruntés par les couples de femmes et les femmes célibataires, et par certains couples hétérosexuels. Ces couples et femmes se tournent majoritairement vers l'Espagne et la Belgique, le choix du pays se faisant en fonction de son accessibilité géographique, financière et linguistique,

de la qualité et rapidité de la prise en charge médicale proposée. En Belgique, sur les 21 entretiens réalisés, 15 concernaient un don de sperme (6 femmes seules, 6 couples de femmes et 3 couples homme-femme). Les trois couples hétérosexuels rencontrés avaient toute légitimité à bénéficier d'une AMP en France puisque l'infertilité de l'homme avait été diagnostiquée et que la femme avait moins de 43 ans (et même moins de 40 ans). Ils ont cependant déclaré qu'ils préféreraient faire ces démarches en Belgique où leur prise en charge est quasi-immédiate, contrairement à la France où les délais sont selon eux trop longs. En Espagne et en Belgique, le don de sperme est anonyme. L'anonymat semble être un choix délibéré pour la plupart des couples de femmes rencontrés, mais a été présenté comme un choix par dépit chez les femmes seules interrogées. L'étude préliminaire a montré que certaines femmes célibataires ou en couple avec une autre femme préféreraient ainsi bénéficier d'un don de sperme dans des pays, nordiques pour la plupart (Danemark², Finlande, Pays-Bas), où le don de sperme non-anonyme est possible.

Les circuits du don d'ovocyte

Ils concernent surtout les couples hétérosexuels dont la femme a été considérée comme « trop âgée » par le personnel médical pour réaliser une AMP en France, et ceux qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge plus rapide que celle proposée en France. Ces couples se tournent majoritairement vers des pays européens où le recours à un don est rapide, sans liste d'attente, et où les limites d'âge sont plus souples. C'est le cas notamment de la Grèce et de l'Espagne. Sur les 31 entretiens réalisés en Grèce, 15 couples auraient eu toute légitimité de commencer ou poursuivre des démarches en France, étant donné que les femmes avaient moins de 43 ans, qu'ils étaient en union depuis plus de deux ans et qu'ils étaient pris en charge dans le centre médical grec pour un don d'ovocyte (ou un transfert d'embryons congelés issus d'un don d'ovocyte) ; 13 couples ne pouvaient être pris en charge en France puisque la femme avait 43 ans ou plus (les 3 entretiens restants concernaient deux femmes seules et un couple venu pour un double don, technique illégale en France). Sur l'ensemble des 29 couples rencontrés, 23 avaient fait des démarches d'AMP en France : 13 parmi les femmes de moins de 43 ans et 10 parmi celles de 43 ans et plus. Dans l'ensemble, l'âge et les délais d'attente ont été décrits comme les principales raisons de leur venue dans le pays. En Grèce, le don de gamète est anonyme mais cette modalité n'est pas apparue comme un élément décisif dans le choix du pays. D'après l'étude préliminaire, de nouveaux circuits du don d'ovocyte auraient désormais pour destinations les pays de l'Europe de l'Est (République Tchèque, Croatie) où des cliniques ont été spécialement conçues pour les étrangers et où le don serait plus rapide et à moindre coût.

² La loi danoise préconisant l'anonymat ne s'applique qu'aux actes réalisés par les médecins. Le principe d'anonymat des dons ne concerne donc pas les autres professionnels tels que les sages-femmes qui pratiquent des inséminations artificielles.

Les circuits de la gestation pour autrui

Ils sont en général empruntés par les couples hétérosexuels dont l'infertilité du couple se situe au niveau de l'utérus de la femme³ et par les couples d'hommes ou les hommes seuls, et ont le plus souvent pour destination des pays non-européens. La principale destination observée reste les États-Unis dans les États où la pratique est autorisée, destination décrite comme chère mais considérée comme une option sûre : des agences spécialisées ont été créées et prennent en charge les démarches médicales, administratives et juridiques. Les couples d'hommes rencontrés dans le cadre de l'étude préliminaire ont également évoqué la possibilité d'aller en Inde, décrite comme le *low-cost* de la GPA, en Russie ou en Ukraine, pays cependant peu choisis en raison du manque de transparence de la pratique selon eux. Peu de couples homme-femme semblent aller en Belgique, où la pratique est autorisée dans deux centres médicaux du pays pour les couples hétérosexuels, y compris celui dans lequel nous avons mené notre étude, à la condition de venir avec la future gestatrice. Nous n'avons rencontré que quatre couples français concernés par la GPA en Belgique : deux couples en demande de GPA et deux autres couples où les femmes se proposaient de devenir gestatrices.

Discussion et conclusion

Le recours transnational à l'AMP que nous avons observé concernait autant les exclus de l'AMP (31 entretiens) que des couples qui auraient eu toute légitimité à bénéficier d'une prise en charge en France (21 entretiens). De façon plus générale, ce recours témoigne, d'une part, de nouvelles attentes sociales liées à l'évolution des formes de vie conjugale et familiale, telles que l'homoparentalité et la monoparentalité choisie, et met en lumière, d'autre part, certaines limites et failles du système médical français, qui créent ainsi une demande insatisfaite en matière de traitement d'infertilité.

Les délais d'attente en France pour recourir à un don de gamète sont relativement longs en comparaison avec des pays tels que la Belgique et la Grèce : de 12 à 18 mois pour un don de sperme [8], de plusieurs années pour un don d'ovocyte [9]. Selon certains spécialistes, ces délais s'expliquent par un nombre insuffisant de donneurs et de donneuses surtout, une pénurie liée, selon les patients rencontrés, à l'absence de dédommagement et de prise en charge immédiate lorsqu'une donneuse notamment se porte volontaire. Le dédommagement des donneuses a été décrit par les femmes interrogées en Grèce comme nécessaire et primordial, étant donné la lourdeur et la pénibilité des procédures médicales requises que la plupart d'entre elles connaissent. Par ailleurs, notre étude confirme qu'il s'opère en France un phénomène de sélection avant 40 ans [10], puisqu'un nombre important de femmes rencontrées en Grèce qui réunissaient toutes les conditions pour être prises en charge en France avait moins de 43 ans (15 sur 31).

³ Hystérectomie, syndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser, conséquences d'un cancer de l'utérus, effets secondaires du distillibène.

Les interdictions et restrictions françaises ont été décrites dans l'ensemble des entretiens comme non-conformes aux évolutions médicales, sociales et démographiques de la société française (exemple du recul de l'âge d'entrée en union et sur le marché du travail, qui justifient pour de nombreuses femmes rencontrées leur désir de maternité tardif), et comme incohérentes dans l'espace européen, puisque les couples peuvent bénéficier d'une prise en charge plus souple et rapide dans des pays frontaliers. Ainsi, elles sont davantage vécues et considérées comme des effets de normes issues des croyances religieuses et de la famille traditionnelle française. Joëlle Belaisch-Allart écrit à ce sujet « qu'une loi qui n'est pas vraie de l'autre côté de la frontière (...) ne peut représenter que des croyances sans fondement scientifique » [11].

La diversité des directives médicales et légales, ne serait-ce qu'en Europe, y compris entre pays proches géographiquement et culturellement, interroge en effet sur le fondement de l'encadrement légal français et son devenir. Les restrictions françaises sont justifiées par des arguments éthiques et médicaux, tels que la baisse des taux de succès avec l'âge. Mais elles font également fortement écho à un ensemble de normes sociales qui régissent la procréation (des femmes surtout) et la famille en France, dont quelques composantes ont déjà été décrites dans d'autres champs de la santé reproductive : la norme de l'âge maternel, la norme hétérosexuelle et intraconjugale de la procréation, la

norme de la filiation génétique [12]. Ainsi, ces restrictions et leur maintien (puisque le projet de loi de bioéthique adopté par l'Assemblée nationale le 15 février 2011 ne préconise aucun grand changement concernant l'AMP) s'expliqueraient par une volonté de conformité avec ces normes. Cependant, ces mêmes normes se transforment au gré des évolutions démographiques, économiques et ici médicales avec les avancées de la médecine de la reproduction. Le recours transnational à l'AMP accompagne et met en exergue ces mutations des pratiques et représentations procréatives et familiales en cours, « irréversibles » selon l'anthropologue Maurice Godelier. Ainsi doit-on se demander si, à défaut de les maîtriser, il ne vaudrait pas mieux les accompagner.

Remerciements

Nous remercions l'Institut Émilie du Châtelet de la région Île-de-France, l'Institut de recherche en santé publique et l'Agence de la biomédecine qui soutiennent financièrement cette étude.

Nous remercions également les gynécologues-obstétriciens qui ont donné leur accord pour que l'étude se réalise au sein de leur service ainsi que toutes les personnes, hommes et femmes, qui ont accepté de raconter leur histoire.

Références

- [1] Guibert J, Azria, E. Anonymat du don de gamètes : protection d'un modèle social ou atteinte aux droits de l'homme ? *Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2007;36(4):360-8.
- [2] Jones HW Jr, Cooke I, Kempers R, Brinsden P, Saunders D. International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: préface. *Fertil Steril.* 2011;95(2):491. Disponible à : http://www.iffs-reproduction.org/documents/IFFS_Surveillance_2010.pdf

[3] Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G, Ferraretti AP, Andersen AN, de Wert G, et al; ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod.* 2010;25(6):1361-8.

[4] Nygren K, Adamson D, Zegers-Hochschild F, de Mouzon J; International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies. Cross-border fertility care. International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies global survey: 2006 data and estimates. *Fertil Steril.* 2010;94(1):e4-e10.

[5] Cohen J. Le tourisme procréatif : un pis-aller. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006;34(10):881-2.

[6] Claeys A, Vialatte JS. Rapport sur l'évaluation de l'application de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Paris : Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. 2008. Disponible à : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-off/i1325-tl.pdf>

[7] Rozée V, Tain L. Le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux. *in* Chasles V (dir). Santé et Mondialisation. Lyon : Université Jean Moulin Lyon 3, 2010.

[8] Pulman B. Mille et une façons de faire les enfants. La révolution des méthodes de procréation. Paris : Calmann-Lévy, 2010.

[9] Merlet F, Sénémaud B. Prise en charge du don d'ovocytes : réglementation du don, la face cachée du tourisme procréatif. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010;38(1):36-44.

[10] Marchaudon V, Piccardino O, Dufour P, Subtil D, Deruelle P. Être enceinte après 45 ans grâce au don d'ovocyte à l'étranger. Merveille de la médecine ou transgression des règles éthiques ? *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35(12):1235-8.

[11] Belaisch-Allart J. Réponse de J. Belaisch-Allart à l'éditorial de J. Cohen. Le tourisme procréatif : un pis-aller. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35(2):164-5.

[12] Rozée V, de La Rochebrochard E. L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme procréative ? *Santé, Société et Solidarité.* 2010;(2) (sous presse).