

# L'assistance médicale à la procréation au-delà de nos frontières : état des lieux et des pratiques

*Assisted reproductive technologies beyond ours borders: statement of opportunities and practices*

Virginie Rozée-Gomez\*

L'assistance médicale à la procréation (AMP) constitue aujourd'hui un recours important dans le monde, y compris en Europe (1). Ce recours se fait cependant dans des cadres légaux et médicaux très différents, engendrant ce qui est communément mais maladroitement appelé du "tourisme procréatif". Ce "tourisme" soulève de nombreuses questions mais constitue un bon indicateur pour comprendre le cadre de l'AMP dans un pays donné. Il montre avant tout que "le désir d'enfant ne connaît pas de frontières" (2).

## AMP d'un pays à l'autre

### Principales disparités

Les principales disparités entre pays concernent essentiellement les critères d'accès à l'AMP et les offres médicales. Certains pays émettent des conditions d'âge pour les femmes : 41 ans aux Pays-Bas, 43 ans en France, 45 ans en Belgique, 50 ans en Grèce, 50 ans en Espagne (consensus médical), 51 ans en Israël (45 avec les ovocytes de la patiente), sans limite d'âge en Albanie. Les différences concernent également la situation matrimoniale et l'orientation sexuelle des futurs parents. Le recours à l'AMP peut être réservé aux couples homme-femme (Suisse, France) ou possible pour toutes les femmes, indépendamment de leur situation matrimoniale et/ou de leur orientation sexuelle : c'est le cas de l'Espagne (depuis 1977), de la Belgique, de la Finlande, de la Lettonie, du Luxembourg, de la Grèce, de certains États des États-Unis, du Canada,

d'Israël et de l'Afrique du Sud, et, plus récemment en Europe, de la Suède (où, cependant, seuls les couples, qu'ils soient de sexe différent ou de même sexe, ont accès à l'AMP), de l'Islande, du Danemark et du Royaume-Uni. On observe ainsi en Europe une tendance à ouvrir l'AMP aux personnes célibataires et aux couples de même sexe.

Des différences se situent également au niveau des possibilités médicales et concernent principalement le don de gamètes et la gestation pour autrui (GPA). Le don de sperme est autorisé dans la plupart des pays européens, sauf en Italie où tout don de gamètes est condamné. Le don d'ovocytes est, quant à lui, interdit en Allemagne, en Autriche, en Norvège, au Portugal et en Suisse (3). On note également des différences concernant les modalités du don de gamètes. Il est anonyme en France, en Grèce, au Portugal, en Russie et en Espagne, où cependant la nouvelle loi de 2006 permet aux enfants d'obtenir, à leur majorité, des renseignements généraux sur leurs donneurs et donneuses. Il y a en Europe une tendance à lever cet anonymat et à donner ainsi la priorité au droit des enfants à connaître leurs origines génétiques (Suède, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Royaume-Uni, Norvège, Autriche, Finlande, etc.). Enfin, des pays ont opté pour le double guichet (don ouvert ou anonyme) comme en Belgique ou au Danemark. À l'exception de l'Allemagne, des dispositions explicites ont été prises dans tous les autres pays sur l'établissement de la filiation pour exclure toute paternité du donneur ou maternité de la donneuse. On observe également des différences concernant la gratuité versus le dédommagement des donneurs et donneuses de gamètes. Si l'indemnisation est

\* Institut national d'études démographiques, Paris.

## Points forts<sup>+</sup>

» Le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) dans le monde, y compris en Europe, se fait dans des cadres légaux et médicaux très différents, concernant les conditions d'accès (remplir certains critères sociodémographiques) et les offres médicales (techniques et modalités disponibles et légales).

» Ces disparités créent du "tourisme" procréatif ou "recours transnational" qui s'observe entre de nombreux pays. D'après des études récentes, les principales raisons sont légales, liées à la rapidité de la prise en charge médicale et à la performance afférente.

» L'étude de l'Institut national d'études démographiques (INED) sur le recours à l'AMP des Français dans 4 pays européens met en exergue une demande insatisfaite en matière de traitements de l'infertilité en France, relative au don d'ovocytes et à la limite d'âge imposée pour les femmes.

strictement interdite en France, elle est autorisée et pratiquée dans de nombreux pays, en particulier pour le don d'ovocytes (République tchèque, Grèce, Espagne, certains États des États-Unis). Quant à l'âge limite des donneurs et des donneuses, il est sensiblement le même d'un pays à l'autre en Europe (de 35 à 39 ans).

L'autre principale disparité relative à l'offre médicale concerne la GPA. La majorité des pays européens l'interdit. Elle est en revanche autorisée au Royaume-Uni (depuis 1985), en Russie, en Grèce, en Afrique du Sud, en Israël, au Canada, au Brésil, en Iran, en Australie et en Thaïlande (4). Certains de ces pays émettent des conditions d'accès – la GPA étant uniquement réservée aux couples homme-femme, aux résidents du pays, avec les gamètes des parents d'intention – ou n'autorisent que la GPA altruiste. Enfin, dans d'autres pays, la GPA est pratiquée en dehors de tout cadre juridique national ou fédéral, et souvent régie par les centres médicaux eux-mêmes (Belgique, États-Unis, République tchèque, Inde).

### "Tourisme" procréatif

Ces disparités entre pays parfois proches géographiquement et culturellement créent du "tourisme" procréatif (5). Cette expression est très controversée du fait de sa connotation négative. La Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) utilise le terme plus neutre de *cross-border reproductive care* qu'il est cependant difficile de traduire en français. Des études scientifiques récentes se sont intéressées à ce phénomène. Il s'agit essentiellement d'études exploratoires qualitatives, les recours transnationaux étant difficiles à quantifier d'un pays à l'autre. Ces études montrent qu'il concerne de nombreux résidents et pays. Il s'observe entre le Royaume-Uni et l'Espagne ou la République tchèque (6) ; entre le Canada et les États-Unis ou le Mexique (7, 8) ; entre les pays du Moyen-Orient (9). En Europe, l'ESHRE a récemment dirigé une étude sur la question dans 6 pays européens. Les recours transnationaux de l'AMP concerneraient entre 11 000 et 14 000 patients transnationaux provenant de 49 pays, essentiellement d'Allemagne, d'Italie, des Pays-Bas et de France (10). La Belgique apparaît comme la principale destination européenne où se

rendraient des résidents de 86 nationalités différentes, surtout des Français, des Hollandais, des Italiens et des Allemands (11).

Les patients transnationaux étudiés dans ces recherches sont principalement des couples homme-femme dont la femme a en moyenne, selon les études, 37 ans ou 39 ans. La majorité de ces patients va à l'étranger pour bénéficier d'un don de gamètes, d'ovocytes surtout. Les raisons sont principalement légales (obtenir ailleurs ce qui est refusé chez soi). Mais elles sont également liées aux délais d'attente dans le pays de résidence et à la qualité de la prise en charge, considérée comme meilleure et plus performante dans le pays de destination. Les raisons sont parfois financières : à l'exception de la France et d'Israël, dans la majorité des pays, les traitements pour infertilité sont exclus des remboursements par le système d'assurance maladie et restent aux frais des patients. Enfin, d'autres études montrent que les recours transnationaux sont également fonction de l'anonymat ou non du don de gamètes (12).

Ces études montrent que le "tourisme procréatif" ne s'opère pas uniquement entre pays ayant des conditions d'accès restrictives et ceux ayant une législation plus libérale ou laxiste : pour preuve, il concerne les résidents du Royaume-Uni, pourtant considéré comme un des pays européens les plus flexibles et ouverts en matière d'AMP. Certains experts dénoncent les inégalités qu'il crée ou accentue et les risques sanitaires qu'il comporte (13). Les débats tournent également autour des solutions à apporter. Une harmonisation européenne est-elle possible ? Pour de nombreux experts, une législation européenne commune serait celle du plus petit dénominateur commun et serait donc particulièrement restrictive. Pour d'autres, "il semble plus sage de laisser aux mentalités le soin d'évoluer à leur rythme face aux progrès de la science" (2). Il existe à ce jour des directives européennes, non coercitives, sur la libre circulation pour des soins médicaux, sur l'accès aux origines, la non-discrimination dans le projet d'enfant, la non-marchandisation des corps et la non-rémunération des dons de gamètes.

Les recours transnationaux liés à l'AMP sont des phénomènes sociaux et médicaux complexes. Avec la médicalisation croissante de la procréation, dans un contexte de mondialisation toute aussi croissante, ces

## Mots-clés

Assistance médicale à la procréation  
Tourisme procréatif  
Don de gamètes  
Don d'ovocytes  
France

### Highlights

*There are legal and medical disparities in use of assisted reproductive technologies (ART) between various countries of the world, including of Europe, regarding conditions of access (to fulfil some sociodemographic criteria) and availability of medical technologies (techniques and methods which are legal and available).*

*\*These disparities lead to "procreative tourism" or "cross-border fertility" care around the world. According to recent studies, the main reasons are legal, related to the rapidity of medical care and performance.*

*\*The current study at French national Institute for demographic studies (INED) on French cross-border patients using ART in four European countries highlights an unsatisfied demand in the field of infertility treatments in France, concerning the donation of oocytes and age limit imposed on women.*

### Keywords

*Assisted reproductive technologies (ART), cross-border reproductive care, gamete donation, oocyte donation, France*

## Références bibliographiques

1. de Mouzon J, Goossens V, Bhat-tacharya S et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod* 2010;25:1851-62.
2. Bosse-Platière H. Le tourisme procréatif. *L'enfant hors la loi française, Informations sociales* 2006;131:88-99.
3. Letur H. État des pratiques du don d'ovocytes en France et en Europe. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:727-37.
4. Jones HW, Cooke I, Kempers R, Brinsden P, Saunders D, International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010. [http://www.iffes-reproduction.org/documents/IFFES\\_Surveillance\\_2010.pdf](http://www.iffes-reproduction.org/documents/IFFES_Surveillance_2010.pdf)
5. Knopper BM, Lebris S. Recent advances in medically assisted conception. *Am J Law Med* 1991;17:329-61.
6. Culley L, Hudson N, Rapport F, Blyth E, Norton W, Pacey AA. Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Hum Reprod* 2011;26:2373-81.
7. Blyth E. Fertility patients' experiences of cross-border reproductive care. *Fertil Steril* 2010;94:e11-9.
8. Hughes EG, Dejean D. Cross-border fertility services in North America: a survey of canadian and american providers. *Fertil Steril* 2010;94:e16-9.
9. Inhorn MC, Shrivastav P. Globalization and reproductive tourism in the United Arab Emirates. *Asia-Pac J Public Health* 2010;22:68S-74S.
10. Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G et al. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod* 2010;25:1361-8.

recours sont amenés à se développer. Ils n'en soulèvent pas moins de nombreuses questions et de plus amples recherches sont donc nécessaires pour y répondre.

## Le cas de la France

L'étude "AMP sans frontière", actuellement menée à l'Institut national d'études démographiques (INED) auprès de Français partant à l'étranger, en Europe, pour une AMP, a pour objectif d'apporter de premiers éléments descriptifs et compréhensifs à ce sujet (14). Cette étude est fondée sur le recueil de données sociodémographiques et d'histoires personnelles et médicales de patients français ayant été pris en charge dans le centre médical de 4 pays (Belgique, Danemark, Espagne, Grèce) entre janvier 2010 et décembre 2011. Le choix des pays et des centres a été motivé par les résultats d'une étude préliminaire où ils sont apparus comme des destinations européennes privilégiées par les Français. À ce jour, l'étude inclut 103 autoquestionnaires et 113 entretiens.

## Principales caractéristiques et histoires des patients français transnationaux

La majorité des patients de l'étude sont des couples homme-femme en union depuis plus de 2 ans, les autres patients étant des couples de femmes ou des femmes seules. Les femmes ont entre 28 et 50 ans, la moyenne d'âge les concernant étant de 40 ans chez celles qui ont répondu aux questionnaires et de 37 ans chez celles qui ont été interviewées. Les participants à l'étude sont très majoritairement ingénieurs, cadres supérieurs, agents de maîtrise ou employés, travaillant le plus souvent en entreprise privée. Ceux qui étaient ou sont suivis à l'étranger pour concevoir un enfant ont généralement ce projet depuis plus de 2 ans, certains depuis plus de 10 ans ; et plus de la moitié d'entre eux ont un (long) parcours d'AMP en France. Le don d'ovocytes constitue la principale technique sollicitée à l'étranger. Ce résultat peut être lié aux choix des cliniques : la clinique espagnole sélectionnée pour l'étude, par exemple, prend essentiellement en charge des patients pour don d'ovocytes (or, l'Espagne est également un des principaux pays de destination pour le don de sperme). Les autres techniques sollicitées sont le don de sperme, le double don, la FIV "classique", l'accueil d'embryons, la vitrification ovocytaire et quelques rares cas de GPA en Belgique (le recours à la GPA se faisant essentiellement hors Europe, aux États-Unis et au Canada). Les raisons décrites comme légales, qui sont mino-

ritaires dans l'étude, sont liées à l'âge de la femme, à l'orientation sexuelle ou à la technique visée telle que le double don (certains ont inclus ici le don d'ovocytes). Les principales raisons évoquées sont les listes d'attente dissuasives pour un don de gamètes, de meilleures chances à l'étranger d'obtenir une grossesse et l'insatisfaction de la prise en charge de l'infertilité en France. De nombreuses femmes ont également déclaré que leur médecin avait refusé de continuer des démarches d'AMP en France du fait de leur âge (alors qu'elles avaient moins de 43 ans). D'autres ont expliqué que leur médecin les avait directement orientées vers l'étranger, du fait notamment des délais d'attente pour un don d'ovocytes. Certains couples se sont vus refuser l'inscription sur liste d'attente pour un don, car ils ne présentaient pas de stérilité avérée d'un des 2 conjoints ou une pathologie lourde ; d'autres ont évoqué l'obligation de venir avec une donneuse (officiellement non requise) qu'ils n'ont pas cherchée ou trouvée ou bien dont la candidature n'a pas été retenue par l'équipe médicale.

L'étude montre l'importance d'Internet, des associations et des praticiens français dans le choix du pays et du centre médical. Ce choix est ensuite motivé selon les pays par le coût financier et la rapidité de la prise en charge (pour la Grèce), la proximité géographique (pour la Belgique), la rapidité et la qualité de la prise en charge (pour le Danemark) et la réputation (pour l'Espagne). Le fait qu'un professionnel dans le centre médical parle parfaitement le français a également été un élément décisif dans le choix du centre. La modalité du don de gamètes dans le pays de destination motive souvent le choix du pays chez les couples de femmes (qui optent de préférence pour un don anonyme) et les femmes seules (qui semblent au contraire préférer un don identifiant). En revanche, elle ne justifie presque jamais le choix du pays chez les couples homme-femme (certains pensent d'ailleurs que l'anonymat est une règle universelle).

La plupart des femmes de l'étude sont en parallèle suivies en France par leur gynécologue habituel ou par un nouveau gynécologue ou spécialiste, qui leur délivre des ordonnances pour les échographies et les traitements hormonaux, et qui le plus souvent les soutient dans leurs démarches. Dans certains cas en revanche, trouver un médecin français secondant le médecin grec, belge, danois ou espagnol a été particulièrement difficile. Dans l'ensemble, les patients sont satisfaits de leur prise en charge à l'étranger, et, en cas de dons, déclarent avoir été informés du mode de recrutement du donneur ou de la donneuse et du nombre d'embryons qui leur seraient transférés (entre 1 et 3 selon les pays). Seul le prix payé

(environ 4 000 euros en Grèce et 7 000 euros en Espagne pour un don d'ovocytes) a obtenu un degré moindre de satisfaction. Pour payer ces démarches, certains ont d'ailleurs dû faire un emprunt auprès de proches ou auprès d'une banque.

### Que nous apprennent ces recours sur l'AMP en France ?

Ces premiers résultats mettent principalement en exergue une demande insatisfaite du traitement de l'infertilité en France, puisqu'une forte proportion de patients français transnationaux réunissait toutes les conditions légales et médicales requises pour être pris en charge en France. Cette demande insatisfaite concerne essentiellement le don d'ovocytes. D'ailleurs, peu des patients se sont vu proposer le don d'ovocytes en France du fait des délais d'attente. Cette demande insatisfaite est liée au manque de donneuses (15), à une prise en charge moins rapide et efficace des donneuses et à un manque de structures médicales spécialisées (16). Pour les femmes interrogées, le problème du don d'ovocytes s'explique par le manque d'information et de sensibilisation du public à cet égard et surtout par la gratuité du don : elles estiment qu'"un dédommagement du *pretium doloris* (...) aurait le mérite de reconnaître socialement le 'coût' de la démarche généreuse de la donneuse et aurait valeur de mesure incitative" (3).

L'insatisfaction de la prise en charge en France concerne également l'âge limite imposée aux femmes. Selon la loi de bioéthique, seuls les couples en âge de procréer peuvent bénéficier d'une AMP. La loi ne définit pas cette tranche d'âge. L'assurance maladie a donc interprété la loi et fixé l'âge maximal de remboursement à 43 ans pour les femmes. Mais, dans la pratique, il semblerait que certains médecins français refusent de prendre en charge les femmes de 40 ans et plus. De nombreuses femmes ont déclaré ne pas avoir été suffisamment informées sur la baisse de la fertilité avec l'âge et regrettent que leur gynécologue ne leur ait pas parlé de ce problème lorsqu'il était encore temps pour elles de concevoir un enfant sans aide médicale. Pour d'autres, cette restriction par l'âge est incohérente avec l'évolution de la vie des femmes : l'allongement de la durée des études, l'entrée plus tardive sur le marché du travail, le recul d'âge d'entrée en union induisent un projet parental plus tardif pour les femmes. Cette restriction est décrite également comme incohérente avec la récente apologie médiatique de femmes célèbres, enceintes et épanouies après 40 ans.

Partir à l'étranger pour bénéficier d'une AMP est souvent

apparu comme une décision longue et difficile concernant le bon choix de la clinique ou de la technique envisagée. Le don d'ovocytes étant peu développé et donc peu "démocratisé" en France, il a suscité chez de nombreuses femmes des doutes et des réticences quant à la légitimité de leur maternité : elles craignent en effet de ne pas être ensuite considérées comme la "véritable" mère de l'enfant. La plupart des personnes de l'étude ont envisagé d'autres alternatives telles que l'adoption pour avoir un enfant. Mais aller à l'étranger pour une AMP a été décrit comme plus simple, moins restrictif, plus rapide et nettement moins cher que l'adoption. Toutes, sauf 1 personne ayant rempli le questionnaire, ont déclaré que si c'était à refaire (aller à l'étranger pour une AMP), elles le referaient. Beaucoup regrettent de ne pas être partie plus tôt, évitant ainsi "une perte de temps" en France. Les possibilités médicales existant à l'étranger rendent d'autant plus intolérable l'infertilité, et d'autant plus inimaginable le renoncement à l'enfant. Si certaines des femmes interrogées se sont fixées des limites claires (ne pas dépasser un certain âge ou un certain nombre de tentatives), d'autres ont déclaré ne pas savoir où et quand elles s'arrêteront pour tenter d'avoir un enfant. Dans une société qui survalorise la maternité, peut-on condamner une femme qui met tout en œuvre pour concevoir ? Quelle solution apporter à celles qui ont notamment un parcours d'AMP de plusieurs années en France puis qui se voient refuser la poursuite de telles démarches dans leur pays ?

### Conclusion

La disparité des encadrements légaux et médicaux de l'AMP dans le monde, y compris en Europe, et les recours transnationaux qu'elle entraîne posent de nombreuses questions de santé publique, et surtout sociologiques, la réponse à ces questions étant essentiellement fondée sur les choix sociaux faits dans une société donnée. Le don d'ovocytes pour des femmes de 45 ans est-il une merveille de la médecine ou une transgression des règles éthiques (17) ? L'anonymat des dons de gamètes et l'accès aux origines représentent-ils la protection d'un modèle social ou une atteinte aux droits humains (18) ? Les parents ont-ils le droit de concevoir un enfant par n'importe quel moyen existant ? La société doit-elle considérer la médecine reproductive comme un luxe ou comme un droit fondamental (19) ? Le "tourisme" procréatif représente-t-il une limite locale aux droits d'accéder à des soins reproductifs ou l'expression d'une liberté exercée par les patients transnationaux (20) ? ■

### Références bibliographiques

11. Pennings G, Autin C, Decler W et al. Cross-border reproductive care in Belgium. *Hum Reprod* 2009;24:3108-18.
12. Nygren K, Adamson D, Zegers-Hochschild F, de Mouzon J. Cross-border fertility care. *International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies global survey: 2006 data and estimates. Fertil Steril* 2010;94:e4-8.
13. Storrow RF. The pluralism problem in cross-border reproductive care. *Hum Reprod* 2010;25:2939-43.
14. Rozée V. L'AMP sans frontière. *BEH* 2011;23-24:270-3.
15. Merlet F, Senemaud B. Prise en charge du don d'ovocytes : réglementation du don, la face cachée du tourisme procréatif. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38:36-44.
16. Aballea P, Burstin A, Guedj J, Maysonave C. État des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France. Rapport (RM2011-024P)-Tome1, IGAS 2011.
17. 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.
18. 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;36:360-8.
19. Spar D. Reproductive tourism and the regulatory map. *New England J Med* 2005;352:531-3.
20. Pennings G. International parenthood via procreative tourism. In Shenfield F, Sureau C (eds). *Contemporary Ethical Dilemmas in Assisted Reproduction*. Abingdon, Oxon: Informa Health Care 2006:43-56.