

d'une politique de santé sexuelle. Ils sont les mieux placés pour analyser les besoins en termes de promotion, de prévention et de soin, et connaître les acteurs de terrain susceptibles d'exercer leurs compétences respectives grâce à une coordination locale. C'est pourquoi dans son avis du 20 avril 2016, le Haut Conseil de la santé publique propose pour la promotion, le dépistage et la prévention en santé sexuelle de promouvoir les Cegidd et de leur confier la prise en compte de la santé sexuelle des publics spécifiques (HSH, migrants, personnes en situation de prostitution, personnes placées sous main de justice, transgenres, personnes âgées, personnes handicapées).

Ces missions justifient de doter ces structures de moyens adéquats, dont la disponibilité sera laissée à l'initiative des ARS. En effet, l'obligation faite d'être composée d'un médecin ayant une expérience dans le domaine du VIH et des infections sexuellement transmissibles, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) secrétaire(e), d'un(e) psychologue(e), de coordonner des actions hors les murs, de pratiquer gratuitement certaines vaccinations sont autant de fonctions qui, à budget constant, imposeraient des arbitrages sur les missions qui leur sont confiées.

La création des Cegidd représente une simplification administrative mais risque de ne pas améliorer la lisibilité de l'offre de santé sexuelle ni celle du parcours

de santé. Il reste possible d'améliorer la lisibilité en favorisant dans un premier temps la coordination des Cegidd avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Introduits en France avant 1940 puis adoptés par plusieurs associations autour des années 1960, les CPEF ont compétence sur la contraception et l'IVG, favorisant la fréquentation des femmes, jeunes ou moins jeunes, souvent en situation de précarité ou ayant des difficultés sociales. De plus, les CPEF ont une grande expérience de la promotion et de l'éducation sexuelle, qui fait défaut à la plupart des Cegidd, ceux-ci n'intervenant pas en milieu scolaire.

Cette étape indispensable de rapprochement devrait à terme permettre l'identification de véritables centres de santé sexuelle, comme on peut en trouver dans les pays anglo-saxons, chefs d'orchestre de la promotion, de la prévention et du soin, affichant leurs compétences et l'ouverture à toutes les formes de sexualité. Afin d'évoluer vers ces structures non discriminantes, capables de répondre à toutes les problématiques en rapport avec la santé sexuelle, il est nécessaire de leur offrir un financement cohérent, avec une part basée sur la tarification à l'acte et une part gratuite selon les besoins des personnes, et d'assurer une formation adéquate de l'ensemble du personnel. C'est à ce prix qu'une véritable stratégie nationale de santé sexuelle pourra se mettre en place dans notre pays. ●

## Assistance médicale à la procréation, gestion nouvelle des besoins en donneurs

**D**epuis la naissance, en 1978, de Louise Brown, premier bébé conçu en éprouvette, près de 6 millions de bébés ont été ainsi conçus dans le monde. L'assistance médicale à la procréation (AMP) est entrée dans nos mœurs, sa pratique est devenue courante en France. Néanmoins elle continue de soulever de multiples questions.

L'AMP fascine le grand public, elle a, en apparence, rendu tout (ou presque) possible, la double, voire la triple maternité (la mère génétique fournit l'ovocyte, la mère porteuse prête son utérus, la mère sociale élève l'enfant), la maternité sans ovaire (le don d'ovocyte) ou sans utérus (la gestation pour autrui), la paternité sans spermatozoïde (le don de sperme), la parentalité à tout âge et l'homoparentalité pour les femmes comme pour les hommes. Don d'ovocyte, accueil d'embryon, prêt d'utérus (encore appelé gestation pour autrui ou GPA) font désormais partie de notre univers quotidien, du moins dans les médias.

Au quotidien, la réalité est tout autre pour les femmes françaises. Aucune pratique médicale, en France, n'est aussi encadrée par la loi que l'AMP. La loi dite de bioé-

thique de juillet 1994, revue en 2004, puis en 2011, définit très strictement les conditions dans lesquelles l'AMP peut s'exercer.

### L'accès à l'AMP en France

D'après la loi de bioéthique de 2011, l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer. Les femmes seules ou homosexuelles sont actuellement exclues de l'AMP. Les dons d'ovocyte et de sperme doivent être anonymes et gratuits. Les mères porteuses sont interdites.

Si la liberté est restreinte, les Françaises bénéficient d'une prise en charge par l'Assurance maladie qui leur est favorable : quatre tentatives sont totalement prises en charge (en milieu hospitalier) pour l'obtention d'une naissance. La prise en charge par les systèmes de santé a un impact majeur sur l'accès à l'AMP, comme l'illustre l'exemple de l'Allemagne : jusqu'au premier janvier 2004, quatre cycles étaient pris en charge à 100 % sans restriction d'âge ; depuis que seuls trois cycles sont pris en charge à 50 % pour les femmes de 25 à 40 ans et les hommes de moins de 50 ans, le nombre d'AMP est

**Joëlle Belaisch-Allart**  
Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier des 4 Villes, Saint-Cloud



passé de 1 075 cycles à 650 par million d'habitants, et cela a un impact sur la fertilité totale du pays, qui est passée de 1,34 à 1,32 enfant par femme. Il est démontré que l'AMP, qui représente jusqu'à 5,8 % des naissances dans certains pays (comme le Danemark), a un effet faible mais non nul sur la fertilité et la natalité.

### Le problème particulier du don d'ovocyte en France

Depuis la première naissance après don d'ovocyte en 1984, la technique s'est développée, initialement pour compenser l'absence d'ovaire ou des ovaires prématurément non fonctionnels ou en cas de risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité. Le don est anonyme et gratuit.

Progressivement, des indications dites relatives se sont développées : échecs de FIV (fécondation *in vitro*) supposés dus à des problèmes de qualité ovocytaire et femmes de plus de 40 ans. Désormais la majeure partie des demandes de don d'ovocytes en France, comme ailleurs, provient de femmes de la quarantaine. Les difficultés du don d'ovocyte en France sont bien connues : manque de donneuses, non-indemnisation des donneuses, délais d'attente de dix-huit mois à deux ans, etc. Contrairement à d'autres pays comme l'Espagne, où les donneuses reçoivent une indemnisation de l'ordre de 900 euros et où les donneuses sans enfants sont acceptées, le don reste gratuit. Les Françaises de plus de 40 ans qui cherchent à obtenir une grossesse par don d'ovocyte (et qui en ont les moyens financiers) ont le plus souvent recours au « tourisme procréatif ».

En France, jusqu'en 2011 le don devait provenir de donneurs ayant procréé. La loi de 2011 a modifié les dispositions relatives au don de gamètes : elle ouvre la possibilité aux personnes n'ayant pas eu d'enfant de donner leurs gamètes, et leur propose la conservation d'une partie de leurs gamètes ou tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une AMP. Cette mesure avait été proposée par l'Igas dans son rapport sur le don d'ovocyte en France pour tenter d'augmenter le nombre de donneuses. Le décret d'application permettant de prendre ces donneuses en charge n'est paru que quatre ans après, en octobre 2015. Certains ont craint que cette disposition ouvre la voie à l'autoconservation des ovocytes, ce qui explique ce délai.

L'âge de la maternité ne cesse de reculer. Les progrès de la contraception, les études prolongées, les carrières féminines, l'instabilité du marché du travail, l'hostilité des employeurs à l'annonce d'une grossesse, tout se conjugue pour que les femmes programment de plus en plus tard leur grossesse. Le désir de plus en plus tardif d'enfant est désormais reconnu comme un phénomène de société. Contrairement aux idées reçues, l'AMP ne permet pas de lutter contre cette chute de la fertilité. Toutes les techniques, inséminations intra-utérines, fécondation *in vitro*, micro-injection, voient leur taux de succès diminuer dès 35 ans et devenir quasi nul après 42 ans : aucune technique ne peut compenser l'effet délétère de l'âge sauf le don d'ovocyte d'une femme plus jeune...

L'autoconservation ovocytaire pourrait apporter une autre réponse à ces femmes leur permettant d'utiliser leurs ovocytes congelés avec un taux de succès proche de celui observé à l'âge de la conservation. L'autoconservation réduirait les demandes de don d'ovocyte des femmes de la quarantaine et permettrait aux femmes ayant une véritable indication à ce don d'en bénéficier plus facilement : les femmes ayant autoconservé leurs ovocytes et qui n'en auraient plus l'usage (grossesse spontanée ou limite d'âge atteinte) pourraient les donner. Les problèmes d'immuno-intolérance observés dans les grossesses après don d'ovocyte n'existeraient pas (sauf en cas de don). Enfin, l'autoconservation ne pose ni problème de filiation ni de droit aux origines, contrairement au don d'ovocyte.

De nombreux arguments plaident donc en faveur d'une préservation de la fertilité, d'ores et déjà disponible dans certains pays européens. Cette autoconservation pose toutefois de réels problèmes. Les risques des grossesses tardives sont réels pour la mère et pour l'enfant (hypertension artérielle, prématurité, diabète gestationnel, mortalité maternelle et fœtale augmentée). Il faudrait donc fixer une limite pour reprendre ses ovocytes. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français a proposé que 45 ans soit l'âge optimal mais que la reprise soit possible jusqu'à 50 ans si la santé de la femme le permet et qu'elle est informée des risques encourus par elle-même et par l'enfant.

### L'avenir : faut-il étendre les indications de l'AMP ?

D'après la loi de 2011, « l'AMP a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant le couple doivent être en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ». En clair, en France, l'AMP est réservée aux couples hétérosexuels présentant une infertilité médicalement constatée et dont les deux membres sont en vie. L'autoconservation ovocytaire n'est autorisée qu'avant traitement potentiellement stérilisant. Les couples homosexuels féminins peuvent recourir à l'AMP dans de nombreux pays voisins (Belgique, Danemark, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni). La GPA est tolérée en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Grèce, en Roumanie, aux Pays-Bas, au Canada et dans certains États des États-Unis. Israël la Grande-Bretagne, la Russie et l'Ukraine l'autorisent et l'encadrent. La préservation de la fertilité de convenance est possible en Belgique, en Espagne, en Italie, aux États-Unis.

Comment expliquer ces disparités ? Comment admettre que ce qui est légal d'un côté de la frontière soit illégal de l'autre ? Quelle peut être la pertinence d'une loi qui n'est pas reconnue universellement [12] ? Certes il existe des arguments contre la prise en charge des couples de femmes et plus encore d'hommes (puisque pour l'homme le recours à la GPA est indispensable),

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

## Extrait du décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes

« Art. R. 2144-2-1. IV. – Le donneur, homme ou femme, n'ayant pas procréé qui souhaite conserver une partie de ses gamètes en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure à son bénéfice d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au titre IV du livre I de la deuxième partie du présent code est informé :

« 1° Des conditions à remplir pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation

recourant aux gamètes conservés à son bénéfice, notamment les conditions prévues à l'article L. 2141-2 ;

« 2° De l'existence de règles de répartition des gamètes entre ceux conservés en vue de don et ceux conservés à son bénéfice ; ces règles prennent en compte la nécessité d'obtenir des gamètes en quantité suffisante pour constituer un don. »

« Art. R. 1244-9. L'arrêté fixant les règles de bonnes pratiques appli-

cables à l'assistance médicalement assistée avec tiers donneur pris en application du dernier alinéa de l'article L. 2141-1 précise les règles de répartition des gamètes mentionnées au 2° du IV de l'article R. 1244-2 ainsi que les situations n'offrant pas de possibilité de conservation d'ovocytes au bénéfice de la donneuse prévues au 3° du V du même article. »

au premier rang desquels viennent les éventuels effets délétères sur les enfants de l'absence de référent paternel ou maternel, mais ces effets ne sont pas démontrés dans la quasi-totalité des études scientifiques. Les problèmes de filiation sont réels mais pourraient être résolus par un changement de loi. Les aspects financiers et l'inégalité sociale éventuelle, le manque de donneurs de sperme (les Belges font appel aux banques danoises...) sont de réelles barrières. Mais il y a aussi des arguments pour étendre l'AMP : la liberté individuelle, l'autonomie des individus, le fait que l'on peut séparer le cas des femmes et celui des hommes – l'inégalité physiologique homme-femme plaide en faveur d'une prise en charge possible au moins pour les couples de femmes, comme c'est le cas dans de nombreux pays. Le comité d'éthique de l'American Society of Reproductive Medicine n'a pas hésité à affirmer qu'il y a obligation éthique à traiter également toutes les personnes quels que soient leur statut marital et leurs orientations sexuelles, tout en respectant, bien sûr, la clause de conscience des professionnels [66].

Le don d'ovocyte est considéré comme une AMP légale et pourtant la majorité des candidates au don sont désormais des femmes de 40 ans et plus qui

ont attendu pour faire leur enfant. Ne s'agit-il pas là d'une infertilité purement sociétale ? Les limites de l'infertilité sociétale et de l'infertilité médicale sont en réalité bien floues.

La vraie question posée par l'extension des indications de l'AMP est le rôle de la médecine. La prise en charge exclusive de la pathologie se discute, le vieillissement et ses conséquences sont des phénomènes physiologiques, la lutte contre ses conséquences est désormais reconnue comme une médecine « normale ». Pourquoi le vieillissement ovarien n'aurait-il pas le droit d'être traité ou prévenu grâce à l'autoconservation ovocytaire, contrairement au vieillissement cutané ou oculaire [13] ?

Spécificité française, la prise en charge à 100 % des problèmes d'infertilité par l'Assurance maladie oblige à s'interroger : les mutations de la société doivent-elles être prises en charge par l'Assurance maladie ? Actuellement les Françaises qui ont recours à ces AMP à l'étranger payent, est-il éthique que seules les femmes qui en ont les moyens y aient accès ?

Sans qu'il soit question de se laisser guider par l'évolution des techniques et de la société, il est impossible de ne pas en tenir compte. ●

## Extrait de l'arrêté du 24 décembre 2015\* relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation

V-3-2. Règles de répartition des gamètes du donneur n'ayant pas procréé : « Dans le cadre du don d'ovocytes consenti par une donneuse n'ayant pas procréé et qui souhaite conserver une partie de ces ovocytes à son bénéfice, le nombre d'ovocytes matures recueillis conditionne la répartition des ovocytes entre le don et la conservation au bénéfice de la donneuse. Dans cette

situation, les ovocytes sont décongelés après leur prélèvement de façon à connaître le nombre d'ovocytes matures recueillis et permettre l'application des règles de répartition suivantes :

« - jusqu'à 5 ovocytes matures obtenus, tous les ovocytes sont destinés au don et la conservation au bénéfice de la donneuse n'est alors pas réalisée ;

« - de 6 à 10 ovocytes matures obtenus, au moins 5 ovocytes matures sont destinés au don ;

« - au-delà de 10 ovocytes matures obtenus, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don » ●

\* Arrêté pris en application de l'article L. 2141-1 du Code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008.