



HAL
open science

Le don d'ovocytes : difficultés d'accès aux soins et de prise en charge pour les receveuses en France et enjeux du recours aux soins transfrontaliers

Béatrice Jimenez Barrinso

► To cite this version:

Béatrice Jimenez Barrinso. Le don d'ovocytes : difficultés d'accès aux soins et de prise en charge pour les receveuses en France et enjeux du recours aux soins transfrontaliers. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00873943

HAL Id: dumas-00873943

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873943>

Submitted on 16 Oct 2013

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.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 4 avril 2013

par

Béatrice JIMENEZ BARRINSO

Née le 27/01/1990

Le don d'ovocytes :
Difficultés d'accès aux soins et de prise en charge
pour les receveuses en France
& enjeux du recours aux soins transfrontaliers

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme GAYET Vanessa

Chef de clinique en Gynécologie et AMP - Port-Royal

CO-DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme MESNIL Nicole

Sage-femme enseignante - ESF Baudelocque

JURY :

Mr le Pr CABROL

Directeur technique et d'enseignement - ESF Baudelocque

Mme DUQUENOIS

Représentante de la directrice - ESF Baudelocque

Mme BENJILANY

Sage-femme

Mme DUCHAUFFOUR

Sage-femme

Mme MESNIL

Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N° 2013PA05MA15

Remerciements

Je remercie :

Madame le Docteur Gayet, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour ses conseils

Madame Mesnil, pour son aide précieuse dans l'élaboration de ce travail, pour le temps qu'elle y a accordé, mais aussi pour sa gentillesse et sa bonne humeur

Madame Chantry, pour ses conseils précieux, ses encouragements et son enthousiasme hors-pair

Les femmes de l'étude, pour le temps qu'elles ont accordé à me répondre

Je souhaite également remercier,

Les membres de ma famille, pour leur présence et surtout leur patience,
et plus particulièrement **mon frère José** pour son soutien

Ma nièce Eva, mon rayon de soleil, pour savoir me redonner le sourire en un clin d'œil

Mado, pour avoir été à mes côtés depuis tant d'années, et pour avoir cru en moi même dans les moments les plus difficiles

Enfin je souhaite remercier les filles,

Clémence L. (« Coco-directrice »), Charlotte L., Charlotte T., Adrienne V. et Marion L.,
sans qui ces quatre années d'études seraient passées nettement moins vite et auraient assurément perdu beaucoup de leur charme

Merci

Table des matières

Liste des figures.....	I
Liste des annexes	II
Lexique	III
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	2
1. La question de l'infertilité et l'Assistance Médicale à la Procréation en France. 2	
1.1. Définitions et chiffres	2
1.2. Historique	3
1.2.1. L'AMP	3
1.2.2. Les lois de bioéthique	3
1.3. Que propose la législation française pour la prise en charge des couples infertiles ?4	
1.3.1. Définition	5
1.3.2. Indications	5
1.3.3. Information des couples.....	6
1.3.4. Le don de gamètes	6
1.3.5. La vitrification ovocytaire	7
2. Le don d'ovocytes : une des réponses à l'infertilité	8
2.1. Définitions et principes en France	8
2.2. Indications	8
2.3. Les différents parcours de prise en charge.....	9
2.3.1. Le couple receveur.....	9
2.3.2. La donneuse	10
2.4. Etat des lieux de la prise en charge en France	11
2.4.1. Un cadre législatif restrictif	11
2.4.2. L'activité dans les centres d'AMP n'est pas assez développée.....	12
2.4.3. La pénurie de donneuses en France.....	13
3. Le recours aux soins transfrontaliers comme conséquence d'un accès aux soins limité sur le territoire national	15
3.1. Législation comparées en Europe pour le DO	15
3.1.1. Concernant les couples receveurs	15
3.1.2. Concernant les donneuses	16
3.1.3. La question de l'anonymat	17
3.1.4. Gratuité, indemnisation ou rémunération	17
3.2. Quelle prise en charge pour les couples français ?.....	18
3.2.1. L'orientation	18
3.2.2. Le remboursement	18

Deuxième partie L'étude.....	19
1. Problématique et hypothèses.....	19
1.1. <i>La problématique</i>	19
1.2. <i>Les objectifs de l'étude</i>	19
1.3. <i>Les hypothèses</i>	20
2. Méthodologie de l'étude réalisée.....	21
2.1. <i>Le choix de la méthode</i>	21
2.2. <i>L'approche par sondage électronique</i>	22
2.3. <i>Le questionnaire</i>	23
3. Les résultats.....	26
3.1. <i>Renseignements généraux</i>	26
3.2. <i>Prise en charge et suivi de l'infertilité en France</i>	27
3.3. <i>Caractéristiques de la demande de don</i>	29
3.4. <i>Le recours au DO à l'étranger</i>	31
3.5. <i>Le degré de satisfaction de la prise en charge</i>	32
3.5. <i>Impacts financiers du DO à l'étranger</i>	34
3.6. <i>Commentaires libres</i>	37
Troisième partie Exploitation des résultats et discussion.....	40
1. Forces et limites.....	40
1.1. <i>Concernant le sondage électronique de manière générale</i>	40
1.2. <i>Forces et limites propres à l'étude réalisée</i>	41
2. Analyse et discussion des résultats.....	43
2.1. <i>Hypothèse 1</i>	43
2.2. <i>Hypothèse 2</i>	45
2.3. <i>Hypothèse 3</i>	48
2.4. <i>Hypothèse 4</i>	52
3. Propositions et ouvertures du sujet.....	56
3.1. <i>Vers une harmonisation des pratiques à l'échelle de l'Union européenne</i>	56
3.2. <i>La nécessité de dynamiser l'activité en France</i>	57
3.2.1. Par l'attribution de moyens supplémentaires.....	57
3.2.2. Par la valorisation des donneuses.....	58
3.2.3. Par une plus grande information et sensibilisation.....	58
3.2.4. Quel rôle pour la sage-femme ?.....	59
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexes.....	65

Liste des figures

Figure 1 :	Age des femmes de l'étude	26
Figure 2 :	Catégorie socio-professionnelle	27
Figure 3 :	Causes de l'infertilité	27
Figure 4 :	Motivations	29
Figure 5 :	Type de liens	30
Figure 6 :	Aide au choix	31
Figure 7 :	Principales destinations pour le DO	31
Figure 8 :	Satisfaction globale des femmes	32
Figure 9 :	Facilité de la prise de contact	32
Figure 10 :	Accueil	33
Figure 11 :	Qualité de l'information	33
Figure 12 :	Vécu des procédures	34
Figure 13 :	Frais engagés (nombre)	35
Figure 14 :	Frais engagés (pourcentages)	35
Figure 15 :	Remboursement / aide	36
Figure 16 :	Source de financement	36

Liste des annexes

Annexe I : Taux de grossesses échographiques après tentative d'AMP selon la technique et l'origine des gamètes, en 2010	66
Annexe II : Délais d'attente d'une FIV, déclarés par les centres de la fédération des CECOS selon la présence ou l'absence de donneuse présentée par le couple receveur	67
Annexe III : Répartition régionale de l'activité relative au DO en 2008 en France	68
Annexe IV : Cadre législatif de l'anonymat pour le DO dans les 27 Etats membres de l'Union Européenne.....	69
Annexe V : Le questionnaire créé pour l'étude.....	70
Annexe VI : Evolution des taux de fécondité par âge entre 1980 et 2010	73
Annexe VI : Lettre de la DGS adressée au CNOM.....	74
Annexe VII : Etat des lieux des registres de donneuses en Europe	75
Annexe VIII : Campagnes d'information de l'ABM.....	76
Annexe IX : Journée portes ouvertes organisées par l'ABM	77

Lexique

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
AMP	Aide Médicale à la Procréation
FIV	Fécondation In Vitro
CECOS	Centre de d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique
ABM	Agence de la Biomédecine
DO	Don d'Ovocytes
GEDO	Groupe d'Etude sur le Don D'Ovocytes
ICSI	<i>Intra-Cytoplasmic Sperm Injection</i>
ESHRE	<i>European Society of Human Reproduction and Embryology</i>
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
DGS	Direction Générale de la Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
PMI	Protection Maternelle et Infantile

Introduction

Le don d'ovocytes fait partie des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation. Apparu en France il y a près de 30 ans, son exercice a été encadré par les recommandations du Comité Consultatif National d'Ethique dès 1989, puis par les lois de Bioéthique à partir de 1994. Dès le début de sa pratique, les équipes ont imposé les mêmes principes éthiques que ceux appliqués pour le don du sang, à savoir la gratuité, l'anonymat et le volontariat.

En France, il y a actuellement d'importantes difficultés de recrutement des donneuses. Cette pénurie d'ovocytes entraîne de longs délais d'attente pour les couples receveurs. Ces difficultés d'accès aux soins et de prise en charge poussent beaucoup d'entre eux à recourir à des soins transfrontaliers dans des pays où le cadre législatif est moins restrictif et l'offre plus importante

Ce travail a pour objectif d'établir un état des lieux de la pratique du don d'ovocytes en France et de ses problématiques, et de cerner les enjeux du recours aux soins transfrontaliers. Pour nous aider dans cette démarche, nous avons mené une enquête auprès de femmes ayant bénéficié d'un don d'ovocytes en dehors du territoire, en nous intéressant à leur parcours, aussi bien en France qu'à l'étranger, ainsi qu'à leur vécu.

Dans une première partie, nous reviendrons sur l'historique de l'Assistance Médicale à la Procréation et sa législation, puis sur l'activité du don d'ovocytes en France et les difficultés qu'elle rencontre. Enfin, nous effectuerons un tour d'horizon des disparités législatives en Europe concernant l'activité de don d'ovocytes.

Dans une deuxième partie nous exposerons notre méthodologie pour l'étude ainsi que ses résultats.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous analyserons et discuterons ces résultats afin de mettre en perspective nos hypothèses, pour finalement tenter d'émettre des propositions constituant des pistes d'amélioration pour l'accès aux soins et la prise en charge du don d'ovocytes en France.

Première partie

Cadre conceptuel

1. La question de l'infertilité et l'Assistance Médicale à la Procréation en France

1.1. Définitions et chiffres

L'infertilité est définie par l'absence d'une grossesse après un minimum de deux ans avec des rapports sexuels normaux, sans utilisation d'une méthode contraceptive. Selon l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), la proportion de couples présentant une infertilité est comprise entre 5 et 7 %.

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est un ensemble de pratiques cliniques et biologiques ayant pour but de permettre à un couple infertile d'avoir un enfant. Aujourd'hui, un couple sur cinq aurait recours à l'AMP dans le cadre d'une infertilité.

En France, en 2010, on dénombrait [1] ; [Annexe I]:

- 139 344 tentatives d'AMP regroupant toutes les techniques
- 22 401 enfants issus d'AMP sur 832 799 naissances, soit 2,7 % des naissances. Parmi eux 6 % sont nés grâce à un don (de sperme, d'ovocytes ou d'embryon), soit 1 331 enfants.

Selon une enquête menée en 2007, les techniques d'AMP bénéficient d'un niveau d'acceptabilité élevé dans l'opinion publique : 78 % des personnes interrogées les placent en tête des alternatives à choisir en cas de difficultés à procréer, par rapport à l'adoption (32 %) ou au renoncement au projet parental (26 %).

Elles sont plus de 69 % à déclarer «qu'il faut utiliser toutes les possibilités que la science offre pour avoir un enfant». [2] ; [3]

1.2. Historique

1.2.1. L'AMP

Entre 1950 et 1954, les premières fécondations in vitro (FIV) sont réalisées chez le lapin aux Etats-Unis et en France.

Les premiers essais de FIV chez l'Homme sont réalisés à Cambridge en 1970 par Robert Edwards.

En 1973 se créent les deux premières banques de sperme françaises, à l'hôpital Necker (Pr Netter) et à l'hôpital Bicêtre (Pr David) sous le nom de CECOS (Centre d'étude et de conservation des oeufs et du sperme humain). [5]

Le 25 juillet 1978, Louise Brown, premier enfant conçu par FIV, voit le jour en Grande-Bretagne (équipe Edwards et Steptoe, hôpital d'Oldam).

En France, le 24 février 1982 naît Amandine, premier enfant conçu in vitro (hôpital Béchère de Clamart, équipe de Jacques Testard). Cette même année est créée la fédération française des CECOS. [5]

Les premières interrogations face aux perspectives ouvertes par la technique émergent avec la naissance de ces enfants de la science.

En 1983 est créé, en France, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE). Sa vocation est de susciter une réflexion de la part de la société sur les avancées de la connaissance scientifique dans le domaine du vivant.

Cette même année, une équipe Australienne obtient une première grossesse chez une femme après don d'ovocyte. [6]

1.2.2. Les lois de bioéthique

La bioéthique s'intéresse aux activités médicales et de recherche qui utilisent les éléments du corps humains. Elle cherche à répondre le mieux possible aux questions soulevées par le progrès scientifique et technique au regard des valeurs de notre

société, mais également à garantir le respect de la dignité humaine et la protection des plus vulnérables contre toute forme d'exploitation. [7]

En 1994, les premières lois dites de bioéthique sont votées en France. Elles définissent l'AMP et encadrent les conditions de recours à ces techniques. L'émergence de ces lois fait suite à une demande de législation appuyée par les médecins, les juristes et le comité national d'éthique. C'est au terme de neuf années, six rapports officiels et sept rencontres parlementaires que les premières lois dites de bioéthique sont votées en 1994. [8]

La révision des lois devait se faire tous les cinq ans. Ce n'est qu'en 2004 qu'elles seront révisées. C'est alors qu'est créée l'Agence de la Biomédecine (ABM). Cet organisme public, placé sous la tutelle du ministère de la Santé, rassemble les activités d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal et génétique. Il a également en charge le don et la greffe d'organe, de tissus et de cellules. Il a pour mission d'agréeer les praticiens concernés, d'autoriser certaines activités, d'évaluer ces pratiques et de contrôler le respect des dispositions légales. Il participe à l'élaboration de la réglementation, des règles de bonnes pratiques et formule les recommandations. Il est chargé de promouvoir le don d'organes, de tissus, de cellules et de gamètes. [9]

En 2011 les lois de bioéthique sont à nouveau révisées. Ces révisions sont encore en attente du décret d'application.

1.3. Que propose la législation française pour la prise en charge des couples infertiles ?

L'AMP en France est encadrée juridiquement par les lois de bioéthique. La première loi de bioéthique (Loi n°94-654 du 29 juillet 1994) définit l'AMP et encadre les conditions de recours à ces techniques. Elle sera révisée et modifiée par la loi n°2004-800 du 6 août 2004 puis la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011.

1.3.1. Définition

« L'assistance médicale à la procréation s'étend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons, l'insémination artificielle, et toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus habituel. »

1.3.2. Indications

« 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 vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'AMP. »

L'AMP est donc réservée aux couples dont le modèle retenu est celui du couple hétérosexuel. Ceci soulève des questions d'ordre social puisqu'elle exclut les couples homosexuels et les femmes célibataires, d'autant plus que l'adoption par les femmes célibataires est autorisée par la loi. Cette question fait actuellement l'objet d'une polémique politique et sociale dans notre pays.

« Un embryon ne peut être conçu in vitro que dans le cadre et selon les objectifs d'une AMP (...). Il ne peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des membres du couple. »

Le double don (sperme+ovocyte) est donc interdit. Parallèlement, l'accueil d'embryon est quand à lui autorisé car, selon l'agence de la biomédecine, ceux-ci sont disponibles en quantité suffisante pour répondre à la demande de double infertilité, alors que le don d'ovocyte est en pénurie pour répondre à la demande des couples dont seule la femme est infertile. [1]

1.3.3. Information des couples

Elle est obligatoire et précisée par la loi :

« La mise en œuvre de l'AMP doit être précédée d'entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire du centre, qui peut faire appel, en tant que de besoin, au service social. »

Préalablement au don, les 2 membres du couple doivent rencontrer un notaire ou un juge aux affaires familiales pour être informés sur les conditions de la filiation dans le cadre d'une conception avec tiers donneur, et donner leur consentement. [1]

1.3.4. Le don de gamètes

Les principes de respect de la dignité humaine, ainsi que d'intégrité et de non-patrimonialité du corps humain sont constamment réaffirmés dans les textes de loi. Appliqués au don de gamètes, ces principes visent à protéger les donneurs. La loi met également l'accent sur l'information à délivrer aux donneurs afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. [10]

« Le don de gamètes consiste en l'apport par un tiers de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une AMP. »

« L'AMP avec tiers donneur peut être mise en œuvre lorsqu'il existe un risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité à l'enfant ou à un membre du couple, lorsque les techniques d'AMP au sein du couple ne peuvent aboutir ou lorsque le couple, dûment informé (...) renonce à une AMP au sein du couple. »

Le don est gratuit et anonyme.

Le débat sur les questions de l'anonymat et du secret de la filiation et de l'accès aux origines est réapparu récemment dans notre société. En effet, la loi française impose l'anonymat du don et reconnaît aux parents le droit de garder le secret sur le mode de procréation, tandis que s'exprime aujourd'hui le souhait pour certains d'accéder à

ses origines génétiques avec assimilation de ce désir à un droit. [11] Le CCNE estime que cet affrontement justifie « *qu'une réflexion éthique se développe sur la légitimité de cette demande et sur la possibilité pour le demandeur de le déposer et d'obtenir satisfaction* ». Il note cependant que « *la mère receveuse de don d'ovocyte connaît [...] par la grossesse et les échanges intra-utérins, une certaine expérience biologique de la parenté dans laquelle s'inscrit naturellement la filiation sociale et juridique* » et que « *la perception pour l'enfant, d'une mère visible évidente qui a accouché de lui ou d'elle, et d'une donneuse d'une cellule et d'un patrimoine génétique dont il est porteur est probablement plus difficile à matérialiser que dans le cas d'un don de sperme* ». [12]

1.3.5. La vitrification ovocytaire

La technique de congélation ultra-rapide des ovocytes, ou vitrification, est d'emblée autorisée par la loi de 2011. Il s'agit d'une technique de congélation récente et particulièrement efficace pour cryoconserver les ovocytes. L'autoconservation d'ovocytes, pratiquée en prévention avant un traitement potentiellement stérilisant, était numériquement très restreinte en raison de la faible efficacité de la technique de congélation lente, seule disponible en France jusqu'alors. La vitrification ovocytaire peut désormais être mise en œuvre dans le cadre de la préservation de la fertilité par autoconservation. [1]

Il est prévu par la loi que cette avancée puisse également s'appliquer dans le don d'ovocytes et pour les donneuses sans enfant. Cependant, elle est confrontée à des difficultés d'abord d'ordre technique : le taux de survie ovocytaire lors de la décongélation pose actuellement problème, et ne sont pas encore suffisamment satisfaisants. De plus, le nombre d'ovocytes utilisables recueillis lors d'une ponction n'est pas toujours prévisible. Le problème qui se pose alors est celui du partage de la cohorte ovocytaire prélevée entre la receveuse et la donneuse (pour l'autoconservation), qui risque de diminuer les chances de grossesse pour l'une et pour l'autre. Il s'agit d'une situation qui doit être clairement exposée et qui paraît difficile à proposer par le praticien.

Le don d'ovocytes : une des réponses à l'infertilité

1.4. Définitions et principes en France

Des avancées récentes en matière de médecine de la reproduction ont ouvert de nouvelles voies pour la prise en charge de l'infertilité et ont rendu possible la grossesse dans certains cas qui auparavant posaient d'importantes difficultés de traitement.

Le don d'ovocytes (DO) est une technique palliative qui fait partie des méthodes d'AMP.

En France, il a été introduit dans la pratique en 1984-1985 et a vu son exercice encadré par les recommandations du CCNE dès 1989, préconisant les principes de gratuité, anonymat, volontariat du don par un couple qui a des enfants pour un couple infertile, puis légalisé par les lois de bioéthique de 1994, révisées en 2004 et 2011. [4] ; [11]

La non patrimonialité du corps humain est un principe éthique fondamental en France, renforcé par la dignité de la personne humaine et la non commercialisation du corps humain explicité dans l'article 16-6 du code civil :

« Aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci. » [13]

1.5. Indications

Deux catégories de femmes infertiles nécessitent de recourir à un DO [14] :

Celles dont les ovaires sont inactifs ou absents :

- Ménopause précoce idiopathique ;
- Ménopause précoce iatrogène après chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ;

- Dysgénésie gonadique avec caryotype normal, syndrome de Turner, syndrome de Swyer (XY).

Celles dont les ovaires sont fonctionnels :

- Echecs de FIV : mauvaises réponses ovariennes ;
- Risque de maladie génétique élevée pour la descendance avec, à l'extrême, impossibilité de concevoir un enfant non atteint.

La limite d'âge auquel on peut accepter le transfert des embryons est le sujet d'un vaste débat à l'heure actuelle. Certaines équipes, notamment en Italie (M. Antinori) et aux Etats-Unis (M. Sauer), obtiennent des grossesses chez des femmes de plus de 50, voire 60 ans. [14]

Si certaines situations sont indiscutables, d'autres, à la frontière entre physiologie et pathologie peuvent poser de réelles difficultés d'orientation de la prise en charge. Ainsi se pose la question de l'estimation de la limite d'âge d'inclusion de la receveuse. Cette limite, compte tenu du nombre trop faible de donneuses, a été proposée à l'âge de 40 ans après réflexion des centres français au niveau du Groupe d'Etudes pour le Don d'Ovocytes (GEDO), pour laisser la possibilité de chances réelles d'attribution ovocytaire avec transferts embryonnaires à un âge n'excédant pas 43 ans. [15] Cela correspond à l'âge limite retenu par les caisses d'assurance maladie pour une prise en charge. [11]

1.6. Les différents parcours de prise en charge

1.6.1. Le couple receveur

Il commence par une consultation au centre spécialisé où le médecin délivre les informations concernant le déroulement d'une AMP avec DO. Il prescrit ensuite un bilan aux deux membres du couple. Parmi ces bilans figurent les sérologies de la femme (toxoplasmose, rubéole, VIH, hépatites B et C). Il se complète d'un bilan endometrial ainsi que d'un bilan psychologique. L'homme doit effectuer une enquête génétique pour laquelle il doit signer un consentement, ainsi qu'un bilan spermatique (évaluation de sa fertilité), en plus des bilans sérologique et psychologique.

Sur le plan administratif, le couple signe un consentement au DO, ainsi qu'un procès verbal de déclaration conjointe en vue de l'AMP auprès du Tribunal de Grande Instance ou d'un notaire.

Lorsque le bilan est terminé, qu'il s'avère normal, et que les contraintes administratives sont respectées, le couple est prêt pour l'appariement.

Le délai moyen d'attente pour bénéficier d'un DO, pour lesquels les critères d'appariement entre la donneuse et la receveuse correspondent, varie de 6 mois à 5 ans en fonction du nombre de donneuses qui se sont présentées dans le centre.

Lorsqu'une donneuse adéquate a été trouvée, la receveuse reçoit un traitement hormonal simple pour préparer son utérus à recevoir le ou les embryons issus de la fécondation des ovocytes de la donneuse par les spermatozoïdes de son conjoint par FIV simple ou par ICSI. La dernière étape, si la fécondation a réussi, est le transfert embryonnaire. [2] ; [14]

Le coût de l'AMP avec don d'ovocytes est pris en charge par l'assurance maladie à 100% au titre d'infertilité, jusqu'à 4 tentatives de FIV, et ce jusqu'à 43 ans. [2]

1.6.2. La donneuse

Actuellement, la législation française oblige à des dons volontaires, anonymes et gratuits.

Les donneuses spontanées sont rares. La plupart des donneuses avouent avoir effectué cette démarche pour aider une parente ou une amie, spontanément après avoir écouté, compati à leurs difficultés à concevoir et compris en quoi consistait le DO, mais qu'auparavant, elles ne connaissaient pas ce type d'AMP. Certaines auraient effectué cette démarche antérieurement, sans sollicitation, si l'information leur avait été délivrée. Les dons occasionnels, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une FIV chez les femmes déjà mères sont plus qu'exceptionnelles. La principale source de recrutement demeure relationnelle, un couple receveur motivant un couple donneur. [11]

Bien que trouver un couple donneur soit un exploit, leur candidature n'est pas toujours pour autant retenue. Ils doivent préalablement faire l'objet d'un bilan dont les résultats, s'ils sont satisfaisants, permettront de l'accepter. La donneuse doit faire des sérologies, faire un bilan de réserve ovarienne, ainsi que des bilans génétique et psychologique. Le conjoint de la donneuse doit uniquement effectuer un bilan

psychologique. Son autorisation est exigée par la loi. Sur le plan administratif, le couple donneur doit signer un consentement pour le DO. La donneuse doit également donner son consentement à l'enquête génétique. Ce n'est qu'au terme de ce bilan, s'il est normal, et les consentements signés, que la donneuse est acceptée pour le DO. [14]

1.7. Etat des lieux de la prise en charge en France

Depuis une vingtaine d'années de pratique en France, environ un millier d'enfants sont nés suite à un DO. [2]

En 2010 [16] :

- 188 enfants sont nés après FIV avec un DO réalisé en France, soit 0,8 % des enfants nés après AMP ;
- 345 ponctions ont été réalisées pour DO permettant 624 tentatives d'AMP ;
- Il y a eu 814 nouvelles demandes et 1 285 couples étaient encore en attente de don le 31 décembre 2010.

Les besoins annuels en France sont difficiles à estimer mais seraient compris entre 1 500 et 6 000. Le DO n'est donc pas développé en France à hauteur des demandes, entraînant pour les couples infertiles de longs délais d'attente qui varient entre 6 mois et 5 ans selon les centres. [Annexe II]

1.7.1. Un cadre législatif restrictif

Les lois de bioéthique, qui encadrent en France le recours à l'AMP sont parmi les plus strictes en Europe et dans le Monde. Ces questions éthiques pèsent sur le cadre législatif et le rendent contraignant pour la prise en charge et l'accès aux soins, notamment en ce qui concerne le don de gamètes.

La question de l'anonymat soulève un questionnement quand au secret et à l'accès aux origines et ne semblerait pas jouer un rôle de frein dans l'activité du DO car, selon une étude de 2011 sur leurs motivations, les donneuses ne semblent pas

favorables à une levée de l'anonymat. [13] Il n'en a d'ailleurs pas été question lors des révisions des dernières révisions des lois de bioéthique de 2011.

La condition de procréation antérieure a été supprimée lors de cette dernière. A l'origine, cela avait pour but de réduire l'âge des donneuses et d'augmenter l'efficacité du don.

« Lorsqu'il est majeur, le donneur peut ne pas avoir procréé. Il se voit alors proposer le recueil et la conservation d'une partie de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation (...). » [11]

Le décret d'application est cependant encore très discuté car il n'y a à l'heure actuelle pas de consensus concernant la levée de la primo-maternité des donneuses, notamment en ce qui concerne la fixation d'une limite d'âge pour le don. Selon les recommandations du GEDO, la donneuse doit être âgée de moins de 37 ans afin qu'un prélèvement ovocytaire ne soit pas effectué au-delà de cet âge. [15]

1.7.2. L'activité dans les centres d'AMP n'est pas assez développée

Malgré une progression depuis 2004, le DO demeure une facette très marginale de l'AMP dont elle ne représente qu'une part très faible. Il s'agit d'une activité très chronophage qui ne reçoit pas un financement adapté, correspondant à l'activité réelle.

Les activités liées à l'AMP, dont le DO, sont soumises à un double régime d'autorisation en France : les agences régionales de santé autorisent les structures et l'ABM agréé les praticiens. Ces autorisations sont données soit pour les activités biologiques, soit pour les activités cliniques en rapport. En 2010, un tiers des régions ne disposaient pas d'une autorisation biologique ou clinique concernant le DO. L'accès aux soins sur le territoire est donc à la fois hétérogène et concentré, car six régions (l'Île de France, la Bretagne, l'Aquitaine, le Nord-Pas-de-Calais, l'Auvergne et le Centre) concentrent les trois quarts de l'activité. Il n'existe notamment aucune activité dans les DOM. [Annexe III]

De plus, si les centres qui fonctionnent ont une activité plutôt faible, certains ne fonctionnent que par intermittence, rendant l'activité et l'accès aux soins

complètement instable, au désespoir des couples demandeurs mais également des praticiens. [16]

Aujourd'hui, ce ne sont pas les caisses d'assurance maladie qui prennent en charge les frais occasionnés par le don de gamètes, mais les centres hospitaliers autorisés qui y consacrent une partie de leur budget selon le décret n°2000-409 du 11 mai 2000. Cependant, les coups engendrés par le don sont non négligeables et sont difficilement soutenus par un budget défini en raison des fluctuations de l'activité. Un nombre limité de centres en France a pu mettre en place une prise en charge financière convenable des donneuses, mais en pratique aucun d'eux ne peut la mettre en œuvre dans son intégralité. De manière générale, plus l'activité de don est importante, et plus l'établissement est pénalisé financièrement, ce qui n'incite guère à promouvoir l'activité du don et à en diffuser l'information. [11]

1.7.3. La pénurie de donneuses en France

En France, il existe une réticence éthique à solliciter directement les donneuses. C'est pourquoi les campagnes de recrutement sont interdites. Cependant, le faible développement de l'activité se traduit par une pénurie de donneuses sur le territoire, qui pourrait s'expliquer par le manque de sensibilisation à la fois à grande échelle, par des campagnes d'information à destination du grand public, mais également par une méconnaissance du DO par le corps médical lui-même, qui serait le plus à même de reconnaître les populations susceptibles de faire un don. Ce manque d'information retentit défavorablement sur l'induction de motivation au DO et pénalise lourdement les centres français.

De plus, un autre élément vient aggraver le constat de la pénurie : on observe que parmi les donneuses potentielles, la moitié sera exclue suite à un abandon ou à une non-qualification pour le don. [16]

Ainsi, dans une étude menée dans le centre d'AMP de Cochin sur 142 femmes volontaires pour un DO entre 2005 et 2007, 73 ont été ponctionnées, soit seulement 52 %.

Il est à noter également que le parcours de DO est contraignant et potentiellement risqué pour la donneuse qui va subir une stimulation de l'ovulation avec de nombreux contrôles échographiques et hormonaux, puis une ponction. Mis à part

l'hyperstimulation ovarienne, les risques sont d'ordre thrombo-embolique, hémorragique et infectieux.

Face à ces contraintes, il semble évident que le parcours des donneuses doit être facilité au maximum. Mais cela est encore compromis actuellement de par les difficultés d'accès aux structures pratiquant le don, ainsi que par les délais de remboursement des frais engagés qui ne garantissent pas la neutralité financière pour les donneuses, qui de surcroît ne reçoivent aucune indemnisation.

2. Le recours aux soins transfrontaliers comme conséquence d'un accès aux soins limité sur le territoire national

Le recours à l'AMP en France est encadré par les lois de Bioéthique. Révisées en 2011, elles restent parmi les plus strictes en Europe et dans le Monde. Les conditions d'accès à l'AMP en France sont donc restreintes. C'est pourquoi de plus en plus de couples ne pouvant pas bénéficier d'AMP en France vont franchir les frontières, afin de profiter de lois moins restrictives ou d'un délai d'attente raccourci pour réaliser leur projet parental. Ce phénomène est parfois appelé « *tourisme procréatif* », par commodité de langage ou par volonté délibérée d'en pointer exclusivement les aspects négatifs, réels ou supposés. On estime qu'entre 1 800 et 3 600 patientes auraient eu recours à un DO à l'étranger, c'est-à-dire 80 à 85 % des DO reçus par des couples français. [16]

2.1. Législation comparées en Europe pour le DO

Par le plus grand nombre de cycles entrepris, l'Europe se targue d'être le leader mondial des technologies d'assistance médicale à la procréation. Il existe cependant une grande hétérogénéité en Europe dans l'encadrement des activités de soins. Ces disparités législatives concernent plus particulièrement l'AMP ou le don de gamètes. Elles sont liées aux différences d'attitude des parlements nationaux. Dans chaque pays, il existe une majorité politique, des religions et des traditions différentes. [16]

Certains pays interdisent le don de gamètes. Il s'agit notamment de l'Italie, la Lituanie, le Japon et la Turquie. Le DO est également interdit en Allemagne, Autriche, Croatie, Norvège et Suisse, alors que le don de sperme y est autorisé.

2.1.1. Concernant les couples receveurs

L'âge maximum de la receveuse est fixé à 47 ans en Belgique, 50 ans en Grèce, Espagne et Angleterre.

Les couples d'homosexuelles et femmes célibataires sont acceptés en Espagne, Grèce, Royaume-Uni, Belgique, Pays-Bas, Danemark, Suède, Finlande, Russie, Canada et Etats-Unis. La restriction du DO aux seuls couples hétérosexuels est une spécificité française.

En France, les couples sont informés de manière claire, comme il l'a été dit précédemment. Il est difficile de connaître la qualité de l'information reçue à l'étranger. Selon une étude de l'*European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) environ 90 % des patientes européennes ayant recours aux soins de procréation transfrontaliers en Europe recevraient une information dans leur langage. [17]

2.1.2. Concernant les donneuses

Seule la Russie impose une condition de maternité antérieure à la donneuse.

En Catalogne, région de l'Espagne où l'activité d'AMP est très développée, l'âge moyen des donneuses est de 26 ans, avec un taux de 60 à 80 % de femmes nullipares du fait de la non-exigence de primo-maternité.

En France, le recours aux ovocytes d'une même donneuse ne peut donner naissance à plus de 10 enfants. Il en est de même en Grande Bretagne et aux Pays-Bas. En Espagne et en Belgique la limite est de 6 enfants issus d'une même donneuse.

Le consentement de la donneuse est exigé dans tous les pays européens. Celui de son mari est variable selon les pays.

L'ABM prévoit un suivi médical des donneuses. Un registre national des donneuses Espagnoles est prévu par la loi mais n'est pas appliqué. Au Royaume-Uni, un registre recense les données inhérentes aux donneurs de gamètes. Dans beaucoup de pays, il existe peu de données sur les donneuses et leur recrutement, laissant place aux rumeurs de commerce, trafics et filières mafieuses.

2.1.3. La question de l'anonymat [Annexe IV]

En France, le don de gamètes est anonyme.

Les pays ayant maintenu le principe d'anonymat sont notamment le Danemark, Israël, la Grèce, la Lettonie, la Pologne et la Slovaquie.

En Espagne, l'enfant issu du don peut obtenir des informations générales sur le donneur.

L'anonymat des donneurs est levé en Suède, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

2.1.4. Gratuité, indemnisation ou rémunération

En France, le don est gratuit. Ceci repose sur les principes de respect de la dignité humaine, de l'intégrité et de la non-patrimonialité du corps. La rétribution du don est interdite par crainte de marchandisation des éléments du corps, de renforcement des inégalités sociales et d'exploitation des plus vulnérables. Ainsi, l'activité de don d'ovocytes est strictement réservée aux structures publiques ou non lucratives.

En Europe, le principe de non commercialisation des produits issus du corps humain est en vigueur : la rémunération du don est donc strictement interdite. Cette rémunération, qui transforme le don en commerce, est donc rarement déclarée, et persiste dans certains pays de manière déguisée.

Pour le DO, une compensation financière est prévue en Espagne : il s'agit d'une indemnisation forfaitaire d'environ 900 euros. En Grèce, l'indemnisation est de 600 à 800 euros et en Belgique, elle peut être de 300 euros. Ceci permet de proposer un don sans délai dans ces pays. [15]

2.2. Quelle prise en charge pour les couples français ?

2.2.1. L'orientation

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2011 [16], 80 % des couples sont rapidement orientés vers des structures étrangères du fait du déséquilibre en France entre le besoin croissant d'ovocytes et le nombre insuffisant de donneuses.

De nombreux outils sont disponibles, mis à part les conseils de l'équipe médicale française, pour effectuer le choix d'une clinique à l'étranger. Ainsi, il existe des associations, telles que « *Enfants KDO* », « *Maia* » ou encore « *Pauline et Adrien* » qui proposent d'aider les femmes à la recherche d'informations, allant jusqu'à proposer des financements.

Sur Internet nous trouvons également de nombreux sites et forums de discussion au sujet du DO et des cliniques étrangères.

2.2.2. Le remboursement

En France, puisque l'activité de DO ne couvre pas les besoins, l'Assurance Maladie propose un remboursement forfaitaire de 1 650 euros ainsi que des frais de voyage pour les patientes se rendant à l'étranger depuis 2005. En effet, comme pour toute activité de soins, les frais inhérents à l'AMP à l'étranger peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie dans la mesure où les soins ne sont pas dispensés sur le territoire ou s'ils le sont avec un délai d'attente trop important (décret n°2005/386 du 19 avril 2005). [2]

Pour en bénéficier, la receveuse doit faire une demande d'entente préalable auprès de la CNAMTS (caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés) et réunir les 3 conditions suivantes :

- être âgée de moins de 43 ans,
- le rang de la tentative doit être inférieur ou égal à 4,
- disposer d'un certificat médical attestant de l'indication médicale.

En 2010, cela représentait un montant de remboursement total de 609 209 euros pour 385 demandes acceptées. [16]

Deuxième partie

L'étude

1. Problématique et hypothèses

1.1. La problématique

Le don d'ovocytes (DO) est une des techniques offertes aux femmes infertiles afin d'accéder à la grossesse et à la maternité. Il permet également de contourner la limitation de la reproduction chez les femmes dites « âgées ».

La question de l'accès des femmes à la maternité est de nos jours un vrai problème de société, dont une des cristallisations en France est la pénurie de donneuses d'ovocytes ainsi que les difficultés d'accès aux soins et de prise en charge sur le territoire qui entraînent un recours important aux soins transfrontaliers.

L'étude menée tente de répondre à la problématique suivante : quels sont les enjeux du recours transfrontalier au DO et quel vécu les femmes françaises en ont-elles ?

1.2. Les objectifs de l'étude

- Obtenir des informations d'ordre socio-démographiques et médicales sur les femmes concernées par le recours aux soins transfrontaliers pour le DO.
- Identifier les difficultés qui ont été rencontrées dans l'accès aux soins en France.
- Déterminer quels sont les outils permettant à ces femmes d'accéder aux soins à l'étranger, ainsi que les principales destinations choisies.
- Révéler les impacts de ce recours aux soins transfrontaliers sous leurs différents aspects : médicaux, sociaux, déontologiques et économiques.
- Evaluer le degré de satisfaction des femmes quand à leur prise en charge dans ces pays.

1.3. Les hypothèses

Pour essayer de répondre à notre problématique, notre étude s'appuie sur différentes hypothèses :

- Hypothèse 1 : les femmes faisant appel à des cliniques étrangères pour bénéficier d'un DO peuvent être réparties en deux catégories :
 - Celles qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge en France du fait de leur âge trop avancé
 - Celles qui souhaitent une prise en charge plus rapide
- Hypothèse 2 : l'accès aux soins à l'étranger semble être facilité par l'orientation des équipes médicales françaises vers ces pays, par de nombreux outils d'information à disposition tels qu'Internet ou encore par le soutien d'associations
- Hypothèse 3 : Les frais engagés pour le DO à l'étranger sont très importants mais les femmes sont prêtes à recourir à de nombreuses possibilités de financement pour mener à bien leur désir de grossesse
- Hypothèse 4 : Les femmes sont contraintes d'aller à l'étranger mais sont satisfaites de la prise en charge dans ces pays

2. Méthodologie de l'étude réalisée

En France, on estime que seuls 10 % des besoins en DO sont couverts par la prise en charge au niveau national. De ce fait, 80 à 85 % des couples français ayant recours à cette technique sont pris en charge à l'étranger. Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), ils seraient compris entre 1 800 et 3 600 en 2009, et ce nombre subirait une croissance exponentielle tous les ans. [16]

Il est difficile de quantifier le recours aux soins transfrontaliers parmi les couples français. En effet, le manque de traçabilité et une certaine discontinuité des soins rendent impossible l'évaluation épidémiologique des besoins théoriques de prise en charge en France. C'est à travers les demandes de remboursement à l'Assurance Maladie (CNAMTS) ou encore les estimations des associations aidant les couples que l'on arrive à évaluer de manière imparfaite ces chiffres.

2.1. Le choix de la méthode

Etant donné l'absence de registre ou de données concernant les receveuses, et le manque de retours sur leur prise en charge à l'étranger, les outils disponibles pour mener une étude auprès de ces femmes étaient limités.

C'est pourquoi nous avons choisi de mener une étude descriptive quantitative et qualitative par le biais d'un sondage sur Internet, ce qui semblait être le mode de recueil de données le plus adapté pour cette étude.

Dans un premier temps, nous souhaitions compléter cette étude en obtenant des informations supplémentaires concernant la population des femmes françaises prises en charge pour bénéficier d'un DO à l'étranger. Pour cela, nous sommes entrés en contact directement avec certaines cliniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) à Madrid en Espagne, lors d'un séjour en décembre 2012. Nous nous sommes rendus dans deux cliniques madrilènes : dans la première, « *ReproFiv* », nous avons été très bien accueillis, mais aucune informations n'a pu nous être

fournie car leur clinique avait été ouverte il y a deux ans, et l'activité à l'international était peu développée ; lors de la visite dans la deuxième clinique, « *IVI Madrid* », les coordonnées de la directrice adjointe nous ont été données pour pouvoir la contacter par mail. Nous avons contacté par téléphone 3 autres cliniques (« *GyneFiv* », « *ProcreaTec* », « *Fiv Center* ») qui n'ont pas souhaité nous fournir d'informations. Cette démarche de recherche supplémentaire s'est donc montrée peu concluante et peu exploitable du fait majoritairement de la non-coopération des cliniques, et de leur réticence à diffuser des informations concernant leurs pratiques. Les quelques données facilitées par la clinique « *IVI Madrid* » seront analysées dans la discussion de ce mémoire.

2.2. L'approche par sondage électronique

Un sondage est une enquête effectuée à l'aide d'un questionnaire. Il s'agit d'un instrument de collecte et de mise en forme de l'information qui est fondé sur l'observation de réponses à un ensemble de questions posées à un échantillon de la population.

Dans le cadre de notre étude, nous avons créé un questionnaire électronique à l'aide du logiciel de création « *Echo* » disponible gratuitement sur Internet.

Le questionnaire a été mis en ligne et diffusé sur la période allant du 1^{er} décembre 2012 au 15 janvier 2013. [Annexe V]

Nous avons tout d'abord effectué une recherche, sur des sites grand public, de forums de discussion dédiés aux thèmes de l'infertilité, de l'AMP et du DO. Les sites concernés par l'étude étaient « *Au Féminin* », « *Enceinte.com* » et « *Doctissimo* ». Le questionnaire était mis en ligne par le biais d'un lien qui renvoyait à un site où il pouvait être consulté et complété de manière totalement libre et anonyme. Il s'agit donc d'un auto-questionnaire. Pour chaque questionnaire rempli, les résultats nous étaient envoyés par mail.

En première intention, nous avons créé, sur les forums dédiés aux thèmes d'intérêt, des discussions qui comprenaient dans leur titre le mot « sondage » et qui dans leur

message expliquaient le propos du questionnaire, ainsi que la population ciblée. Cette première approche de diffusion étant peu concluante (6 questionnaires remplis en 15 jours). Nous avons donc parcouru les différents forums et retenu deux principaux sujets de discussion qui concernaient directement notre étude et qui allaient potentiellement nous permettre d'attirer l'attention des femmes ayant recours à un DO à l'étranger:

- Discussions à propos des cliniques étrangères (témoignages, avis, commentaires)
- Recherche et échange de médicaments pour le processus de Fécondation In Vitro (FIV) et de stimulation (à la fois pour les receveuses elles-mêmes, mais aussi pour l'usage de leurs donneuses dans le pays du don)

C'est en réalisant une lecture quotidienne des échanges sur les forums précités et en diffusant notre questionnaire directement sur ces discussions que nous avons récolté des réponses de manière plus rapide et en plus grand nombre grâce à de multiples relances hebdomadaires.

De cette manière, sur la période de diffusion allant du 1^{er} décembre 2012 au 15 janvier 2013, nous avons pu collecter 55 questionnaires qui ont tous pu être exploités.

Le recueil de données a été réalisé à l'aide du logiciel Excel.

2.3. Le questionnaire

Le questionnaire utilisé pour notre étude comportait 6 grands axes qui incluaient 16 questions permettant de répondre à la problématique et aux hypothèses posées.

Renseignements généraux :

Ils ont pour but d'obtenir des caractéristiques générales de la population étudiée :

- Age
- Catégorie socio-professionnelle

Prise en charge et suivi de l'infertilité en France :

Ces questions permettent d'en savoir un peu plus sur le parcours d'AMP des femmes interrogées :

- Existence d'une grossesse spontanée antérieure
- Causes de l'infertilité
- Durée du parcours en AMP en France
- Caractéristiques de ce parcours (1^{er} DO ou non, éventuels échecs de FIV antérieurs, grossesses menées à terme)

Les suites de la demande de DO en France :

A travers ces questions, nous avons souhaité identifier les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins dans notre pays, et ce qui a amené ces femmes à avoir recours aux soins transfrontaliers pour le DO :

- Y a-t-il eu une demande de faite en France ?
- Quelles ont été les motivations pour reconduire cette demande à l'étranger ?
- Quelles ont été les raisons de l'éventuel refus de prise en charge en France ?
- Y a-t-il eu orientation vers l'étranger par l'équipe médicale française ? Par le biais de quels types de liens ?

Le recours au DO à l'étranger :

Ces questions permettent de cibler les outils utilisés par les femmes pour effectuer leur demande, ainsi que leurs principales destinations :

- Comment les femmes ont-elles été aidées dans le choix du centre à l'étranger ?
- Dans quel pays a eu lieu le DO ?

Le degré de satisfaction concernant la prise en charge à l'étranger :

La première de ce groupe de questions consistait à savoir si les femmes avaient été globalement satisfaites.

Ensuite, nous avons souhaité cibler 4 aspects de la prise de charge pour lesquels nous avons demandé aux femmes d'attribuer une note allant de 0 à 10.

Enfin, nous avons souhaité savoir si les femmes recommanderaient le centre où elles ont été prises en charge à d'autres femmes. Cela semblait être en effet un bon indicateur de la satisfaction globale de la population de femmes étudiée.

Aspects financiers du don d'ovocytes à l'étranger :

Nous avons souhaité évaluer l'impact économique de ce recours aux soins transfrontaliers en interrogeant les femmes:

- D'une part sur les frais engagés
- D'autre part sur l'existence d'un remboursement ou d'une aide bénéficiés pour le financement de leur DO, ainsi que leur source

Commentaires libres :

La 16^{ème} et dernière question consistait à laisser un espace d'expression libre aux femmes. Ainsi, si elles le souhaitaient, elles avaient la possibilité de nous fournir des informations supplémentaires, ou encore expliquer leur position par rapport à leur choix du DO.

3. Les résultats

Les résultats de l'étude sont présentés d'après les six grands axes traités dans le questionnaire soumis aux femmes. Les principales idées ressortant des commentaires libres sont exposées dans une dernière partie.

3.1. Renseignements généraux

- L'âge

L'âge des 55 femmes ayant participé à l'étude allait de 25 à 47 ans.

L'âge moyen était de 37 ans.

Le graphique suivant rassemble les résultats obtenus par tranche d'âge :

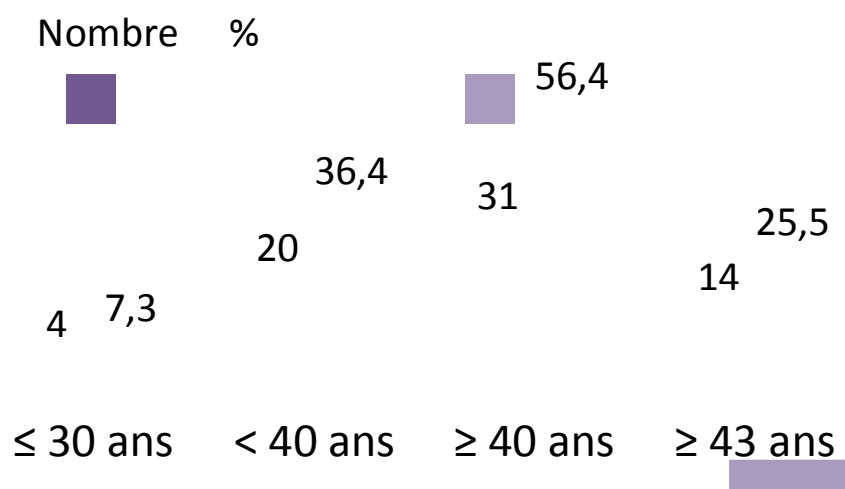


Figure 1 : Age des femmes de l'étude

- La catégorie socio-professionnelle

Le graphique suivant présente les résultats en pourcentage d'appartenance aux différentes catégories socio-professionnelles :

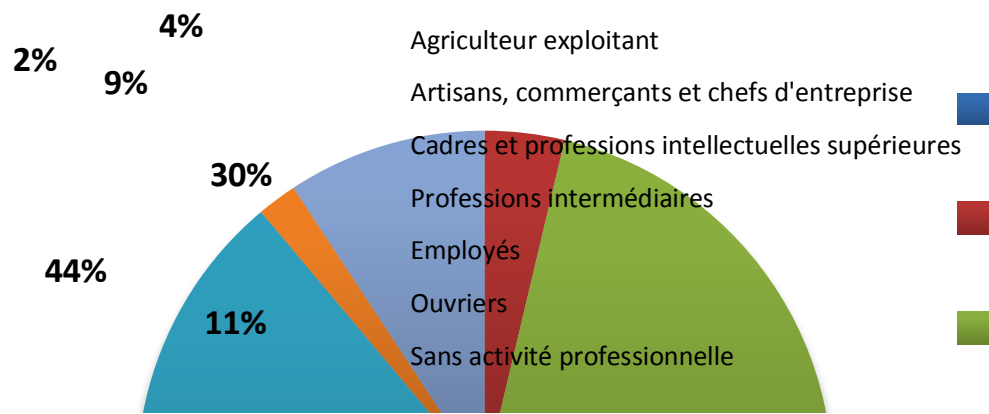


Figure 2 : Catégorie socio-professionnelle

3.2. Prise en charge et suivi de l'infertilité en France

- Les causes de l'infertilité

Le graphique suivant regroupe les résultats concernant les causes de l'infertilité des 55 femmes de l'étude:

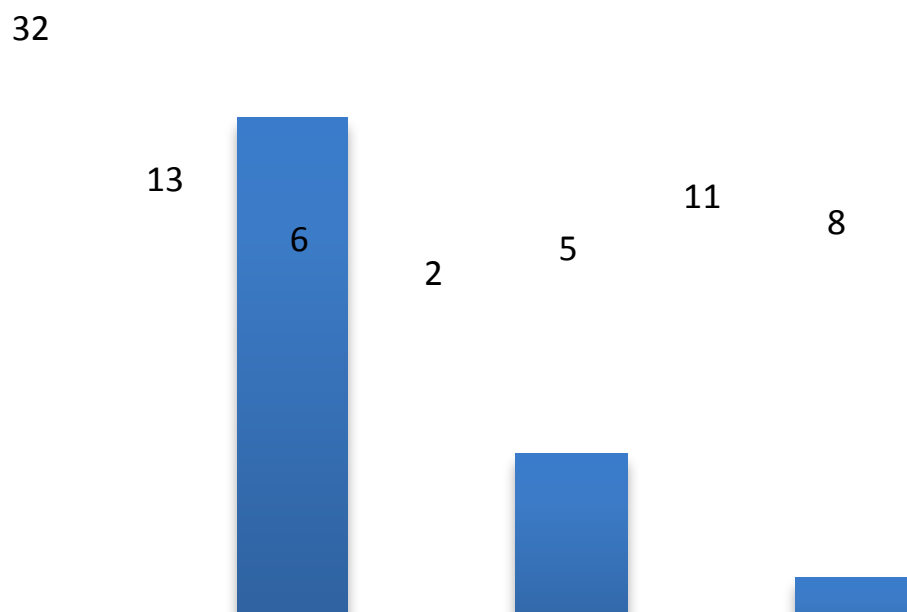


Figure 3 : Causes de l'infertilité

Parmi les autres causes de l'infertilité citées par les femmes de l'étude, on retrouvait :

- 1 syndrome de Turner
- 1 pyosalpinx
- 1 infertilité radio-chimio induite
- 1 infertilité suite à une ovariectomie bilatérale (cause non précisée chez une femme de 34 ans)

Parmi les femmes, 7 ont notifié une infertilité masculine associée, soit 12,7 %.

▪ Durée du parcours d'AMP

Les femmes ayant répondu au questionnaire avaient une durée de parcours en AMP allant de moins d'un an (débuté en 2012) à 22 ans (débuté en 1990).

Elles avaient un parcours de 4 ans en moyenne.

Dans l'étude :

- 38 femmes avaient un parcours de moins de 5 ans, ce qui représente 69,1 % de la population étudiée,
- 16 femmes avaient un parcours de 5 ans et plus, ce qui représente 29,1 % du groupe.

▪ S'agissait-il d'un premier DO ?

Pour 63,6 % du groupe étudié, soit 35 femmes, il s'agissait de la première procédure de DO.

Dans l'étude, 36,4 % des femmes (soit 20) avaient déjà eu recours à un DO auparavant.

En moyenne, elles avaient bénéficié de 2,2 DO antérieurs.

Parmi les femmes, 3 avaient bénéficié d'un ou de plusieurs DO en France avant de partir à l'étranger. D'autres destinations avaient été citées par les femmes de l'étude concernant des DO antérieurs :

- 6 femmes étaient allées en Espagne
- 3 femmes étaient allées en Grèce
- 1 femme était allée en Belgique

On dénombrait en moyenne 2,8 échecs de FIV précédant la première demande de DO. Dans l'étude, 13,5 % des femmes avaient eu plus de 5 échecs de FIV.

De plus, concernant l'issue des différentes procédures d'AMP, on dénombrait dans l'étude :

- 15 grossesses arrivées à terme (toutes techniques confondues)
- 11 grossesses après DO
- 7 grossesses en cours

3.3. Caractéristiques de la demande de don

Dans la population de femmes ayant répondu au questionnaire, 21,8 %, soit 12 femmes, avaient effectué une demande de DO en France.

- Les motivations pour faire une demande à l'étranger

Ci-dessous sont présentées les principales motivations des femmes de l'étude pour faire une demande à l'étranger en fonction de leur nombre.

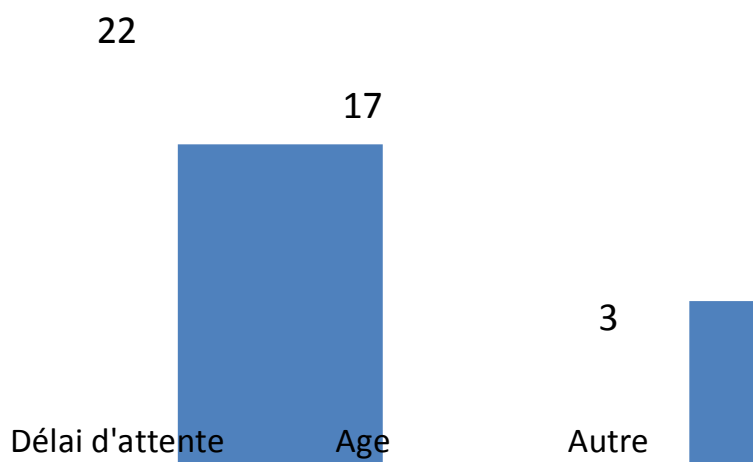


Figure 4 : Motivations

- Les motifs du refus d'une prise en charge en France

Selon l'étude, 18 femmes, soit 32,7 % de la population étudiée se sont vues refuser une prise en charge pour DO en France en raison de leur âge avancé.

Pour 2 femmes, le don a été refusé car elles étaient célibataires.

L'orientation sexuelle était le motif de refus de prise en charge pour 1 femme, qui était homosexuelle.

Une femme n'a pas reçu d'accord pour un don en raison de son origine ethnique (non précisée).

Parmi les femmes de l'étude, 2 ont précisé qu'elles étaient allées à l'étranger pour bénéficier d'un double don (ovocytes + sperme).

- Y a-t-il eu orientation vers l'étranger par l'équipe médicale ?

Dans l'étude, 56,4 % des femmes (soit 31) ont été orientées à l'étranger par l'équipe médicale française.

Le graphique suivant présente les pourcentages observés selon le type de liens entretenus entre les professionnels français et les équipes étrangères.

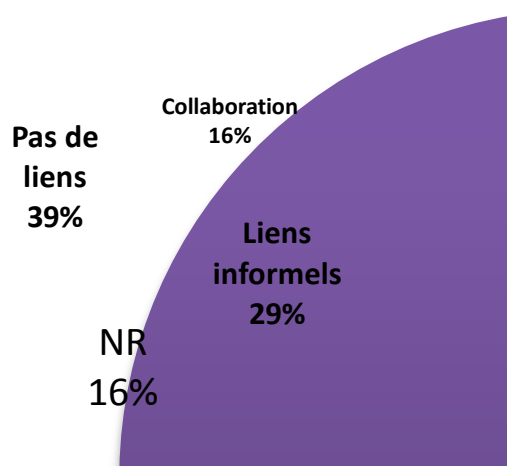


Figure 5 : Type de liens

3.4. Le recours au DO à l'étranger

- Aide pour le choix du centre

Dans le graphique suivant sont présentés les différents moyens auxquels les femmes ont eu recours pour les aider dans le choix du centre à l'étranger où elles allaient demander une procédure de DO, en fonction du nombre de femmes.

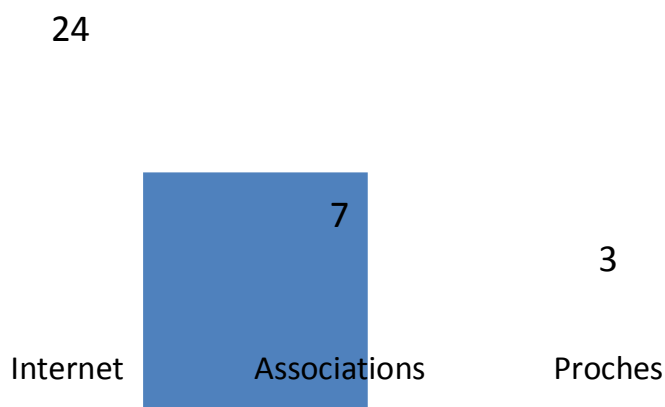


Figure 6 : Aide au choix

- Pays dans lequel a eu lieu le DO

Le graphique suivant montre les pays dans lesquels sont allées les femmes ayant répondu à l'étude pour bénéficier d'un DO, ainsi que le pourcentage de femmes associé. Les 2 autres pays cités étaient les Etats-Unis et le Canada.

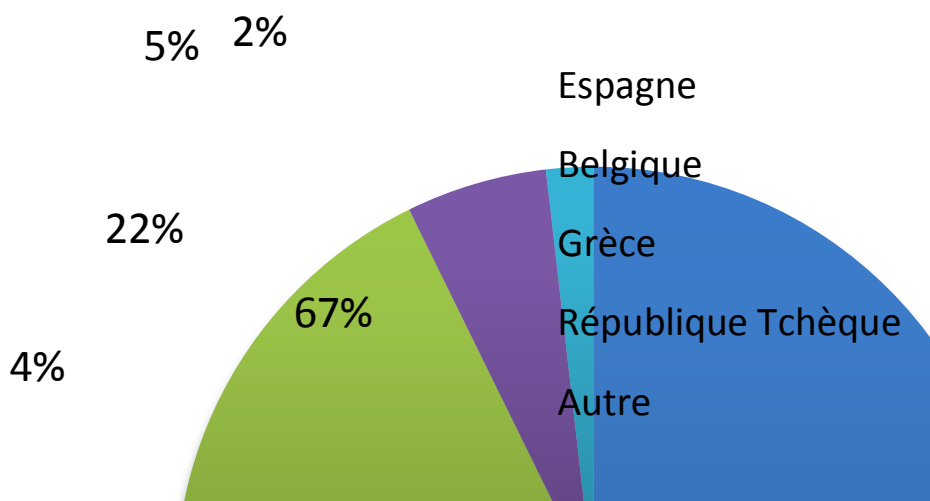


Figure 7 : Principales destinations pour le DO

3.5. Le degré de satisfaction de la prise en charge

Les femmes étaient-elles satisfaites de la prise en charge dans le centre à l'étranger ?

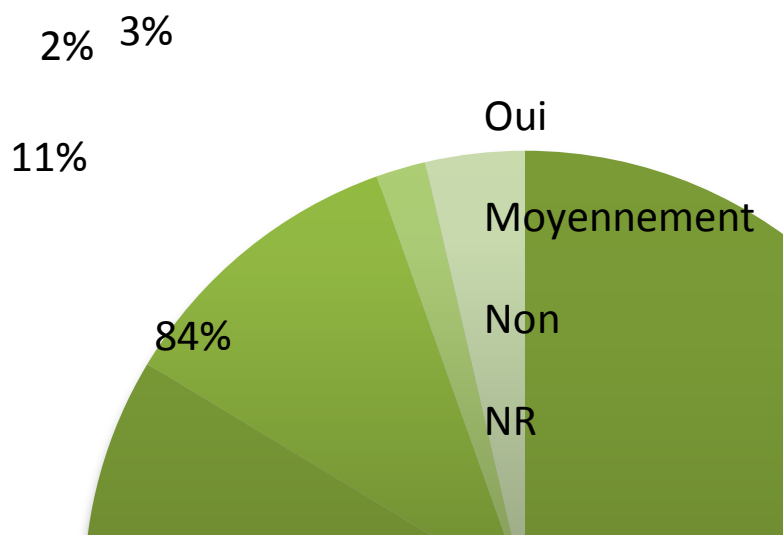


Figure 8 : Satisfaction globale des femmes

- La facilité de la prise de contact

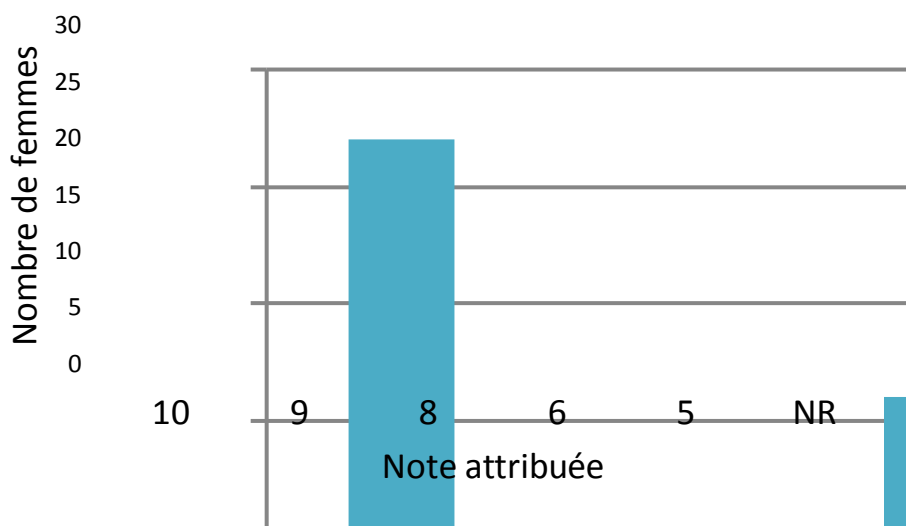


Figure 9 : Facilité de la prise de contact

Dans l'étude, 92,7 % des femmes ont attribué une note supérieure ou égale à 8 à la prise de contact.

- L'accueil

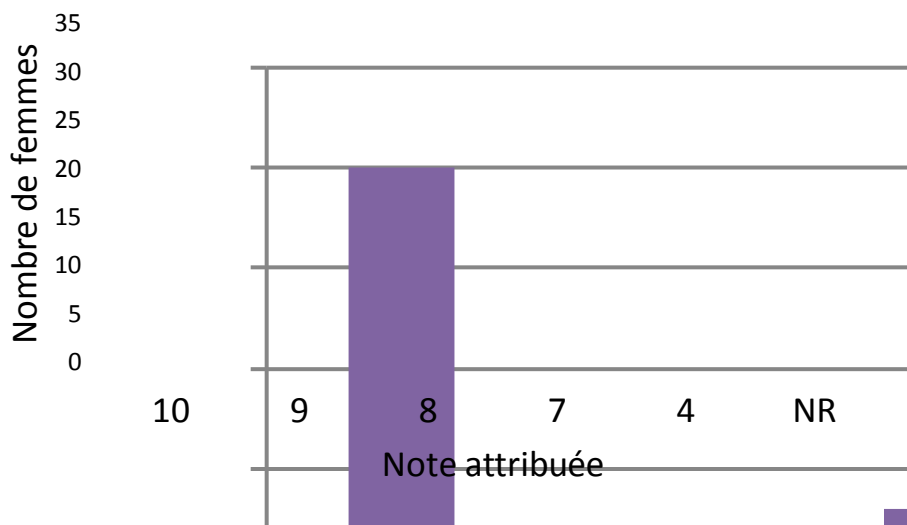


Figure 10 : Accueil

Dans l'étude 90,9 % des femmes ont attribué une note supérieure ou égale à 8 à l'accueil.

- La qualité de l'information

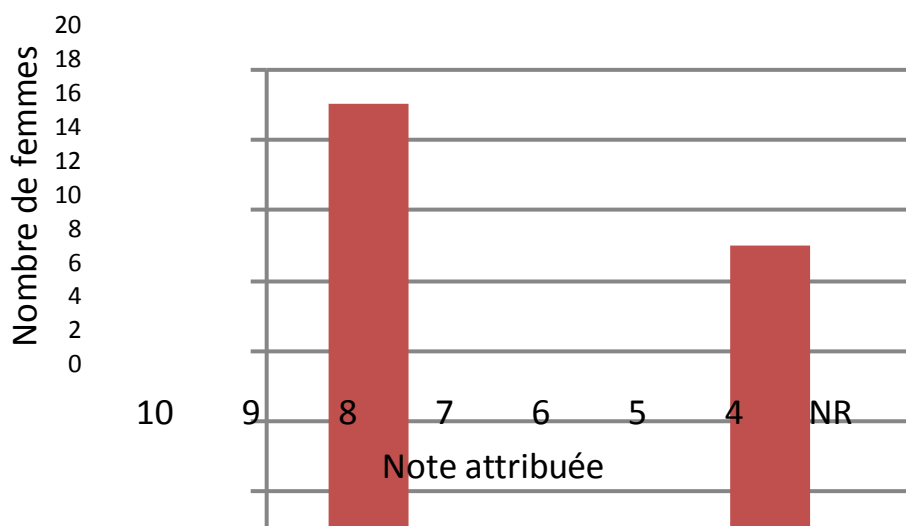


Figure 11 : Qualité de l'information

Dans l'étude, 70,9 % des femmes ont attribué une note supérieure ou égale à 8 à la qualité de l'information qui leur a été fournie.

- Le vécu des diverses procédures

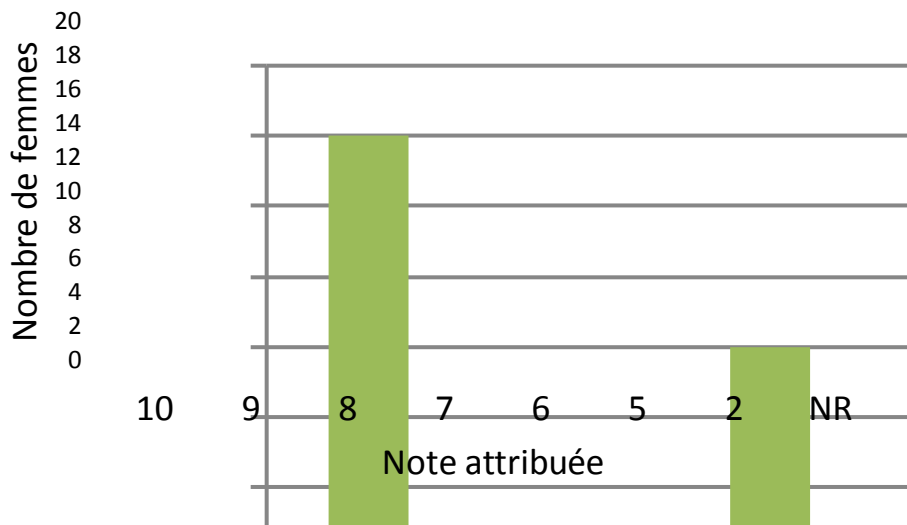


Figure 12 : Vécu des procédures

Dans l'étude, 61,8 % des femmes ont attribué une note supérieure ou égale à 8 à leur vécu des procédures.

- La recommandation

Parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, 46 recommanderaient le centre à d'autres femmes, soit 83,6 % de la population étudiée.

3.5. Impacts financiers du DO à l'étranger

- Les frais engagés

Pour les 55 femmes interrogées, les frais engagés pour leur DO à l'étranger allaient de 3 600 à 21 000 euros, avec une moyenne sur la population de l'étude de 6 400 euros.

Le graphique suivant rassemble les résultats obtenus après classement par tranche de prix :

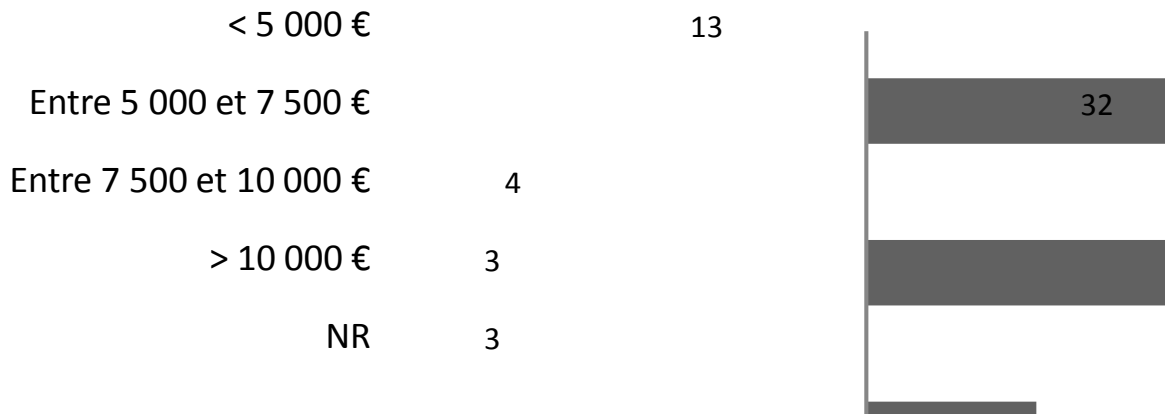


Figure 13 : Frais engagés (nombre)

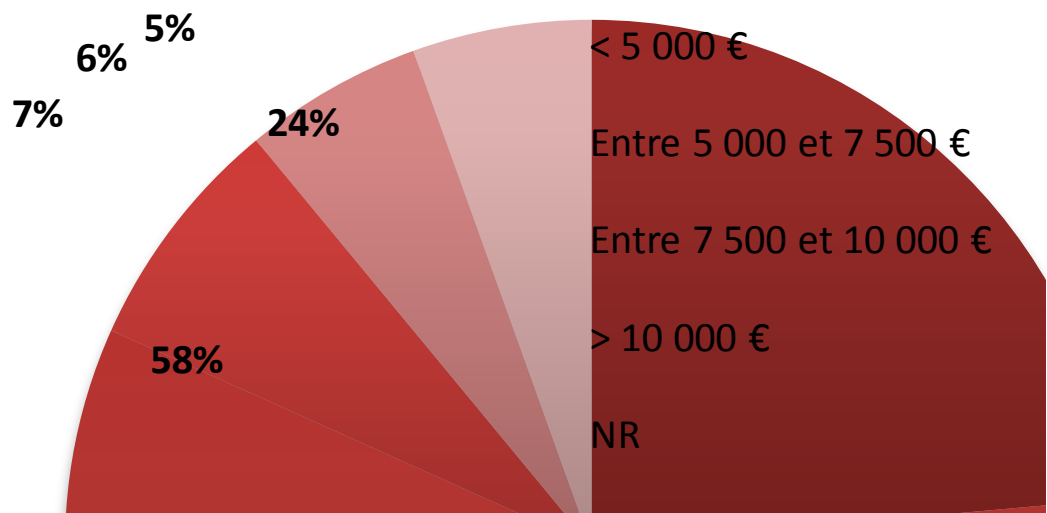


Figure 14 : Frais engagés (pourcentages)

- Remboursement et/ou aide financière autre

Le graphique suivant montre les pourcentages de femmes interrogées ayant bénéficié ou non d'une aide financière ou d'un remboursement partiel des frais engagés pour le DO à l'étranger.

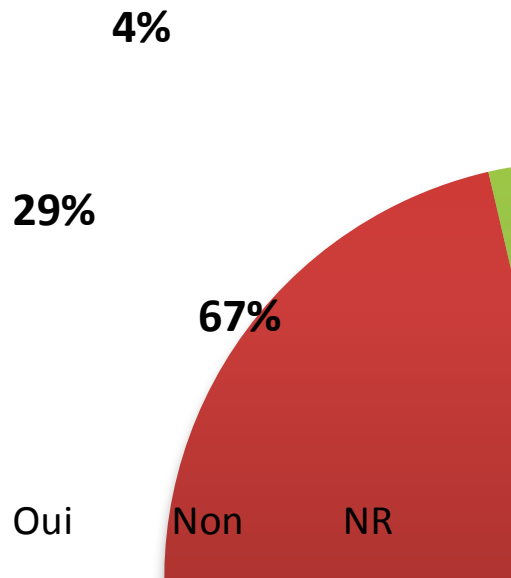


Figure 15 : Remboursement / Aide

Les différentes sources d'aide ou de remboursement exploitées sont décrites dans le graphique suivant, ainsi que le nombre de femmes en ayant bénéficié.

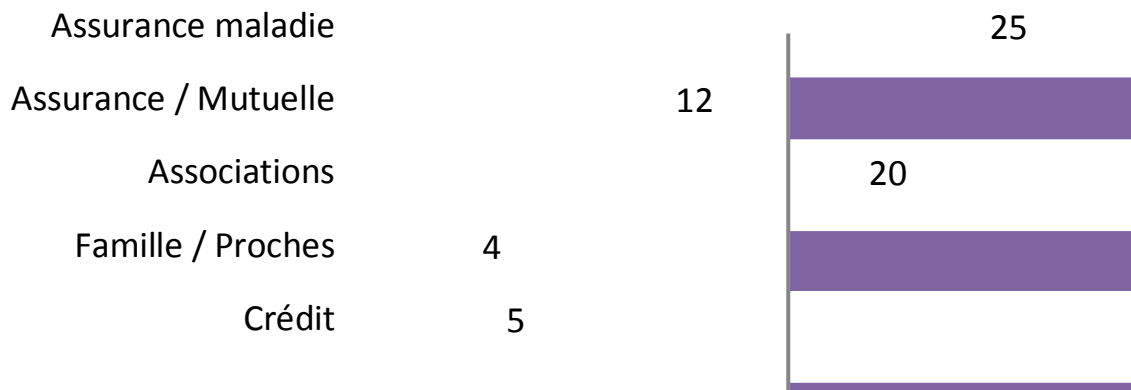


Figure 16 : Source de financement

3.6. Commentaires libres

Le questionnaire disposait à la fin d'une zone d'expression libre. Il s'agit de la partie qualitative de notre étude. Les femmes ayant souhaité laisser un commentaire étaient au nombre de 26 et représentent 47,3 % de la population de l'étude. Après lecture, 3 d'entre eux se sont révélés inexploitable.

Nous avons rassemblé en groupes d'idées les principaux thèmes abordés par les femmes à propos du DO, tant sur leur vécu que sur leur avis ou position sur le sujet.

- Le manque d'information et de sensibilisation en France :

Parmi les femmes s'étant exprimées, deux ont insisté sur le fait que le DO est un sujet encore « *tabou* » en France. De plus, 3 femmes ont parlé du manque de sensibilisation du grand public et d'information à propos du DO dans notre pays : « *on n'ose pas en parler* », « *il est important de sensibiliser la population* », « *dommage qu'il n'y ait pas assez de communication* », « *trop peu d'information* ».

- La prise en charge en France :

Le thème des délais et de la prise en charge en France a été abordé par 8 femmes de l'étude. Elles témoignent d'une « *attente* » ou de « *délais trop longs* », et plusieurs d'entre elles trouvent cela « *regrettable* » car elles n'ont « *pas le temps d'attendre* ». Leur âge était compris entre 31 et 42 ans.

En ce qui concerne la prise en charge de manière générale en France, nous avons pu recueillir les commentaires suivants :

- « *Mauvaise prise en charge des couples receveurs. Mauvaise prise en charge des donneuses. Non considération. Délais pour remboursements.* »
- « *Accueil bien plus chaleureux en Espagne qu'en France* »
- « *Nous sommes suivis par notre médecin généraliste qui se préoccupe plus de nos besoins que le centre de PMA* »

- « *Le côté humain est là, ce qui n'est pas le cas dans notre hôpital en France* »
- « *Exode induit* »
- « *L'hôpital en France veut soi-disant nous aider mais heureusement qu'il y avait l'association KDO et mon médecin traitant sinon on aurait jamais réussi* »

▪ Le vécu des femmes :

Les femmes se sont également exprimées sur leur vécu de ce « *parcours difficile* » et « *stressant* ». Une d'entre elle évoque des « *phases difficiles, proches de la dépression* ». Pour d'autres, « *le don d'ovocyte est une décision difficile* », « *un choix pas facile personnellement* ». Une des femmes a déclaré : « *il n'y a que les personnes qui passent par ce parcours et certains professionnels qui comprennent ce que l'on vit.* »

Les taux de réussite affichés par les cliniques étrangères ont été évoqués par 5 femmes, et qualifiés de la manière suivante : « *statistiques très bonnes de la clinique, avec un taux de réussite supérieur à 60 %* », « *bon résultats* ». Une de ces femmes compare avec la France en disant que « *les taux de réussite sont beaucoup trop bas par rapport à l'étranger* ».

▪ La prise en charge à l'étranger :

Enfin, les femmes se sont souvent exprimées sur la prise en charge dont elles ont bénéficié à l'étranger et sur le recours aux soins transfrontaliers plus globalement, mettant en avant différents aspects, à la fois positifs et négatifs.

Les aspects positifs cités sont :

- « *L'accueil est bien plus chaleureux* »
- « *L'équipe en Espagne est très compatissante et compréhensive. On essaie de vous rassurer autant que possible* »
- « *Le côté humain est là* »

Les points négatifs cités sont :

- « *Pas d'information sur les maladies, malformations ou autre de la donneuse : nous avons eu un petit qui a eu une malformation cardiaque d'origine congénitale, ne venant pas de mon mari. La donneuse doit être porteuse ... Nous, on doit montrer patte blanche, mais au niveau de la donneuse on ne sait rien. »*
- « *Il n'y a pas vraiment d'information sur les procédures de contrôle de ces cliniques. Il est regrettable qu'il n'y ai pas une réglementation européenne sur leurs agissements. Il y a trop peu d'information sur les procédures et sur les donneuses.*
- « *Aucune information en cas d'échec. Ce ne sont que des cliniques de transfert ».*

Troisième partie

Exploitation des résultats et discussion

1. Forces et limites

1.1. Concernant le sondage électronique de manière générale

- **Forces** :

Le questionnaire en ligne est un outil offrant une grande flexibilité. Il permet de mener facilement une observation avec une grande envergure géographique et sans sollicitation particulière. De plus, il présente de nombreux avantages sur le plan de la collecte des informations : rapidité, facilité d'accès, enregistrement instantané. L'anonymat des sujets est préservé, et leur inclusion est aléatoire. En effet, ils décident eux-mêmes de répondre au questionnaire. Une des forces de ce type de questionnaire est aussi que le sujet se trouve dans un environnement non déstabilisant, qui n'est pas facteur de stress. En effet, nous supposons que la plupart des femmes de l'étude avaient accès à Internet et au questionnaire depuis leur domicile. Cela permet une liberté totale d'expression et de choix des réponses, sans l'éventuelle influence d'un interlocuteur.

- **Limites** :

L'inclusion aléatoire des sujets comporte de nombreux inconvénients : il n'y a pas de contrôle de l'échantillon de personnes interrogées, ce qui le rend non représentatif et non scientifique. Il est impossible de faire un échantillonnage sur l'ensemble de la population puisque la diffusion et la réponse au questionnaire implique un accès à Internet. Il s'agit en effet d'un échantillon de volontaires, correspondant à un certain profil de femmes, d'une certaine catégorie socio-culturelle, qui vont sur les forums. Ces fluctuations d'échantillonnage dus à la modalité de l'auto-questionnaire

entraînent un manque de validité des résultats. De plus, malgré l'absence d'interlocuteur, le sujet peut introduire un biais d'authenticité par peur d'être mal jugé à travers ses réponses. Les biais de mémorisation, correspondant à la difficulté pour le sujet de retranscrire de manière exacte les événements passés, sont également non négligeables.

1.2. Forces et limites propres à l'étude réalisée

- **Forces** :

Comme nous l'avons précisé dans la méthodologie, le questionnaire en ligne paraissait être un outil intéressant pour l'étude que nous souhaitions mener. En effet, passer par des forums spécialisés dans les thèmes de l'infertilité, de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et du Don d'Ovocytes (DO), semblait être un bon moyen pour nous d'entrer en contact, même indirectement, avec une population de femmes ayant eu recours au don d'ovocytes à l'étranger. L'en-tête du questionnaire précisait de plus qu'il s'agissait de la population ciblée pour l'étude afin d'éviter au maximum les réponses de personnes non concernées (biais d'auto-sélection) qui conduiraient à un manque de validité des résultats.

Nous avons également eu recours au sondage afin de pouvoir réduire la durée d'étude, tout en obtenant des résultats de manière plus rapide. La possibilité de relancer à tout moment la diffusion du questionnaire dans de nouvelles discussions a été déterminante pour nous permettre de collecter un nombre suffisant de réponses.

L'anonymat est une obligation légale régie en France par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Nous avons pris soin de garantir l'anonymat des femmes qui consultaient le questionnaire pour les rassurer sur ce point, et éviter ainsi des comportements de défense qui auraient influencé la fiabilité et la qualité des réponses.

Les questions à choix multiple ont été élaborées de manière à éviter de masquer les alternatives, en proposant un choix « autre » ainsi qu'une zone de précision.

- **Limites :**

Le questionnaire que nous avons créé n'est pas exhaustif. En effet, dans un souci de faisabilité de l'étude, nous avons évité d'y inclure un nombre trop important de questions, pour ne pas rendre le questionnaire excessivement long, ce qui aurait pu dissuader les femmes qui avaient l'intention de le remplir. Il en résulte que nous avons dû faire l'impasse sur un certain nombre d'interrogations, telles que les procédures de prise en charge à l'étranger, ou encore l'existence d'une rémunération ou indemnisation pour la donneuse.

Nous avons diffusé le questionnaire sur de nombreuses discussions de forums, parmi lesquelles certaines ciblaient une clinique en particulier. Cela constitue un biais en ce qui concerne les résultats des destinations choisies pour le don puisque nous supposons que les femmes qui se sont rendues sur la discussion et ont répondu au questionnaire avaient potentiellement bénéficié du DO dans cette clinique. Il en résulte que la proportion de femmes qui sont allées en Espagne est particulièrement importante, car de nombreuses discussions concernaient les cliniques espagnoles.

Enfin, une des limites majeures de notre étude est le faible nombre de réponses exploitables collectées (soit 55) qui ne permettent pas de transposer les résultats obtenus à l'ensemble de la population de femmes ciblée.

2. Analyse et discussion des résultats

2.1. Hypothèse 1

Les femmes faisant appel à des cliniques étrangères pour bénéficier d'un DO peuvent être réparties en deux catégories :

- **celles qui souhaitent une prise en charge plus rapide**
- **celles qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge en France du fait de leur âge trop avancé**

- La question de l'âge des receveuses

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes était de 37 ans, et plus de la moitié d'entre elles (56,4 %) avaient plus de 40 ans. C'est l'âge correspond auquel le Groupe d'Etude pour le Don d'Ovocytes (GEDO) conseille de limiter l'inclusion des receveuses en France du fait du nombre trop faible de donneuses. Il paraît donc légitime de constater dans notre étude que beaucoup de femmes dépassant cette limite se tournent vers des soins au-delà de nos frontières. En effet, la limite d'âge auquel on peut accepter le transfert des embryons est le sujet d'un vaste débat à l'heure actuelle. Certaines équipes, notamment en Italie (M. Antinori) et aux Etats-Unis (M. Sauer), obtiennent des grossesses chez des femmes de plus de 50, voire 60 ans. [13]

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en France en 2010, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans, soit quatre ans plus tard qu'à la fin des années 1960. [22] ; [Annexe VI]

Cependant, l'âge a été cité dans notre étude en tant que cause de l'infertilité, et on peut supposer qu'une grande partie des femmes ayant cité les anomalies de l'ovulation comme cause se réfèrent à une fonction ovarienne diminuée du simple fait de leur âge, qui a pour conséquence une diminution physiologique de leur fertilité.

De plus, à cela s'ajoute le fait que les chances de grossesse après une Fécondation In Vitro (FIV) diminuent avec l'âge [21] :

- 34 % pour les femmes âgées de 34 ans et moins

- 26,5 % pour les femmes d'entre 35 et 39 ans
- 13,9 % au-delà de 40 ans

Les femmes âgées de plus de 40 ans auraient donc tendance à vouloir bénéficier directement d'un DO provenant d'une femme plus jeune donc plus fertile pour maximiser leurs chances de grossesse.

L'*European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) est l'organisme de référence pour l'AMP à l'échelle de l'Europe. Dans un rapport de 2007 [18], le recours aux soins transfrontaliers vers 6 pays européens (Belgique, République Tchèque, Danemark, Slovénie, Espagne, Suisse) a été étudié par le biais de questionnaires envoyés aux centres à destination des patientes. Parmi les pays d'origine on comptait la France, avec 8,7 % des patientes parmi la population étudiée. En prenant en compte toutes techniques d'AMP bénéficiées à l'étranger, les françaises étaient 30,2 % à avoir plus de 40 ans. Il s'agit d'une proportion moindre par rapport à notre étude qui ne concernait que le recours au DO, mais on retrouve tout de même une tendance des femmes françaises âgées de plus de 40 ans à aller à l'étranger du fait de leur défaut de prise en charge en France. Ainsi, dans notre étude, parmi les 55 femmes interrogées, 18, soit 32,7 %, se sont vues refuser une prise en charge en France en raison de leur âge avancé. En effet, si certaines situations sont indiscutables, d'autres, à la frontière entre physiologie et pathologie peuvent poser de réelles difficultés d'orientation de la prise en charge pour la receveuse « âgée ». En effet, la diminution physiologique de la fertilité avec l'âge est pour certains un motif de contestation de la légitimité du don pour pallier à cette situation.

- La question des délais de prise en charge en France

Dans notre étude, la durée moyenne du parcours d'AMP était de 4 ans, et près d'un tiers des femmes y étaient prises en charge depuis plus de 5 ans. Il s'agit donc là d'un parcours long et difficile, comprenant souvent des échecs de FIV (2,8 en moyenne), tel qu'en ont témoigné les femmes de l'étude. Une des femmes, âgée de 37 ans, a déclaré « *ne pas avoir le temps d'attendre* ». Une autre, âgée de 32 ans, nous a assuré qu'elle était en attente d'un DO en France depuis 4 ans. De plus, pour près de deux tiers des femmes, il ne s'agissait pas du premier DO, et la grande

majorité avait déjà été effectué à l'étranger. Ainsi, dans notre étude, seuls 21,8 % des femmes avaient effectué une demande en France. Les délais d'attentes trop longs constituent de ce fait la motivation la plus citée par les femmes (au nombre de 22) pour faire une demande de DO à l'étranger. [Annexe 2] Cela concorde avec les résultats du groupe « *Cross-border reproductive care* » de l'ESHRE, qui montrent que les longs délais d'attente sont la raison principale du déplacement des patientes françaises hors de nos frontières. [17]

> Les deux aspects de l'hypothèse 1 sont donc validés

2.2. Hypothèse 2

L'accès aux soins à l'étranger semble être facilité par l'orientation des équipes médicales françaises vers ces pays, par de nombreux outils d'information à disposition tels qu'Internet ou encore par le soutien d'associations.

- La place d'internet

Tout d'abord, comme il a été dit précédemment, Internet constitue un outil de choix pour entrer en contact avec les receveuses françaises d'ovocytes à l'étranger. De nombreux sites et forums sont dédiés à la question de l'infertilité ainsi qu'aux différentes techniques d'AMP. Le fait d'avoir diffusé le questionnaire en ligne constitue bien évidemment un biais pour la réponse à la question concernant les moyens d'aide au choix d'une clinique à l'étranger. Néanmoins, cela nous a permis de constater, avant même d'avoir collecté les résultats, qu'Internet constituait un lieu privilégié d'échanges pour ces femmes qui sont en quête d'informations et de réponses à leurs interrogations, mais aussi de compréhension, de solidarité et de soutien moral. Ainsi, nous avons pu observer que les femmes étaient très actives sur les forums de discussion. Chaque jour de nombreuses nouvelles discussions apparaissaient et les réponses étaient souvent quasi-immédiates. Parmi les sujets de discussion on trouvait celui des cliniques étrangères, dans lesquelles les femmes s'échangeaient leurs expériences ou encore demandaient des avis avant une

éventuelle prise en charge. De plus, les cliniques étrangères disposent elles aussi de sites et de forums pour inciter les femmes à faire appel à leurs services. De ce fait, dans notre étude, 24 femmes, soit 43,6 %, ont déclaré avoir eu recours à Internet pour choisir le centre à l'étranger dans lequel elles allaient bénéficier d'un DO. Dans le rapport de l'ESHRE de 2007 [18], la proportion correspondante était de 41,1 %.

- Le rôle des associations

Les femmes font également appel à des associations de patients pour avoir plus d'informations et pour les aider dans leur choix. Dans notre étude, elles sont 7 à y avoir eu recours (soit 12,7 %). Une proportion de 5 % est rapportée en 2007 dans l'étude de l'ESHRE [18]. Dans les commentaires reçus de la part des femmes interrogées dans notre étude, nous avons eu deux avis contraires concernant ces associations. Une femme nous assure que sans l'aide de l'association « *KDO* », sa procédure de DO à l'étranger n'aurait pas abouti. En revanche, une autre femme estime que certaines associations ne sont pas compétentes. Par ailleurs, en consultant le site de quelques associations, nous avons remarqué qu'il était souvent question de frais d'adhésion à payer pour avoir accès à leurs services. Cela pourrait paraître contestable, mais nous pouvons supposer que ces frais sont destinés à la constitution de fonds pour les aides au financement que certaines d'entre elles procurent à leurs adhérentes pour leurs procédures. Néanmoins, d'après le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), certaines associations ont parfois un rôle ambivalent car elles entretiendraient des collaborations avec certaines cliniques auxquelles elles adresseraient directement leurs patientes, ce qui constitueraient des pratiques pouvant être contestées. [16]

- L'information et l'orientation par l'équipe médicale

Dans notre étude, 56,4 % des femmes (soit 31) ont été orientées à l'étranger par l'équipe médicale française. En effet, les professionnels sont amenés à orienter leurs patientes vers des cliniques étrangères face à la pénurie d'ovocytes et les longs délais d'attente pour un don en France. L'ESHRE, dans son rapport de 2007 [18] obtenait un pourcentage similaire (59 %).

Dans notre étude, nous avons demandé aux femmes si elles avaient connaissance du type de liens existants entre les professionnels français et les équipes étrangères. Une majorité (39 %) a répondu qu'il n'y avait pas de lien particulier. Pour 29 % il s'agissait de liens informels, et pour 16 % il s'agissait de collaborations. Il est à noter que ces résultats sont difficilement interprétables et peu fiables, car nous n'avons pas d'information sur les dires des praticiens ou les informations qui ont été données aux patientes à ce sujet. Les formulations « liens informels » et « collaboration » ont pu être l'objet d'un biais d'interprétation de la part des femmes. Le biais de mémorisation est également important pour cette question.

Il en résulte néanmoins que les femmes de notre étude ont reçu une information de la part de l'équipe en France avant de se rendre à l'étranger. Cette information se doit d'être loyale, intelligible et adaptée au contexte. L'Agence de la Biomédecine (ABM), sur son site internet, a publié à ce propos un article destiné aux couples s'appêtant à aller à l'étranger en vue d'une AMP. [23] Il rassemble des informations concernant les différences de pratiques entre la France et les pays étrangers, et encourage les patientes à « demander un conseil avisé » auprès de leur médecin traitant ou de leur gynécologue.

Cette question soulève néanmoins des problématiques d'ordre déontologique. En effet, il existe des risques de dérives lorsque les praticiens français sont directement sollicités par les cliniques étrangères qui proposent des collaborations étroites. Certaines cliniques vont même jusqu'à rétribuer les praticiens pour toute nouvelle patiente adressée. [17] Ces démarches constituent un racolage et une dichotomie qui sont interdites en France par le code de déontologie (article R. 4127-24 du code de santé publique). C'est pourquoi, très récemment, en janvier 2012, une lettre de la Direction Générale de la Santé (DGS) a été adressée au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour alerter les praticiens sur les risques pénaux qu'ils encourent en acceptant ce type d'offres. [Annexe VII] L'article 511-9 du code pénal punit en effet le fait d'apporter son entremise pour favoriser l'obtention de gamètes contre un paiement. Dans la lettre adressée au CNOM, cela est formulé de la manière suivante :

« Un praticien français risque cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende s'il transmet à ses patients une information sur des cliniques ou des organismes étrangers dont les pratiques en matière de don de gamètes ne sont pas conformes à la législation nationale. Les risques encourus sont indépendants de la rémunération

du praticien français par la clinique ou l'organisme étranger ainsi que du recours effectif des patients, ainsi informés, à l'offre située à l'étranger ».

Aucune différenciation n'est faite entre les praticiens qui délivrent une simple information et ceux qui reçoivent une rétribution illicite. Cette lettre a donc été contestée par le corps médical concerné qui dénonce un amalgame entre le fait d'informer et le fait d'adresser les patientes contre rémunération. Il est indéniable que certaines pratiques et démarches constituent un enjeu déontologique pour les médecins français, cependant il paraît naturel que, face aux difficultés d'accès aux soins sur le territoire national, les praticiens français, dans un souci moral d'aider les patientes dans leur démarche, les informent et les conseillent au sujet des possibilités offertes par les cliniques étrangères. Nous savons que les femmes disposent de nombreux moyens pour les aider dans leur choix d'une clinique à l'étranger, mais il semble primordial qu'une partie de ces informations soient délivrées par un personnel médical compétent et avisé, qui puisse les avertir des différentes conditions de prise en charge et les mettre en garde contre d'éventuelles démarches frauduleuses.

> L'hypothèse 2 est donc validée

2.3. Hypothèse 3

Les frais engagés sont très importants mais les femmes sont prêtes à recourir à de nombreuses possibilités de financement pour mener à bien leur désir de grossesse.

- Les destinations

Tout d'abord, rappelons les destinations choisies par les femmes de notre étude :

- l'Espagne pour 67 %
- la Grèce pour 22 %

- la République Tchèque pour 5 %
- la Belgique pour 4 %

Les destinations sont choisies sur des critères variables en fonction des informations véhiculées par les forums sur Internet, les associations et les orientations des médecins français.

Nous insistons à nouveau sur le fait que la proportion qui concerne l'Espagne est biaisée du fait de la diffusion ciblée du questionnaire. Néanmoins l'IGAS et l'ESHRE, dans leurs rapports, placent aussi l'Espagne parmi les destinations privilégiées des patientes françaises. [16] ; [18] Dans le rapport de 2007 sur le recours aux soins transfrontaliers, l'ESHRE cite même l'Espagne en tant que premier « fournisseur » d'ovocytes, avec 62 % des procédures prises en charge. Cela peut s'expliquer par la proximité, mais aussi par la présence de nombreux médecins français dans ces cliniques.

- Enjeux économiques et dimension commerciale

Nous avons établi une moyenne de 6 400 € en ce qui concerne les frais engagés pour le DO à l'étranger par la population de notre étude. Les sommes déboursées allaient de 3 600 € pour un don en Grèce, à 21 000 €, mais ce chiffre correspond selon les commentaires de la femme à des dons multiples en Espagne.

Nous avons pu constater que ce coût variait selon les destinations :

- de 4050 à 15 000 € en Espagne
- 4200 € en Belgique
- De 3600 à 7000 € en Grèce
- 3 700 € en République Tchèque

Cela correspond aux sommes retrouvées dans la littérature, en particulier dans le rapport de l'IGAS [16].

La majorité des dons avaient un coût compris entre 5 000 et 7 500 €. Dans notre questionnaire, nous avons veillé à ce que les frais cités excluent le coût du déplacement et de l'hébergement. Les frais cités comprenaient donc le prix de la ponction ovocytaire et du transfert embryonnaire, l'indemnisation des donneuses et

la rétribution à la fois des établissements privés et des honoraires médicaux. Il existe donc une marge très importante entre les frais engagés par les receveuses et la somme versée aux donneuses. Ce sont des sommes non négligeables qui mettent en évidence d'importants enjeux financiers pour les cliniques étrangères, contrairement aux pratiques françaises où les activités d'AMP s'exercent dans un cadre exclusivement non lucratif.

Le « nomadisme médical » [11] entraîné par le défaut d'accès aux soins au niveau national a permis le développement de ce que certains auteurs appellent le « tourisme procréatif ». En effet, la pénurie d'ovocytes a favorisé l'essor d'un marché particulièrement lucratif, alimenté par des couples lassés d'attendre et prêts à tout pour satisfaire leur désir d'enfant. Ces couples sont ainsi amenés à se déplacer au-delà de leurs frontières,

De plus, les cliniques étrangères adoptent des techniques commerciales offensives, par exemple en affichant sur leurs sites internet des taux de réussite très élevés de manière à inciter les couples à faire appel à leurs services: de 50 à 80 % de chances de grossesse pour le DO avec des donneuses nettement plus jeunes qu'en France. D'après le professeur René Frydman, en France les résultats du DO à partir de donneuses jeunes (moins de 30 ans) avoisinent les 40 % de grossesses évolutives par transfert. A Cochin, l'âge moyen des donneuses est de 35 ans, ce qui n'est pas sans impacts, à la fois quantitatif du fait du nombre restreint de dons, mais surtout qualitatif en ce qui concerne l'état des ovocytes.

Les femmes de notre étude sont nombreuses à avoir souligné le caractère attractif des taux affichés par les cliniques étrangères, ce qui traduit bien l'impact des stratégies publicitaires sur le choix des couples. Cependant ces résultats ne reflètent pas toujours la réalité. De plus, comme il en a été question dans la problématique de l'orientation par les équipes médicales, ces cliniques vont jusqu'à solliciter des praticiens français en échange de rétributions.

Le terme « tourisme procréatif » comporte une forte connotation négative. Il n'est pas sans rappeler celui de « *tourisme de transplantation* » utilisé dans la déclaration d'Istanbul de mai 2008 concernant les voyages pour transplantation d'organes. [25]

En effet, il peut s'agir d'un nouveau « *business* » qui fait que le marché de la fertilité répond aux lois de l'offre et de la demande, avec une forte concurrence entre les centres traduite par des stratégies publicitaires offensives. Les disparités législatives et de prise en charge en Europe renforcent ce phénomène de « *tourisme procréatif* » qui ne touche pas que les couples français. Une étude de l'ESHRE de 2010 a évalué les mouvements de personnes au sein de ce phénomène dans 6 pays d'Europe [18]. Elle a estimé qu'un minimum de 11 000 à 14 000 patients en avait bénéficié. Les principaux pays d'origine étaient l'Italie, l'Allemagne, les Pays-Bas et la France.

- Impact financier

L'accès à l'AMP dans ces conditions dépend largement du niveau de ressources ou de la capacité des couples à s'endetter. Cet impact financier du recours aux soins transfrontaliers met d'autant plus en exergue la problématique de l'inégalité d'accès aux soins en France. Nous avons de ce fait constaté dans notre étude qu'une majeure partie des femmes étaient employées, mais aussi qu'une proportion non négligeable (30 %) d'entre elles faisaient partie des cadres et professions intellectuelles supérieures, disposant a priori d'un revenu plus élevé et pouvant plus facilement se permettre de déboursier des sommes importantes pour un DO à l'étranger.

Mais les femmes font également appel à des aides financières de sources multiples pour pouvoir payer le coût du DO. Ainsi, dans notre étude, 67 % d'entre elles ont bénéficié d'une aide ou d'un remboursement partiel des frais engagés. Concernant les sources :

- 25 femmes ont bénéficié d'un remboursement par l'Assurance Maladie
- 12 femmes ont fait appel à une assurance et/ou une mutuelle privées
- 20 femmes ont eu recours à des associations

Le remboursement par l'Assurance Maladie pose des problèmes éthiques puisqu'il donne une légitimité aux soins transfrontaliers dont les pratiques ne sont pas autorisées en France, comme la compensation financière des donneuses et la réalisation de ces activités dans des centres privés usant de techniques commerciales. [15]

Certains couples font même appel à leurs proches et à leurs amis (soit 4), tandis que d'autres vont jusqu'à s'endetter par des crédits pour pouvoir financer leur DO à l'étranger. Cela traduit bien leur détresse mais aussi leur détermination pour la réalisation de leur projet parental.

> L'hypothèse 3 est donc validée

2.4. Hypothèse 4

Les femmes sont contraintes d'aller à l'étranger mais sont satisfaites de la prise en charge dans ces pays.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la satisfaction des femmes ainsi qu'à leur vécu concernant le DO à l'étranger, afin notamment de déterminer qualitativement l'impact psychologique de ces procédures.

- Le mécontentement à l'égard de la situation en France

Les femmes se sont exprimées, à travers leurs commentaires, sur la situation en France en ce qui concerne le DO. Le manque d'information et de sensibilisation des couples et du grand public est souvent déploré. Nous pouvons en effet admettre qu'il est difficile de comprendre pourquoi le DO (et le don de gamètes en général) n'est pas mis en valeur de la même façon que le don d'organes ou le don de sang en France, qui plus est pour les femmes dont l'infertilité en fait le seul recours possible. Le mot « *tabou* » est de ce fait apparu dans nos commentaires comme pour verbaliser le manque de soutien ressenti par ces femmes. En analysant ces commentaires, il peut sembler que le défaut d'accès aux soins et de prise en charge soit ressenti par les femmes à travers une déshumanisation des rapports et une indifférence du personnel soignant à leur égard. Ainsi, comme le souligne Betty Chevalier dans son essai : « *l'infertilité est véritablement présentée aux femmes en*

*attente d'un don comme un échec, une injustice, une frustration engendrant une obsession du projet familial » [13] En effet, nous avons pu constater, de par l'assiduité des femmes sur les innombrables forums de discussion, qu'il existait, en plus d'une recherche constante de soutien et d'empathie, une réelle détresse, dans laquelle se mêlent espoir et obstination. Ce désir effréné de devenir parents peut ainsi pousser beaucoup de couples français à traverser nos frontières pour bénéficier de l'offre des autres pays en matière de DO. Le terme « *exode induit* », choisi par l'une des femmes de l'étude pour manifester son insatisfaction, peut témoigner de l'ampleur du phénomène.*

- Les femmes sont globalement satisfaites de la prise en charge à l'étranger

Les femmes ayant répondu au questionnaire étaient en grande majorité (soit 84 %) satisfaites de la prise en charge dans le centre à l'étranger et ont été très nombreuses à affirmer qu'elles le recommanderaient à d'autres femmes (soit 83,6 %).

Elles ont témoigné d'une grande facilité de prise de contact avec ce centre. Cela est à mettre en rapport avec la discussion de l'hypothèse 2 concernant les multiples moyens d'information dont les femmes disposent et les stratégies publicitaires de certaines cliniques, dont l'efficacité semble de ce fait incontestable. En effet, dans les commentaires laissés sur notre questionnaire, les femmes ont montré qu'elles étaient très sensibles aux statistiques annoncées par les cliniques ainsi qu'aux délais d'attente incroyablement courts qu'elles affichaient. Cela alimente amplement les espoirs de ces femmes qui peuvent voir alors en ces cliniques la solution miracle pour pallier à leur infertilité le plus rapidement possible.

Nous avons également souhaité prendre en compte la qualité de l'accueil et l'information reçus par les femmes dans notre étude. Une grande majorité (90,9 %) d'entre elles étaient très satisfaites de l'accueil reçu, qui a été qualifié de « *chaleureux* ». De plus, dans une étude de l'ESHRE sur le recours aux soins transfrontaliers pour l'AMP, 91,4 % des patientes assurent avoir bénéficié d'une prise en charge dans leur langue d'origine. A titre d'exemple, la clinique « *IVI Madrid* » que

nous avons contactée nous a décrit une prise en charge personnalisée, avec de nombreux interlocuteurs bilingues, dont certains gynécologues. Dans cette clinique, les patientes se voient attribuées une « *assistante* » qui parle couramment le français afin de garantir un « *soutien indispensable tant sur le plan émotionnel que logistique* ». Les cliniques semblent donc s'assurer qu'il n'y ait pas de barrière linguistique afin de faciliter la prise en charge des patientes étrangères.

En ce qui concerne la qualité de l'information fournie, les femmes de l'étude étaient très satisfaites dans 70,9 % des cas. Ce résultat témoigne d'une plus grande disparité des avis sur la question. En effet, à travers les commentaires, certaines femmes souhaitaient se justifier en affirmant que trop peu d'informations leur avaient été fournies, notamment en cas d'échecs. On pourrait supposer que, derrière les taux de réussite affichés, certaines cliniques présentent des lacunes en ce qui concerne la communication d'évènements indésirables tels que les échecs ou les complications. Les femmes qui se sont exprimées dans notre étude ont néanmoins mis en exergue le caractère compatissant et compréhensif des équipes à l'étranger, en assurant que « *le côté humain est là* ».

Une des femmes a soulevé une nouvelle question : celle du recrutement des donneuses à l'étranger. Elle déplore qu'il n'y ait que trop peu d'information à ce sujet. Cela laisse à supposer que certaines cliniques ne dévoileraient pas à leur patientes les critères et les modalités de recrutement de leurs donneuses (bilans, âge, recherches génétiques, etc.). Il existe dans de nombreux pays un vide informatif sur le territoire en ce qui concerne les donneuses (provenance, nombre de dons). [Annexe VIII] Par exemple, en Espagne, un registre national est prévu par la loi, mais il n'est pas mis en pratique.

Dans notre étude, la même femme regrettait qu'il n'y ait pas de procédures de contrôle mises en place par l'Union Européenne pour les cliniques. Il existe pourtant une directive du Parlement européen et du conseil, datant du 31 mars 2004, « *relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, le stockage et la distribution de tissus et cellules humains* ». [26] Elle vise à établir des normes élevées de qualité et de sécurité des tissus et cellules d'origine humaine destinés à des usages thérapeutiques dans et sur le corps humain. Il semblerait cependant que son

application soit difficile en raison des disparités législatives au sein de l'Union et du manque de transparence de certaines cliniques en ce qui concerne leurs pratiques.

- Une certaine ambivalence dans le vécu du parcours, avec des avis mitigés

Dans l'étude, 61,8 % des femmes avaient attribué une note supérieure ou égale à 8 sur 10 à leur vécu des diverses procédures. Certaines femmes manifestaient leur satisfaction, suite à la réussite de leur procédure de DO à l'étranger. Pour la plupart, il s'agit néanmoins d'un parcours très pénible psychologiquement. En effet, après un suivi en AMP souvent long en France (4 ans en moyenne dans notre étude), le recours aux soins transfrontaliers peut être vécu comme un véritable parcours du combattant. Pour certaines femmes, l'infertilité génère un sentiment de culpabilité vis-à-vis du couple et de la société. Lorsqu'il est question en plus de procéder à des soins à l'étranger, un sentiment de gêne peut alors s'y ajouter. Il peut aussi paraître difficile à accepter, pour ces couples, que leur projet parental soit un « *business* » pour les cliniques étrangères, qui s'enrichissent avec leur détresse en leur proposant des solutions de « *dernière chance* ».

Il existe très peu d'éléments dans la littérature concernant le vécu des receveuses de DO, quelque soit leur pays d'origine. F. Merlet et B. Sénémaud rapportent qu'une association italienne s'était intéressée au vécu des couples italiens qui avaient recours à une AMP à l'étranger. Leur enquête montrait que les conditions psychiques et pratiques dans lesquels se déroulaient les démarches étaient souvent éprouvantes. En effet, il était rapporté que certaines procédures étaient effectuées dans le secret, avec des difficultés de communication, et que les couples manquaient de soutien moral. [17]

Il est difficile de qualifier le vécu des femmes qui reçoivent un DO à l'étranger. Notre étude à ce sujet est très limitée du fait de la pauvreté de l'échantillon et du nombre relativement faible de commentaires exploitables à ce sujet.

> L'hypothèse 4 est donc partiellement validée

3. Propositions et ouvertures du sujet

3.1. Vers une harmonisation des pratiques à l'échelle de l'Union européenne

Face au phénomène croissant de « tourisme procréatif » et aux rumeurs de trafic, une réflexion à l'échelle européenne devrait être mise en place afin d'harmoniser les pratiques selon les principes éthiques applicables au DO.

La directive européenne de 2004 insiste sur le fait que le don d'éléments du corps humain ne doit pas être pratiqué dans un but lucratif, et s'est clairement prononcée contre la rémunération pour le don de gamètes. [26] Ces recommandations, qui visent à garantir la qualité et la sécurité des soins et à prévenir les dérives commerciales, devrait être transposée par les pays de l'Union européenne dans leur législation nationale, ce qui n'est vraisemblablement pas toujours le cas. Certains éléments de la directive ne sont pas respectés, comme par exemple la non rémunération du don. Ainsi, plusieurs pays, d'Europe de l'Est notamment, ne disposent pas de loi spécifique sur l'AMP et le don de gamètes, ce qui leur permet une grande liberté de prise en charge des couples étrangers qui sortent de leur pays pour contourner des dispositions législatives trop restrictives. En effet, les disparités législatives sont en grande partie responsables de la migration des couples au-delà de leurs frontières pour avoir accès aux soins dans un pays où la réglementation est plus souple, mais où les enjeux financiers sont majeurs et où les principes éthiques ne sont pas toujours respectés.

F. Merlet et B. Sénémaud ont fait le parallèle entre le phénomène actuel de « *tourisme procréatif* » et les dérives de la transplantation d'organes. [17] En effet, puisque la pénurie d'ovocytes favorise l'essor d'un marché particulièrement lucratif en Europe, il semble nécessaire qu'une collaboration internationale au sein de l'Union et qu'un consensus général soient recherchés afin d'améliorer les pratiques. Cela se traduirait, par transposition de la déclaration d'Istanbul de mai 2008 contre le trafic d'organes, par la mise en place d'un « *système transparent de régulation et de surveillance qui garantisse la sécurité du donneur et du receveur* », ainsi que par

« *l'application des règlements et l'interdiction des pratiques contraires à l'éthique* ». [25]

La déclaration révèle ainsi la nécessité d'une surveillance et d'une traçabilité des activités qui permettent d'en garantir la transparence afin de protéger les personnes. Cela rejoint les recommandations de l'ESHRE pour l'application de règles de bonne pratique au sein de l'Union européenne. [17] ; [19]

Il semble en effet primordial que cela soit appliqué au DO à travers la mise en place de registres nationaux des donneuses, dans le but de contrer les dérives d'exploitation des personnes et de marchandisation des éléments de leur corps. Un comité de vigilance européen pour le don de gamètes pourrait être créé afin d'assurer le respect de règles communes sur les indications, l'utilisation et les bonnes pratiques. Enfin, le partage des données au sein de ce comité pourrait nous renseigner davantage sur l'envergure et l'impact de ce phénomène de « *procréation transfrontalière* ».

3.2. La nécessité de dynamiser l'activité en France

3.2.1. Par l'attribution de moyens supplémentaires

Le DO en France n'est pas développé à hauteur des demandes. Pour cela il semble indispensable que l'organisation des soins au sein du territoire soit facilitée. Ainsi, l'attribution de moyens supplémentaires et spécifiques à cette activité d'AMP pourrait être envisagée afin d'améliorer l'accès aux soins et d'assurer une meilleure prise en charge, tant pour les donneuses que pour les receveuses. Cela passe par un renforcement des équipes qui seraient alors plus disponibles, et une augmentation des capacités d'accueil à travers une structuration nationale efficiente des centres. En effet, une mutualisation des centres avec un travail en réseau devrait être également envisagée pour pallier au problème des disparités territoriales d'accès aux soins.

3.2.2. Par la valorisation des donneuses

La démarche altruiste de la donneuse devrait être davantage valorisée par les pouvoirs publics et la société. Cette reconnaissance se traduit en partie par l'assurance d'une neutralité financière, à travers un remboursement total et sans délais des frais occasionnés par le don.

Pour certains auteurs et médecins, le principe de gratuité du don devient de plus en plus contestable du fait de la pénurie en France car il rend la loi peu incitative pour les donneuses. L'IGAS, dans son rapport, rappelle les différentes propositions avancées sur la question, qui vont d'une indemnisation modérée (500 €) à la nécessité d'une indemnisation attractive qui permettraient également une meilleure reconnaissance sociale. [16] Cependant, le principe de volontariat et d'altruisme du don pourrait être altéré du fait de contraintes financières, et cette indemnisation demeure contraire au principe de non-patrimonialité des éléments du corps humain. En l'absence d'urgence vitale, la pénurie ne justifierait donc pas d'exception à ce fondement éthique dans l'application du DO en France.

3.2.3. Par une plus grande information et sensibilisation

Il paraît indispensable de mieux faire connaître au grand public en France la nature et les indications du DO. De la même façon, des campagnes d'information devraient permettre d'exposer les besoins existants et la situation de pénurie, en expliquant la nécessité de développer l'activité en France. L'ABM a lancé des campagnes en 2008 et en 2011. [Annexe IX] Elle a mis en place de nouveaux outils d'information complémentaires à travers son site internet, ainsi qu'un numéro vert gratuit où le public peut recevoir des informations de télé-conseillers. Des journées portes ouvertes ont également été organisées pour permettre au public de s'informer et d'échanger au sein même de certains centres. [Annexe X] L'Agence prévoit de poursuivre et de renforcer ces actions de sensibilisation afin d'installer le DO comme sujet de santé dans la société.

La communication et la sensibilisation du grand public semblent être primordiales pour aider à pallier à la pénurie. En effet, il existe en France une réticence éthique à solliciter directement les donneuses. Les campagnes d'information ne doivent pas être des campagnes de recrutement, c'est pourquoi elles doivent être encadrées médicalement et juridiquement.

3.2.4. Quel rôle pour la sage-femme ?

Les professionnels de santé potentiellement confrontés aux situations d'infertilité sont nombreux. Ils devraient être sensibilisés sur les conditions de fonctionnement de l'activité du DO et incités à en parler pour devenir des relais d'information essentiel à sa promotion au grand public.

La sage-femme fait partie de ces professionnels qui pourraient être en mesure de relayer l'information et de sensibiliser les femmes au DO. Il est important de rappeler qu'il est dans ses compétences de concourir aux activités cliniques d'AMP ainsi qu'aux activités de dons de gamètes (article D.4151-20 du code de la santé publique). Elle est donc amenée à contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse d'ovocytes (article D.4151-23 du code de la santé publique). Elle est également tenue de participer à l'évaluation des activités du centre dans lequel elle exerce. [27] En plus de son activité en AMP, la sage-femme est un interlocuteur de choix pour les femmes en âge de procréer. Son rôle dans la sensibilisation au DO pourrait être primordial car elle est à même de cibler certaines catégories de femmes susceptibles de se sentir concernées ou empathiques. La sage-femme est par exemple amenée à assurer le suivi des jeunes mères, qui sont susceptibles d'être réceptives aux informations relatives à l'infertilité féminine et donc à la possibilité du don. On retrouve cette population cible dans les maternités, mais l'information concernant le DO pourrait également être mise en avant et proposée dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ainsi que dans les établissements de Planning Familial, où la sage-femme est également présente.

Les multiples facettes de l'exercice de la profession de sage-femme lui donnent donc la possibilité de jouer un rôle dans le développement de l'activité du DO en France.

Conclusion

La législation française pour le don d'ovocytes est restrictive sur de nombreux points mais s'inscrit dans un cadre éthique dont les principes visent à protéger les différents acteurs : donneuses, couples receveurs et praticiens. Cependant, l'insuffisance de l'offre en France a contribué à favoriser le développement du « *tourisme procréatif* » vers des pays où la législation est plus souple.

Notre étude nous a permis de constater que les femmes avaient recours à des soins transfrontaliers pour contourner les longs délais d'attente pour un don d'ovocytes en France, mais aussi pour en bénéficier lorsque la législation nationale ne le leur permettait pas en raison de leur âge trop avancé. Ces femmes étaient aidées dans leur démarche par de multiples outils comme Internet, ou par le soutien d'associations. Dans notre étude, plus de la moitié des femmes avaient été orientées vers l'étranger par l'équipe médicale française. Même si une information préalable sur les procédures à l'étranger semble primordiale, cela soulève néanmoins des questions d'ordre déontologique, car les risques de racolage et de dichotomie sont réels en raison des sollicitations des médecins français par certaines cliniques. Celles-ci adoptent des stratégies commerciales et publicitaires offensives car les enjeux financiers sont importants. En effet, nous avons pu constater dans notre étude que les femmes avaient payé des sommes considérables pour leur don, et avaient fait appel à de nombreuses sources de financement, en allant même jusqu'à demander un crédit. Cela accentue donc les inégalités d'accès aux soins. Les femmes étaient globalement très satisfaites de leur prise en charge à l'étranger, mais certaines se sont montrées critiques à propos du « *business* » organisé à l'étranger alors qu'elles se trouvaient dans une situation psychologiquement difficile.

Face à l'expansion du « *tourisme procréatif* », il semble nécessaire que des règles de bonnes pratiques soient mises en place au niveau européen après une réflexion commune entre les pays. En France, l'amélioration de l'activité de don d'ovocytes devrait être recherchée à travers une revalorisation des donneuses, l'attribution de moyens supplémentaires, et l'amplification des campagnes d'information et de sensibilisation du grand public et des professionnels. Parmi ceux-ci on compte la sage-femme, qui pourrait jouer un rôle dans la dynamisation de l'activité.

Bibliographie

- [1] Agence de la Biomédecine *Rapport annuel 2011*
[consulté le 16 janvier 2013]
http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/ra_biomed_2011_bd_web.pdf
- [2] Agence de la Biomédecine « *Le don d'ovocytes si on en parlait ?* »
Communiqué de presse du 25 juin 2012
[consulté le 13 janvier 2013]
http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/cp_journee_interactive.pdf
- [3] LH2 *Enquête sur les perceptions, attitudes et représentations des français réalisée pour l'Agence de la biomédecine sur l'assistance médicale à la procréation, à l'embryologie et à la génétique humaine*, Janvier 2007
- [4] E. HURET *Conséquences médicales, économiques et sociales du tourisme procréatif*, Thèse pour obtenir le doctorat en médecine ; Faculté de Rouen ; 9 Octobre 2012
- [5] H. MOUTEL, G. HERVE *Historique des pratiques de garde des gamètes et des embryons*
[consulté le 15 janvier 2013]
<http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/AllDocumentsByUNID/214D7822ADA19D10C12570A500515148>
- [6] TROUNSON ET AL., *Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro*, Clin Res Ed, 1983. 283: p 825-8
- [7] Les états généraux de la bioéthique *La bioéthique en quelques mots*
[consulté le 13 janvier 2013]
<http://www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/presentation-generale/la-bioethique-en-quelques-mots.html>

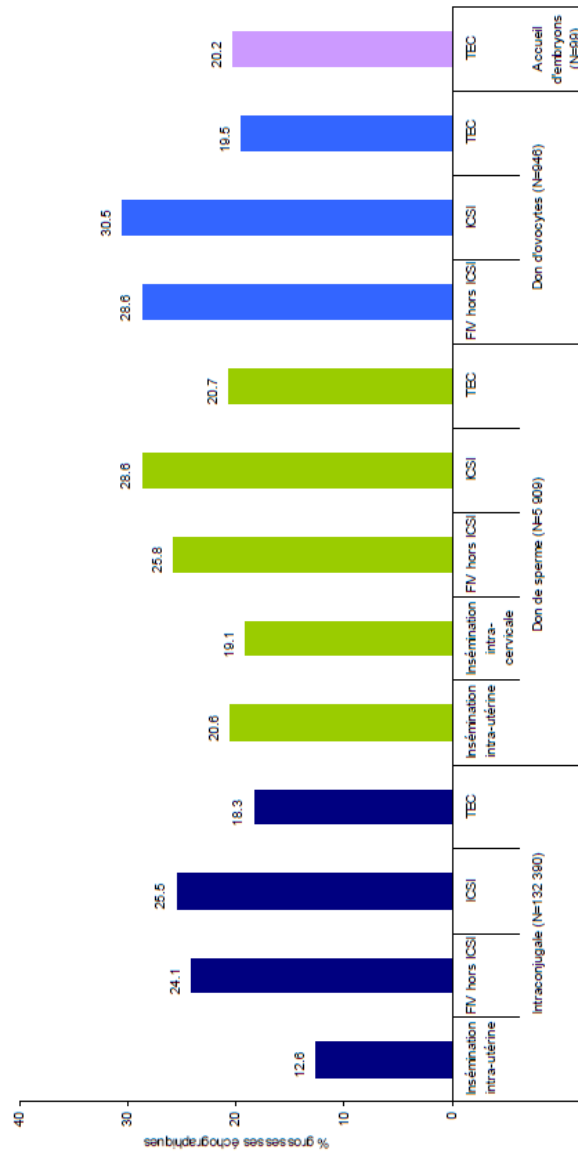
- [8] MEHL D. *Les lois de l'enfantement, procréation et politique en France (1981 – 2011)*, Presses de Sciences Po, 2011
- [9] Agence de la Biomédecine *Histoire de l'assistance médicale à la procréation*
[consulté le 10 janvier 2013]
<http://www.procreationmedicale.fr/lamp-en-pratique/histoire-de-l%E2%80%99amp/>
- [10] LETUR H., MERLET F. *Situation législative et réglementation du don d'ovocytes en France*, Gynécol Obstet Fertil, 2012. 40 : p 28-31
- [11] LETUR H. *Etat des pratiques du don d'ovocytes en France et en Europe*
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007, 36;
p727-737
- [12] Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, *Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation*, Cah CCNE, 2006. 46
- [13] CHEVALLIER B. *Essai sur le don d'ovocytes - Questionnements éthiques dans le monde d'aujourd'hui*, Thèse de doctorat en éthique, sciences, santé, société ; Université Paris XI ; 19 décembre 2011
- [14] OLIVENNES F., HAZOUT A., FRYDMAN R. *Assistance Médicale à la Procréation*
Collection Abrégés, Editions Masson, 3^{ème} édition, 2006
- [15] Groupe d'Etude pour le Don d'Ovocytes *Le don d'ovocytes*
[consulté le 21 février 2013]
<http://www.gedo.org/don3.html>

- [16] ABALLEA P., BURSTIN A., GUEDJ J., Inspection Générale des Affaires Sociales *Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France – 2011*
[consulté le 7 mars 2012]
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000113/0000.pdf>
- [17] MERLET F., SENEMAUD B. *Prise en charge du don d'ovocytes : réglementation du don, la face cachée du tourisme procréatif*, Gynécol Obstet Fertil, 2010. 38(1) ; p 36-44
- [18] SHENFIELD F. ET AL. *Cross-border reproductive care in six European countries*, Hum Reprod, 2010. 25(6): p 1361-8
- [19] European Society of Human Reproduction and Embryology, *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the European Union: Regulation and Technologies - Final Report 2007*
[consulté le 4 avril 2012]
- [20] CHEVALLIER B. ET AL., *Typologie de 142 candidates pour un don d'ovocytes dans le cadre légal du volontariat, de l'anonymat et de la gratuité*, 2012
- [21] European Society of Human Reproduction and Embryology, *Assisted reproductive technology in Europe, 2007 : results generated from European registers by ESHRE*
[consulté le 4 avril 2012]
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/27/4/954.full.pdf+html>
- [22] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, *Un premier enfant à 28 ans*
[consulté le 12 février 2013]
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419#inter1

- [23] Agence de la Biomédecine, *S'informer avant une AMP à l'étranger*
[consulté le 13 février 2013]
<http://www.procreationmedicale.fr/lamp-en-pratique/s%e2%80%99informer-avant-une-amp-a-l%e2%80%99etranger/>
- [24] Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Courrier de la Direction Générale de la Santé envoyé aux conseils départementaux*
[consulté le 20 février 2013]
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/amp-avec-don-d-ovocytes-l-etranger-1297>
- [25] The Transplantation Society, *Déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation*
[consulté le 25 février 2013]
http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/declaration_istanbul_fr.pdf
- [26] Parlement et Conseil Européen, *Directive 2004/23/CE du 31 mars 2004 relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humains*
[consulté le 27 février 2013]
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004L0023:FR:HTML>
- [27] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, *Les compétences des SF et le code de déontologie*
Paris, novembre 2012

Annexes

Annexe I : Taux de grossesses échographiques après tentative d'AMP selon la technique et l'origine des gamètes, en 2010



Source : *Les troubles de l'infertilité*
Etat des connaissances et pistes pour la recherche
 Rapport de l'INSERM et de l'ABM
 2011
 p. 47

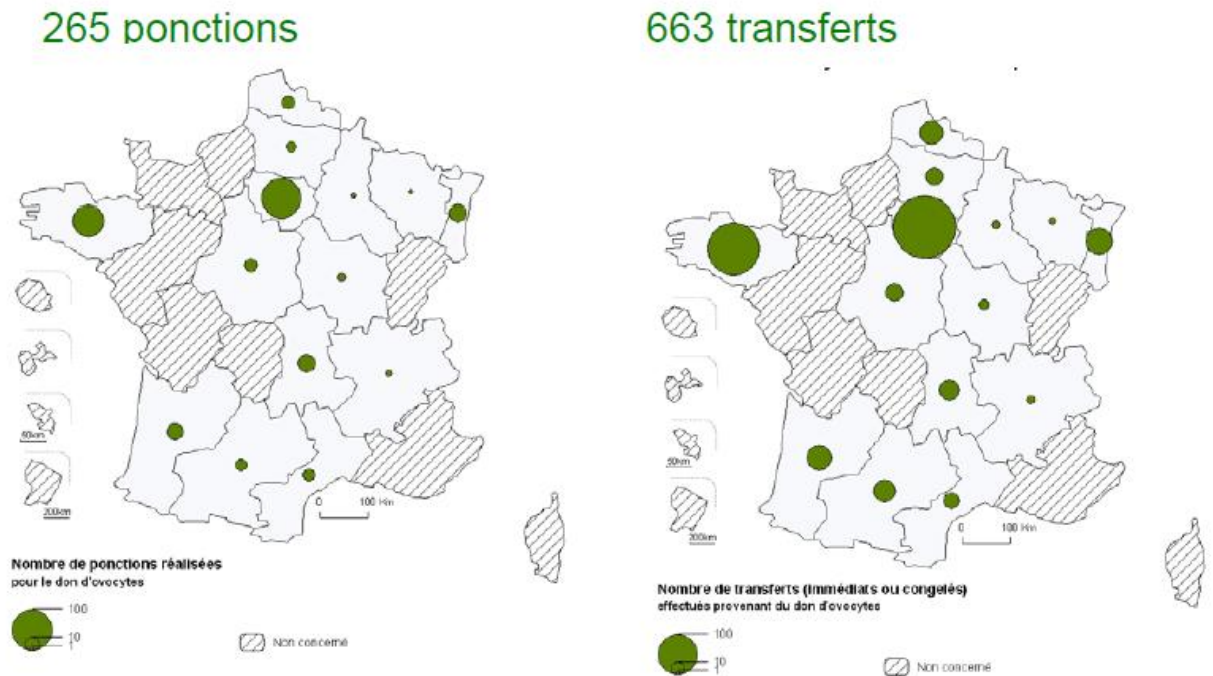
Annexe II : Délais d'attente d'une FIV, déclarés par les centres de la fédération des CECOS selon la présence ou l'absence de donneuse présentée par le couple receveur

Région	Centres	délai d'attente sans donneuse	délai d'attente avec donneuse
Alsace	Strasbourg	3 ans	24 mois
Aquitaine	Bordeaux	18 à 20 mois	idem
Auvergne	Clermont	20 mois	14 mois
Bourgogne	DIJON		
Bretagne	Rennes	18 mois	12 mois
Centre	TOURS	12 à 36 mois	12 à 18 mois
Champagne - Ardennes	Reims	Nd.	Nd.
Franche-Comté	Besançon	Nd.	Nd.
Ile de France	Cochin-Saint-Vincent de Paul	2,5 ans	12 mois
Ile de France	Jean Verdier	2 ans	12 mois
Ile de France	Tenon	4 ans	12 mois
Ile de France	Sèvres	2 ans	1 an
Midi -Pyrénées	Montpellier	3-4 ans	1 an
Nord-Pas de Calais	Lille	2 ans	6 mois
PACA	Nice	5 ans	16 mois
Picardie	Amiens	3ans	1 an
Rhône-Alpes	Grenoble	18 mois	18 mois

Source : Fédération des CECOS, données sur 17 centres année 2009

Source : Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France
P. Aballea, A. Burstin et J. Guedj
Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011

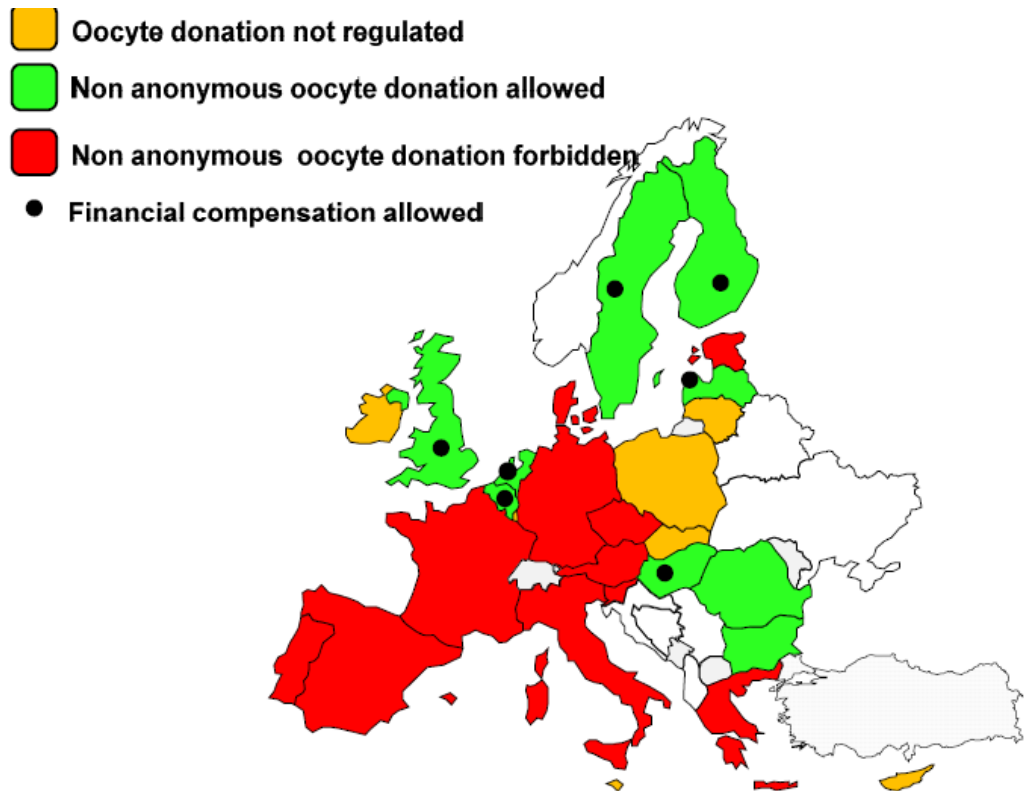
Annexe III : Répartition régionale de l'activité relative au DO en 2008 en France



Source : *ABM. Rapport annuel 2008 sur l'activité régionale d'AMP et de génétique humaine. Edition octobre 2010.*

Source : *Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France*
P. Aballea, A. Burstin et J. Guedj
Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011


Annexe IV : Cadre législatif de l'anonymat pour le DO dans les 27 Etats membres de l'Union Européenne



Source : *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the European Union: Regulation ad Technologies - Final Report*
European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)
2007

Annexe V : Le questionnaire créé pour l'étude

Nom : N/A



ECHO

Jimenez Béatrice
Etudiante Sage-Femme
Paris
b.jimenez.barrinso@gmail.com

Bonjour,
Je prépare mon mémoire de fin d'études de sage-femme qui porte sur le don d'ovocytes.
Ce questionnaire **RAPIDE** et **ANONYME** fait partie de l'étude que je souhaite mener.
Il s'adresse aux femmes allant bénéficier ou ayant bénéficié d'un don d'ovocyte à l'étranger.
Il me permettra de répondre aux questions que je me pose concernant ce sujet pour mieux prendre en considération les besoins des femmes de satisfaction.
Merci beaucoup de votre coopération !

Renseignements Généraux

1 - Quel est votre âge ?

(NUMÉRIQUE)

2 - A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle

Prise en charge et suivi de l'infertilité

3 - Avez-vous déjà été enceinte spontanément ?

Oui Non

4 - Quelles sont la(les) cause(s) de l'infertilité ?

- Anomalie de l'ovulation
- Anomalie des trompes
- Anomalie de l'utérus
- Endométriose
- Inexpliquées
- Autre

4.1- Précisez :

5 - En quelle année avez-vous débuté un parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP) ?

(NUMÉRIQUE)

6 - S'agit-il d'un 1er don d'ovocyte ?

Oui Non

6.1- Si oui, précisez le nombre et le lieu (France ou étranger) de ce(s) don(s) d'ovocytes :

6.2- Précisez le nombre d'échecs de FIV avant le 1er don d'ovocyte :

6.3- Y a-t-il eu une(des) grossesse(s) menée(s) à terme suite à ces tentatives ?

La demande de don d'ovocyte en France

7 - Avez-vous fait une demande de don d'ovocyte dans un centre sur le territoire français ?

Oui Non

8 - Si oui, quelle(s) a(ont) été votre(vos) motivation(s) pour refaire cette demande à l'étranger ?

- Délais d'attente trop longs
- Refus
- Vous disposiez d'une donneuse
- Autre

8.1- Précisez :

9 - En cas de refus de prise en charge en France, quelle(s) en a(ont) été la(les) raison(s) ?

- Age
- Situation maritale
- Orientation sexuelle
- Autre

9.1- Précisez :

10 - Avez-vous été orientée vers l'étranger par l'équipe médicale ?

Oui Non

10.1- Si oui, savez-vous s'il s'agissait de collaborations établies entre les centres ou de liens informels entre professionnels ?

Le recours au don d'ovocyte à l'étranger

11 - Comment avez-vous été aidée dans le choix du centre à l'étranger ?

- Internet (forums, etc.)
- Associations
- Amis, proches
- Orientation par l'équipe médicale en France
- Autre

11.1- Précisez :

12 - Dans quel pays aura / a eu lieu le don d'ovocytes ?

- Espagne
- Belgique
- Grèce
- République Tchèque
- Autre

12.1- Précisez :

13 - Globalement, avez-vous été satisfaite de la prise en charge dans le centre à l'étranger ? Sur une échelle de 0 à 10, veuillez indiquer votre niveau de satisfaction pour chacun des critères suivants (0 = très mauvais ; 10 = excellent).

- Oui
 Moyennement
 Non

13.1- Facilité de la prise de contact :

13.2- Accueil :

13.3- Qualité des informations fournies :

13.4- Vécu des diverses procédures :

13.5- Recommanderiez-vous ce centre à d'autres femmes ?

14 - A combien se sont élevés les frais engagés pour ce don d'ovocyte (transport et hébergement exclus) ? (en Euros)

(NUMÉRIQUE)

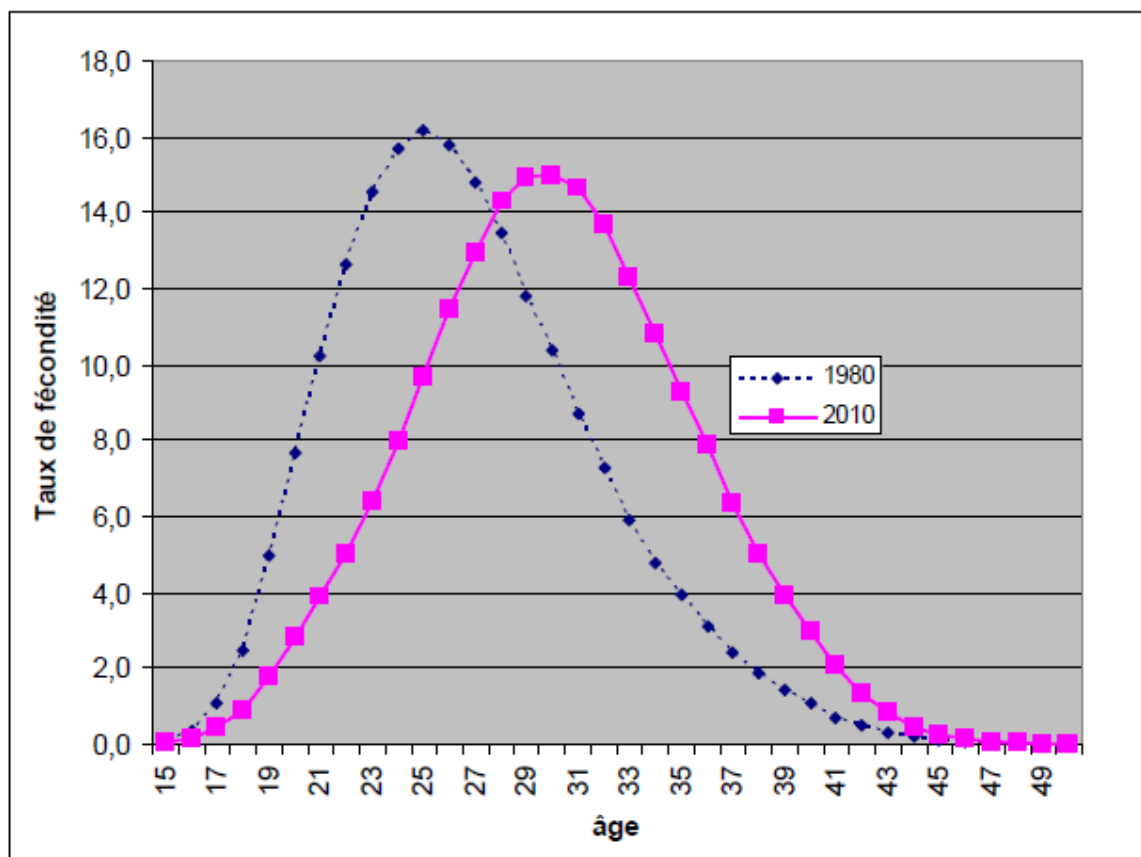
15 - Avez-vous bénéficié d'une aide ou d'un remboursement partiel de ces frais ?

- Par l'Assurance Maladie
 Par une assurance/mutuelle personnelle
 Par une association
 Par des prêts familiaux ou de proches
 Par un crédit
 Non

16 - Si vous souhaitez fournir des informations supplémentaires, ou expliquer votre position par rapport à votre choix du don d'ovocyte, vous pouvez vous exprimer ici :

Je vous remercie du temps que vous avez dédié à la réponse de ce questionnaire.

Annexe VI : Evolution des taux de fécondité par âge entre 1980 et 2010



Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

C. N. O. H. 02. 01. 2013
13.002.012

Direction générale de la Santé

Sous-direction de la politique des produits de santé et de la
qualité des pratiques et des soins
Bureau de la Biologie et des éléments et produits du corps
humain

Personne chargée du dossier
Suzanne SCHEDEGGER
suzanne.schedegger@santé.gouv.fr

12.439

Paris, le 21 DEC 2012

Monsieur le Président,

Actuellement, l'offre de don d'ovocytes en France est insuffisante pour couvrir les besoins nationaux. Le nombre de couples français qui se rendent à l'étranger en vue d'assistance médicale à la procréation avec don d'ovocytes (en particulier en Espagne) ne cesse d'augmenter. Ces soins reçus à l'étranger ne sont parfois pas conformes à la législation française qui érige en principes la gratuité et l'anonymat du don.

La situation tend à s'aggraver avec le démarchage de plus en plus offensif des praticiens français par des cliniques et des organismes étrangers.

L'article 511-9 du code pénal¹ punit le fait d'apporter son entremise pour favoriser l'obtention de gamètes contre un paiement.

Monsieur le Docteur Michel LEGMANN
Président du Conseil national de l'ordre des médecins
180 boulevard Haussmann
75389 Paris cedex 08

¹ De 1 800 à 3 600 femmes françaises auraient ainsi eu recours à un don d'ovocytes à l'étranger en 2009, chiffres qui ne cessent de progresser (Source : rapport IGAS, Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France, février 2011)

² Article 511-9 du code pénal :
« Le fait d'obtenir des gamètes contre un paiement, quelle qu'en soit la forme, à l'exception du paiement des prestations assurées par les établissements effectuant la préparation et la conservation de ces gamètes, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.
« Est puni des mêmes peines le fait d'apporter son entremise pour favoriser l'obtention de gamètes contre un paiement, quelle qu'en soit la forme, ou de remettre à des tiers, à titre onéreux des gamètes provenant de dons. »

Annexe VI : Lettre de la DGS adressée au CNOM

La Direction des affaires criminelles et des grâces (Ministère de la Justice), consultée à deux reprises par la DGS sur ce sujet, précise que :

- la simple réception par un praticien français d'une publicité ou d'une sollicitation (courrier, courriel) provenant de l'étranger ne constitue pas une infraction pénale
- cependant, si le médecin transmet l'information à ses patients, même sans obtenir un paiement ou un avantage de la part de la clinique ou de l'organisme étrangers, il peut être poursuivi sur le fondement de l'article 511-9 du code pénal
- en effet, en l'espèce, il est responsable de la mise en relation de ses patients avec la clinique ou l'organisme étrangers dont les pratiques ne sont pas conformes à la législation nationale et permet donc, en toute connaissance de cause, un détournement de la loi française
- ce comportement est répréhensible, même si les patients renoncent finalement à recourir à l'offre étrangère dès lors que la tentative de commettre le délit d'entremise est punissable, en application de l'article 511-26 du code pénal³

En résumé, un praticien français risque cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende s'il transmet à ses patients une information sur des cliniques ou des organismes étrangers dont les pratiques en matière de don de gamètes ne sont pas conformes à la législation nationale. Les risques encourus sont indépendants de la rémunération du praticien français par la clinique ou l'organisme étrangers ainsi que du recours effectif des patients, ainsi informés, à l'offre située à l'étranger.

Il me semble utile que vous informiez et mettiez en garde les médecins, particulièrement les gynécologues, contre les risques pénaux qu'ils encourent en donnant suite à des sollicitations en provenance de ces cliniques ou organismes installés dans des pays où la législation en matière de don de gamètes est différente du droit national.

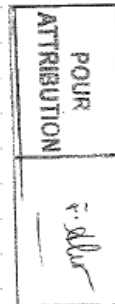
Par ailleurs, j'ai demandé aux ARS de porter également cette information auprès des praticiens en établissement.

Mes services restent à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

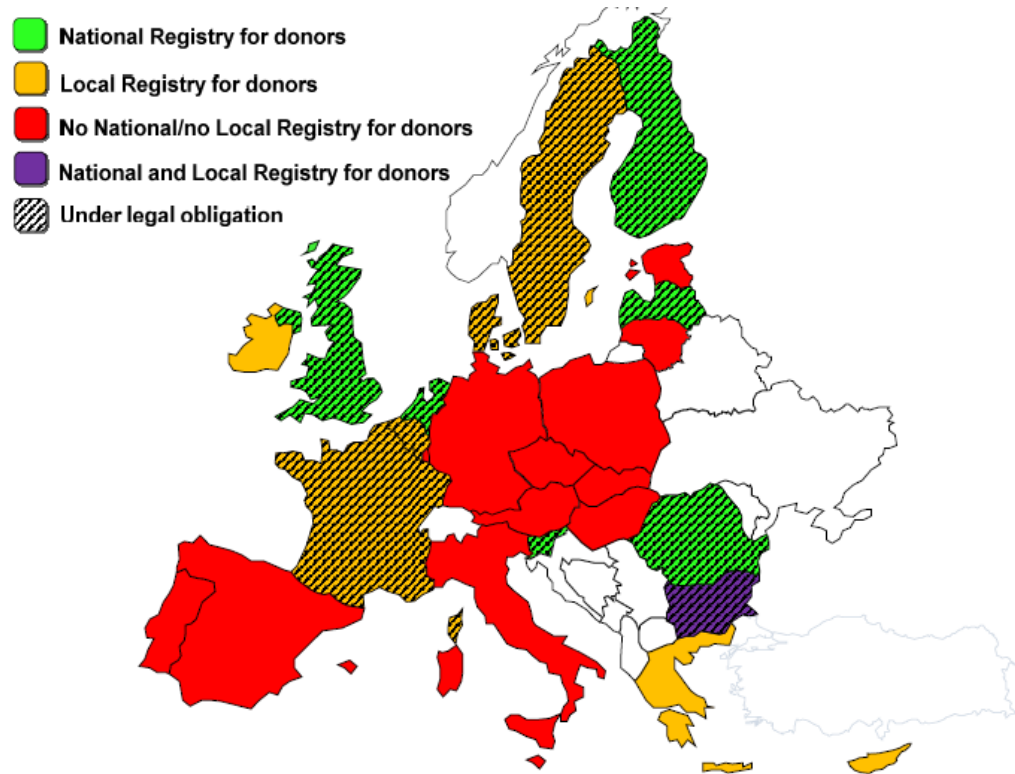
Le Directeur Général de la Santé,

Dr Jean-Yves GRALL




³ Article 511-26 du code pénal
« La tentative des délits prévus par les articles 511-2, 511-3, 511-4, 511-5, 511-5-1, 511-5-2, 511-6, 511-9, 511-15, 511-16 et 511-19 est punie des mêmes peines. »

Annexe VII : Etat des lieux des registres de donneuses en Europe




Source : *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the European Union: Regulation and Technologies - Final Report*
European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)
2007

Annexe VIII : Campagnes d'information de l'ABM



Fl était une fois
une princesse et un prince
qui s'aimaient beaucoup.
Alors ils se marièrent...



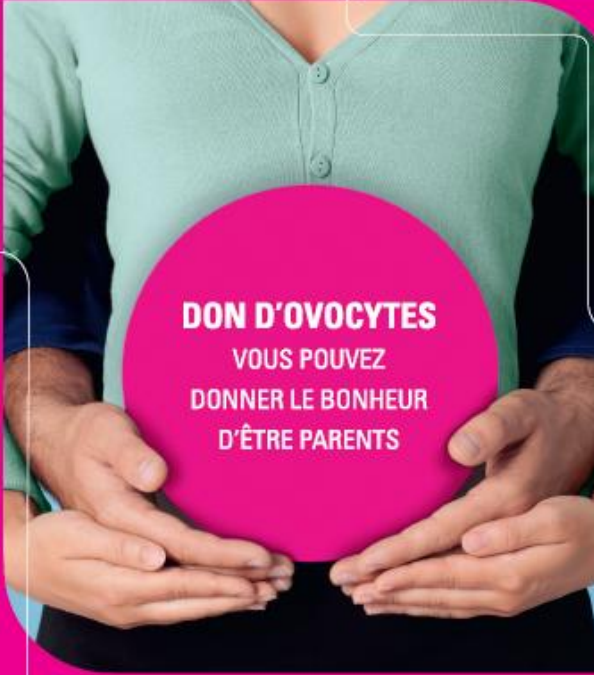
...et n'eurent pas d'enfants.

Parfois, le désir d'enfants
ne suffit pas pour être parents

www.dondespermatozoides.fr
www.dondovocytes.fr

N° Vert 0800 541 541

Agence de la
Biomédecine
Établissement relevant
du ministère de la santé



DON D'OVOCYTES
VOUS POUVEZ
DONNER LE BONHEUR
D'ÊTRE PARENTS

Opération européenne 2007 - Crédits photos: P. Sautou, L. Lecomte, A. Besson, B. Balle, A. Knebel, S. Bony, B. Bony, A. Bony

N° Vert 0800 541 541

www.dondovocytes.fr

Agence de la
Biomédecine
Agence relevant du ministère de la santé

Annexe IX : Journée portes ouvertes organisées par l'ABM

JOURNÉE PORTES-OUVERTES



**DON D'OVOCYTES ET
DON DE SPERMATOZOÏDES :
UNE JOURNÉE POUR
VOUS INFORMER ET ÉCHANGER**

**LE MERCREDI 14 NOVEMBRE 2012
DE 11H À 18H30**

Le don d'ovocytes et le don de spermatozoïdes, encore mal connus, sont pourtant essentiels dans le cadre de certaines démarches d'assistance médicale à la procréation et peuvent permettre à des couples de connaître le bonheur d'être parents.

Que vous soyez en recherche d'information sur le sujet, que vous soyez concernés ou même intéressés pour faire un don, venez rencontrer nos équipes à l'occasion d'une journée portes-ouvertes pour tout savoir sur le don d'ovocytes et le don de spermatozoïdes.

www.dondovocytes.fr
www.dondespermatzoïdes.fr

N° Vert 0800 541 541

en collaboration avec
**agence de la
biomédecine**
Agence relevant du ministère de la santé

Résumé

Le don d'ovocytes fait partie des techniques d'assistance médicale à la procréation, et n'est pas disponible en France à la hauteur des demandes. Face à cette pénurie, les couples ont recours aux soins transfrontaliers, dans le cadre de ce qui est appelé « tourisme procréatif ». Cela implique des enjeux financiers, déontologiques et éthiques.

Une enquête a été menée auprès des femmes receveuses à travers un questionnaire électronique diffusé sur Internet. Les résultats obtenus nous ont permis d'évaluer les difficultés d'accès aux soins et de prise en charge rencontrées sur notre territoire par les femmes, ainsi que leur satisfaction quand à la prise en charge à l'étranger.

Une collaboration à l'échelle européenne semble nécessaire pour encadrer les pratiques au sein de l'Union. En France, l'activité du don d'ovocytes devrait être améliorée par le renforcement des campagnes de sensibilisation, par l'attribution de moyens supplémentaires, et par la revalorisation de l'altruisme des donneuses.

Mots-clés : don d'ovocytes, techniques de reproduction assistée, bioéthique, techniques de reproduction assistée,

Abstract

Oocyte donation is an assisted reproductive technology that is not sufficiently available in France to cover the needs. This shortage drives couples to seek healthcare abroad in a phenomenon called « cross-border reproductive care » that involves financial, deontological and ethical issues.

A survey was led on the Internet among the women who received an oocyte donation abroad. The results allowed us to assess the problems that these women have had accessing to healthcare in our country, but also if they had been satisfied by the treatments they received abroad.

A European collaboration seems necessary to office clinical practices in the European countries. In France, the oocyte donation activity should be improved by the enhancement of information campaigns, the assignment of additional financial means and the appreciation of the donors altruism.

Keywords : oocyte donation, reproductive techniques, assisted, bioethics, reproductive techniques, assisted,