



HAL
open science

Aide et accompagnement proposés par les médecins de la reproduction aux couples de femmes ayant un désir de grossesse

Clémence Estienne

► To cite this version:

Clémence Estienne. Aide et accompagnement proposés par les médecins de la reproduction aux couples de femmes ayant un désir de grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02500944

HAL Id: dumas-02500944

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500944v1>

Submitted on 19 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. 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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 8

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Aide et accompagnement proposés par les médecins de la reproduction
aux couples de femmes ayant un désir de grossesse

Présentée et soutenue publiquement
le 25 janvier 2019

Par

Clémence ESTIENNE

Née le 10 février 1990 à Amiens (80)

Dirigée par M. Le Professeur Michaël Grynberg, PU-PH

Jury :

Mme Le Professeur Nelly Achour-Frydman, PU-PH Présidente

Mme Le Professeur Alexandra Benachi, PU-PH

Mme Le Docteur Marion Presse, PH

REMERCIEMENTS

Au Professeur Nelly Achour-Frydman

Tu me fais l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je te remercie de t'être intéressée avec enthousiasme à ce travail et de m'avoir encouragée dans sa réalisation. Sois assurée de mon respect et ma profonde reconnaissance.

Au Professeur Alexandra Benachi

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, je suis honorée de votre présence dans ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur Michaël Grynberg

Merci de m'avoir confié ce travail si passionnant. Merci pour tout ce que tu apportes aux femmes, à l'écoute et à l'aide que tu accordes à chacune d'entre elles. Au-delà de tes connaissances, ton empathie et ta simplicité représentent un véritable exemple pour chacun d'entre nous. Sois assurée de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Au Docteur Marion Pressé

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. Je suis très heureuse de te voir siéger à ce jury. Tes connaissances, ta rigueur, ta disponibilité et ta patience sont des qualités que j'admire. Je te prie de trouver en ce travail l'expression de mon profond respect.

A tous mes autres maitres de stage, Professeurs, chefs de cliniques et assistants, qui m'ont tant appris au cours de ces quatre dernières années :

- A Saint Antoine, où j'ai découvert le rôle d'interne : Pr Sophie Christin-Maitre, Pr Bruno Fève, Dr Nathalie Bourcigaux, Dr Camille Vatier, Dr Anne-Isabelle Richet
- A Mignot, où j'ai rencontré avec bonheur une formidable équipe de gynécologues, j'ai hâte de vous rejoindre : Dr Pierre Panel, Dr Arnaud Le Tohic, Dr Julien Niro et enfin, Dr Marie Meunier, qui m'a tant transmis, avec beaucoup de patience et de bienveillance.
- A Saint Cloud, où m'ont initiée à l'échographie les excellents Dr Frederic Chadeyron et Dr Jean Marc Mayenga
- A Beaujon et à ses gardes mémorables, toujours dans la bonne humeur, avec option barbecue au fond du couloir de la salle de naissance : Pr Luton, Dr Pierre-François Ceccaldi, Dr Carine Davitian, Dr Emilie Nguyen Ba, Dr Sophie Bargy
- A la Pitié, où j'ai eu la chance de rencontrer des échographistes passionnés, qui m'ont beaucoup transmis : Pr Dommergues, Dr Danièle Vauthier, Dr Claude Vibert-Guigue, Dr Marie Bailleux, Dr Benjamin Deloison
- A Port Royal, le temple de la gynécologie médicale : Pr Gompel, Pr Plu-Bureau, Dr Lorraine Maitrot-Mantelet, Dr Gaëlle Amand, Dr Pauline Sarfati
- A Trousseau, où j'ai découvert avec passion la médecine fœtale et où j'ai fait mes plus belles rencontres, professionnelles et amicales : Pr Jean-Marie Jouannic, Dr Lucie Guilbaud, Dr Amélie Nguyen, Dr Ferdinand Dhombres, Dr Stéphanie Friszer, Dr Sophie Delahaye, Dr Paul Maurice, Dr Anne Thomin, Dr Alix Defline, Dr Marie Fournier, Dr Lucie Sedille.
- A Antoine Béchère, où j'ai découvert l'AMP grâce à une équipe en or : Dr Anne Oppenheimer, Dr Vanessa Gallot, Dr Valérie Scarabin-Carré, Dr Jade Raad, Dr Anne Le Bras-Mayeur

Aux sages-femmes que j'ai rencontrées, pour leur patience, leur dévouement, leur amitié, et surtout tout spécialement, merci à :

- Odile Philippon (DPN de la Pitié) : merci de m'avoir appris avec passion et douceur l'échographie fœtale
- Anne-Marie Darras, Marie Lemeur, Soizic Novo et Carole Rousseau (DPN de Trousseau) : merci pour tout ce que vous m'avez appris. Je garde d'excellents souvenirs avec vous, je suis si reconnaissante d'avoir un jour croisé votre chemin.
- Yaëlle Journo et Alexandra Benoit (AMP de Bécclère) : un magnifique duo de choc, merci pour ces six mois avec vous qui étaient un pur délice ! Je vous souhaite le meilleur, tant sur le plan professionnel que personnel.

Et bien sûr, aux Wonderwomen des hôpitaux : **les infirmières**, un immense merci pour tout ce que vous faites pour les patient-e-s.

A ma famille et à mes amis :

A mes parents : Merci pour votre soutien sans faille au cours de ces dix années d'études de médecine. Malgré la distance, vous avez toujours su vous montrer présents, à chaque instant. Je n'y serais jamais arrivé sans vous, je vous dois tout.

A ma sœur Camille : Tu es mon pilier, mon exemple, mon modèle. Merci pour tout.

A mon frère Paul : Merci de nous faire autant rire et de nous faire devenir fous aussi parfois. J'admire ton courage et ta persévérance.

Je n'oublie pas vos moitiés, **Damien** et **Laura**, ainsi que vos terreurs que j'aime tant, **Léo, Eve, Lisa, Athéna et Ornella.**

A Grand-Père et Grand-Mère.

A Anissa, aka « My True Love ». Tu m'es essentielle depuis plus de quinze ans. Merci d'être toi, merci d'être là, tous les jours à mes côtés. Je n'ai pas besoin d'en dire plus, tu sais déjà tout.

Aux Biabias del Diablo : Anne-Sophie, Camille, Claire, Julie, Marie, Mélanie et Morgane. Comment résumer toutes ces folles années passées ensemble depuis la P2 ? Impossible n'est pas Biabia ! Rien ne pourra jamais nous séparer, c'est plus qu'une certitude. Je pourrais écrire un roman sur nos aventures aux 4 coins de la France et du globe, nos inoubliables vacances à Biarritz, notre illustre et fameux groupe de discussion Whatsapp, nos retrouvailles toujours trop courtes, mais les mots ne suffiront jamais assez. Mes Biabias, mes barjots, vous êtes ma deuxième famille, merci pour tout.

A Victoria, ma plus « vieille » copine, notre amitié a traversé, sans jamais aucun encombre, les années et la distance, je suis heureuse de t'avoir toujours à mes côtés. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Merci pour ta folie et ta bonne humeur communicative.

A Manel, merci pour ton amitié à toute épreuve, ta présence dans les moments difficiles, ton caractère bien trempé et assumé, pour tous ces instants de bonheur partagés ensemble.

A Sarah et Zied, merci pour votre amitié, mais surtout pour votre générosité et votre bienveillance à l'égard de tous ceux qui vous entourent. Un remerciement spécial pour votre crémaillère du 24 février 2017 qui a changé ma vie.

A mes G(irls) : Jessica, Alice et Marie-Sophie. Votre amitié m'est tellement précieuse. Merci d'être là.

A Zeinouba et Haroun, merci pour votre amitié, revenez nous vite de votre périple en Amérique latine, vous allez nous manquer.

A mes amis toulousains : Julia, Nina, Emma, Léo, Florian, Lolo et bien sûr, mes voisins de partiels et de concours pendant 6 ans, de la P1 aux ECN, mes loups Alpha préférés : Vincent Etienne et Vincent Esteyrie

A mes co-internes devenues de véritables amies, si chères à mon cœur : Laura, Sarah et Anaïs. Vous avez ensoleillé cet internat parisien. Merci d'avoir été là, d'avoir été les meufs les plus cools du monde. Je suis si heureuse de vous avoir rencontrées.

A bien sûr, à tous mes autres co-internes de folie rencontrés à Paris : Camille, Anna, Ildiko, Sophie, Charlotte, Emmanuelle, Fatou, Jeanne, Léa, Agathe, Anaïs L, et Anne.

A Kiku et Titi aussi ! Merci d'être deux gros chats parfaits !

A Lassaad. Merci pour ton soutien infailible dans chacune de mes décisions. Merci d'être entré dans ma vie qui, grâce à toi, est chaque jour plus belle. A tous nos projets.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	9
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	13
1) Epidémiologie de l'homosexualité féminine et de l'homoparentalité.....	14
2-1) Homosexualité féminine.....	14
2-2) Homoparentalité	14
2) Méthodes d'AMP choisies par les couples de femmes	15
2-1) Utilité d'un bilan paraclinique de première intention.....	15
2-2) L'insémination intra-utérine avec don de sperme	16
2-3) La fécondation <i>in vitro</i> avec don de sperme et le transfert d'embryon	16
2-4) La méthode ROPA : réception d'ovocytes de la partenaire ou « FIV réciproque » ..	17
3) Quelle méthode d'AMP proposer en première intention aux couples de femmes ?.....	17
4) Le coût de l'AMP chez les couples de femmes	19
5) Le positionnement des professionnels de santé français	19
6) Objectif de l'étude	21
MATERIELS ET METHODES	22
1) Type d'étude.....	22
2) Contenu du questionnaire	22
3) Diffusion du questionnaire.....	22
4) Analyse des réponses	23
RESULTATS	24
1) Description de la population	24
2) Résultats de l'étude.....	27
2-1) Fréquence des consultations pour projet de grossesse chez un couple de femmes ...	27
2-2) Aisance des participants	27
2-3) Refus de tout accompagnement.....	28
2-4) Prescription d'un bilan de première intention dit « d'infertilité »	29
2-5) Protocole de soins pour une prise en charge à 100% des soins et traitements réalisés en France	30
2-6) Orientation à l'étranger.....	30
2-7) Aide apportée si AMP prévue à l'étranger	30
2-8) Achat en ligne de paillettes de sperme	31
2-9) Actes d'AMP réalisés	32
2-10) Proposition aux couples d'un accompagnement psychologique	32
2-11) Position des participants vis-à-vis de l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes	33
DISCUSSION	34

1) Attitude et accompagnement des médecins interrogés	34
2) Forces et limites de l'étude	36
2-1) Forces de l'étude.....	36
2-2) Limites de l'étude	36
3) Problématiques soulevées par l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes.....	36
3-1) Développement de l'enfant dans une famille homoparentale	37
3-2) Risque de marchandisation du corps humain	37
3-3) Aspects économiques.....	38
3-4) Filiation et aspects législatifs.....	39
3-5) La crainte de la gestation pour autrui	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
Annexe 1 : Questionnaire « Aide médicale à la procréation des couples de femmes homosexuelles en France »	47

LISTE DES ABREVIATIONS

AMH : Anti-Müllerienne Hormone
AMP : Aide médicale à la procréation
CCNE : Comité consultatif national d'éthique
CFA : Compte des follicules antraux
CSP : Code de Santé Publique
EHESS : École des hautes études en sciences sociales
FIV : Fécondation *in vitro*
FSH : Hormone folliculo-stimulante
GPA : Gestation pour autrui
hCG : Hormone chorionique gonadotrope humaine
IAD : Insémination artificielle avec don de sperme
IIU : Insémination intra-utérine
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
LH : Hormone lutéinisante
ROPA : Réception des Ovocytes de la Partenaire
TEC : Transfert d'embryon congelé

INTRODUCTION

En France, telle qu'elle est définie selon le Code de Santé Publique, l'assistance médicale à la procréation (AMP) s'entend « des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, la conservation des gamètes [...] et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle » (article L2141-1). Elle a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple composé d'un homme et d'une femme vivants et en âge de procréer, ou d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité dans le cadre du diagnostic pré-implantatoire (art. L2141-2 du CSP). Dans certaines situations, il est possible d'avoir recours à un don de gamète (art. L2141-7 du CSP). Ce dernier s'inscrit dans le respect des règles d'anonymat et de gratuité. Le donneur et le receveur ne peuvent connaître leurs identités respectives. Aussi, aucun lien de filiation ne peut être établi entre le donneur et l'enfant issu du don (article 16-8 du Code Civil).

Les couples homosexuels, qu'ils soient ou non mariés, n'ont pas accès à l'AMP en France, malgré deux révisions des lois de bioéthique en 2004 et en 2011. Pour autant, depuis la loi promulguant le "mariage pour tous", les couples homosexuels mariés sont autorisés à adopter conjointement un enfant, tandis qu'auparavant les homosexuels devaient se présenter comme célibataires pour obtenir l'agrément en vue d'une adoption plénière. L'adoption reste malheureusement difficile pour les couples de même sexe, notamment à l'échelle internationale car une grande majorité des pays d'origine proposant l'adoption ne semblent pas prêts à l'adoption de leurs enfants par des couples homosexuels. En pratique, selon l'Agence Française de l'Adoption, seuls le Mexique, la Colombie, l'Afrique du Sud, le Portugal et quelques états des Etats Unis sont aujourd'hui susceptibles d'accéder à une demande d'adoption par un couple homosexuel étranger (1) .

Pour mener à bien leur projet parental, les femmes en couple homosexuel sont donc de plus en plus nombreuses chaque année à se tourner vers l'un des pays européens leur autorisant l'accès à l'AMP : la Belgique, le Danemark, l'Espagne, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni, la Finlande, l'Autriche et plus récemment, le Portugal. Dans une étude réalisée en 2008 en Belgique auprès de 18 centres d'AMP, on estimait à 400 le nombre de femmes françaises (englobant à la fois les femmes en couples hétérosexuels et homosexuels et les femmes célibataires) s'étant rendues chaque année entre 2003 et 2005 dans ces centres pour bénéficier d'une insémination artificielle avec don de sperme (IAD), ce chiffre augmentant à plus de 600 par an en 2006 et 2007 (2). Il reste néanmoins très difficile de quantifier ce « tourisme procréatif » auquel sont contraints les couples.

Cependant, bien que l'AMP soit réalisée à l'étranger, les médecins français ont indéniablement un rôle essentiel d'accompagnement et d'encadrement à assurer auprès de ces couples, notamment en termes de conseils pour une orientation adéquate, de prescriptions médicales, mais aussi afin de leur apporter soutien moral et psychologique.

En juillet 2016, la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, abrogeait la circulaire du 14 janvier 2013 rappelant l'article 511-9 du code pénal, jugée pénalisante pour les gynécologues orientant leurs patientes à l'étranger pour bénéficier d'une AMP avec don de sperme. Ce texte de loi punissait en effet le fait d'apporter toute information sur des organismes étrangers dont les pratiques en matière de don de gamètes n'étaient pas conformes à la législation française, à savoir ne respectant pas les principes de gratuité et d'anonymat. Les médecins français encouraient alors une peine de cinq ans de prison et 75 000 euros d'amende. Cette abrogation par la Ministre de la Santé atteste bien de la prise de conscience récente des pouvoirs publics de l'importance d'un accompagnement par les médecins en France, y compris dans le cadre de techniques qui sortent du domaine de la loi française.

1) Epidémiologie de l'homosexualité féminine et de l'homoparentalité

2-1) Homosexualité féminine

Il est difficile de donner une estimation précise du taux d'homosexualité féminine en France. En 2008, l'enquête « Enquête sur la sexualité en France » (3) menée auprès de 12 364 personnes estime que 0.5% des femmes interrogées se définissent comme homosexuelles, et 0.8% comme bisexuelles. En 2013, l'INSEE publie une étude épidémiologique descriptive (4) qui estime à 80 000 le nombre de femmes se déclarant en couple homosexuel, soit 40 000 couples de femmes. Les personnes en couple de même sexe sont plus jeunes : la moitié a moins de 40 ans et près d'une personne en couple de même sexe sur quatre est âgée de moins de 30 ans. Cependant, ces chiffres pourraient être sous-estimés. En effet, une sous-déclaration de l'orientation sexuelle est reconnue par les femmes elles-mêmes et 51% des lesbiennes se disent incapables de dévoiler leur homosexualité à leur médecin (5).

2-2) Homoparentalité

Le terme d'homoparentalité recouvre des modèles familiaux et des parcours de vie très différents. On peut, entre autres, distinguer les enfants élevés par un couple homoparental mais issus d'une union antérieure hétérosexuelle (recomposition familiale), les enfants issus d'une AMP et les enfants adoptés. On sait également que certains couples de femmes, tout comme certaines femmes célibataires, fondent une famille sur un modèle de « co-parentalité », formule

de parentalité par laquelle une femme et un homme s'associent pour donner la vie et élever un enfant, sans pour autant être en couple. Cette diversité de formes d'homoparentalité se traduit ainsi par des dynamiques et des fonctionnements familiaux différents.

Toujours selon le rapport de l'INSEE de 2013 (4), environ une personne en couple homosexuel sur dix réside avec au moins un enfant déclaré comme le sien, celui de son conjoint ou un enfant commun. La plupart des enfants sont nés avant la formation de l'union actuelle et certains vivent en partie avec l'autre parent. Les personnes en couple homoparental vivant au moins une partie du temps avec au moins un enfant (qu'il soit le leur ou celui du conjoint) sont majoritairement des femmes (huit couples sur dix environ).

En 2012, une enquête par questionnaire mise en ligne sur le site de l'EHESS (École des Hautes Etudes en Sciences Sociales) dans le cadre d'une étude sur le fonctionnement familial et conjugal des familles homoparentales a recueilli les réponses de 676 personnes homosexuelles, dont 180 gays et de 496 lesbiennes déclarant vivre en couple avec un ou plusieurs enfants ou attendant la naissance ou l'arrivée d'un premier enfant (6). Considérant uniquement l'aîné des enfants, 102 (25%) étaient nés d'une union hétérosexuelle antérieure, 32 (8%) étaient issus d'un projet de coparentalité. Huit enfants (2%) avaient été adoptés. Les autres enfants avaient été conçus avec le sperme d'un donneur : 208 enfants (51%) avec un donneur anonyme grâce à une AMP réalisée à l'étranger, 55 enfants (14%) avec le sperme d'un homme connu de la femme. Dans cette même étude, on retrouvait également des résultats suggérant une nette augmentation du recours à l'AMP chez les couples homosexuels au cours des dernières années : en effet, quand l'aîné avait plus de 5 ans, il était né d'une union hétérosexuelle dans 55% des cas et d'une AMP dans 24%. En revanche, lorsque l'aîné avait moins de 5 ans, il était issu d'une AMP dans 73% des cas.

2) Méthodes d'AMP choisies par les couples de femmes

2-1) Utilité d'un bilan paraclinique de première intention

Lors d'une première consultation pour infertilité chez un couple hétérosexuel, plusieurs examens sont prescrits aux deux partenaires, afin de rechercher une étiologie à l'infertilité et de proposer une prise en charge adéquate au couple. Chez la femme, sont prescrits un bilan de réserve ovarienne (anti-Müllérienne hormone (AMH) et compte des follicules antraux (CFA) par voie échographique), un bilan hormonal en début de cycle (au minimum LH, FSH et estradiol), un examen permettant une évaluation de la cavité utérine (hystérosonographie ou hystérocopie) et une hystérosalpingographie. Chez l'homme, un bilan spermatique

(spermogramme, spermocytogramme) sera le seul examen de première intention.

Dans le cadre d'un projet de parentalité chez un couple de femmes, se pose la question de réaliser ou non ce bilan dit « d'infertilité » : en effet, ces femmes ne peuvent pas être définies a priori comme infertiles. Cependant, avant d'entreprendre une procédure d'AMP, il semble difficile de s'affranchir de ces examens, nécessaires à la faisabilité de la technique. En effet, si une stimulation ovarienne est envisagée, le bilan de réserve ovarienne est primordial pour déterminer la dose de gonadotrophines à utiliser. En cas de trompes non perméables à l'hystérosalpingographie, l'insémination intra-utérine (IIU) ne sera pas envisageable et la patiente devra être orientée soit vers une plastie tubaire, soit directement vers une fécondation *in vitro* (FIV). Enfin, si un polype, une cloison utérine ou encore un myome intra-cavitaire sont découverts, une intervention chirurgicale sera nécessaire afin d'optimiser les chances d'implantation. En pratique, l'ensemble de ces examens sera donc proposé chez la femme désireuse de porter la grossesse.

2-2) L'insémination intra-utérine avec don de sperme (IAD)

L'IAD peut se faire sur un cycle spontané ou sur un cycle stimulé, avec administration de gonadotrophines exogènes, dans le but d'obtenir la maturité de 1 à 2 follicules. Un monitoring régulier de l'ovulation par échographies et dosages hormonaux est nécessaire pour suivre la croissance folliculaire et adapter les traitements si besoin. Trente-six heures après le déclenchement de l'ovulation, une préparation de sperme est déposée grâce un cathéter directement dans la cavité utérine de la patiente.

2-3) La fécondation *in vitro* avec don de sperme et le transfert d'embryon

Une des partenaires suit une stimulation ovarienne par gonadotrophines dont le but est d'obtenir la croissance homogène d'un plus grand nombre de follicules (entre 2 et 15 pour une réponse normale), sous contrôle d'un monitoring régulier de l'ovulation. Trente-six heures après le déclenchement, les ovocytes sont ponctionnés au bloc opératoire, sous anesthésie locale ou générale. Au laboratoire, les ovocytes et des spermatozoïdes sont mis en contact afin d'engager la formation *in vitro* d'embryons. En fonction du rang de la tentative et de l'âge de la patiente, un embryon ou deux embryons sont transférés dans la cavité utérine. S'il existe des embryons surnuméraires, ces derniers peuvent être vitrifiés en vue d'un transfert ultérieur (en cas d'échec du premier transfert ou désir de nouvelle grossesse). Le transfert d'embryon congelé (TEC) nécessite un endomètre adéquat. Cela se fait le plus souvent sur un cycle substitué par traitement hormonal, sinon sur un cycle stimulé par de faibles doses de gonadotrophines ou encore sur un cycle spontané.

2-4) La méthode ROPA : réception d'ovocytes de la partenaire ou « FIV réciproque »

Cette méthode, très répandue en Espagne où elle est née en 2005, permet une implication croisée des deux compagnes. Une des partenaires suit un traitement de stimulation ovarienne, subit la ponction ovocytaire et ses ovocytes font ensuite l'objet d'une FIV avec don de sperme. Le ou les embryons obtenus sont alors transféré cette fois-ci dans la cavité utérine de l'autre partenaire. Cette dernière reçoit donc un ou plusieurs embryons issus d'un « double don », la « donneuse » d'ovocyte étant sa conjointe. Elle suit donc également en parallèle un traitement visant à préparer son endomètre à la nidation. Cette méthode est de plus en plus choisie par les couples (7,8) et la loi espagnole impose que les deux partenaires soient mariées ou pacsées.

La question se pose de définir la méthode ROPA comme un don de gamète. En général, le terme de « donneur » dans le contexte d'AMP est dédié à l'intervention d'un troisième participant, extérieur au projet parental, qui fait don soit de gamète soit d'embryon(s). Selon cette définition, la méthode ROPA ne peut donc pas être assimilée à un don d'ovocyte, car la partenaire dont provient les ovocytes ayant permis la formation d'embryons a pour intention d'utiliser ces derniers dans le cadre de son propre projet parental. Il serait donc plus approprié de parler de « partage » d'ovocyte que de « don ».

3) Quelle méthode d'AMP proposer en première intention aux couples de femmes ?

Dans le modèle du couple hétérosexuel dont l'infertilité reste inexplicée, plusieurs équipes ont comparé les bénéfices et les risques d'un traitement en première intention d'une IIU et d'une FIV et les résultats ne sont pas toujours concluants. Une étude publiée en 2000 suggérait de préconiser les IIU en première intention car moins risquées et moins chères, avec des taux de succès similaires (9). Une revue de la Cochrane révélait que la FIV était associée à de meilleurs taux de grossesses vivantes qu'une IIU sur cycle naturel, mais qu'il n'y avait pas de différence significative de taux de grossesse entre FIV et IIU sur cycle stimulé par gonadotrophines (10). Concernant le sur-risque médical de la FIV en comparaison avec l'IIU, celui-ci concerne principalement les grossesses multiples et les syndromes d'hyperstimulation ovarienne (10). Les autres complications liées au geste chirurgical de prélèvement des ovocytes sont jugées très rares (11).

Cependant, dans le modèle du couple de femmes, les enjeux sont différents car les patientes n'ont pas encore été exposées à la grossesse. Selon une revue de la littérature réalisée en 2008 (12), les couples de femmes auraient plutôt tendance à s'orienter en première intention

vers les IAD. En Belgique notamment, le type d'AMP prioritairement pratiqué est l'IAD sans stimulation ovarienne, puis la fécondation in vitro. On pourrait aussi se poser la question, après une série infructueuse d'IAD chez une femme, de discuter la réalisation d'IAD cette fois chez sa conjointe, notamment avant d'envisager une FIV. Cette option ne semble pas ou peu étudiée dans les cliniques à l'étranger.

Certains centres proposent de réaliser en première intention une FIV d'emblée, sans passer par les cycles d'IAD. En 2015, une étude anglaise (13) retrouvait que le taux de naissances vivantes après FIV au sein des couples de femmes était comparable au taux estimé de grossesses naturelles spontanées chez les couples hétérosexuels non infertiles, alors que le taux de naissances vivantes après IUI étaient plus faibles. Par ailleurs, le taux de grossesses vivantes après FIV chez les couples de femmes était supérieur à celui obtenu en FIV chez les couples hétérosexuels ; tandis que le taux de grossesses après IUI était légèrement inférieur chez les couples de femmes, résultat que les auteurs ont attribué à un âge féminin moyen plus élevé dans ce groupe.

Il existe encore peu d'études sur les taux de grossesse avec la méthode ROPA, du fait de son émergence récente. En 2015, une étude espagnole (14) avait suivi quatorze couples de femmes ayant choisi cette méthode entre février 2007 et juin 2009. Dans le groupe des femmes (n=14) donnant leurs ovocytes, l'âge moyen était de 35.1 ans, le nombre moyen d'ovocytes en métaphase II était de 9.4, le nombre moyen d'embryons obtenus était de 5, avec une congélation dans 5 cas. Dans un seul cas (patiente de 39 ans), aucun embryon n'était transférable. A noter que sur ces 14 femmes, 6 ne souhaitaient pas porter de grossesse. Dans le groupe des femmes devant recevoir les embryons (n=14), l'âge moyen était de 34.6 ans, il y avait eu 13 transferts d'embryons avec un nombre moyen d'embryons transférés de 2 (deux cas de 3 embryons transférés). Sur les treize transferts, au terme de l'étude, six grossesses avaient été obtenues, dont une naissance vivante, trois grossesses évolutives (dont une gémellaire) et deux fausses couches spontanées. En 2015, à l'occasion d'une étude descriptive sur 21 couples ayant réalisé au moins un cycle de ROPA, 16 couples (soit 76%) avaient obtenus une grossesse, dont 9 naissances vivantes (42%) et 5 (23%) grossesses évolutives en cours (15).

Un des principaux arguments en défaveur de la méthode ROPA réside dans le fait que le « don » ou « partage » d'ovocytes, et donc le cycle de stimulation nécessaire au préalable, sont médicalement non justifiés, la partenaire « receveuse » étant présumée avoir elle-même une bonne réserve et qualité ovocytaire. De plus, cette méthode expose aux sur-risques relatifs au don d'ovocytes en particulier l'hypertension gravidique, la prééclampsie (16) et les petits poids de naissance (17).

Cependant, la méthode ROPA permet une contribution égale des 2 futures mères, aussi bien sur le plan symbolique que physique. En effet, grâce à l'épigénétique, la mère portant la grossesse va elle-même influencer sur l'expression des gènes de l'embryon et donc apporter son empreinte sur l'enfant (18,19). Cette méthode pourrait ainsi éviter la construction de relations asymétriques ou l'apparition de jalousies entre les deux mères (20,21).

4) Le coût de l'AMP chez les couples de femmes

La question du coût financier est également particulièrement importante, surtout en vue d'une légalisation de la AMP « pour toutes » en France, où la solidarité nationale prendrait en charge ces nouvelles patientes. Le coût d'une procédure d'AMP comprend donc les consultations chez le gynécologue, les échographies de monitoring, les dosages hormonaux, les médicaments (gonadotrophines, hCG recombinante, progestérone, estradiol), la préparation de sperme et l'insémination dans le cas d'une IUI, l'hospitalisation en ambulatoire, l'anesthésie, la ponction ovocytaire, la culture embryonnaire, le transfert et éventuellement la vitrification d'embryons surnuméraires dans le cas d'une FIV.

Ainsi, en France, en se basant sur les tarifs remboursés par la sécurité sociale, en dehors de tout dépassement d'honoraires, le coût d'une IUI avec stimulation ovarienne s'élève au minimum à 700 euros, celui d'une FIV à 2 500 euros.

A l'étranger, les prix proposés aux couples de femmes par les cliniques sont au moins similaires, à la différence que les prix affichés ne comprennent pas le coût des examens nécessaires au monitoring de l'ovulation (les prises de sang et les échographies sont réalisées en France) et des médicaments que les patientes doivent se procurer. Par exemple, une clinique très populaire espagnole propose un tarif de base de 795 euros pour une IAD et de 4995 euros pour une FIV. Dans les cliniques belges, la FIV puis le transfert d'embryon coûte aux couples entre 2 000 et 2 500 euros (22). A noter bien sûr, qu'à ce coût de frais médicaux *stricto sensu*, s'ajoutent les coûts de déplacements et d'hôtellerie, qui sont très variables en fonction de la région d'origine des couples français.

5) Le positionnement des professionnels de santé français

Le 17 mars 2016, pour la première fois, en signant un manifeste paru dans le journal quotidien Le Monde (23), cent-trente médecins et biologistes français, réunis par le Professeur René Frydman, reconnaissaient publiquement avoir bravé la loi et notamment aidé des couples

homosexuels à avoir des enfants. Avec cet appel au débat, ils écrivaient : « Nous médecins, biologistes, reconnaissons avoir aidé, accompagné certains couples [...] dans leur projet d'enfant dont la réalisation n'est pas possible en France ».

Le terme d'accompagnement utilisé par ces signataires demeure cependant peu précis : quelle aide est-elle véritablement proposée à ces couples ? Consiste-t-elle, après les avoir écoutés, à simplement les orienter vers les pays où l'AMP est ouverte à toutes ? « L'accompagnement » sous-entend-il le soutien moral dans ce projet, qui sera une épreuve psychologique et physique pour les couples, ou concerne-t-il uniquement la rédaction des prescriptions médicales ? Lorsque ces femmes se rendent à l'étranger pour une prise en charge en AMP, elles reviennent en France avec des prescriptions qui ne leur permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la sécurité sociale lorsqu'elles se rendent en pharmacie, au laboratoire ou dans un cabinet d'imagerie. Les patientes décrivent souvent ainsi un sentiment d'être « lâchées dans la nature » par les cliniques européennes et déplorent ce manque d'encadrement (24). Elles tentent alors de trouver un médecin « référent » en France qui, d'une part, accepte de sortir du cadre de la légalité et d'autre part, dans le cas précis des couples de femmes, ne juge pas leur désir ou encore leur légitimité à devenir parents (25). Ces femmes décrivent souvent l'impression d'agir dans l'illégalité et d'entraîner leur médecin avec elle dans une forme de clandestinité (24,26,27).

Il n'existe, à notre connaissance, que trois études ayant fait l'état des lieux du comportement et de l'implication des médecins français face à ces couples homosexuels désireux de concevoir.

Dans une première étude menée par l'INSERM en 2010 (28) auprès d'un échantillon composé de 595 médecins généralistes et de 416 gynécologues, 56% avaient déclaré qu'ils estimaient que les femmes homosexuelles devraient pouvoir recourir à un traitement d'AMP.

Une seconde étude en 2012 (29), menée auprès de femmes (en couples homosexuels, hétérosexuels ou célibataires) se rendant pour une AMP en Belgique, en Grèce ou en Espagne, révélait que pour 86% d'entre elles, il y avait une notion de « suivi » en France, assuré dans 51% des cas par le gynécologue, mais sans qu'aucun détail sur le type de suivi ne soit rapporté.

En 2013, après la promulgation de la loi autorisant le mariage pour tous, l'Académie de Médecine a fait diffuser par des organisations de médecins généralistes et de gynécologues un questionnaire visant à évaluer l'implication des soignants devant un couple homosexuel présentant un projet parental (30). Parmi les 270 médecins ayant répondu (dont 75% de gynécologues), 191 avaient été consultés en 2011-2012 par 1 040 couples homosexuels avec un projet parental. Treize pour cent des médecins refusaient tout accompagnement, alors que 61%

admettaient avoir participé directement à un projet d'AMP réalisé à l'étranger, en général en prescrivant les traitements nécessaires à la stimulation ovarienne. Déjà en 2013, 60% de ces médecins interrogés se disaient favorables à l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes.

6) Objectif de l'étude

A l'aube d'une prochaine révision des lois de bioéthique et plus de cinq ans après la loi ouvrant le mariage et l'adoption à tous les couples, l'objectif de notre étude était de dresser un état des lieux de la prise en charge apportée par les médecins de la reproduction aux couples de femmes ayant un projet de grossesse, en évaluant l'implication des praticiens dans leur accompagnement.

MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, basée sur un questionnaire anonyme à choix multiples, validé à l'occasion d'un staff par l'ensemble de l'équipe clinico-biologique du centre de Médecine de la Reproduction & Préservation de la Fertilité de l'hôpital Antoine Béchère (Clamart, 92).

2) Contenu du questionnaire

Le questionnaire était composé de deux parties (annexe 1). La première partie s'intéressait au profil des médecins, afin de connaître leur sexe, leur tranche d'âge (moins de 30 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, plus de 60 ans), leur spécialité (gynécologie obstétrique ou médicale, biologiste de la reproduction, médecin généraliste, endocrinologue, autre spécialité à préciser), leur région d'exercice, leur secteur d'exercice (libéral ou public), leur milieu d'exercice (rural ou urbain) et leur propre estimation de la part occupée par l'AMP dans leur activité (moins de 25%, 25 à 50%, 50 à 75%, plus de 75%). La deuxième partie explorait l'aide que les médecins apportaient (ou étaient prêts à apporter) jusqu'alors aux couples de femmes consultant pour un désir de grossesse. Dans le questionnaire, il était précisé que le terme global d'« accompagnement » désignait toute démarche de la part du médecin destinée à guider la femme dans son désir de grossesse. Les éléments de cet « accompagnement » étaient détaillés point par point, au fur et à mesure du questionnaire : conseils, orientation vers un pays étranger, rédaction d'ordonnances (pour des examens para-cliniques et/ou des traitements), réalisation de gestes cliniques et proposition d'un accompagnement psychologique.

3) Diffusion du questionnaire

L'étude a été menée du 20 juin au 31 août 2018 par le service de la Médecine de la Reproduction et Préservation de la Fertilité de l'hôpital Antoine Béchère. Le questionnaire a été diffusé en ligne grâce à la plateforme Googleform. Il était bien spécifié que chaque praticien ne devait répondre qu'une seule fois. Deux moyens de diffusion ont été utilisés. Dans un premier temps, une recherche sur le site Doctolib en utilisant les mots clés « AMP, PMA, Médecine de la Reproduction, Infertilité » a permis de contacter 70 secrétariats de cabinets de gynécologie d'Île-de-France. Un e-mail, contenant un court descriptif de l'objectif de l'étude et le lien vers

le questionnaire, était alors envoyé aux secrétaires chargées de le transmettre au(x) gynécologue(s) du cabinet. Dans un deuxième temps, afin d'obtenir le maximum de réponses, ce même e-mail a été diffusé plus largement en utilisant des *mailings lists* de praticiens spécialisés en médecine de la reproduction, 852 courriels ont ainsi été envoyés le 23 juin 2018.

4) Analyse des réponses

Les variables, principalement qualitatives, étaient exprimées par un pourcentage. Le design de l'étude n'a pas rendu pertinent la réalisation de tests statistiques.

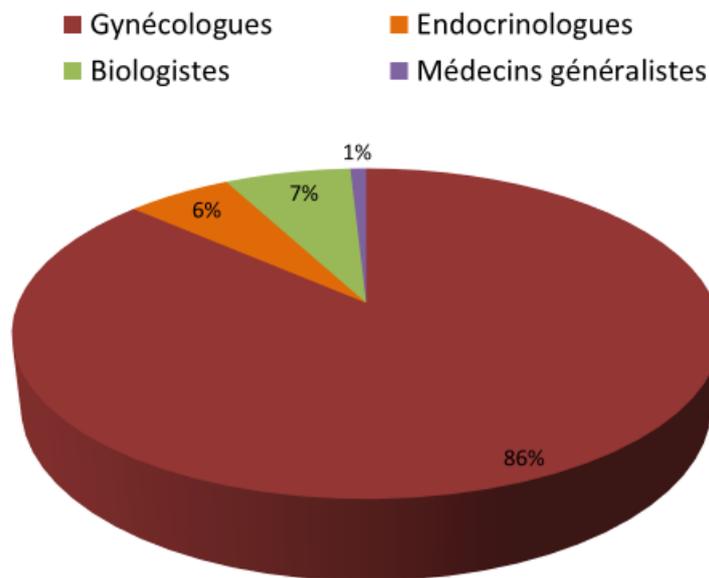
RESULTATS

1) Description de la population

Sur les 922 questionnaires envoyés, 348 médecins ont répondu anonymement, soit un taux de réponse de 37.7%. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 1.

La répartition des spécialités est rapportée sur la figure 1 : elle montre une large majorité de gynécologues obstétriciens et médicaux (86.5%, n=301). Il y avait par ailleurs 20 endocrinologues, 24 biologistes de la reproduction, ainsi que 3 médecins généralistes.

Figure 1 : Spécialités des participants



La figure 2 décrit la place occupée par l'AMP dans l'activité, en fonction de la spécialité.

Les participants exerçaient sur l'ensemble du territoire français, comme rapporté sur la figure 3.

Le secteur d'exercice se répartissait comme suit : 37.9% (n=132) en établissement public, 42.0% (n=146) en libéral, et 20.1% (n=70) des praticiens avaient une activité mixte. Ils exerçaient plutôt en milieu urbain ou en banlieue (96%) qu'en milieu rural ou semi-rural (4%).

**Figure 2 : Part occupée par l'AMP
Dans l'activité des participants**

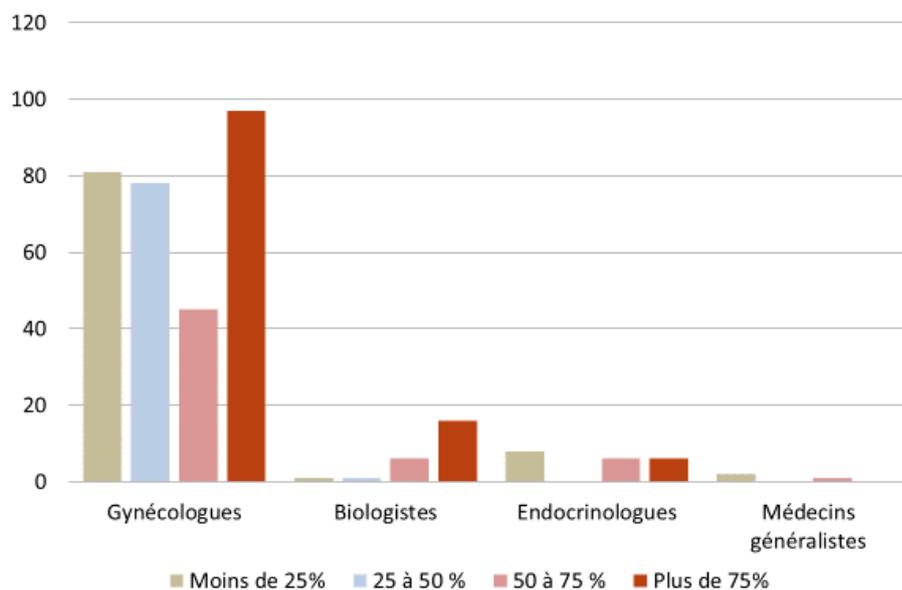
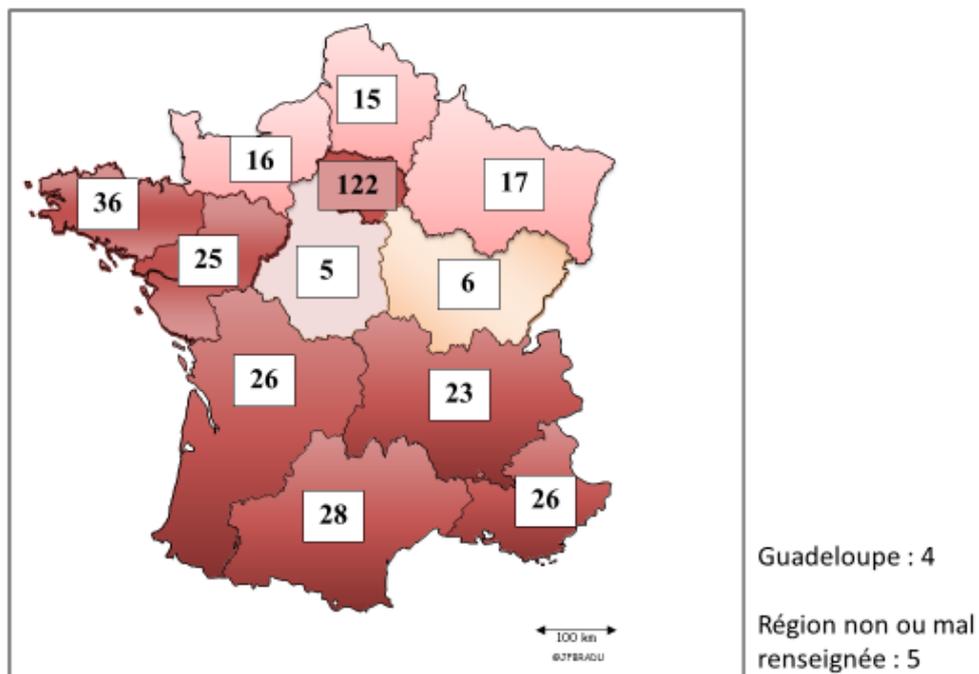


Figure 3 : Origine géographique des participants



		Nombre	
		Total = 348	Pourcentage
Sexe	Femmes	245	70.4%
	Hommes	103	29.6%
Age	Moins de 40 ans	120	34.5%
	40 à 49 ans	82	23.6%
	50 à 59 ans	71	20.4%
	60 ans et plus	75	21.5%
Spécialité	Gynécologues obstétriciens	238	68.4%
	Gynécologues médicaux	63	18.1%
	Endocrinologues	20	5.7%
	Biologistes de la reproduction	24	6.9%
	Médecins traitants	3	0.9%
Type d'exercice	Libéral	146	42.0%
	Hospitalier	132	37.9%
	Mixte	70	20.1%
Secteur d'exercice	Urbain	334	96.0%
	Semi-rural ou/et rural	14	4.0%
Région	Ile-de-France	122	35.1%
	Auvergne Rhône-Alpes	23	6.6%
	Bourgogne-Franche Comté	6	1.7%
	Bretagne	36	10.3%
	Centre-Val-de-Loire	5	1.4%
	Grand Est	17	4.9%
	Hauts-de-France	15	4.3%
	Normandie	10	2.9%
	Nouvelle Aquitaine	26	7.5%
	Occitanie	28	8.0%
	Pays de la Loire	25	7.2%
	Provence-Alpes-Côte d'azur	26	7.5%
	Guadeloupe	4	1.1%
	Non ou mal renseigné	5	1.4%
Place occupée par l'AMP	Moins de 25%	91	26.1%
	25 à 50 %	80	23.0%
	50 à 75%	55	15.8%
	Plus de 75%	122	35.1%

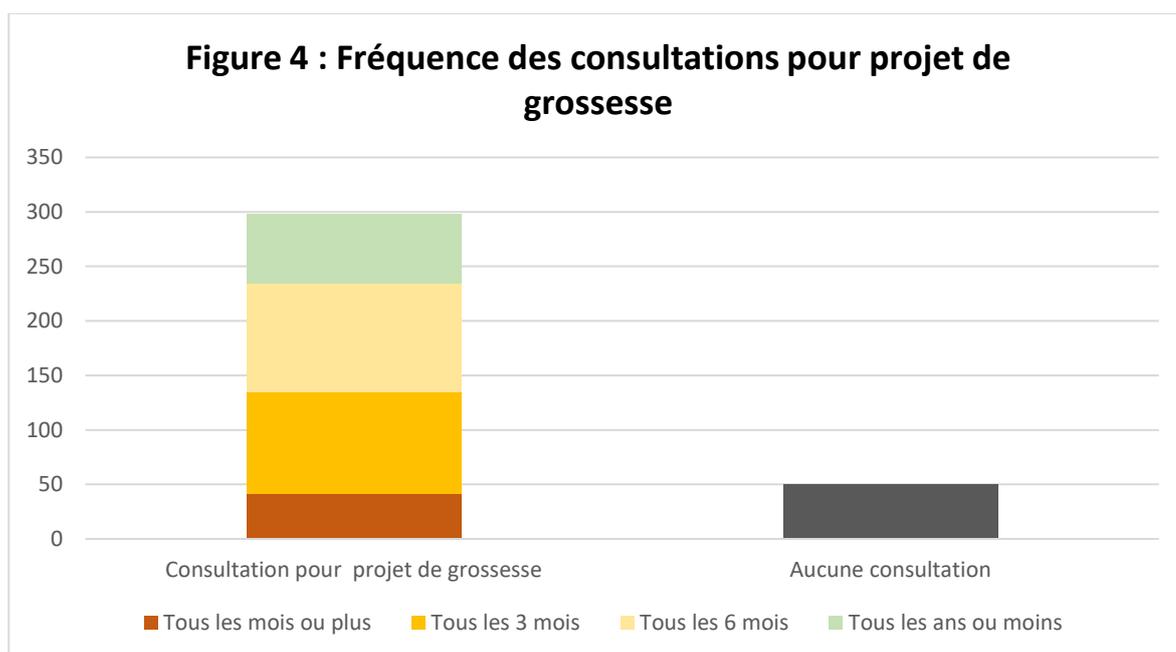
Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

2) Résultats de l'étude

2-1) Fréquence des consultations pour projet de grossesse chez un couple de femmes

(Figure 4)

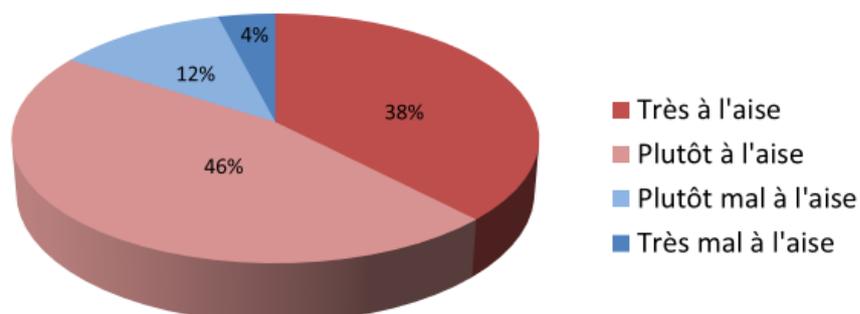
La consultation d'un couple de femmes pour projet de grossesse était un motif de consultation expérimenté au moins une fois par 85.6% (n=298) des participants. Au sein des praticiens confrontés à ces demandes, 13.8% (n=41) estimaient la fréquence de ces consultations à une fois par mois ou plus, 31.5% (n=94) à tous les 3 mois, 33.2% (n=99) à tous les 6 mois et 21.5% (n=64) à une fois par an ou moins.



2-2) Aisance des participants

La figure 5 illustre le fait que les participants se sentaient à l'aise face à une consultation de ce type, avec 83.9% (n=292) se disant plutôt voire très à l'aise.

Figure 5 : Aisance face à ce type de consultation

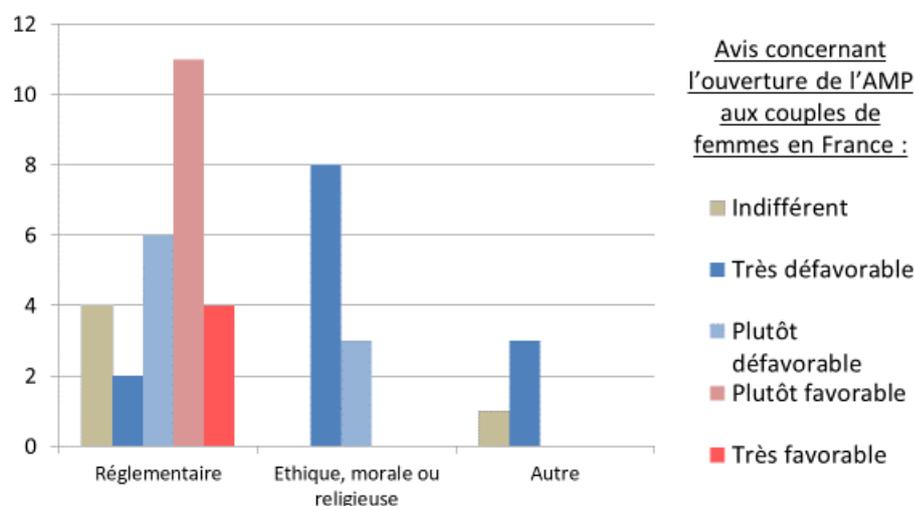


2-3) Refus de tout accompagnement (Figure 6)

Certains praticiens refusaient tout mode d'accompagnement des couples (12.1%, n=42, dont 32 gynécologues, 8 biologistes de la reproduction, un endocrinologue et un médecin généraliste). Le principal motif de ce refus était pour 64.3% (n=27) d'entre eux d'ordre réglementaire, mais pour 26.2% (n=11), le motif était plutôt d'ordre éthique, moral ou religieux. Enfin, 9.5% (n=4) refusaient la prise en charge de ces couples soit parce qu'ils ne se sentaient pas aptes à assurer un tel accompagnement, soit pour un motif « autre ».

Parmi ces médecins, la majorité (52.4%, n=22) était globalement défavorable à l'ouverture de l'accès à l'AMP aux couples de femmes, mais environ un tiers d'entre eux (35.7%, n=15) était au contraire favorable à cette mesure. Pour ces derniers, le motif de refus de l'accompagnement était toujours d'ordre réglementaire. Enfin, 11.9% (n=5) se disaient indifférents à ce potentiel changement d'accessibilité à l'AMP.

Figure 6 : Motif du refus d'accompagnement des couples et position des médecins concernés vis-à-vis de l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes

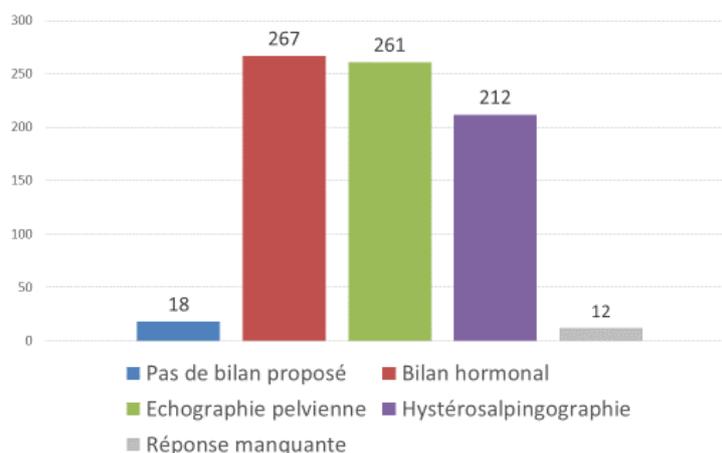


2-4) Prescription d'un bilan de première intention dit « d'infertilité » (Figure 7)

Parmi les médecins estimant proposer un accompagnement aux couples, 87.3% (n=267) prescrivaient au moins un bilan hormonal, 85.3% (n=261) une échographie pelvienne, 69.3% (n=212) une hystérosalpingographie. Le bilan complet (bilan hormonal, échographie et hystérosalpingographie) était prescrit par 67.0% (n=205).

Les médecins accompagnants ne prescrivant aucun bilan de première intention (5.9%, n=18) renseignaient en revanche tous les patientes sur les possibilités d'AMP à l'étranger et 44.4 % d'entre eux acceptaient ensuite de rédiger des ordonnances en vue du monitoring de l'ovulation par la clinique étrangère.

Figure 7 : Prescription du bilan dit « d'infertilité », chez les médecins accompagnants



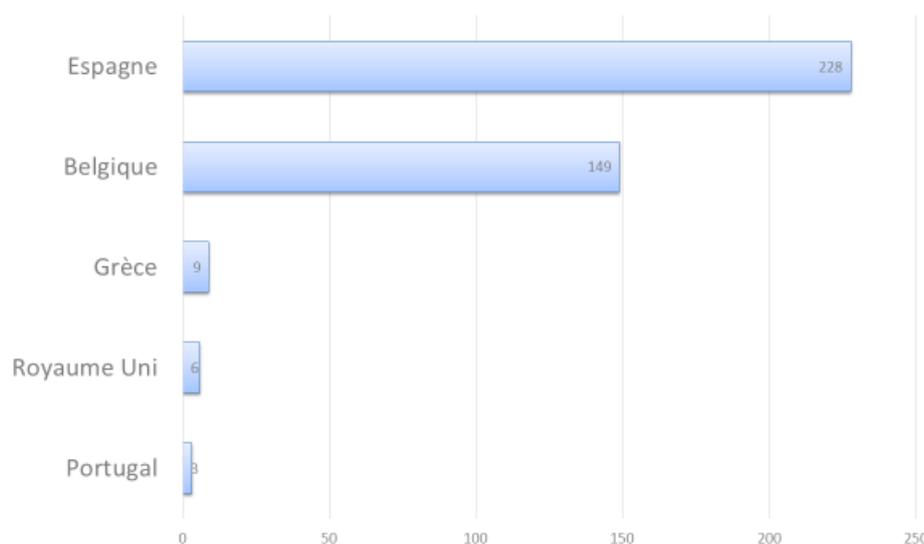
2-5) Protocole de soins pour une prise en charge à 100% des soins et traitements réalisés en France

Parmi les médecins accompagnants, 13.1% (n= 40) remplissaient pour les femmes le formulaire à 3 volets (protocole de soins), à l'instar des couples infertiles, afin de leur assurer une prise en charge à 100 % des actes et soins réalisés en France dans le cadre de l'AMP.

2-6) Orientation à l'étranger (Figure 8)

Les médecins accompagnants orientaient les couples vers l'étranger dans 97.1% (n=297) des cas, dont 93% (n=276) en précisant les pays où l'AMP était possible et 40.4% (n=120) en conseillant aux couples certains centres d'AMP. Les pays vers lesquels les patientes étaient le plus souvent orientées étaient l'Espagne (76.7%) et la Belgique (50.2%). De manière plus anecdotique, la Grèce était mentionnée par 3% des participants, le Royaume Uni par 2% et le Portugal par 1%.

Figure 8 : Pays vers lesquelles les patientes sont adressées



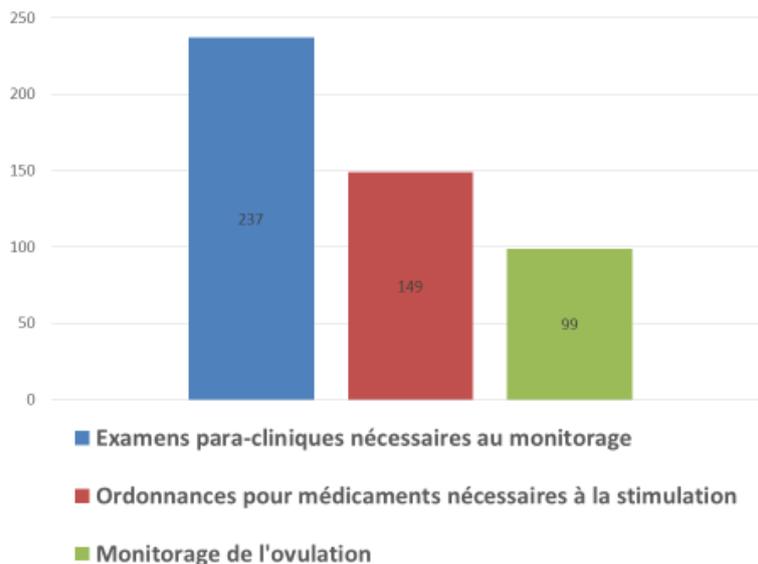
En fonction de la région d'exercice, cette répartition était variable : les médecins de la région Grand Est orientaient davantage vers la Belgique (86%) que l'Espagne (64%), tandis qu'en Nouvelle Aquitaine et en Occitanie, la Belgique n'était quasiment jamais conseillée (5%), les médecins orientant quasiment exclusivement vers l'Espagne (92%).

2-7) Aide apportée si AMP prévue à l'étranger (Figure 9)

Cette partie du questionnaire avait pour but d'évaluer comment les médecins

intervenait dans les différentes étapes de la stimulation lorsqu'une IAD ou une FIV était prévue à l'étranger.

Figure 9 : Aide apportée par les participants lorsqu'une AMP est en cours à l'étranger



- 77.5% (n=237) des médecins accompagnants fournissaient aux patientes des ordonnances leur permettant de réaliser les dosages hormonaux et les échographies de monitoring.
- 24.8% (n=76) se limitaient à cette prescription dans le cadre d'une procédure en cours à l'étranger.
- 48.7% (n=149) fournissaient aux patientes des ordonnances leur permettant de se procurer en pharmacie les traitements prescrits par la clinique étrangère et 94% d'entre eux (n=140) fournissaient alors également les ordonnances pour la réalisation des dosages hormonaux et des échographies.
- 23.5% (n=72) prescrivaient aux patientes à la fois les traitements et les examens nécessaires au monitoring, sans toutefois s'impliquer dans la prise de décision concernant le monitoring de l'ovulation.
- 32.4% (n=99) déclaraient s'impliquer directement dans le monitoring de l'ovulation à proprement parler.

2-8) Achat en ligne de paillettes de sperme

Des banques de sperme danoises proposent la possibilité de fournir des paillettes de donneur, anonyme ou non. Les « clientes » ont alors le choix entre plusieurs donneurs, en se

basant sur leur profil disponible en ligne, soit dits « de base », soit « détaillés ». Le sperme est envoyé dans un récipient isotherme de glace sèche de CO₂ ou dans un bocal d'azote liquide et le site promet un délai de livraison en Europe de l'ordre de 2 jours ouvrés.

Environ 83.3% des médecins interrogés connaissaient l'existence de ce type de site. Parmi ceux qui acceptaient d'accompagner les couples, 16.7% (n=51) seraient potentiellement d'accord pour réaliser une insémination à partir de ce type de paillette chez une femme en couple homosexuel.

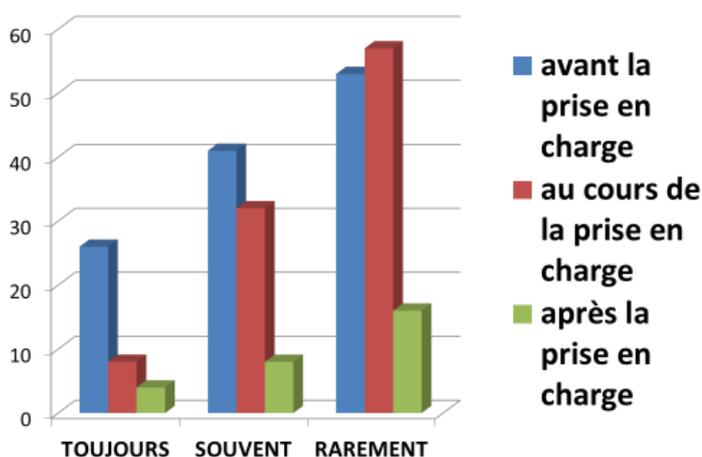
2-9) Actes d'AMP réalisés

Une majorité des praticiens (85.9%, n=299) n'avaient jamais réalisé ni IIU ni FIV chez une patiente en couple homosexuel. Cependant, 8.6% (n=30) avaient déjà pratiqué une IIU, et 1.1% (n=4) une FIV. Par ailleurs, 4.3% (n=15) n'ont pas répondu à cette question.

2-10) Proposition aux couples d'un accompagnement psychologique (Figure 10)

Parmi les praticiens accompagnant les couples, 71.6% (n=219) pensaient à proposer un soutien psychologique, systématiquement, souvent ou rarement dans 12.7%, 26.9% et 60.3% des cas respectivement. Cet accompagnement psychologique était principalement proposé avant d'initier les démarches d'AMP (n=120 soit 54.8%). Le suivi psychologique était proposé au cours de la procédure d'AMP par 44.3% de ces praticiens (n=97) tandis que seuls 12.8% (n=28) des praticiens le proposaient après la procédure d'AMP.

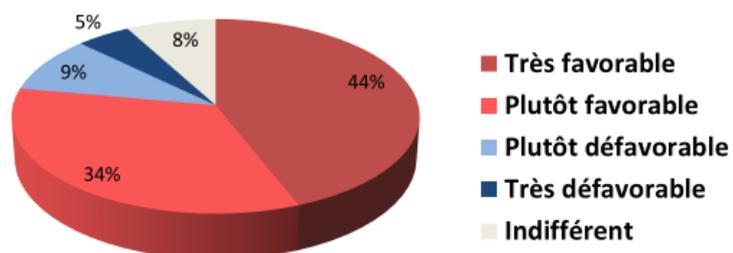
Figure 10 : Proposition d'un accompagnement psychologique



2-11) Position des participants vis-à-vis de l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes

La figure 11 illustre que, globalement, les participants de cette étude étaient favorables à l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes.

Figure 11 : Position vis-à-vis de l'ouverture de l'AMP à toutes



DISCUSSION

1) Attitude et accompagnement des médecins interrogés

Dans le cadre de la révision prochaine des lois de bioéthique, il paraissait intéressant de connaître la position et les pratiques des médecins français qui font face, depuis plusieurs années déjà, au désir de grossesse chez les couples de femmes.

Le taux de participation de 37.7% de notre étude a permis de confirmer l'intérêt suscité par ce sujet. Cependant, compte tenu du fait que les pratiques étudiées dans le questionnaire se situent en marge de la légalité, l'adhésion au sondage des médecins ne pouvait être que le résultat d'une forte motivation. Les résultats présentés doivent ainsi être interprétés avec prudence car un biais de recrutement des participants peut être évoqué : le fait de se sentir concerné et intéressé par le sujet traité, voire d'avoir déjà eu une pratique dans ce contexte. Ainsi les résultats ne peuvent pas être parfaitement représentatifs des pratiques et de l'opinion du corps médical français dans son ensemble. Néanmoins, ce travail original est le premier, à notre connaissance, à étudier en détail l'accompagnement offert aux couples de femmes ayant un désir de grossesse et permet ainsi de présenter plusieurs observations.

Globalement, les médecins interrogés se sentent à l'aise face à un couple de femmes consultant pour un désir de grossesse, avec 83.9% de médecins se disant soit « très à l'aise » soit « plutôt à l'aise ». Ils sont ainsi assez enclins à aider ces couples, 87.9% des participants proposant leur accompagnement ; cependant, parmi ces mêmes soignants, on peut constater une certaine hétérogénéité dans l'aide apportée.

En première ligne d'aide, le bilan initial dit « d'infertilité » est très largement prescrit (entre 69.3 et 87.3% de prescription en fonction des examens). L'hystérosalpingographie est l'examen de première intention le moins prescrit (69.3%), alors que les IUI sont souvent préconisées en première intention dans ce contexte et que les infections à *Chlamydia trachomatis* existent bel et bien dans la population lesbienne, bien que la prévalence soit variable dans la littérature (31,32).

Les médecins accompagnants orientent sans hésitation les patientes à l'étranger (97.1%), en les informant sur les pays pouvant les prendre en charge, principalement en Espagne (76.7%) et en Belgique (50.2%).

Cependant, en seconde ligne, lorsqu'une AMP est prévue dans l'un de ces pays, les médecins sont moins enclins à rédiger des ordonnances permettant aux patientes de se procurer les médicaments prescrits par le centre étranger, afin qu'elles bénéficient d'un remboursement par la sécurité sociale (48.7%). Ils sont en revanche moins hésitants lorsqu'il s'agit de prescrire

les examens paracliniques nécessaires au monitoring de l'ovulation (77.5%). Enfin, la plupart des médecins (67.6%) n'interviennent pas dans la prise de décision du monitoring, laissant la pleine décision au centre d'AMP étranger.

Certains médecins rédigent un protocole de soins pour tenter d'offrir une prise en charge à 100% (13.1%). A l'extrême, de rares médecins ayant répondu au questionnaire ont déclaré avoir déjà réalisé une IUI (8.6%) ou une FIV (1.1%) chez une patiente en couple homosexuel. Ce dernier résultat est difficile à interpréter, car il est possible que certains participants de l'étude, notamment parmi ceux contactés via les *mailing lists*, aient une activité libérale dans un pays étranger où l'AMP est ouverte à toutes les femmes.

Le caractère illégal de l'AMP constitue pour les participants le principal frein à l'accompagnement des couples, plus que le caractère moral ou éthique. En effet, lorsque les médecins refusaient d'accompagner les femmes, 64.3% invoquaient un motif d'ordre réglementaire, contre 26.2% invoquant des motifs d'ordre éthique, moral ou religieux. De plus, il est également important de noter que, parmi les médecins refusant l'accompagnement pour une raison réglementaire, la majorité (55.6%) se positionnait globalement en faveur de l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes, contre 29.6% globalement défavorables et 18.5% indifférent à cette proposition.

Dans notre étude, la proportion de médecins globalement favorables à l'accès à l'AMP pour les couples de femmes (77.6%) était plus élevée que celle retrouvée par l'INSERM en 2012 (56%) (28) et par Jouannet *et al.*, en 2013 (60%) (30).

Enfin, l'étude a permis de révéler que le suivi psychologique est bien souvent oublié des praticiens accompagnant les femmes : il est certes proposé par 71.6% d'entre eux mais dont 60.3% n'avouant le proposer que rarement. De plus, cet accompagnement psychologique semble être réellement mis de côté une fois la prise en charge en AMP effectuée, car seuls 12.8% des praticiens pensent à le proposer à plus long terme. Or, les symptômes d'anxiété et de dépression chez les femmes hétérosexuelles qui suivent un traitement d'AMP ont déjà été relevés à l'occasion de plusieurs études (33). De plus, bien que de nombreux aspects de la conception et de la maternité soient communs aux lesbiennes et aux hétérosexuelles, les femmes lesbiennes peuvent être confrontées à d'autres problématiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé mentale périnatale (34). Tout d'abord, dès l'élaboration de leur projet de grossesse, les couples de femmes doivent relever un certain nombre de défis, notamment en termes de difficultés de conception, de manque de soutien pendant le processus de conception et d'hétérosexisme dans le système de fertilité (35). Au cours de la grossesse et après l'accouchement, les mères lesbiennes peuvent être davantage exposées au manque de soutien social, en particulier de la part de leur famille d'origine (36). L'étude de la santé mentale

périnatale chez les mères lesbiennes paraît donc bien justifiée, à la fois pour s'assurer que les besoins en santé mentale de ces femmes sont satisfaits et pour mieux comprendre le rôle du stress psychosocial dans la santé mentale périnatale chez toutes les femmes (37).

2) Forces et limites de l'étude

2-1) Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale, menée à un moment déterminant dans l'histoire de la législation française en matière d'AMP, en vue d'une révision en 2019 des lois de bioéthique. La taille de l'échantillon des participants était satisfaisante, avec un taux de participation relativement bon.

2-2) Limites de l'étude

Le mode de diffusion du questionnaire et les questions interrogeant sur des pratiques en marge de la légalité ont très certainement sélectionné des praticiens plus intéressés par le sujet et plus engagés. Par ailleurs, le format du questionnaire avec uniquement des questions fermées peut biaiser le recueil des réponses.

3) Problématiques soulevées par l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes

En juin 2018, à la demande du Premier Ministre, le Conseil d'Etat a rendu une étude appréhendant les différentes questions à l'ordre du jour de la révision des lois de bioéthique. Dans le chapitre concernant les couples de femmes et les femmes célibataires, il y est écrit que « rien n'impose de maintenir les conditions actuelles d'accès à l'AMP ». En septembre 2018, le CCNE publie un avis dans lequel il propose d'autoriser l'accès à l'IAD à toutes les femmes, en s'appuyant sur « la reconnaissance de leur autonomie et la relation de l'enfant dans les nouvelles structures familiale » (38). Le CCNE précise cependant que l'adoption de cette position ne signifie pas pour autant l'adhésion de tous ses membres, le débat autour de la demande d'accès pour toutes les femmes à l'IAD s'étant centré sur deux principales problématiques : tout d'abord les conséquences pour l'enfant d'une institutionnalisation de l'absence de père et de ses conséquences sur sa construction psychique, puis autour du risque possiblement accru de marchandisation du corps humain.

3-1) Développement de l'enfant dans une famille homoparentale

Concernant les craintes sur les conséquences pour l'enfant, de nombreuses études ont pourtant déjà permis, depuis plus de vingt ans, de démontrer que les familles homoparentales constituent un environnement propice au bien-être de l'enfant et à son bon développement (39). Les travaux montrent notamment que le taux d'homosexualité n'est pas significativement plus important chez les enfants élevés par un couple homosexuel et que leur identité de genre se développe de manière similaire à celle des enfants de parents hétérosexuels (40,41). L'estime et la perception de soi, les relations sociales normales avec les pairs, les parents, les autres membres de la famille, les amis sont équivalents chez les enfants élevés par un couple de femmes (42-44). De la même manière, les compétences maternelles ne sont significativement différentes entre les mères lesbiennes et hétérosexuelles (45).

La *National Longitudinal Lesbian Family Study* (NLLFS) est une cohorte américaine longitudinale, menée sur plus de 20 ans, suivant de manière prospective 77 enfants conçus par IAD élevés depuis leur naissance par un couple lesbien ou par une mère lesbienne célibataire (154 mères lesbiennes dans 84 familles). Les mères et/ou les enfants ont été interrogés à différents temps : au moment de la grossesse (T1), quand l'enfant avait 2 ans (T2), 5 ans (T3), 10 ans (T4), 17 ans (T5) et 25 ans (T6). Ce dernier recueil à T6 a permis de publier en 2018 dans le *New England Journal of Medicine* (46) une étude cas-contrôle évaluant chez ces jeunes adultes de 25 ans (via un auto-questionnaire validé) les problèmes comportementaux ou émotionnels et le fonctionnement adaptatif (relations avec la famille, les amis, le conjoint ou le partenaire et le rendement scolaire ou professionnel), ne montrant aucune différence significative entre les deux groupes.

3-2) Risque de marchandisation du corps humain

En France, le nombre de donneurs de gamètes est déjà actuellement insuffisant pour répondre à la demande de couples hétérosexuels dans des délais satisfaisants. Ainsi, il est à craindre que l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes aggrave la pénurie déjà installée et engendre un allongement considérable des délais et une rupture du principe de gratuité du don, qui est pourtant l'un des piliers fondamentaux de notre législation en la matière. En effet, pour réduire ce décalage entre l'offre et la demande, il est souvent proposé de rémunérer les donneurs, ce qui implique donc une marchandisation, risquant ainsi le développement d'un véritable « business procréatif » commercialisant les gamètes, tel qu'il existe déjà à l'étranger et sur internet. Néanmoins, nous sommes en mesure de nous interroger sur le fait que l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes puisse engendrer la motivation de nouveaux profils de donneurs. De plus, un financement de campagnes d'information pourrait être un bon moyen de sensibiliser

la population au don de gamètes et valoriser cette démarche, à l'image des campagnes régulièrement organisées pour informer sur le don de sang, de moelle osseuse et d'organes.

3-3) Aspects économiques

Il est difficile d'évaluer la dépense publique que représenterait l'élargissement des conditions d'accès à l'AMP, notamment pour les couples de femmes. Cette indication peut être considérée par certains comme une demande « sociale » car ne résultant pas d'une infertilité ou cause pathologique. Ainsi, comme pour les autres indications d'AMP dites d'ordre social, une des divergences des médecins sur la question est le remboursement par la sécurité sociale. Dans notre questionnaire, les participants n'ont pas été interrogés sur leur position vis-à-vis du remboursement de l'AMP pour les couples de femmes.

Selon une thèse soutenue en octobre 2018 (47), 407 médecins spécialisés dans le domaine de la reproduction ont été interrogés sur l'ensemble des thèmes d'actualité en AMP et 69.8% étaient favorables à l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes, dont 27% sous réserve d'un accès payant et 45.5% sans remboursement.

Il semble en effet communément admis que seuls les actes liés à un état pathologique sont éligibles à une prise en charge par l'assurance maladie. Or certains couples hétérosexuels dont l'infertilité reste inexplicée sont tout de même pris en charge par la sécurité sociale. Il paraîtrait alors délicat de ne pas prendre en charge les couples de femmes de la même manière, surtout si cette ouverture des indications de l'AMP s'établit dans l'optique de rétablir une égalité des droits.

Il reste quelque peu difficile de prendre exemple sur les autres pays européens, la France faisant figure d'exception dans la prise en charge à 100% des soins en AMP. En Belgique, le coût des actes est pris en charge par le système d'assurances sociales, à l'exception du coût de la paillette de sperme (150 à 200 euros). Au Royaume Uni, le coût des actes peut parfois être pris en charge par le National Health Service (NHS), via des organismes locaux, en fonction des budgets attribués, variables d'une région à une autre mais en réalité, moins de 18% des IAD seraient pris en charge.

Toutefois, des mesures pourraient être adoptées pour réduire les coûts, dans la mesure où ces femmes ne sont pas exposées à la grossesse (contrairement aux femmes hétérosexuelles dont l'infertilité du couple est inexplicée). Par exemple, à l'image de ce qui est déjà réalisé en Belgique, dans le cas d'une IAD chez une patiente ne présentant pas de trouble de dysovulation, un monitoring simple de l'ovulation peut être envisagé, sans recourir systématiquement à une stimulation ovarienne coûteuse par gonadotrophines.

3-4) Filiation et aspects législatifs

La filiation n'est pas un lien biologique mais bien un lien juridique, qui relie un enfant à un ou deux parents. Elle permet la transmission d'un nom, d'un patrimoine et l'exercice de l'autorité parentale par l'ascendant. Le Code Civil (article 318) prévoit que « la mère n'a pas besoin de procéder à une reconnaissance » et qu' « aucune démarche n'est à effectuer pour établir la filiation de son enfant ». Dans un couple marié hétérosexuel, la filiation paternelle s'établit aussi automatiquement : le mari est présumé être le père de l'enfant.

En revanche, dans le cas où un couple marié de deux femmes parvient à réaliser son projet parental, la filiation avec l'enfant ne s'établit de manière automatique que pour la femme qui accouche. La conjointe doit en revanche entreprendre une procédure d'adoption (plénière ou simple). Bien que cette dernière se soit vue simplifiée par la loi du 17 mai 2013, les couples décrivent souvent cette étape comme une seconde bataille à mener après l'AMP. Il persiste ici une inégalité de plus avec les couples hétérosexuels dont la grossesse a été obtenue via un don de gamète, où la filiation, aussi bien maternelle que paternelle, s'établit de manière automatique. Une tâche importante, réfléchie et mesurée, incombe ainsi aux législateurs dans les années à venir, afin d'adapter la loi à l'évolution de la « famille » de notre société.

3-5) La crainte de la gestation pour autrui

Selon certains opposants à l'AMP pour les couples de femmes, l'évolution législative risquerait d'ouvrir la voie à la gestation pour autrui (GPA) en raison d'une revendication d'égalité de traitement des couples d'hommes. Cependant, la problématique de la GPA dépasse celle de l'homoparentalité puisqu'elle touche directement à l'instrumentalisation du corps humain (48). Même si certaines femmes volontaires peuvent s'inscrire dans une démarche purement altruiste, il semble impossible d'envisager une GPA « éthique », au seul vu des risques pour la santé de la femme et des conséquences mal connues d'une rupture violente des liens qui se créent entre le fœtus et la femme qui le porte *in vivo* (49).

CONCLUSION

Depuis l'adoption de la loi autorisant le mariage pour tous et l'adoption par les couples homosexuels, la question d'ouvrir l'accès à l'AMP aux couples homosexuels fait débat. En attendant une prise de décision des pouvoirs publics, les couples de femmes ayant un désir de grossesse sont contraints de se rendre à l'étranger pour recourir à l'AMP avec don de sperme. Notre étude a permis de révéler que les médecins français qui travaillent dans le domaine de la reproduction semblent être, pour la grande majorité, favorables à une ouverture de l'AMP aux couples de femmes. De la même manière, ils sont déjà enclins à aider et accompagner ces couples, malgré l'interdiction en vigueur. Lorsqu'ils refusent cet accompagnement, l'illégalité est la première raison évoquée pour justifier leur décision, bien avant les motifs éthiques ou religieux. Les médecins n'hésitent pas à informer les femmes sur les pays européens où l'AMP leur est ouverte, principalement en Espagne et en Belgique, voire à les orienter vers certains centres précis. Avant même qu'une AMP soit prévue dans l'un de ces pays, le bilan dit d'infertilité est largement prescrit en amont, afin de faire le point sur la réserve ovarienne et la faisabilité des techniques. Une fois les patientes entrées dans un processus d'AMP dans un centre étranger, les médecins sont toutefois moins nombreux à assurer le relais en France pour le suivi de la stimulation, notamment concernant la prescription des traitements nécessaires à la stimulation. La décision du monitoring de l'ovulation est généralement laissée au soin du centre étranger. La proposition d'un soutien psychologique reste souvent mise de côté par les praticiens, notamment concernant le suivi post-AMP.

Si la révision des lois de bioéthique en 2019 conduit à une ouverture de l'AMP aux couples de femmes, plusieurs problématiques seront soulevées et se doivent donc d'être anticipées, notamment le remboursement des soins par la sécurité sociale dans ce contexte, la gestion de la pénurie de dons de gamètes et l'adaptation des textes de lois relatifs à la filiation concernant la compagne de la femme portant la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Française de l'Adoption. Vers quels pays peut-on orienter pour adopter un couple homosexuel ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/faqs/vers-quels-pays-peut-on-orienter-pour-adopter-un-couple-homosexuel-deux-hommes-titulaires-chacun-d/>
2. Pennings G, Autin C, Decler W, Delbaere A, Delbeke L, Delvigne A, et al. Cross-border reproductive care in Belgium. *Hum Reprod Oxf Engl*. déc 2009;24(12):3108-18.
3. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: Découverte; 2008. 609 p.
4. Buisson, Guillemette, Lapinte, Aude. Le couple dans tous ses états : non-cohabitation, conjoints de même sexe, Pacs... Insee. févr 2013;4.
5. Fohet C, Borten-Krivine I. Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mars 2004;32(3):228-32.
6. Gross M, Courduriès J, De Federico A. Le recours à l'AMP dans les familles homoparentales : état des lieux. Résultats d'une enquête menée en 2012. *Socio-Logos Rev Publiée Par Assoc Fr Sociol*. avr 2014;9:<http://socio-logos.revues.org/2870>.
7. Pennings G. Having a child together in lesbian families: combining gestation and genetics. *J Med Ethics*. avr 2016;42(4):253-5.
8. Machin R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *BioSocieties*. mars 2014;9(1):42-59.
9. Goverde AJ, McDonnell J, Vermeiden JP, Schats R, Rutten FF, Schoemaker J. Intrauterine insemination or in-vitro fertilisation in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet Lond Engl*. 1 janv 2000;355(9197):13-8.
10. Pandian Z, Gibreel A, Bhattacharya S. In vitro fertilisation for unexplained subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 nov 2015;(11):CD003357.
11. El-Shawarby SA, Margara RA, Trew GH, Lavery SA. A review of complications following transvaginal oocyte retrieval for in-vitro fertilization. *Hum Fertil*. juin 2004;7(2):127-33.
12. Werner C, Westerståhl A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):697-701.
13. Priddle H. How well are lesbians treated in UK fertility clinics? *Hum Fertil Camb Engl*. sept 2015;18(3):194-9.
14. Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Hum Reprod Oxf Engl*. avr 2010;25(4):938-41.
15. Yeshua A, Lee JA, Witkin G, Copperman AB. Female Couples Undergoing IVF with Partner Eggs (Co-IVF): Pathways to Parenthood. *LGBT Health*. juin 2015;2(2):135-9.
16. Younis JS, Laufer N. Oocyte donation is an independent risk factor for pregnancy complications: the implications for women of advanced age. *J Womens Health* 2002. févr 2015;24(2):127-30.
17. Malchau SS, Loft A, Larsen EC, Aaris Henningsen A-K, Rasmussen S, Andersen AN, et al. Perinatal outcomes in 375 children born after oocyte donation: a Danish national cohort study. *Fertil Steril*. mai 2013;99(6):1637-43.
18. Kubota T. Preemptive Epigenetic Medicine Based on Fetal Programming. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1012:85-95.
19. Conradt E, Adkins DE, Crowell SE, Raby KL, Diamond LM, Ellis B. Incorporating epigenetic mechanisms to advance fetal programming theories. *Dev Psychopathol*. 2018;30(3):807-24.

20. Raes I, Van Parys H, Provoost V, Buysse A, De Sutter P, Pennings G. Parental (in)equality and the genetic link in lesbian families. *J Reprod Infant Psychol.* 20 oct 2014;32(5):457-68.
21. Pelka S. Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. *J Homosex.* 2009;56(2):195-217.
22. Fécondation in vitro ou FIV en Belgique : adresses et traitements [Internet]. Co-parents.fr. Disponible sur: <https://www.co-parents.fr/Faire-une-FIV-en-Belgique-prix-deroulement-adresses.php>
23. Frydman R. « Nous, médecins, avons aidé des couples homosexuels à avoir un enfant même si la loi l'interdit ». 17 mars 2016; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/17/pour-la-creation-d-un-veritable-plan-contre-l-infertilite_4884871_3232.html
24. Bourgeois M. L'aide apportée aux couples de femmes dans leur désir de maternité en France. Thèse : Médecine. Université Paris Sud; 2018.
25. Amato P. Providing fertility services to lesbian couples: the lesbian baby boom. *Sex Reprod Menopause.* juin 2004;2(2):83-8.
26. Le Nouvel Observateur. PMA. Piquûres, allers-retours en Belgique. Disponible sur: <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1218791-pma-piquures-allers-retours-en-belgique-eloi-est-ne-on-nous-avait-dit-d-abandonner.html>
27. Agence France Presse. PMA : le parcours hors-la-loi des lesbiennes pour devenir mères. *Le Point* [Internet]. 9 mars 2018; Disponible sur: http://www.lepoint.fr/societe/pma-le-parcours-hors-la-loi-des-lesbiennes-pour-devenir-meres-09-03-2018-2200986_23.php
28. Moreau C, Bajos N, Bohet A. Connaissances et pratiques médicales en matière de santé sexuelle et reproductive en France. INSERM; 2012 juill.
29. Rozée Gomez V, De le Rochebrochard E. Migrations procréatives pour recourir à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) de Paris à Bruxelles, Barcelone ou Athènes. IRESP; 2013 juin.
30. Jouannet P, Spira A. Demandes d'aide à la procréation formulées par les couples de même sexe auprès de médecins en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* août 2014;62(4):268-72.
31. Muzny CA, Kapil R, Austin EL, Brown L, Hook EW, Geisler WM. Chlamydia trachomatis infection in African American women who exclusively have sex with women. *Int J STD AIDS.* 2016;27(11):978-83.
32. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis infection among women reporting sexual activity with women screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health.* juill 2011;101(7):1284-90.
33. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies : meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ.* 23 févr 2011;342.
34. Ross LE, Steele L, Goldfinger C, Strike C. Perinatal depressive symptomatology among lesbian and bisexual women. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(2):53-9.
35. Yager C, Brennan D, Steele LS, Epstein R, Ross LE. Challenges and mental health experiences of lesbian and bisexual women who are trying to conceive. *Health Soc Work.* août 2010;35(3):191-200.
36. Ross LE, Steele L, Sapiro B. Perceptions of predisposing and protective factors for perinatal depression in same-sex parents. *J Midwifery Womens Health.* déc 2005;50(6):e65-70.
37. Borneskog C, Sydsjö G, Lampic C, Bladh M, Svanberg AS. Symptoms of anxiety and depression in lesbian couples treated with donated sperm: a descriptive study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* juin 2013;120(7):839-46.
38. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis 129 : Contribution du CCNE à la révision de la loi de bioéthique [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ccne->

ethique.fr/fr/actualites/lavis-129-contribution-du-ccne-la-revision-de-la-loi-de-bioethique-est-en-ligne

39. Pontarollo A. Homoparentalité(s) et développement de l'enfant. Thèse : Médecine. Université Joseph Fourier, Grenoble; 2015.
40. Anderssen N, Amlie C, Ytterøy EA. Outcomes for children with lesbian or gay parents. A review of studies from 1978 to 2000. *Scand J Psychol.* sept 2002;43(4):335-51.
41. Crowl A, Ahn S, Baker J. A Meta-Analysis of Developmental Outcomes for Children of Same-Sex and Heterosexual Parents. *J GLBT Fam Stud.* 12 août 2008;4(3):385-407.
42. Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, Brewaeys A. What does it mean for youngsters to grow up in a lesbian family created by means of donor insemination? *J Reprod Infant Psychol.* nov 2002;20(4):237-52.
43. Wainright JL, Patterson CJ. Peer relations among adolescents with female same-sex parents. *Dev Psychol.* 2008;44(1):117-26.
44. Stacey J, Biblarz TJ. (How) Does the Sexual Orientation of Parents Matter? *Am Sociol Rev.* avr 2001;66(2):159.
45. Fond G, Franc N, Purper-Ouakil D. Homosexual parenthood and child development: present data. *L'Encephale.* févr 2012;38(1):10-5.
46. Gartrell N, Bos H, Koh A. National Longitudinal Lesbian Family Study - Mental Health of Adult Offspring. *N Engl J Med.* 19 2018;379(3):297-9.
47. Diaz M. Enquête sur les questions d'ordre sociétal en Aide Médicale à la Procréation. Thèse : Médecine. Université de Bordeaux; 2018.
48. Mulligan A. Identity Rights and Sensitive Ethical Questions : The European Convention on Human Rights and the Regulation of Surrogacy Arrangements. *Med Law Rev.* 1 août 2018;26(3):449-75.
49. Casciano A. Surrogacy in Maternity. A Depersonalising Human Relationship Phenomenology. *Cuad Bioet Rev Of Asoc Espanola Bioet Etica Medica.* avr 2018;29(95):39-56.

Annexe 1 : Questionnaire « Aide médicale à la procréation des couples de femmes homosexuelles en France »

1. Êtes-vous :

- a) un homme
- b) une femme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

- a) Moins de 30 ans
- b) 30 à 39 ans
- c) 40 à 49 ans
- d) 50 à 59 ans
- e) 60 ans et plus

3. Quelle est votre spécialité :

- a) Gynécologue obstétricien
- b) Gynécologue médical
- c) Endocrinologue
- d) Médecin généraliste
- e) Autre (précisez) :

4. Quel est votre type d'exercice

- a) Libéral
- b) Hospitalier
- c) Mixte

5. Exercez-vous en milieu

- a) Urbain ou banlieue
- b) Semi-rural
- c) Rural

6. Dans quelle région exercez-vous votre activité ? (*Texte libre*)

7. Quelle part de votre activité l'AMP constitue-t-elle ?

- a) Moins de 25%
- b) 25 à 50%
- c) 50 à 75%
- d) Plus de 75%

8. Avez-vous déjà reçu en consultation un couple de femmes ayant un désir de grossesse ?

- a) Oui
- b) Non

9. A quelle fréquence, en moyenne, estimez-vous recevoir en consultation un couple de femmes pour désir de grossesse :

- a) Une fois par an ou moins
- b) Une fois tous les six mois
- c) Une fois tous les trois mois
- d) Une fois par mois ou plus

Dans les questions suivantes, nous avons convenu de parler d' « accompagnement » des patientes, dans l'optique de définir un terme très général, afin de désigner la prise en charge au sens large. Par « accompagnement », nous sous-entendons donc toute démarche de la part du médecin destinée à guider la femme dans son désir de grossesse : conseils, orientation de la patiente (vers l'étranger, vers un confrère vous semblant plus informé, etc.), prescription médicale d'examen ou de traitement, voire réalisation de gestes. Les détails de cet « accompagnement » seront détaillés point par point dans la suite du questionnaire.

10. Face à un couple de femmes vous demandant un accompagnement dans un projet de grossesse, vous diriez que vous vous sentez :

- a) Très à l'aise
- b) Plutôt à l'aise
- c) Plutôt mal à l'aise
- d) Très mal à l'aise

11. Face à un couple de femmes vous demandant un accompagnement dans un projet de grossesse, refusez-vous tout accompagnement ?

- a) Je refuse tout accompagnement
- b) J'accepte de les accompagner

12. Si vous avez répondu "je refuse tout accompagnement" à la question précédente, est-ce :

- a) Pour une raison éthique, morale, ou religieuse
- b) Pour une raison réglementaire
- c) Car vous ne vous sentez pas apte à assurer un tel accompagnement
- d) Autre

13. Si vous décidez d'accompagner la patiente, proposez-vous la prescription du bilan prérequis à une prise en charge en AMP ? (*choix multiple*)

- a) Pas de bilan proposé
- b) Prescription d'une échographie pelvienne
- c) Prescription d'un bilan hormonal
- d) Prescription d'une hystérosalpingographie

14. Si vous décidez d'accompagner la patiente, établissez-vous un protocole de prise en charge à 100% (document Cerfa), à l'instar des couples hétérosexuels infertiles ?

- a) Oui
- b) Non

15. Orientez-vous ces patientes vers une prise en charge à l'étranger ?

- a) Oui
- b) Non

16. En cas d'orientation de la patiente vers l'étranger, informez-vous précisément la patiente des pays où une telle prise en charge est possible ?

- a) Oui
- b) Non

17. Si oui, vers quels pays orientez-vous préférentiellement les patientes ? (*Texte libre*)

18. En cas d'orientation vers l'étranger, remettez-vous des coordonnées de certains centres précis d'AMP (par exemple, en donnant des numéros de téléphone, une plaquette d'information, un site internet, etc) ?

- a) Oui
- b) Non

19. Si une AMP est prévue à l'étranger (IIU ou FIV), assurez-vous l'accompagnement des patientes en France avec : (*choix multiple*)

- a) Prescription d'examen paracliniques en vue du monitoring de l'ovulation (dosages hormonaux et échographie pour compte/mesure folliculaire)
- b) Renouvellement des ordonnances de médicaments induisant une ovulation, sans adaptation des doses
- c) Adaptation des doses des médicaments = Monitoring de l'ovulation à proprement parler

20. Saviez-vous qu'il était possible pour une patiente de se procurer des paillettes de donneur sur internet ?

- a) Oui
- b) Non

21. Accepteriez-vous de réaliser une insémination intra utérine à partir de ce type de paillette, chez une femme en couple homosexuel :

- a) Oui
- b) Non

22. Avez-vous, vous-même, déjà accepté de réaliser chez une femme en couple en homosexuel : (*choix multiple*)

- a) Une IIU
- b) Une FIV
- c) Ni l'un, ni l'autre

23. Proposez-vous habituellement une prise en charge psychologique chez ces patientes :

- a) Jamais
- b) Rarement
- c) Souvent
- d) Toujours

24. Si vous proposez un accompagnement psychologique, est-ce habituellement : (*choix multiples*)

- a) Avant tout début de prise en charge en AMP
- b) Au cours de la prise en charge en AMP
- c) Après la prise en charge en AMP

25. La loi de Bioéthique va prochainement être rediscutée. Concernant l'accessibilité de l'AMP pour les femmes célibataires ou homosexuelles, êtes-vous :

- a) Très favorable
- b) Plutôt favorable
- c) Indifférent
- d) Plutôt défavorable
- e) Très défavorable

Aide et accompagnement proposés par les médecins de la reproduction aux couples de femmes ayant un désir de grossesse

RESUME :

L'interdiction du recours à l'aide médicale à la procréation (AMP) en France pour les couples de femmes implique que certains d'entre eux se rendent à l'étranger pour accéder à leur projet de parentalité. L'objectif de l'étude était de dresser un état des lieux de l'aide médicale apportée par les médecins de la reproduction à ces couples grâce à un questionnaire envoyé à 922 médecins. Sur les 348 médecins ayant répondu, une majorité était des gynécologues exerçant en milieu urbain, sur l'ensemble du territoire français; 85.6% avaient déjà reçu en consultation un couple de femmes pour un désir de grossesse; 83.9% se sentaient à l'aise face à ces consultations. Seuls 12.1% refusaient tout accompagnement, plus souvent pour un motif réglementaire que pour des raisons éthiques, morales ou religieuses. Un bilan hormonal de base, une échographie pelvienne et une hystérosalpingographie étaient prescrits respectivement par 87.3%, 85.3% et 69.3% des médecins accompagnants. Ils orientaient les couples vers l'Espagne (76.7%) et la Belgique (50.2%). Si une AMP était prévue, les médecins accompagnants prescrivaient les examens de monitoring et les médicaments nécessaires à la stimulation dans 77.5% et 48.7% des cas respectivement. De plus, 71.6% des médecins accompagnants proposaient un suivi psychologique, dont 60.3% rarement et 12.7% systématiquement. Enfin, 77.6% des médecins étaient globalement favorables à l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes. Notre étude montre que malgré l'interdiction en vigueur, l'accompagnement des couples de femmes est déjà une réalité pour les médecins de la reproduction français, une évolution de la législation s'annonce inévitable.

Mots clés : Homosexualité féminine, Techniques de reproduction assistée, Conception avec donneur, Prise en charge préconceptionnelle, Grossesse

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris Cedex 06