



HAL
open science

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

Agathe Rousseau Baumgarten

► **To cite this version:**

Agathe Rousseau Baumgarten. Aide et accompagnement proposés par les médecins de la reproduction aux femmes célibataires ayant un désir de grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03209162

HAL Id: dumas-03209162

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03209162>

Submitted on 27 Apr 2021

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°138

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Présentée et soutenue publiquement
le 26 Septembre 2019

Par

Agathe Rousseau Baumgarten

Née le 02 Juin 1988 à Sèvres

Dirigée par Le Professeur Michaël Grynberg PU-PH

Jury :

M. Le Professeur Nelly Frydman, PU-PH Présidente

M. Le Professeur Alexandra Benachi, PU-PH

M. Le Professeur Michaël Grynberg, PU-PH

M. Le Docteur Valentin Keller

Remerciements

Aux membres du Jury :

Au Professeur Nelly Frydman, merci de m'avoir aidée dans l'élaboration de cette thèse et de m'avoir fait l'honneur de présider le jury. Merci également pour votre bienveillance et votre gentillesse lors de mon stage dans le service de Médecine de la Reproduction.

Au Professeur Alexandra Benachi, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et tiens à vous exprimer toute mon admiration pour le médecin et la femme que vous êtes. Soyez assurée de mon plus grand respect.

Au Professeur Michaël Grynberg : Merci d'incarner si bien les valeurs d'humanisme et de tolérance. Merci pour ta grande gentillesse, ta simplicité et ton humilité. Merci enfin pour le sujet de thèse passionnant que tu m'as donné (et pour ta patience pendant son écriture !).

Au Docteur Valentin Keller : Tu m'as fait découvrir et aimer la gynécologie-obstétrique durant mon stage d'externe à Saint-Joseph, toujours dans la joie et la bonne humeur. Merci pour ta gentillesse et ta pédagogie.

A ma famille :

A Papa et Maman, à qui je dois tout. Merci Maman de m'avoir transmis la vocation médicale dès l'enfance, c'est un précieux cadeau. Merci Papa d'avoir été un modèle de travail et d'ambition.

A mes frère et sœurs, Alexandre, Pauline et Marie pour l'ambiance folle (dans tous les sens du terme) à la maison, parfois ça tend (cf la soirée à 30 personnes jusqu'à 5h la veille de concours blanc), mais souvent ça détend ! Merci de m'avoir supportée dans tous mes états.

A Papi, pour avoir suivi avec grand intérêt toutes les étapes de mon cursus et pour ta présence si agréable.

A mon grand-père Michel, merci d'avoir transmis à 6 de tes petits-enfants, ta passion pour la médecine.

A mes grands oncles, André et Philippe pour m'avoir accueilli chez eux pendant mes années de concours.

A mes amis de médecine et d'ailleurs :

A ceux avec qui j'ai partagé les deux années de PCEM1 et qui les ont rendues douces, en particulier Maxime, Sara et Charlotte.

Merci Maxime pour ton immense soutien quotidien et pour ta discipline au milieu de mon fouillis, tu m'as énormément aidé !

Merci Sara et Charlotte d'avoir été à mes côtés de la pré-rentree Epsilon (Sara) à aujourd'hui. Merci pour l'année folle de première P1 que l'on a passée ensemble, pour nos fous-rires en amphi, nos séances de « travail » à la BSG, nos matinées oisives passées chez Charlotte devant « pimp my car » ou dans les cafés de St Germain. On ne peut pas dire que l'on était stressées ! Merci surtout pour les 10 années d'après !! Sara, je n'aurais jamais aussi bien décompressé, chaque week-end, sans une telle acolyte !!

Merci également à Alice, Morgane, Alison, Marie(s) et tout le groupe.

A ceux avec qui j'ai traversé avec bonheur les années de médecine à Paris V, entre journées studieuses à la BU de l'HEGP et soirées médecine :

Anne-Charlotte et Elsa, merci d'avoir été à mes côtés depuis la P2 et jusqu'à aujourd'hui. Pour notre stage d'été de D2 aux USA, notre année de D4 et notre mois de révision mémorable à la montagne. On a formé un trio de choc !! Sans vous, je serai sans doute dans la Creuse à l'heure actuelle!

Et bien au delà de tout ça, merci pour votre sincère amitié et votre soutien permanent.

Ps : - Vous auriez quand-même pu m'intégrer dans votre sous-colle !!! ☺

-Elsa, dans 3 semaines, c'est ton toooooouuur !! (Anne-Charlotte, dans quelques années, après un ou deux master 2, une ou deux formations en pizzas ou cordonnerie et une ou deux thèses de sciences ce sera le tien !!!)

Aude, merci pour ton optimisme, ta bonne humeur contagieuse et tes conseils pour partir en Erasmus à Rome. Merci pour ton soutien moral au début de l'internat.

Merci également à Pierre, Benjamin, Louis, Matthias, Claire, Paul, Charles, Louise, Matthieu, Alexandre (mon mentor) et Guillaume.

Merci à mes co-internes de gynéco :

A Rebecca et Lauren en particulier, les « entremetteuses » de Trousseau comme elles aiment à l'entendre, et les disciples préférées de Rabbi Rousseau.

A Lucile, Elena, Pauline, Marine, Anne-Laure, Sarah, Iris, Sarah, Daria, Vivien, Vanille, Laetitia et Julie.

Merci Clémence d'avoir fait équipe avec moi dans l'élaboration de notre thèse, et d'en avoir pris les devants. J'ai eu un petit contretemps de 9 mois ...

A toute l'équipe de Montsouris : Julie, Ibrahim, Simone, Soizic, Adélie, Mehdi, Agnès et Malika. Merci de m'avoir fait découvrir l'AMP dans une ambiance si bienveillante et si familiale.

Merci à l'équipe d'AMP de Béclère, Vanessa, Anne, Laetitia, Anne, Marion, Jade, Alexandra pour tout ce que vous m'avez appris.

Merci encore à Romain, Anne-Charlotte, Elsa, Pauline, Maman et Didier d'avoir relu ma thèse (j'ai visiblement besoin de réassurance...).

Merci à Camille d'avoir vécu avec moi ces 13 années, ton amitié est précieuse.

Merci à Jérôme et Mohand de m'avoir fait autant rire à côté des études, cela compte beaucoup. On se retrouve très vite pour un nouveau « vis ma vie ».

A Paul et Romain

A mon petit bébé, Paul, merci d'avoir attendu le dernier moment pour voir le jour, pour me laisser écrire ma thèse.

Enfin, à mon mari, Romain, merci pour ton amour inconditionnel et pour la force et la confiance que tu me donnes au quotidien. Grâce à toi, je n'ai peur de rien (j'ai juste 2-3 phobies☺).

Merci à tous d'être venus me soutenir en ce jour si symbolique !!

Liste des abréviations

ABM : Agence de Biomédecine

AMP : Aide médicale à la procréation

AMPD : AMP avec sperme de donneur

BLEFCO : Biologiste des Laboratoires d'Etudes de la Fécondation et de la Conservation de l'œuf

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CECOS : Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humains

ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology

FIV: Fécondation in vitro

hCG : Hormone chorionique gonadotrope humaine

HFEA: Human Fertilisation and Embryology Authority

HTA : hypertension artérielle

IAD : Insémination artificielle avec don de sperme

ICSI : Injection Intra-Cytoplasmique de Spermatozoïde dans l'ovocyte

IUI : Insémination intra-utérine

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

UZ VUB : Universitair Ziekenhuis Brussel

Table des matières

Table des matières

Remerciements	3
Liste des abréviations	6
Table des matières	7
Introduction	9
1) <i>Contexte juridique</i>	9
2) <i>Epidémiologie de la monoparentalité féminine</i>	10
2-1) Familles monoparentales.....	10
2-2) Caractéristiques des mères célibataires par choix	11
3) <i>Recours de l'AMP à l'étranger</i>	12
4) <i>Méthodes d'AMP disponibles pour les femmes seules</i>	13
4-1) Insémination intra-utérine avec don de sperme (IAD)	14
4-2) La fécondation in vitro avec don de sperme.....	14
4-3) La fécondation in vitro avec double don	15
5) <i>Coût de l'AMP en France et à l'étranger</i>	15
5-1) Coût de l'AMP en France.....	15
5-2) Coût à l'étranger.....	15
6) <i>Objectif de l'étude</i>	16
Matériel et méthode :	17
1) <i>Type d'étude</i>	17
2) <i>Contenu du questionnaire</i>	17
3) <i>Elaboration et diffusion du questionnaire</i>	18
4) <i>Analyse statistique des réponses</i>	18
Résultats :	19
1) <i>Caractéristiques de la population</i>	19
2) <i>Gestion d'une demande d'accompagnement par une femme célibataire ayant un désir de grossesse</i>	23
2-1) Fréquence des consultations pour projet de grossesse chez une femme célibataire	23
2-2) Aisance des participants	24
2-3) Refus de tout accompagnement.....	25
2-4) Prescription d'un bilan de première intention dit « d'infertilité ».....	26
2-5) Protocole Cerfa pour une prise à 100% de soins réalisés en France dans le cadre de l'AMP	27
2-6) Orientation à l'étranger	28
2-7) Aide apportée en cas d'AMP prévue à l'étranger (figure 13)	28
2-8) Concernant l'achat en ligne de paillettes de sperme.....	29
2-9) Prescriptions et gestes réalisés par les praticiens accompagnant les patientes	29
2-10) Accompagnement psychologique des femmes célibataires désirant une grossesse (figure 16).....	31
3) <i>Point de vue concernant la prochaine révision de la loi de Bioéthique</i>	32

Discussion	33
1) <i>Attitude et opinion des praticiens interrogés.....</i>	33
1-1) Pratique des médecins interrogés confrontés à une femme célibataire ayant un désir de grossesse.....	33
1-2) Opinion des médecins sur l'ouverture de l'AMP aux femmes seules	35
2) <i>Forces et limites de l'étude</i>	36
2-1) Forces de l'étude	36
2-2) Limites de l'étude.....	36
3) <i>Questions soulevées par l'ouverture de l'AMP aux femmes seules</i>	37
3-1) Développement des enfants.....	37
3-2) Difficultés propres aux mères célibataires	38
3-3) Anonymat du donneur.....	39
3-4) Aspects économiques	40
3-5) Procuration du sperme.....	40
3-6) AMP post-mortem.....	42
4) <i>Points de vue sur la prise en charge des couples de femmes</i>	43
Conclusion	44
Bibliographie.....	45
Annexe 1 : Questionnaire « Aide médicale à la procréation des femmes célibataires en France »	47

Introduction

1) Contexte juridique

L'accès à l'aide médicale à la procréation (AMP) en France pour les femmes célibataires constitue un enjeu majeur et représente l'un des principaux sujets sur lesquels le législateur sera amené à intervenir dans les prochains jours, dans le cadre de son projet d'assouplissement des lois dites « de bioéthique ».

En effet, l'aide médicale à la procréation est encadrée par la loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative à la bioéthique du Code de Santé Publique. Son but doit être de "remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité" (article L.2141-2 du code de la santé publique). Elle est réservée aux couples, formés par un homme et une femme vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune.

Les révisions de la loi en 2004 et 2011 ont préservé la finalité médicale de l'AMP et n'ont pas modifié ses conditions d'accès. La loi française demeure donc l'une des plus restrictives en Europe et actuellement, la seule possibilité légale pour une femme célibataire de devenir mère est de recourir à l'adoption (article 343-1 du code civil). Cette option étant souvent peu satisfaisante et semée d'embûches, un nombre croissant de femmes dans cette situation se tourne vers l'étranger pour mener à bien leur projet de maternité.

Malgré cela, de récents rapports ont permis d'espérer une prochaine évolution de la loi: le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) s'est prononcé, en juin 2017 et en Septembre 2018, en faveur d'une prise en charge de ces femmes, en se fondant, d'une part, sur la reconnaissance de leur autonomie et, d'autre part, sur les principes de liberté et d'égalité (1). Il considère en effet que « l'ouverture de l'AMP à des personnes sans stérilité pathologique peut se concevoir pour pallier une souffrance induite par une infécondité résultant d'orientations personnelles ».

Par ailleurs, la mission parlementaire sur la loi de bioéthique, en charge de la préparation du débat législatif, s'est dit favorable en Janvier 2019 à l'ouverture de l'aide médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes seules et à son remboursement par la Sécurité sociale (2). Rappelons de surcroît qu'il s'agissait d'une promesse du candidat Emmanuel Macron lors de sa campagne présidentielle.

Sur le plan juridique, le Conseil d'Etat, dont le rapport a été rendu public en Juillet 2018 en prévision de la prochaine modification de la loi, considère que le droit n'oblige à rien : "ni au *statu quo* ni à l'évolution des conditions d'accès" à l'AMP. Ainsi, l'ouverture de l'AMP ne saurait être justifiée par le principe d'égalité ou par un prétendu "droit à l'enfant" mais « L'invocation du principe de précaution ou de l'intérêt de l'enfant ne constitue pas un élément juridique décisif » pour empêcher la loi d'évoluer et appelle donc à une réponse plus politique que juridique. Sa position consiste donc à s'en remettre à « l'appréciation souveraine du législateur ».

Il reste qu'en pratique, les médecins français désireux d'aider les femmes célibataires les sollicitant dans leur projet de grossesse sont en position délicate, la loi leur interdisant d'utiliser pleinement leur champ de compétence en matière d'AMP. L'abrogation de la circulaire du 14 janvier 2013, en Juillet 2016, qui rappelait les sanctions encourues (5 ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende) par les médecins français mettant en relation des patientes avec des cliniques étrangères ne respectant pas la loi française en matière de don de gamètes, leur a seulement permis d'orienter plus sereinement ces femmes vers des pays plus permissifs.

2) Epidémiologie de la monoparentalité féminine

2-1) Familles monoparentales

Selon le rapport de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le nombre de familles monoparentales comprenant une femme seule élevant un ou plusieurs enfants est en constante augmentation depuis trente ans et représentait, en 2014, 18.9% des familles françaises (17.9% en 2009). Les événements entraînant la monoparentalité ont évolué depuis la fin des années 60 mais tendent à se stabiliser depuis dix ans. Au niveau national, trois quarts des familles monoparentales sont issus d'une rupture d'union, qu'elle soit officialisée ou libre. Le veuvage, qui était dans les années 60 la principale cause de monoparentalité, est devenu marginal face à l'augmentation des séparations et la diminution de la mortalité aux âges relativement jeunes (3).

La deuxième cause de monoparentalité est donc la naissance d'un enfant hors union : les célibataires n'ayant jamais vécu en couple élevant seuls leur(s) enfant(s), représentent près d'une famille monoparentale sur cinq. Cette monoparentalité peut être subie ou choisie

(résultant du projet parental d'une personne seule) (3).

Toujours d'après l'enquête INSEE, 2.5 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans vivaient dans une famille monoparentale en 2011 et dans 86% des cas, les enfants étaient élevés par leur mère (4).

Il est pratiquement impossible de savoir combien parmi ces enfants résultent d'un projet parental de la femme seule (monoparentalité choisie) et ont été conçus naturellement ou par AMP avec sperme de donneur dans des cliniques étrangères. Les contacts avec les médecins de ces cliniques indiquent que les femmes seules (de toutes les nationalités) représentent une proportion croissante des personnes pour lesquelles l'AMP est pratiquée. Si la plupart des pays ne disposent pas d'enregistrement national de ce type d'acte, ce qui rend impossible l'évaluation précise du phénomène, au Royaume-Uni, d'après la Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), équivalente à l'Agence de la Biomédecine en France, 400 femmes seules en moyenne ont bénéficié d'une AMP chaque année entre 2005 et 2011 (428 en 2011). En 2010, sur les 5879 cycles de traitements de ce type, 1 509 (25.7%) concernaient des femmes seules (et 1 589 soit 27% des couples de femmes). Par ailleurs, sur les 1 047 accouchements consécutifs à ces traitements, 169 concernaient des femmes seules (16.1%) (5).

Nous disposons également de quelques données belges : En 2011-2012, sur les 126 femmes résidant en Belgique et prises en charge à l'hôpital St Pierre de Bruxelles, 40 étaient célibataires (31.5%). À l'UZ VUB (Universitair Ziekenhuis Brussel), une des principales cliniques du pays, 30% des 792 résidentes belges qui ont eu recours à une AMP avec sperme de donneur sur cette la même période, étaient seules (5).

2-2) Caractéristiques des mères célibataires par choix

Là encore il est difficile de dresser un portrait de ces femmes qui ont choisi de porter seules un projet parental en s'aidant de la procréation par don de sperme. Selon une étude américaine de 2009, il ressort que ces femmes sont souvent issues de milieux favorisés et sont plus âgées que les femmes hétérosexuelles consultant pour infertilité (6). En France, la sociologue Dominique Mehl a enquêté auprès de femmes ayant fait le choix de s'engager en solitaire dans la maternité par l'adoption ou par la procréation médicale assistée. Il apparaissait que « faire un bébé toute seule » était une option de dernier ressort quand la possibilité de faire naître un enfant au sein d'un couple stable était épuisée. Tous les cas

rencontrés étaient des maternités tardives, après 35 ans chez des femmes dont le désir d'enfant avait toujours été présent et fort. Le choix de la monoparentalité intervenait aussi souvent à la suite de plusieurs échecs de vie en commun (7).

3) Recours de l'AMP à l'étranger

Les femmes célibataires désireuses de fonder une famille ne renoncent pas à leur désir de grossesse parce qu'elles n'ont pas accès à l'AMP en France (8). Elles ont recours à différentes techniques artisanales, non dénuées de risque, ou se rendent à l'étranger dans les pays où les lois sont plus permissives et autorisent les femmes célibataires à recourir à l'AMP : en Espagne, en Belgique, aux Pays Bas, en Finlande, en Lettonie, au Luxembourg, en Grèce, dans certains États des États-Unis, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud, en Islande, au Danemark, en Russie et au Royaume-Uni (9). Ce type de démarche est communément appelé « tourisme procréatif » bien que ce terme ait une consonance péjorative.

Ce recours à l'étranger n'est en aucun cas l'apanage des femmes célibataires françaises.

L'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) a récemment dirigé une étude sur la question dans 6 pays européens. Les recours transnationaux de l'AMP concerneraient entre 11 000 et 14 000 patients transnationaux provenant de 49 pays, essentiellement d'Allemagne, d'Italie et de France (10). Selon une étude préliminaire de « l'AMP sans frontières », la Belgique, le Danemark, l'Espagne et la Grèce apparaissaient comme les destinations privilégiées des français recherchant une prise en charge en AMP (5).

Il n'est pas possible d'estimer précisément le nombre de femmes célibataires françaises se rendant à l'étranger pour mener à bien leur projet de grossesse. Dans une étude réalisée en 2008 en Belgique auprès des 18 centres d'AMP autorisés, il avait été trouvé qu'un peu plus de 400 femmes françaises (célibataires ou en couple avec un homme ou une femme) s'étaient rendues chaque année dans ces centres pour bénéficier d'une Insémination avec sperme de donneur (IAD) entre 2003 et 2005 et qu'elles étaient plus de 600 en 2006 et 2007 (11). Cette augmentation a été confirmée et semble se poursuivre selon les données recueillies dans une étude réalisée en 2013 dans la région bruxelloise : en 2011-2012, l'hôpital St Pierre a pris en charge 160 femmes résidant en France dont 25 (16%) étaient seules. Pendant la même période, l'hôpital néerlandophone, UZ VUB, a pris en charge 286 femmes résidant en

France dont 78 (27%) étaient célibataires (5). Les médecins responsables des 4 centres ont indiqué que dans la plupart des cas, la prise en charge était assurée en liaison avec un médecin qui suivait la femme en France. Par ailleurs, une étude de 2012, menée auprès de femmes (en couples homo- et hétérosexuels et 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 aucun détail sur le type de suivi n'était rapporté (12).

Il existe une autre possibilité pour ces femmes de s'aider des lois étrangères sans avoir à voyager : les banques de sperme, en particulier danoises. Elles sont très faciles à trouver sur internet, en cherchant « donneur de sperme » sur un moteur de recherche. Celles-ci proposent de livrer des paillettes de sperme dans un délai d'un à deux jours. Ces paillettes sont envoyées dans de la glace sèche de CO₂ ou dans de l'azote liquide pour une meilleure conservation (le prix diffère). La procédure d'achat de ces paillettes se fait par internet et est très simple : il suffit de sélectionner un donneur (anonyme ou non), un type de sperme (brut pour les inséminations intra-vaginales, purifié pour les inséminations intra-utérines (IIU) et les fécondations in vitro (FIV)), une quantité (il est possible de réserver des paillettes supplémentaires pour une utilisation ultérieure) et une qualité (en fonction du « nombre de spermatozoïdes mobiles par millilitres).

Les donneurs sont sélectionnés après interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux de maladies génétiques et mentales, examen physique, bilan infectieux et caryotype.

Les patientes qui se procurent ces paillettes de sperme doivent là encore solliciter un médecin français si elles désirent une insémination intra-utérine, ce dernier se retrouvant ainsi dans l'illégalité.

4) Méthodes d'AMP disponibles pour les femmes seules

Différentes techniques d'AMP sont aujourd'hui disponibles pour les femmes seules désirant une grossesse : l'IIU avec don de sperme, la FIV avec don de sperme et la FIV avec double don, de sperme et d'ovocyte. Bien que l'indication d'AMP ne soit pas médicale mais sociétale, un bilan dit « d'infertilité » permettant d'évaluer notamment la réserve ovarienne et l'état des trompes et comprenant au minimum des dosages hormonaux, une échographie pelvienne et une hystérosalpingographie semble indispensable afin de prendre en charge correctement la patiente. Ce bilan permet de guider le praticien dans le choix de la technique et des doses de gonadotrophines à administrer pour stimuler la patiente de manière optimale.

En effet, l'IIU, moins invasive et coûteuse que le FIV, est impossible en cas de pathologie tubaire et l'altération de la réserve ovarienne, fréquente chez ces femmes plus âgées que les femmes hétérosexuelles infertiles, oblige parfois le médecin à proposer un recours au don d'ovocyte (13).

4-1) Insémination intra-utérine avec don de sperme (IAD)

C'est la technique d'AMP la plus simple, la moins coûteuse et la moins invasive, utilisée souvent en première intention si les trompes sont saines à l'hystérosalpingographie et que la réserve ovarienne est suffisante. Elle consiste à déposer à l'aide d'un cathéter la préparation de sperme d'un donneur dans l'utérus. Une stimulation ovarienne modérée par gonadotrophines exogènes permet le recrutement d'un à deux ovocytes matures (voire plus chez les femmes de plus de quarante ans) et un déclenchement de l'ovulation 36 heures avant l'insémination permet d'optimiser les chances de fécondation. La fécondation se fait *in vivo*, après migration des spermatozoïdes au niveau des trompes. Un monitoring de la stimulation par échographie et dosages hormonaux est recommandé. Cette technique présente très peu de complications (syndrome d'hyperstimulation ovarienne si le monitoring n'a pas été fait) mais est associée à des chances de grossesse moindre que la FIV en cas d'infertilité.

4-2) La fécondation *in vitro* avec don de sperme

Cette technique est utilisée en deuxième intention si les IAD n'ont pas permis la survenue d'une grossesse, ou d'emblée si la patiente présente une anomalie tubaire ou une autre pathologie entraînant une infertilité (endométriose). Elle nécessite que la patiente ait des paramètres de réserve ovarienne pas ou modérément altérés. Elle consiste à prélever par ponction transvaginale écho-guidée les ovocytes contenus dans les follicules ovariens. La stimulation ovarienne par gonadotrophines exogène doit permettre idéalement le recrutement d'une dizaine de follicules. Les ovocytes ainsi récupérés sont par la suite acheminés en laboratoire pour être mis en contact avec une préparation de sperme de donneur contenant des spermatozoïdes afin d'obtenir leur fécondation. Par ailleurs, certains laboratoires d'AMP n'hésitent pas à recourir à la technique de l'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde dans l'ovocyte (ICSI) pour optimiser les chances de fécondation ou lorsqu'un diagnostic préimplantatoire est effectué. Généralement, un des embryons obtenus sera transféré dans l'utérus de la patiente, après deux, trois et idéalement cinq jours de culture. Les éventuels

embryons surnuméraires sont vitrifiés dans l'azote liquide en vue d'une réutilisation ultérieure. Un monitoring est là aussi absolument nécessaire pour optimiser la stimulation et prévenir le syndrome d'hyperstimulation ovarienne, complication la plus fréquemment associée à cette technique (14). D'autres complications à type d'infection, d'hémopéritoine et de torsion d'annexe peuvent survenir, mais demeurent rares (15).

4-3) La fécondation in vitro avec double don

Pratiquée essentiellement par des femmes seules d'âge moyen autour de 44 ans (16), elle constitue un dernier recours après deux ans d'infertilité en moyenne. Une donneuse suit un protocole de stimulation ovarienne. Les ovocytes prélevés sont fécondés par le sperme d'un donneur. Les embryons obtenus peuvent être transférés « en frais » dans l'utérus de la receveuse préalablement préparé ou ultérieurement après vitrification. La préparation endométriale peut être obtenue par traitement hormonal substitutif ou stimulation ovarienne légère. Bien que la patiente receveuse échappe aux étapes de stimulation ovarienne et de ponction, le double don s'associe à des risques spécifiques. Les grossesses obtenues par double don s'associent à un sur-risque obstétrical d'hypertension gravidique, de pré-éclampsie et de retard de croissance intra-utérin (17) (18). L'âge souvent avancé de la femme au moment de la grossesse augmente encore ce risque (19).

5) Coût de l'AMP en France et à l'étranger

5-1) Coût de l'AMP en France

Pour les couples hétérosexuels concernés par l'AMP en France, en se basant sur les tarifs remboursés par la sécurité sociale, le coût d'une IUI s'élève au minimum à 700 euros et celui d'une FIV à 2500-3000 euros. Cela inclut les consultations, les échographies de monitoring, les dosages hormonaux, les médicaments (gonadotrophines, hCG recombinante, progestérone, œstradiol) et la préparation de sperme et l'insémination dans le cas d'une IUI. Pour la FIV, cela inclut également les frais d'hospitalisation en ambulatoire, l'anesthésie, la ponction ovocytaire, la culture embryonnaire, le transfert et éventuellement la vitrification d'embryons surnuméraires.

5-2) Coût à l'étranger

Pour les femmes célibataires qui n'ont d'autres choix que de se tourner vers des cliniques étrangères, les coûts s'avèrent plus élevés, ce d'autant qu'aucun acte n'est pris en charge par la Sécurité Sociale. Par exemple, en Espagne, la clinique Eugin propose des IUI avec sperme de donneur à partir de 1490 euros, des FIV avec sperme de donneur à partir de 6105 euros et des FIV avec double don à partir de 6415 euros. Ce montant inclut tous les actes médicaux nécessaires pour réaliser le traitement, mais exclut les tests médicaux préalablement nécessaires, la médication, les voyages et séjours et la vitrification d'ovocytes ou d'embryons ainsi que leur conservation dans le temps. Il exclut également la culture embryonnaire au stade de blastocyste donc jusqu'à 5 jours.

Si la patiente souhaite simplement se procurer des paillettes de sperme dans les « banques » étrangères, les prix varient (de 150 à 1800 euros) en fonction du profil du donneur (basique avec simplement les caractéristiques physiques ou détaillé avec photos, niveau d'étude, activité professionnelle, test de quotient émotionnel, personnalité, centres d'intérêt, etc.), du type et du nombre de paillettes que la cliente souhaite réserver, ainsi que de leur concentration en spermatozoïdes et de la mobilité de ces derniers. Il est possible également de demander l'exclusivité du donneur, moyennant un coût supplémentaire (12000 euros).

On perçoit nettement l'aspect mercantile rattaché à ce « tourisme procréatif » et les dérives en commercialisation des éléments du corps humain qui se cachent derrière ce système ce qui n'est satisfaisant ni pour les femmes n'ayant d'autres choix que de se plier à ces méthodes, ni pour les médecins les accompagnant, confrontés à des grossesses non ou mal préparées.

6) Objectif de l'étude

Si la question de l'ouverture de l'AMP pour les femmes célibataires suscite actuellement de nombreux débats parmi juristes, politiques, sociologues et psychologues, les médecins y occupent une place majeure. Ils sont en effet les premiers confrontés à la souffrance de ces femmes désireuses d'être mère et à leur demande croissante de prise en charge en France.

Dans ce contexte et à quelques semaines du débat parlementaire, l'objectif de l'étude était d'évaluer les pratiques d'accompagnement des femmes célibataires dans leur projet de grossesse, parmi les médecins et les biologistes de la reproduction en France.

Matériel et méthode :

1) Type d'étude

Pour y répondre, nous avons réalisé une étude épidémiologique, descriptive, fondée sur l'utilisation d'un questionnaire anonyme à choix multiple adressé à des médecins de la reproduction en France.

2) Contenu du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire composé de vingt-six questions, qui comprenait trois parties :

- La première caractérisait le profil des médecins participants : sexe, âge (moins de 30 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, plus de 60 ans), spécialité (gynécologie obstétrique ou médicale, biologie, médecine générale, endocrinologie, autre spécialité à préciser), région d'exercice, secteur d'exercice (public ou libéral), milieu d'exercice (urbain ou rural) et estimation de la part occupée par la médecine de la reproduction dans l'activité (moins de 25%, 25 à 50%, 50 à 75%, plus de 75%).
- La deuxième explorait leurs pratiques réelles ou éventuelles dans l'accompagnement de ces femmes demandeuses d'aide pour leur projet de grossesse. En préambule de cette partie, nous précisons le sens du terme « accompagnement » afin que les participants répondent au mieux aux questions.

Nous retranscrivons ici le texte explicatif :

« 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 pour 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 techniques.

Les détails de cet « accompagnement » seront détaillés point par point dans la suite du questionnaire. »

- Enfin, la troisième partie les interrogeait sur leur point de vue concernant la prochaine révision de la loi de Bioéthique dans cette situation.

3) Elaboration et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré sur Google Form dans le service d'aide médicale à la procréation de l'hôpital Antoine Béchère (Clamart) au cours du mois de mai 2018, puis validé en staff par l'équipe clinico-biologique du service. Il a été testé préalablement à l'envoi, ce qui nous a permis d'estimer un temps de réponse à environ 5 minutes. Il s'agissait essentiellement de questions fermées à choix multiples.

Les participants ont été contactés par courrier électronique. Celui-ci contenait une lettre explicative ainsi qu'un lien vers le questionnaire. La lettre précisait que les réponses étaient anonymes et que chaque praticien ne devait répondre qu'une seule fois.

Deux moyens de diffusion ont été utilisés : entre le 20 et le 22 Juin 2018, vingt-et-un questionnaires ont été envoyés après avoir contacté des médecins ou leur secrétariat grâce aux informations de Doctolib (avec les mots clef « médecine de la reproduction, AMP, PMA, Infertilité »). Dans un second temps, le 23 Juin 2018, afin de diffuser plus largement le questionnaire, 852 courriers électroniques ont été envoyés via un listing à des praticiens spécialisés en reproduction. Une relance a été effectuée en Juillet 2018. Nous avons clôturé le recueil de données fin Août 2018 après avoir reçu une dernière réponse le 16 Août.

4) Analyse statistique des réponses

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

Résultats

1) Caractéristiques de la population

Nous avons recueilli les questionnaires de 352 praticiens. Leurs caractéristiques sont reprises dans le tableau 1.

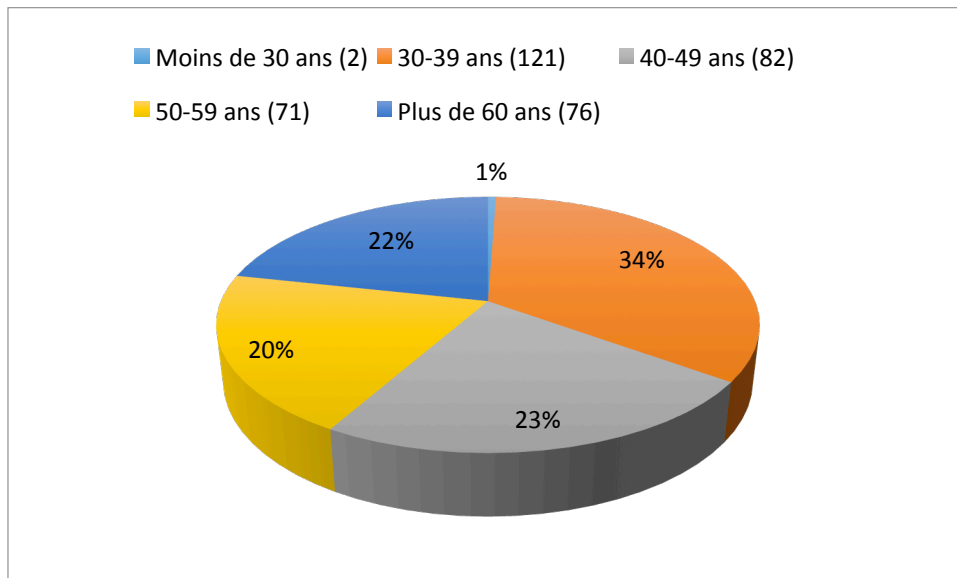
Tableau 1 : caractéristiques des participants

		Nombre	Pourcentage
		Total = 352	
Sexe	Femmes	249	70.74%
	Hommes	103	29.26%
Age	Moins de 40 ans	123	34.94%
	40 à 49 ans	82	23.30%
	50 à 59 ans	71	20.17%
	60 ans et plus	76	21.59%
Spécialité	Gynécologues obstétriciens	238	67.61%
	Gynécologues médicaux	63	17.90%
	Endocrinologues	20	5.68%
	Biologistes de la reproduction	24	6.82%
	Médecins traitants	3	0.85%
	Sages-femmes	4	1.14%
Type d'exercice	Libéral	146	41.48%
	Hospitalier	135	38.35%
	Mixte	71	20.17%
Secteur d'exercice	Urbain	338	96.02%
	Semi-rural ou/et rural	14	3.98%
Région	Ile-de-France	125	35.51%
	Auvergne Rhône-Alpes	23	6.53%
	Bourgogne-Franche Comté	6	1.70%
	Bretagne	36	10.23%
	Centre-Val-de-Loire	5	1.42%
	Grand Est	17	4.83%
	Hauts-de-France	15	4.26%
	Nouvelle Aquitaine	26	7.39%
	Occitanie	28	7.95%
	Pays de la Loire	25	7.10%
	Provence-Alpes-Côte d'azur	27	7.67%
	Guadeloupe	4	1.14%
	Non ou mal renseigné	5	1.42%
Place occupée par l'AMP	Moins de 25%	92	26.14%
	25 à 50 %	80	22.73%
	50 à 75%	58	16.48%
	Plus de 75%	122	34.66%

On constatait une prépondérance de femmes dans l'étude (70.4% = 249).

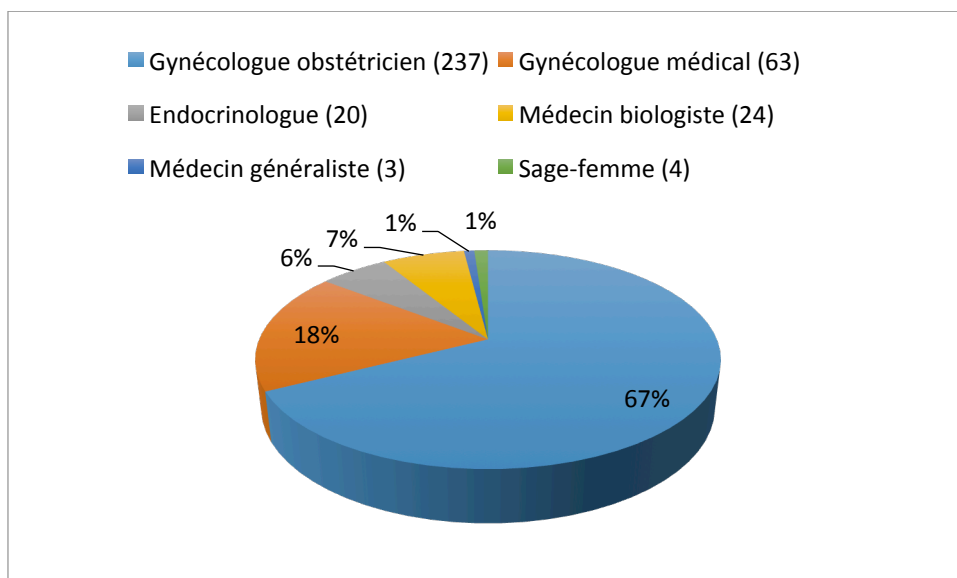
L'âge des participants est rapporté dans la figure 1.

Figure 1 : âge des participants



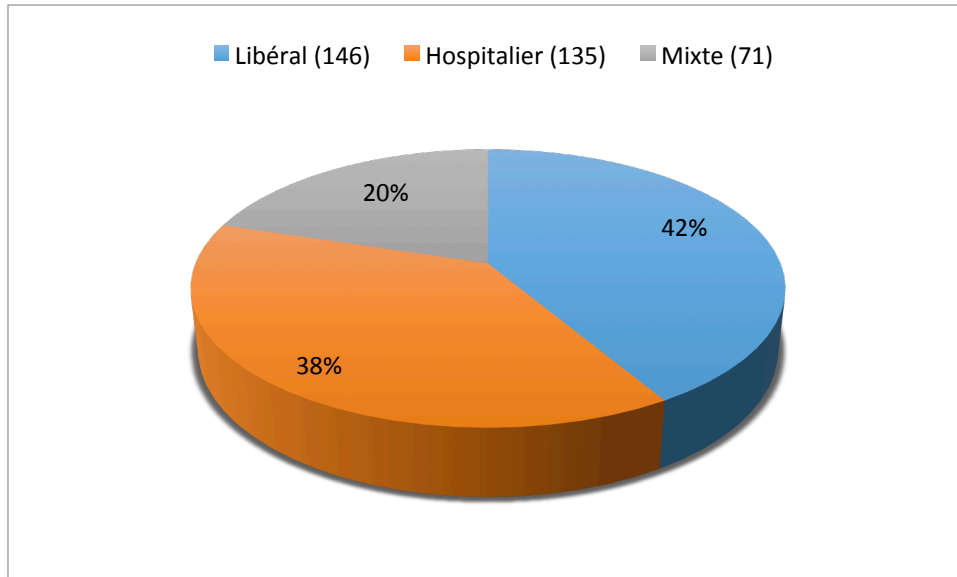
On retrouvait une grande majorité de gynécologues (85.5%, n=301) : 64 gynécologues médicaux (18%), et 236 gynécologues-obstétriciens (67%). Les autres praticiens participant étaient : 20 endocrinologues (6%), 24 médecins biologistes (7%) et 3 médecins généralistes (1%). Quatre sages-femmes ont également rempli le questionnaire, nous avons choisi de ne pas les exclure de l'étude. La répartition des spécialités est rapportée dans la figure 2.

Figure 2 : spécialité des participants



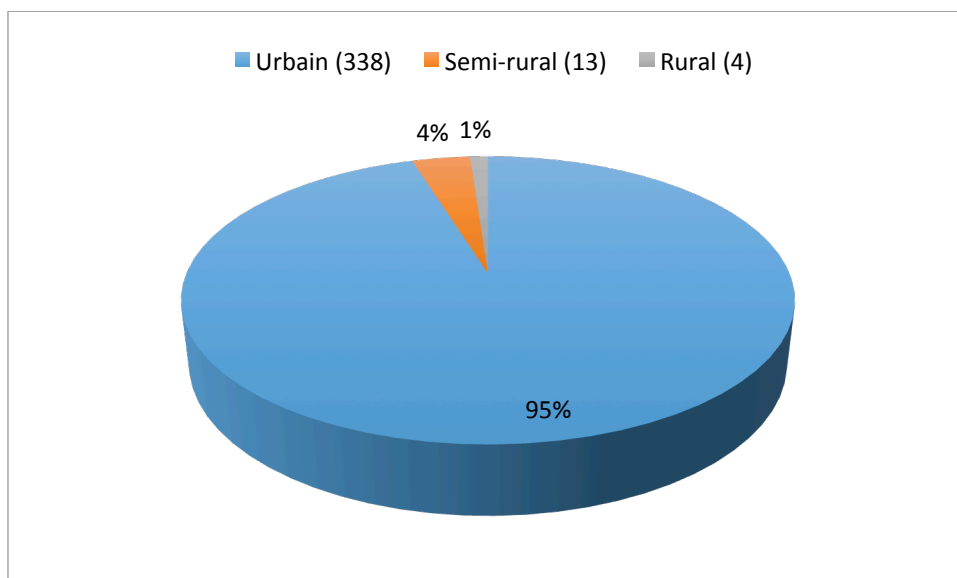
Le secteur d'activité se répartissait comme suit : 41.5% des participants avaient une activité libérale (n=146), 38.4% une activité hospitalière (n=135) et 20.2% une activité mixte (n=71).

Figure 3 : type d'exercice des participants



La grande majorité exerçait en milieu urbain (96%, n=338) et seuls 4.8% exerçaient en milieu semi-rural (3.7%, n=13) ou rural (1.1%, n=4).

Figure 4 : zone d'exercice des participants



Les participants exerçaient dans toute la France, métropolitaine et d’Outre-mer, comme rapporté dans la figure 5. Toutefois, une grande part d’entre eux (35.5%, n=125) exerçait à Paris et en Ile-de-France, et une minorité (1.14%, n=4) dans les DOM (Guadeloupe exclusivement).

Figure 5 : répartition des participants

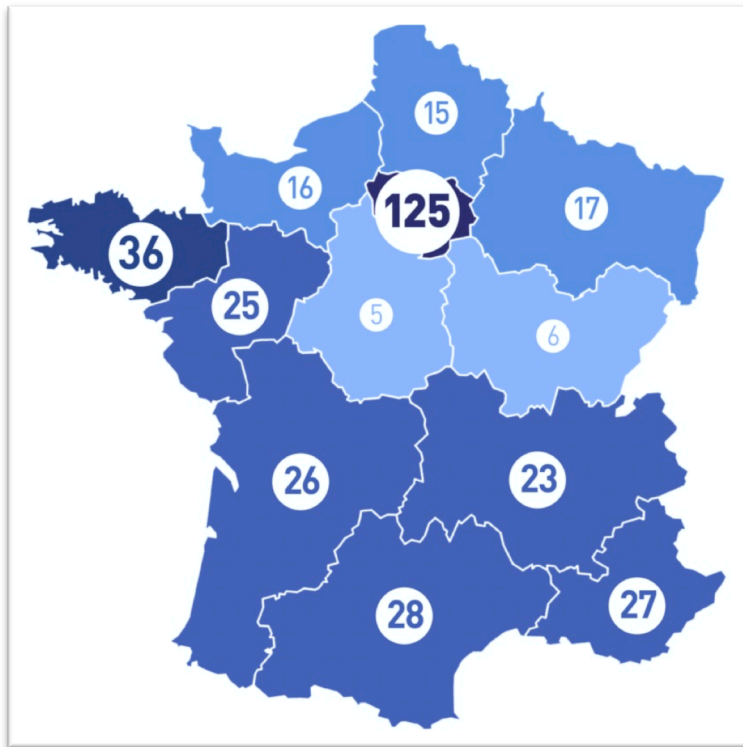
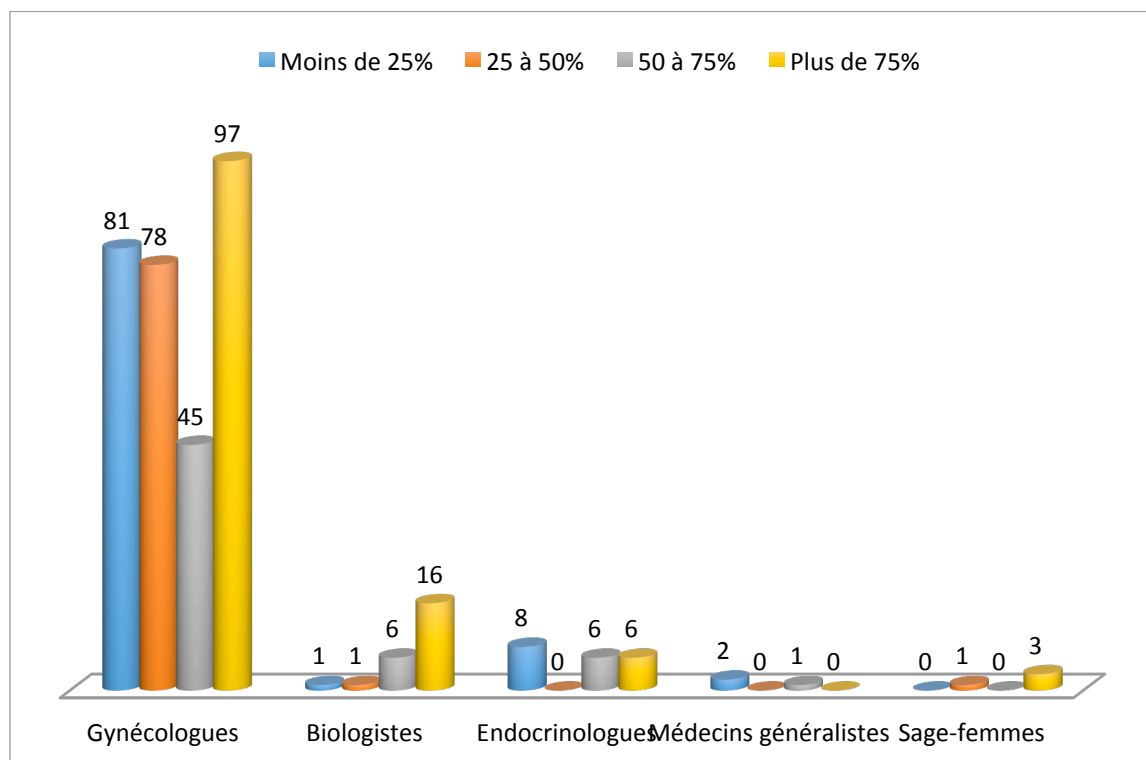


Figure 6 : part occupée par l'AMP dans l'activité des participants

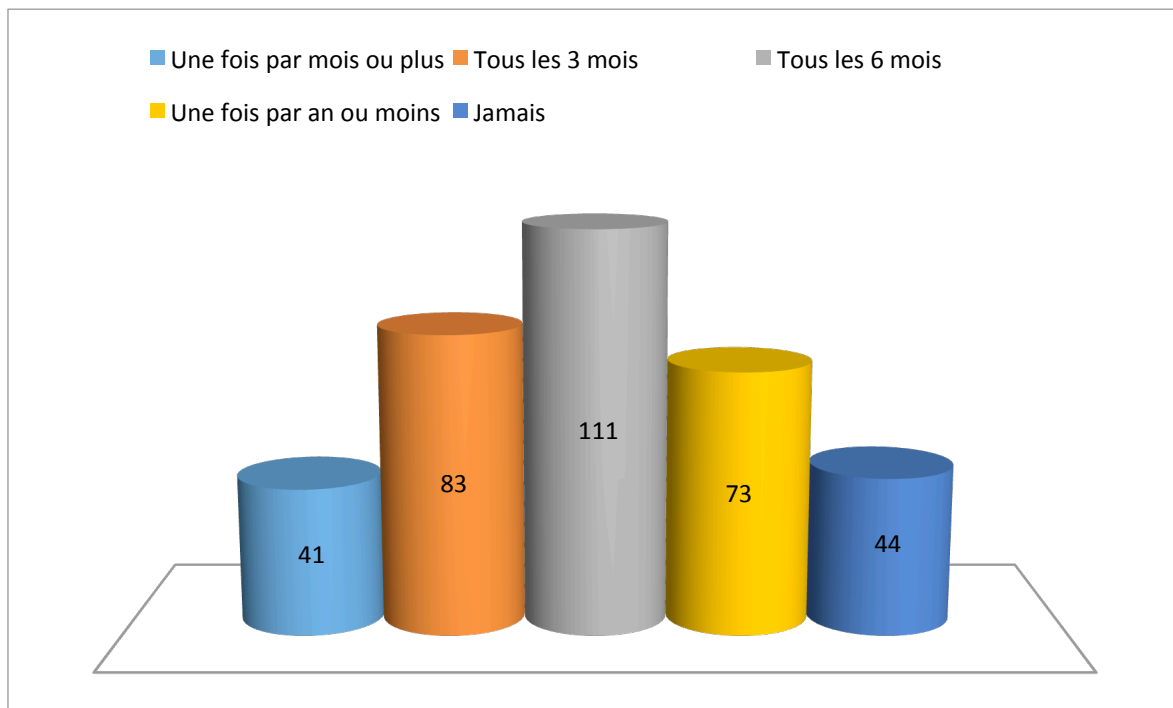


2) Gestion d'une demande d'accompagnement par une femme célibataire ayant un désir de grossesse

2-1) Fréquence des consultations pour projet de grossesse chez une femme célibataire

Parmi les 352 participants, une large majorité (87%, n=308) avait déjà reçu en consultation une patiente célibataire ayant un désir de grossesse. Au contraire, 13% (n=44) n'en avait jamais reçu.

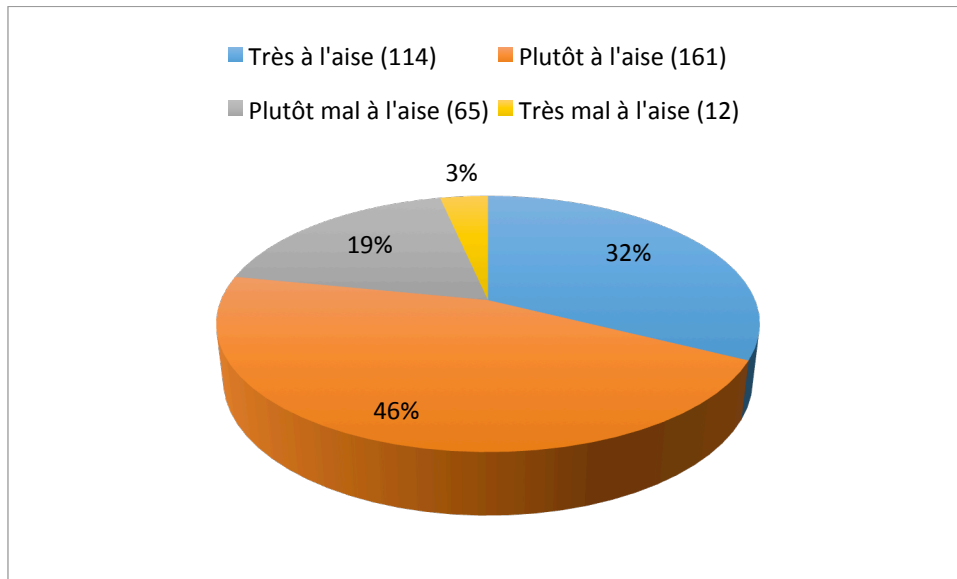
Figure 7 : fréquence des consultations de femmes célibataire pour projet de grossesse



2-2) Aisance des participants

On observait que les participants se sentaient majoritairement à l'aise lors d'une consultation face à ces patientes : 78% des participants se sentaient très à l'aise (32%, n=114) ou plutôt à l'aise (46%, n=161). Seulement 22% se sentaient plutôt mal à l'aise (19%, n=65) ou même très mal à l'aise (3%, n=12).

Figure 8 : aisance des participants face à une patiente célibataire consultant pour projet de grossesse



2-3) Refus de tout accompagnement

La très grande majorité des participants acceptaient d'accompagner ces femmes (88%, n=309). Cependant, ils étaient 12% (n=43) à refuser tout accompagnement : parmi ces derniers, 23% (n=12) avançaient des raisons morales, religieuses ou éthiques à ce refus alors que 53% (n=27) refusaient pour raison réglementaire. Par ailleurs, 8% (n=4) ne se sentaient pas « aptes à assurer un tel accompagnement » et 16% (n=8) refusaient pour d'autres motifs, non précisés.

On observait également que les participants refusant d'accompagner ces femmes étaient majoritairement défavorables à l'ouverture de l'AMP pour les femmes célibataires. Leur position se répartissait comme suit :

- 9% (n=4) étaient très favorables à l'ouverture
- 12% (n=5) y étaient plutôt favorables

On notait que ces 9 praticiens plutôt ou très favorables refusaient l'accompagnement des femmes pour des raisons toujours réglementaires et non pour des raisons éthiques, morales ou religieuses

- 5% (n=2) y étaient indifférents
- 43% (n=18) y étaient plutôt défavorables
- 31% (n=13) y étaient très défavorables soit au total 74% de participants globalement défavorables. Les praticiens très défavorables avançaient des raisons majoritairement

d'ordre morale, éthique ou religieuse au refus d'accompagnement.
Ces chiffres sont illustrés dans les figures 9 et 10.

Figure 9 : avis des praticiens refusant tout accompagnement concernant l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires

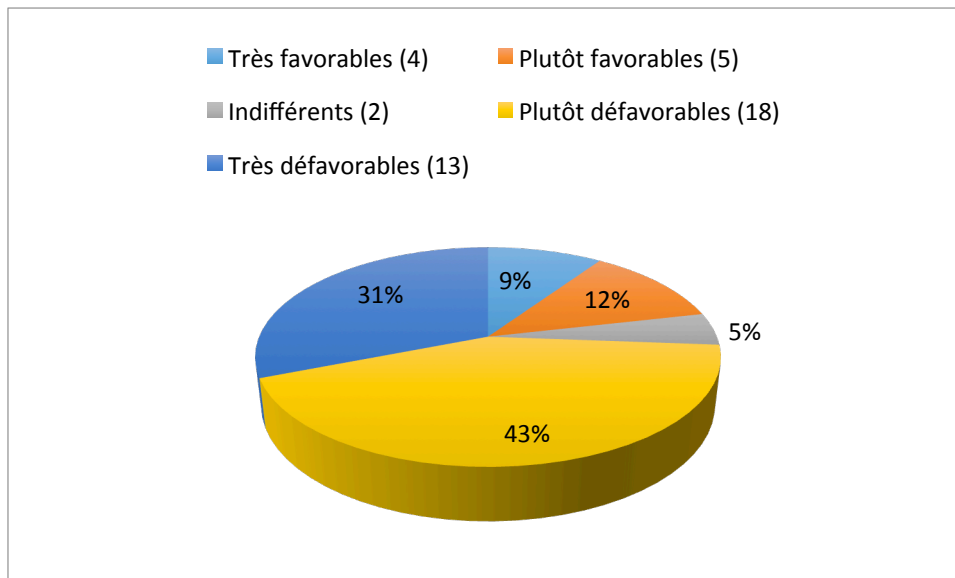
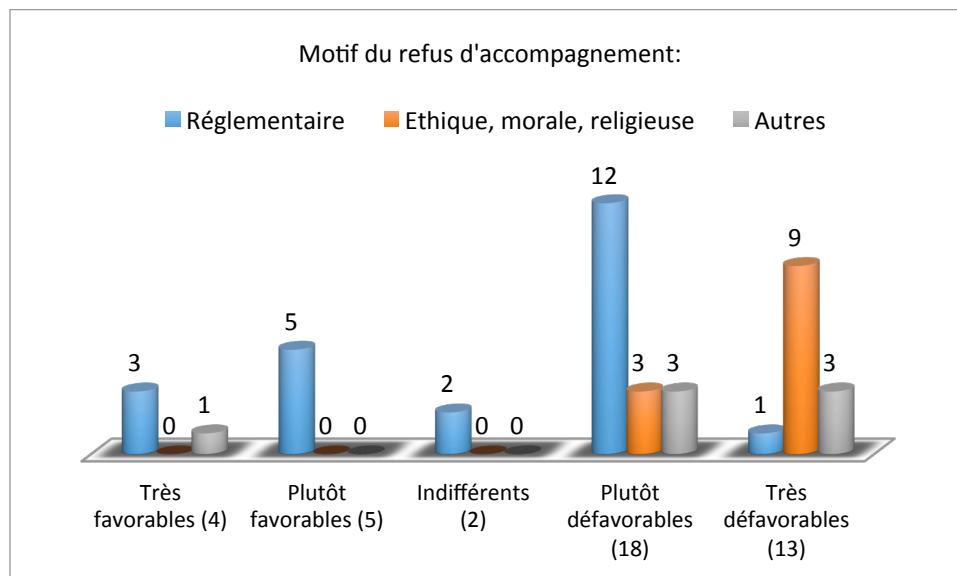


Figure 10 : position des praticiens vis à vis de l'ouverture de l'AMP pour les femmes célibataires et motif de refus d'accompagnement



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

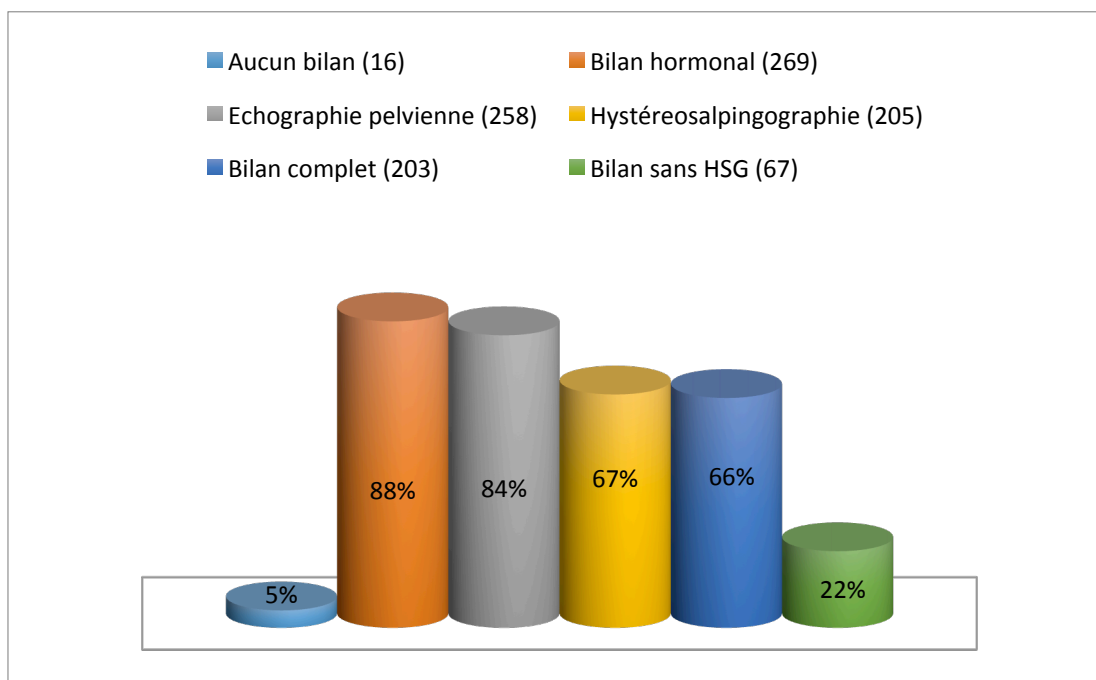
Le bilan d'infertilité féminin recommandé comprend au minimum un bilan hormonal,

une échographie pelvienne et une hystérosalpingographie.

Dans cette étude, on observait que 66% (n=203) des praticiens acceptant l'accompagnement des femmes célibataire dans leur projet de grossesse prescrivaient ce bilan complet. On notait également que 22% (n=67) des participants ne prescrivaient pas d'hystérosalpingographie à ces femmes. Enfin, 5% (n=16) des praticiens ne leur prescrivaient aucun bilan. Ces derniers renseignaient tous en revanche les patientes sur les possibilités d'AMP à l'étranger et 56% d'entre eux acceptaient ensuite de rédiger des ordonnances en vue de la stimulation ovarienne et du monitoring de l'ovulation par la clinique étrangère. Un de ces praticiens ne prescrivant aucun bilan déclarait même effectuer le monitoring des patientes suivies en AMP à l'étranger.

La figure 11 montre le détail des prescriptions réalisées par les participants.

Figure 11 : prescription du bilan d'infertilité chez les praticiens accompagnants



2-5) Protocole Cerfa pour une prise à 100% de soins réalisés en France dans le cadre de l'AMP

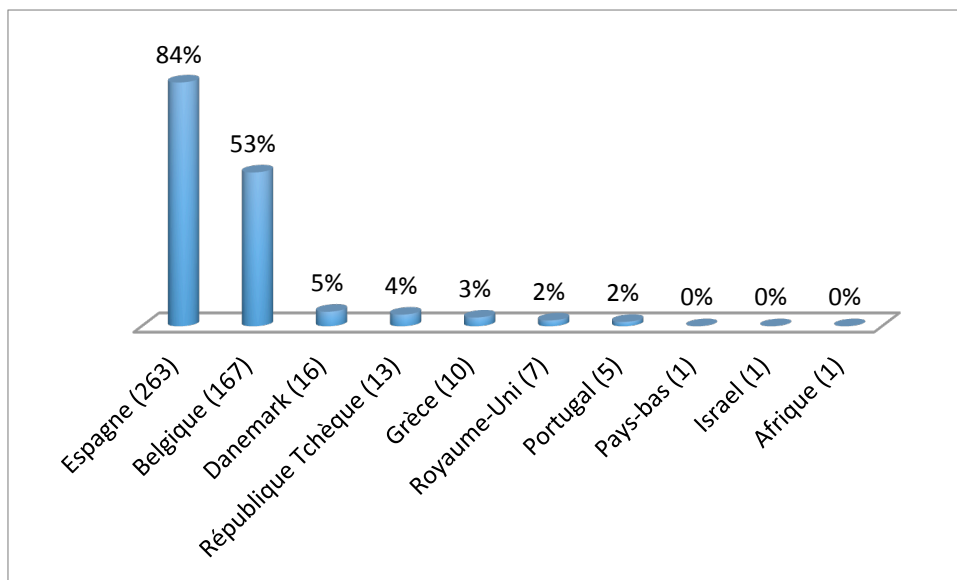
Seuls 14% (n=47) des médecins acceptant d'accompagner, établissaient un protocole de prise en charge à 100% (document Cerfa), à l'instar des couples hétérosexuels infertiles. Les 86% (n=87) autres ne le faisaient pas.

2-6) Orientation à l'étranger

Globalement, 95% (n=333) des participants orientaient les femmes célibataires à l'étranger pour la prise en charge de leur projet de grossesse et parmi eux, 94% (n=312) leur indiquaient les pays où ce type de prise en charge était possible. Par ailleurs, 41% (n=136) leur indiquaient et leur donnaient également le nom et les coordonnées des centres. Parmi les pays que les praticiens citaient, on retrouvait surtout l'Espagne (84% des participants) et la Belgique (53%). La République Tchèque, le Danemark, la Grèce, le Portugal, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, Israël et l'Afrique étaient également cités, comme illustré dans la figure 12.

En fonction de la région d'exercice, les participants orientaient les patientes vers des pays différents : les praticiens de la région Grand-Est les orientaient davantage vers la Belgique, à l'inverse des praticiens d'Occitanie ou de Nouvelle Aquitaine qui leur conseillaient préférentiellement l'Espagne.

Figure 12 : pays vers lesquels les patientes sont adressées



2-7) Aide apportée en cas d'AMP prévue à l'étranger (figure 13)

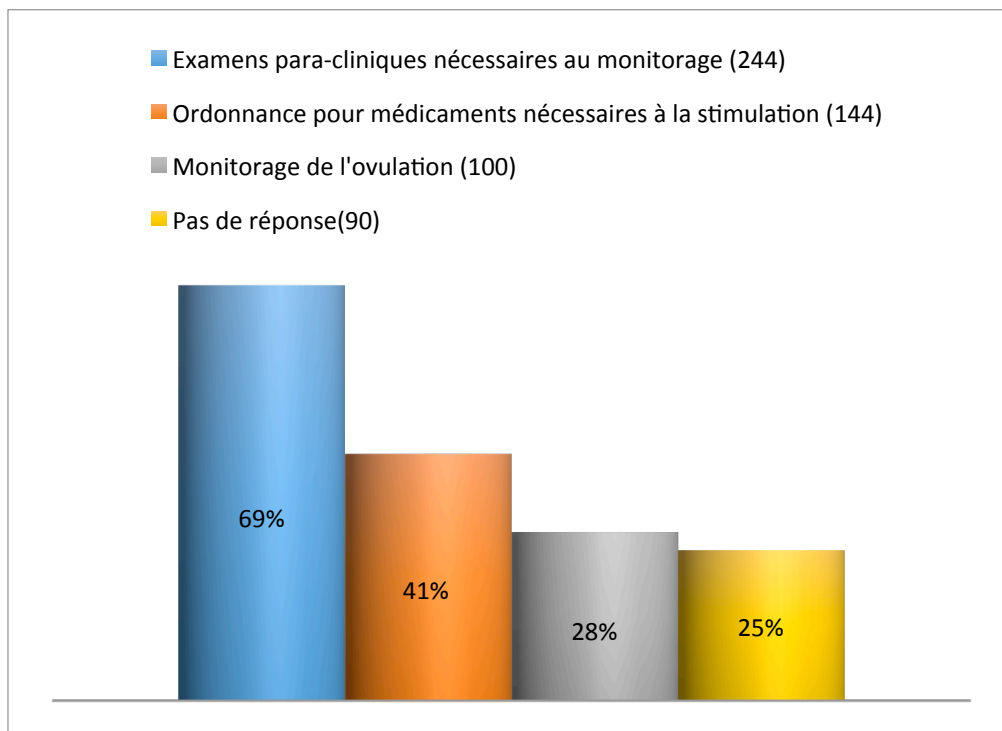
Lorsqu'une FIV ou une IUI était prévue à l'étranger :

- 69% (n=244) prescrivait des examens para cliniques (dosages hormonaux et échographies) en vue d'un monitoring de la stimulation
- 41% (n=144) acceptaient de renouveler des ordonnances de médicaments induisant une stimulation ovarienne ou une ovulation mais en laissant le centre étranger adapter les doses en

fonction du monitoring

- 19% (n= 67) prescrivait 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.
- 28% (n=100) réalisaient eux-mêmes le monitoring de la stimulation
- 25% (n=90) ne répondaient pas à la question.

Figure 13 : aide apportée par les participants lorsqu'une AMP est en cours à l'étranger



2-8) Concernant l'achat en ligne de paillettes de sperme

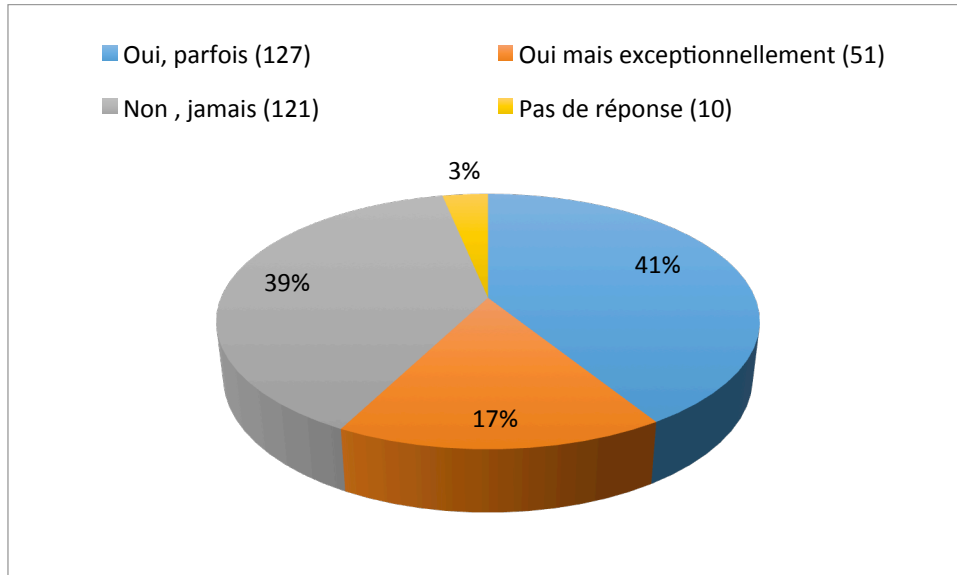
L'existence de sites internet permettant à une patiente de se procurer des paillettes de donneur était connue par 83% des participants à l'étude (n=293). Toutefois, la très grande majorité des participants (86.5%, n=304) déclarait qu'ils n'accepteraient pas de réaliser d'IIU à l'aide de ces paillettes si une patiente leur demandait. En revanche, 13.5% accepteraient (n=48).

2-9) Prescriptions et gestes réalisés par les praticiens accompagnant les patientes

- 58% (n=178) des participants acceptant d'accompagner ces femmes pouvaient leur prescrire

des produits permettant une stimulation ovarienne. Cependant, 39% (n=121) ne le faisaient jamais (figure 14).

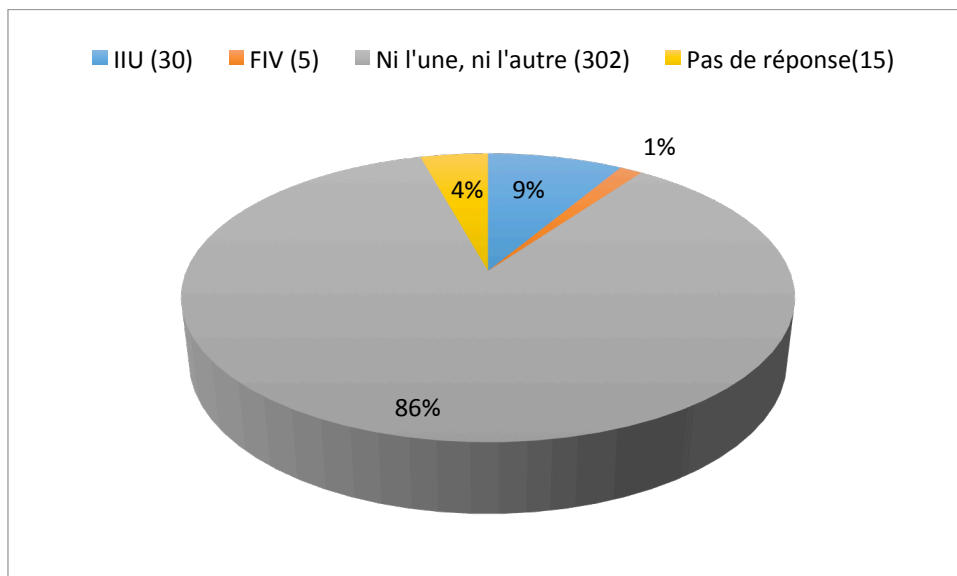
Figure 14 : prescription de produits permettant d'induire une stimulation ovarienne



- La plupart des participants (86%, n= 302), n'avaient jamais réalisé ni IIU, ni FIV chez ces patientes célibataires. Cependant, 9% (n =30) avaient réalisé des IIU et 1% (n=5) déclaraient avoir pratiqué des FIV, passant ainsi outre l'interdiction. Enfin, 4% (n=15) n'ont pas répondu à cette question.

Ces résultats sont illustrés dans la figure 15.

Figure 15 : gestes d'AMP réalisés par les praticiens chez les femmes célibataires



2-10) Accompagnement psychologique des femmes célibataires désirant une grossesse (figure 16)

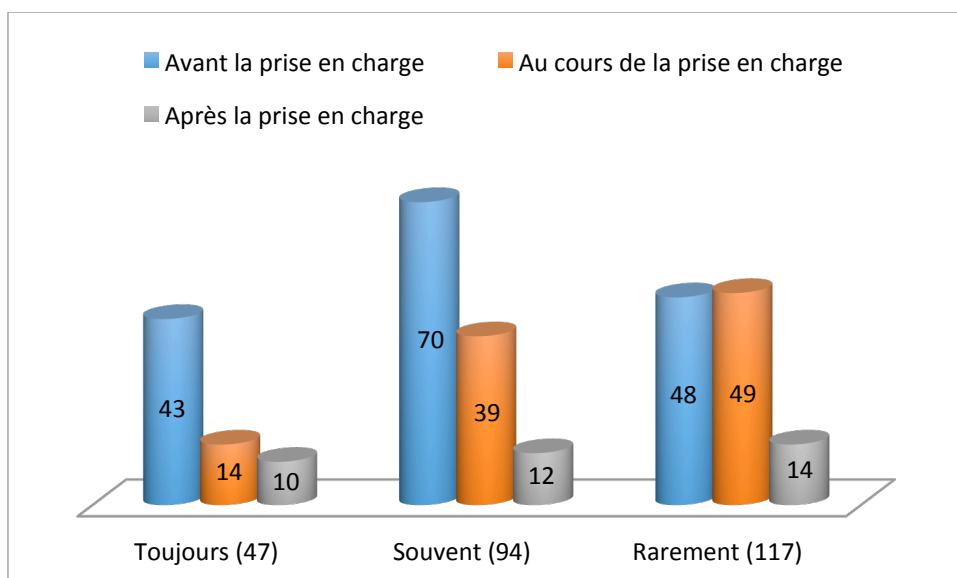
On constatait un accompagnement psychologique de ces patientes assez variable selon les participants :

- 24% (n= 83) n'en proposaient jamais
- 34% (n=117) en proposaient rarement soit plus de la moitié (58%) qui ne proposait pas ou peu cet accompagnement.
- 28% (n=94) souvent
- et 14% (n=47) en proposaient systématiquement.

Parmi les praticiens proposant un accompagnement psychologique même rarement (plusieurs réponses étaient possibles) :

- Une majorité le faisait avant la prise en charge (62%, n=161)
- 39% (n=102) le faisait au cours de la prise en charge
- 13% (n=34) le faisait après la prise en charge
- Seuls 11% (n=28) proposaient cet accompagnement tout au long de la prise en charge et à plus long terme.

Figure 16 : proposition d'un accompagnement psychologique

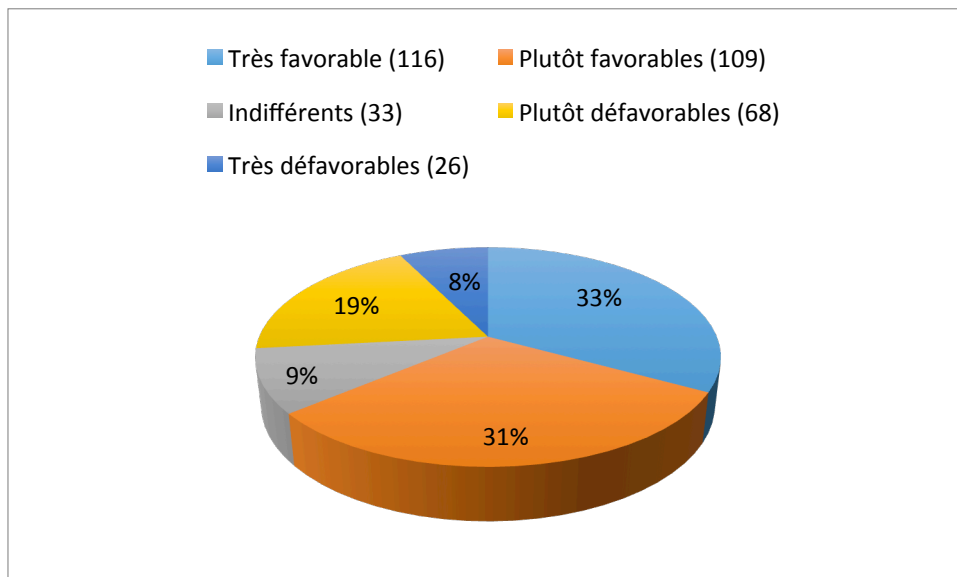


3) Point de vue concernant la prochaine révision de la loi de Bioéthique

La figure 17 illustre bien que les participants de cette étude étaient globalement favorables à l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires :

- 32.9% (n= 116) participants y étaient très favorables
- 30.9% (n= 109) y étaient plutôt favorables
- 9.3% (n=33) y étaient indifférents
- 19.3% (n= 68) y étaient plutôt défavorables
- 7.3% (n= 26) y étaient très défavorables

Figure 17 : position concernant l'accessibilité de l'AMP pour les femmes célibataires



Discussion

1) Attitude et opinion des praticiens interrogés

Dans le cadre de la prochaine révision des lois de bioéthique, il nous a semblé intéressant de connaître la position des professionnels de santé pratiquant l'AMP, qui sont d'ores et déjà confrontés aux demandes de grossesse des femmes célibataires et qui seront en première ligne si l'accès à l'AMP pour ces femmes est consacré.

Le taux de participation à 38.2% nous a permis de confirmer leur intérêt et leur motivation pour ce sujet d'actualité, les participants n'ayant pas hésité à répondre malgré des questions interrogeant sur des pratiques en marge de la légalité.

Par ailleurs, la plupart des médecins participants (87%) avait déjà reçu en consultation une femme célibataire pour projet de grossesse, ce qui montre l'importance et la pertinence de s'intéresser à leur point de vue et à leur manière de prendre en charge.

L'échantillon étudié ici paraissait représentatif des médecins concernés par l'AMP puisque les participants étaient répartis sur l'ensemble du territoire français, et appartenaient à toutes les générations (35% avaient moins de 40 ans, 23% entre 40 et 49 ans, 20% entre 50 et 59 ans et 22% plus de 60 ans). Ils exerçaient de manière quasi équivalente en milieu libéral (42%) et en milieu hospitalier (38%) et la large majorité de gynécologues parmi les participants (75%) reflète bien en pratique leur place en première ligne lors des demandes de grossesse chez les femmes seules.

1-1) Pratique des médecins interrogés confrontés à une femme célibataire ayant un désir de grossesse

Globalement, les participants se sentaient à l'aise face à une femme célibataire consultant pour un désir de grossesse, avec 78% de médecins se disant soit « très à l'aise » soit « plutôt à l'aise » et la majorité d'entre eux, 88%, étaient enclins à les aider en les accompagnant dans leur projet.

Le caractère illégal de l'AMP pour les femmes célibataires constituait le principal obstacle à l'accompagnement de ces dernières : parmi les 12% de médecins refusant de les accompagner dans leur désir de grossesse, 53% évoquaient une raison réglementaire et 23% avançaient des raisons morales, religieuses ou éthiques à ce refus. Par ailleurs, les médecins qui refusaient d'accompagner les femmes pour raison réglementaire étaient, comme nous pouvions nous y attendre, plus favorables à une évolution de la loi que ceux qui refusaient pour raison éthique, morale ou religieuse, ces derniers étant tous défavorables (25%) ou même très défavorables (75%) à une ouverture de l'AMP aux femmes célibataires.

L'aide apportée était essentiellement l'orientation à l'étranger, mentionnée par 95% des médecins. Par ailleurs, 94% d'entre eux informaient les femmes qui les consultaient sur les pays pouvant les prendre en charge, principalement en Espagne (84%) et en Belgique (53%). De plus, 41% des praticiens donnaient les coordonnées précises et les noms des centres. Il est à noter que 14% des médecins établissaient un protocole de prise en charge à 100% (document *Cerfa*) afin d'alléger financièrement les patientes qu'ils orientaient à l'étranger.

Ces résultats confortent ceux l'étude de 2012 menée auprès de femmes (en couples homosexuels et hétérosexuels ou célibataires) se rendant pour une AMP en Belgique, en Grèce ou en Espagne. Celle-ci révélait que pour 86% d'entre elles, il y avait une notion de « suivi » en France (12).

Sur le plan médical et technique, les participants acceptant l'accompagnement étaient 66% à prescrire l'ensemble des examens recommandés pour le bilan d'infertilité initial (dosages hormonaux, hystérosalpingographie et échographie pelvienne) mais 22% d'entre eux ne prescrivaient pas d'hystérosalpingographie. Cependant, bien que ces femmes ne soient en théorie pas exposées à la grossesse et qu'elles ne consultent donc pas initialement pour infertilité « médicale », les techniques d'AMP classiquement utilisées chez elles rendent obligatoires l'évaluation de l'état des trompes, afin de ne pas tenter des IUI qui n'aboutiront jamais à des grossesses. Par ailleurs, 5% des praticiens ne prescrivaient aucun bilan mais ces derniers renseignaient tous en revanche les patientes sur les possibilités d'AMP à l'étranger. L'étude ne précisait pas les raisons de l'absence de prescription de bilan.

Une fois les patientes entrées dans un processus de FIV ou d'IAD dans un centre

étranger, les participants étaient moins enclins à poursuivre le suivi : ils n'étaient que 28% à assurer pleinement le relais en réalisant le monitoring de la stimulation et de l'ovulation. Un plus grand nombre (66%) prescrivait tout de même les examens en vue du monitoring et 41% acceptaient de renouveler les ordonnances de médicaments prescrites à l'étranger. Un quart des praticiens déclarant accompagner les femmes seules dans leur désir de grossesse n'avait pas répondu à cette question.

Enfin, à l'extrême, de rares médecins ayant répondu au questionnaire déclaraient avoir déjà réalisé une IUI (9%) ou une FIV (1%) chez une patiente célibataire. Seuls 4% des participants n'avaient pas répondu à cette question.

L'étude montrait une grande hétérogénéité dans l'accompagnement psychologique des femmes célibataires ayant un projet de grossesse. En effet, seuls 14% des participants en proposaient systématiquement et 24% n'en proposaient jamais. Par ailleurs, bien qu'une majorité (62%) proposait cet accompagnement avant d'initier les traitements, seuls 11% le poursuivaient durant toute la durée de la prise en charge ce qui semble très peu. En effet, l'on sait que les femmes désirant une grossesse seule sont souvent dans une situation de fragilité psychologique et que cette situation demeure un point de butée dans l'accès à l'AMP notamment pour le CCNE (1).

1-2) Opinion des médecins sur l'ouverture de l'AMP aux femmes seules

Dans notre étude, 63.8% des médecins participants étaient favorables à l'ouverture de l'AMP pour les femmes célibataires (dont 32.9% très favorables et 30.9% plutôt favorables). Les analyses en sous-groupe ne nous ont pas permis de mettre en évidence de différence significative en fonction du sexe, de l'âge, de la région d'exercice ou de la spécialité des participants. L'étude ne précisait pas quels étaient leurs arguments pour autoriser ou au contraire interdire l'accès à l'AMP pour les femmes seules.

Cette opinion rejoint celle de praticiens interrogés dans le cadre d'une thèse parue en 2018, dans laquelle 63,4% des 676 participants souhaitaient une ouverture de l'AMP pour les femmes seules (20).

La position favorable des médecins vis à vis de l'ouverture de l'AMP aux femmes seules semble se généraliser au fil des années : en 2010, dans une enquête menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), les 595 médecins généralistes et 416 gynécologues interrogés étaient moins nombreux (52 %) à estimer que les femmes seules devraient pouvoir recourir à un traitement pour avoir un enfant (21).

Par ailleurs, la parole des médecins favorables semble se libérer. Ainsi, en 2016, cent-trente médecins et biologistes français, réunis par le Professeur René Frydman, reconnaissent publiquement dans un manifeste paru dans le quotidien *Le Monde*, avoir bravé la loi et notamment aidé des femmes célibataires à avoir des enfants, déclarant que « Le don de sperme pour une femme célibataire (sans préjugé de son mode relationnel actuel ou futur, homo ou hétérosexuel) est une (autre) interdiction qui nous paraît devoir être levée, puisqu'une femme célibataire est reconnue dans ses droits pour élever ou adopter un enfant » (22).

2) Forces et limites de l'étude

2-1) Forces de l'étude

Cette étude est la première, à notre connaissance, à étudier en détail l'accompagnement offert aux femmes célibataires françaises ayant un désir de grossesse et a de plus été menée à un moment clef du calendrier parlementaire, à l'aube de la prochaine révision de la loi de bioéthique. Les médecins interrogés étaient spécialisés ou du moins familiarisés avec les pratiques de l'AMP, ce qui a accru la pertinence des réponses aux questions.

La taille de l'échantillon des participants était satisfaisante, avec un taux de participation relativement bon. Par ailleurs, le panel semble assez représentatif des professionnels concernés par l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires, en ce qui concerne la spécialité, l'âge, le sexe, le type et le lieu d'exercice.

2-2) Limites de l'étude

Les questions interrogeant sur la prise en charge des femmes célibataires ont très

certainement, du fait de leur caractère illégal, d'une part engendré des réponses biaisées, sous-évaluant les pratiques interdites et d'autre part sélectionné les médecins les plus concernés ce qui là aussi a pu créer un biais.

Par ailleurs, le format fermé du questionnaire ne permettait pas aux participants d'exprimer précisément leur opinion ou de la nuancer.

3) Questions soulevées par l'ouverture de l'AMP aux femmes seules

L'ouverture ou non de l'AMP aux femmes seules dépasse le cadre médical, c'est un véritable choix de société. Ce choix suppose de s'interroger préalablement sur les conséquences éthiques, économiques et pratiques de l'évolution de la loi.

3-1) Développement des enfants

Le bien-être et le développement de l'enfant sont au cœur du débat sur l'ouverture de l'AMP aux femmes seules et sont les principaux arguments mis en avant par les opposants au projet de loi qui défendent le « droit de l'enfant » plutôt que le « droit à l'enfant » (qui n'existe pas en droit). Pourtant, aucune étude sérieuse n'a, à notre connaissance, corroboré les craintes de ces derniers. Certes, les études portant sur le développement des enfants élevés par des femmes seules montrent qu'ils ont un risque plus important d'avoir des difficultés émotionnelles, comportementales ou scolaires mais dans la majorité des cas il s'agit d'enfants dont la mère s'est trouvée seule involontairement (5).

Les études concernant les enfants délibérément conçus et élevés par des femmes seules sont beaucoup plus rares et de très petits effectifs mais celles-ci ne révèlent aucune différence en termes de capacité d'adaptation et de parentalité entre les enfants élevés par des femmes seules et arrivés à l'âge adulte et ceux élevés par des couples hétérosexuels (23)(24)(25)(26). Ces études s'accordent également à constater que la structure de la famille compte beaucoup moins que le soutien de l'environnement, la dynamique familiale et la qualité des relations entre parents et enfants.

Cependant, une autre question demeure, plus complexe et soulevée aussi bien par les opposants que par les défenseurs de l'AMP pour toutes : celle de l'institutionnalisation de

l'absence de père, de l'absence de deuxième branche familiale, et de l'absence d'altérité « masculin-féminin », soulevée par un certain nombre de psychanalystes mais toutefois controversée par d'autres. Pour cette raison, certains membres du CCNE recommandaient une certaine prudence vis à vis de l'ouverture de l'AMP pour les femmes seules. Cet argument n'avait pourtant pas été retenu quand le législateur a autorisé, depuis le XIXe siècle, l'adoption pour les femmes seules.

Il est extrêmement ardu de penser pour un enfant qui n'est pas encore né et qui va vivre dans une société elle-même en évolution. L'ensemble des sociétés savantes et des spécialistes s'accordent pour cela sur l'importance de poursuivre des études avec une meilleure rigueur méthodologique et plus d'objectivité dans les interprétations.

3-2) Difficultés propres aux mères célibataires

Le précédent paragraphe suggère que le développement des enfants nés de mères célibataires par choix ne diffère *a priori* pas de celui des enfants nés de couples hétérosexuels mais le bien-être et la santé de ces femmes sont également des sujets importants lorsque l'on s'interroge sur l'ouverture de l'AMP pour toutes les femmes. Or, des difficultés propres peuvent incomber à ces femmes.

En premier lieu, leur âge relativement avancé au moment de la grossesse par rapport aux mères en couple entraîne des difficultés obstétricales : risque augmenté de césarienne, de mort fœtale *in utero*, de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré, de diabète gestationnel, de pré-éclampsie, d'hypertension artérielle (HTA) gravidique, de retard de croissance intra-utérin et d'hémorragie de la délivrance (27) (28) (29) (30). Ce risque est largement majoré à partir de 45 ans, âge à partir duquel on retrouve également plus de maladies maternelles (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, pneumonie, embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde, septicémie, insuffisance rénale aiguë et décès maternel) et est à prendre en compte dans les discussions sur l'âge limites de prise en charge en AMP (27) (30).

A cela s'ajoute le sur-risque d'HTA gravidique, de pré-éclampsie et de retard de croissance intra-utérin, lié au double don de gamète, dont la prévalence est élevée (20% dans une étude de Landau (Human Reproduction, 2008) chez ces femmes à la réserve ovarienne insuffisante, et qui serait lié à un trouble de la tolérance immunitaire (31).

Des difficultés non médicales ressortent également : ces mères, malgré leur milieu social plus favorisé peuvent présenter une certaine vulnérabilité psychologique pouvant avoir une répercussion sur le bien-être de l'enfant, ce projet de maternité émergeant souvent dans un contexte de souffrance, de renoncement à la famille traditionnelle après des histoires de couples compliquées et des déceptions sentimentales (7). A cela s'ajoute le problème de la charge financière supplémentaire qui peut parfois être difficile à assumer seule (32).

Ainsi, une évaluation psychologique et sociale paraît importante avant d'accepter de prendre en charge ces femmes. C'est d'ailleurs ce que recommande la Fédération Nationale des BLEFCO (Biologiste des Laboratoires d'Etudes de la Fécondation et de la Conservation de l'œuf) (33). C'est également ce qui a conduit certains centres d'AMP belges à n'accepter de prendre en charge les femmes seules que si elles pouvaient indiquer une personne référente qui pouvait s'engager pour l'avenir (5). Le CCNE souhaite également que des dispositions d'accompagnement soient proposées, qui pourraient s'inspirer de celles qui s'appliquent au cadre de l'adoption, ou prendre d'autres formes.

3-3) Anonymat du donneur

Autre question soulevée par l'ouverture de l'AMP pour toutes : l'anonymat du donneur, l'un des deux principes fondamentaux du don en France avec la gratuité, inscrit dans la loi de Bioéthique de 1994 et maintenu à chaque révision. Or, si les femmes seules accédaient à la maternité à l'aide du don de sperme dans le cadre de l'AMP, l'absence visible de père conduirait certainement un nombre croissant d'enfants à souhaiter connaître l'identité de leur géniteur. Mais cette demande d'enfants nés de dons est déjà présente et croissante et n'émane donc pas aujourd'hui d'enfants nés de mère célibataire. Les associations comme PMAnonyme militant pour une levée de l'anonymat à la majorité de l'enfant existent déjà et concernent dans une majorité des cas des enfants nés de couples hétérosexuels.

Par ailleurs, dans les pays qui ont levé l'anonymat des donneurs (comme la Suède et le Royaume-Uni), aucun élément ne permet d'affirmer que ce soit l'ouverture de l'AMP à des femmes sans partenaire masculin qui ait influencée la réflexion menée et la décision.

En conclusion, il apparaît que la question levée de l'anonymat des donneurs, à laquelle sont favorables les différents comités d'experts interrogés dont le CCNE, le Conseil d'Etat, et la commission parlementaire, qui sera abordée lors de la prochaine révision de la loi de Bioéthique, est moins en lien avec l'ouverture de l'AMP pour les femmes seules, qu'avec une

volonté des enfants nés de dons d'accéder à leurs origines. Cette volonté est d'autant plus légitime que l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme estime que le droit de connaître ses origines relève de l'intérêt supérieur de l'enfant.

3-4) Aspects économiques

Si la loi autorisait l'AMP d'indication « sociétale » aux femmes seules, les actes effectués devraient-ils être pris en charge par la Sécurité Sociale, censée rembourser uniquement les actes liés à un état pathologique ?

Il existe déjà des exceptions à ce principe, notamment en gynécologie, où la contraception et les actes liés aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pris en charge.

En France, le don est très étroitement attaché à son principe de gratuité autant que d'anonymat. Par ailleurs, l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes reposant sur un principe d'égalité, il serait difficile de ne pas prendre en charge toutes les patientes concernées de la même manière. Le Conseil d'Etat va dans ce sens et semble favorable à une prise en charge par la Sécurité Sociale, « compte tenu de la difficulté d'objectiver une différence entre les bénéficiaires et de l'enjeu financier modeste ».

Effectivement l'enjeu financier ne semble pas énorme. Rappelons qu'une IUI réalisée au sein d'un couple hétérosexuel infertile coûte environ 700 euros à la Sécurité Sociale et une FIV 2550 à 3000 euros et que dans l'ensemble du Royaume-Uni, en 2010, on ne dénombrait que 5879 cycles de traitements d'AMP avec sperme de donneur dont 1 509 concernaient des femmes seules (25,7 %) (5). Par ailleurs, il serait possible de réduire certains coûts, par exemple celui des gonadotrophines, en inséminant les femmes non infertiles sur des cycles naturels, comme il est pratiqué fréquemment en Belgique. Malgré l'impossibilité de chiffrer précisément son coût, on perçoit qu'une telle prise en charge en France ne devrait pas grever trop lourdement le budget de la Sécurité Sociale mais, sans indication médicale, est-ce une raison suffisante pour lui faire porter ce coût ?

3-5) Procréation du sperme

La question de la procréation du sperme en cas d'ouverture de l'AMP aux femmes seules est sans doute plus problématique compte tenu de la rareté actuelle des gamètes.

Selon l'Agence de Biomédecine (ABM), en 2015, l'ensemble des Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (CECOS) a recueilli le sperme de 255 donneurs pour constituer 12038 paillettes et parallèlement, 2530 demandes d'AMP avec sperme de donneur (AMPD) ont été enregistrées ce qui fait 9,9 demandes par donneur pour un maximum de 10 prévu par la loi (34).

Bien que l'ouverture de l'AMP aux femmes seules et aux femmes homosexuelles n'ait pas diminué le nombre de donneurs volontaires dans les pays comme la Belgique ou la Suède (y compris quand le don n'est pas rétribué), l'augmentation certaine des bénéficiaires potentiels risque d'entraîner des tensions sur les flux et stocks de gamètes disponibles avec pour conséquences prévisibles un allongement des délais d'attente, une augmentation de l'âge d'accès à l'IAD pour les femmes et une diminution des chances de succès de cette procédure. Ajoutons à cela que la levée possible prochaine de l'anonymat des donneurs pourrait faire baisser le nombre de donneurs.

Pour pallier à ce risque de pénurie, il est souvent proposé que le don soit rémunéré, mais cela conduirait inmanquablement à entrer dans une logique de marché avec un risque de marchandisation des produits du corps humain, ce qui remettrait en cause le principe de gratuité des dons et pourrait avoir des conséquences sanitaires (35).

Il a aussi été émis l'idée d'envisager qu'une priorité soit donnée aux couples hétérosexuels ayant une indication médicale au don. Mais d'un point de vue juridique, la constitutionnalité de cette solution serait douteuse si une ouverture légale et réglementaire de l'IAD entraînait une égalisation des situations entre infertilité pathologiques et sociétales.

Ainsi, pour certains des membres du CCNE, vouloir ouvrir l'AMPD à toutes, tout en restant attaché à la gratuité des produits du corps humain est en pratique très compliqué.

Pour les différents comités d'experts interrogés, la modification de la loi devra donc être accompagnée de campagnes actives et répétées d'incitation au don (comme il est fait pour d'autres produits humains) et de mesures facilitant les démarches : ouverture de créneaux de consultation les soirs et week-ends, limitation du nombre de consultations, création de CECOS privés. Mais ces mesures seront-elles suffisantes ?

3-6) AMP post-mortem

Autres conséquences à prévoir de l'ouverture de la PMA à toutes les femmes : la "légitimation" de la procréation *post mortem* et son autorisation.

Rappelons que selon l'article L.2141-2 du code de la santé publique, l'AMP est réservée aux couples vivants, bien que certaines situations exceptionnelles aient à plusieurs reprises faits jurisprudence ces dernières années. Cependant, dans ce nouveau contexte légal autorisant l'AMP pour toutes, interdire à des femmes veuves d'utiliser les paillettes de sperme de leur mari défunt mais en revanche les autoriser à utiliser celles de donneurs anonymes pourrait être très difficilement accepté par les principales intéressées et peu viable en regard du Droit.

La mission parlementaire s'est d'ailleurs prononcée en faveur de la levée de l'interdiction de la procréation post-mortem par transfert de spermatozoïdes ou d'embryons congelés. En cela elle va plus loin que le CCNE qui souhaitait réserver cette possibilité aux femmes engagées dans une procédure d'AMP qui avait donné lieu à la cryoconservation d'embryons avant le décès du conjoint.

La procréation *post mortem* devra, selon le rapport de la mission parlementaire, faire l'objet d'un consentement réalisé par « acte notarié » et devra aussi respecter deux délais : un délai de "réflexion postérieurement à la disparition du conjoint" qui devra permettre d'empêcher les décisions trop hâtives, prises sous le coup de la tristesse ou du deuil et un délai pour empêcher l'utilisation des gamètes du père trop longtemps après son décès.

Mais malgré ces avis encourageants, des questions demeurent :

- Les questions relatives à l'intérêt et au développement de l'enfant, né d'un père mort au moment de la conception. A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au problème malgré l'autorisation de l'AMP *post mortem* dans plusieurs pays européens.
- Les questions d'ordre juridique. En effet, l'article 315 du Code civil stipule que l'enfant peut naître après le délai légal de trois cents jours suivant la mort du conjoint, délai au-delà duquel la paternité du défunt ne peut être, dans le contexte habituel, légalement reconnue. Qu'en sera-t-il alors de la filiation ? Et des droits de succession pour l'enfant concerné et sa fratrie ?

4) Points de vue sur la prise en charge des couples de femmes

Dans cette étude, les participants étaient également amenés à exprimer leur opinion sur l'accès de l'AMP aux couples de femmes : ils étaient 77.8% à y être favorables (contre 63.8% pour les femmes célibataires). Une autre étude de l'année 2018 s'intéressant à l'opinion des médecins corroborent ces résultats : ils sont plus favorables à une ouverture de l'AMP pour les couples de femmes homosexuelles que pour les femmes célibataires (20). Certains membres du CCNE conditionnent d'ailleurs la démarche d'ouverture à la distinction de ces deux types de situations familiales.

Deux points de butée expliquent cette tendance : la vulnérabilité psychologique des femmes seules souvent décrite ainsi que sa possible répercussion sur le bien-être de l'enfant et la question du développement d'un enfant sans père ni deuxième branche familiale. L'existence d'un noyau formé par deux parents semble donc être un argument fort pour l'accès à l'AMP.

Conclusion

A quelques mois de la prochaine révision des lois de bioéthique, l'étude a montré que les médecins spécialistes de l'infertilité sont plutôt favorables à l'ouverture de l'AMP pour les femmes seules, comme le sont en majorité les membres du CCNE et la commission parlementaire.

Malgré l'hétérogénéité des aides apportées par les praticiens interrogés, on constate que la grande majorité d'entre eux adressent les patientes à l'étranger, en leur ayant souvent préalablement prescrit un bilan initial d'infertilité. Ils sont en revanche moins nombreux à participer à la prise en charge à l'étranger lorsque celle-ci est initiée et sont une minorité à passer outre l'interdiction en pratiquant des IUI et des FIV chez ces femmes en France.

On constate également que c'est plus par respect de la législation actuelle que par conviction personnelle que quelques-uns demeurent réticents à accompagner ces femmes dans leur projet de grossesse.

Enfin, l'étude a permis de constater le défaut d'accompagnement psychologique de ces femmes, malgré le constat dans la littérature de leur vulnérabilité et les recommandations de différents experts d'évaluation et de soutien psychologiques.

Si la révision prochaine des lois de bioéthique consacre l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires, plusieurs problématiques seront soulevées. Le CCNE exhorte pour cela le législateur à en anticiper les conséquences et à ce « que soient définies des conditions d'accès et de faisabilité ».

Les médecins participants n'étaient pas amenés à se prononcer sur ces problématiques notamment sur le remboursement de la prise en charge des patientes, l'anonymat, la gratuité et la gestion du don de gamètes et la question de l'AMP post-mortem. Ils n'avaient pas non plus la possibilité de s'exprimer sur les raisons de leurs réticences.

En tout état de cause, il n'appartient pas aux médecins de se prononcer en faveur ou non de l'ouverture de l'AMP. Il s'agit essentiellement d'un choix juridique, politique et sociétal qui permettrait d'offrir à toutes les femmes les mêmes conditions d'accès à ces techniques (et de limiter les recours aux centres étrangers) mais qui nécessiterait des réflexions multiples préalables, la plus importante étant celle du développement des enfants nés sans père et avec une seule branche généalogique.

Bibliographie

1. Comité Consultatif National d'Ethique. Avis 129 : Contribution du CCNE à la révision de la loi de bioéthique [Internet]. 2018 [cité 29 nov 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>
2. Rapport d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1572.asp>
3. Roger Rabier. Rapport de l'INSEE : Les familles monoparentales, souvent en situation de précarité. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285832>
4. Buisson G, Lapinte A. Le couple dans tous ses états. INSEE Première. 2013;1465.
5. Jouannet P. Ouverture de l'assistance médicale à la procréation avec sperme de donneur (AMPD) à des indications non médicales. Bull. Acad. Natle Méd., 2014, 198, nos 4-5, 951-971.
6. Jadv V, Badger S, Morrissette M, Golombok S. Mom by choice, single by life's circumstance... Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. Hum Fertil (Camb). 2009;12(4):175-84
7. Dominique Mehl. Maternité solo. Broché
8. Taboulet F. Don d'ovocytes et tourisme procréatif : comment sortir de l'impasse ? Médecine & droit. Volume 2014, 10.1016/j.meddro.2014.01.001
9. Rozée-Gomez V. Assisted reproductive technologies beyond ours borders: statement of opportunities and practices. La Lettre du Gynécologue • n° 371 avril 2012
10. Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G, Ferraretti AP, Andersen AN, de Wert G, et al. Cross border reproductive care in six European countries. Hum Reprod.2010 Jun;25(6):1361-8.
11. 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.
12. 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.
13. Broekmans FJ, Knauff EAH, te Velde ER, Macklon NS, Fauser BC. Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. Trends Endocrinol Metab.2007 Mar;18(2):58-65.
14. Pandian Z, Gibreel A, Bhattacharya S. In vitro fertilisation for unexplained subfertility. Cochrane Database Syst Rev. 19 nov 2015;(11):CD003357.
15. 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
16. Blaquez A, Characteristics and clinical outcomes of patients undergoing fertility treatment by double gamete donation, Hum fertil 2016, Sept 19(3): 180-5
17. 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.
18. 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.
19. Vincent-Rohfritsch A, Le Ray C, Anselm O, Cabrol D, Goffinet F. [Pregnancy in women aged 43 years or older: maternal and perinatal risks]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012 Sept;41(5):468-75.

20. Diaz M. Enquête sur les questions d'ordre sociétal en Aide Médicale à la Procréation. Université de Bordeaux; 2018
21. Moreau C, Bajos N, Bohet A. Connaissances et pratiques médicales en matière de santé sexuelle et reproductive en France. INSERM; 2012 juill.
22. « 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
23. S. Golombok, A. Spencer, M. Rutter Children in lesbian and single-parent households: psychosexual and psychiatric appraisal *J Child Psychol Psychiatry*, 24 (1983), pp. 551-572
24. C. Murray, S. Golombok Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years *Hum Reprod*. 2005 Jun;20(6):1655-60. Epub 2005 Feb 25
25. F. Maccallum, S. Golombok Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 45 (2004), pp. 1407-1419
26. S. Golombok, S. Badger Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood *Hum Reprod*, 25 (2010), pp. 150-157
27. Khoshnood B, Bouvier-Colle M-H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Dec;37(8):733-47.
28. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril*. 2015 May;103(5):1136-43.
29. Hoffman MC, Jeffers S, Carter J, Duthely L, Cotter A, González-Quintero VH. Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 May;196(5):e11-13.
30. Grotegut CA, Chisholm CA, Johnson LNC, Brown HL, Heine RP, James AH. Medical and Obstetric Complications among Pregnant Women Aged 45 and Older. *PLoS One* 2014; 9(4): e96237
31. Le Ray C, Scherier S, Anselem O, Marszalek A, Tsatsaris V, Cabrol D, Goffinet F. Association between oocyte donation and maternal and perinatal outcomes in women aged 43 years or older. *Hum Reprod*. 2012;27(3):896-901.
32. Landau R, Weissenberg R, Madgar I. A child of "hers": older single mothers and their children conceived through IVF with both egg and sperm donation. *Fertil Steril*. 2008; 90(3):576-83
33. Pr Florence Brugnol, présidente de la BLEFCO : Audition lors de la mission d'information parlementaire le 16 Octobre 2018. Disponible sur internet: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/cr-bioethique/18-19/c1819033.pdf>
34. Agence de Biomédecine. Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaine en France. Bilan 2015. Disponible sur internet : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/ldtf-proc.htm>
35. Freeman T, Jadvá V, Tranfield E, Golombok S. Online sperm donation: a survey of the demographic characteristics, motivations, preferences and experiences of sperm donors on a connection website. *Hum Reprod*. 2016 Sept;31(9):2082-9

Annexe 1 : Questionnaire « Aide médicale à la procréation des femmes célibataires 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 une femme célibataire ayant un désir de grossesse ?

- a) Oui
- b) Non

9. A quelle fréquence, en moyenne, estimez-vous recevoir en consultation une femme célibataire 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 pour ré-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 une femme célibataire 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 une femme célibataire vous demandant un accompagnement dans un projet de grossesse, refusez-vous tout accompagnement ?

- a) Je refuse tout accompagnement
- b) Non, j'accepte de l'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 multiples)

- 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. Si vous décidez d'accompagner la patiente, initiez-vous une prescription de médicaments afin d'induire une stimulation ovarienne ?

- a) Oui, parfois
- b) Oui, exceptionnellement
- c) Non, jamais

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

- a) Oui
- b) Non

17. 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

18. Si oui, vers quels pays orientez-vous préférentiellement les patientes ? (texte libre)
19. 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
20. Si une AMP est prévue à l'étranger (IIU ou FIV), assurez-vous l'accompagnement des patientes en France avec : (choix multiples)
- 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
21. Saviez-vous qu'il était possible pour une patiente de se procurer des paillettes de donneur sur internet ?
- a) Oui
 - b) Non
22. Accepteriez-vous de réaliser une insémination intra utérine à partir de ce type de paillette, chez une femme célibataire :
- a) Oui
 - b) Non
23. Avez-vous, vous-même, déjà accepté de réaliser chez une femme célibataire : (choix multiples)
- a) Une IIU
 - b) Une FIV
 - c) Ni l'un, ni l'autre
24. Proposez-vous habituellement une prise en charge psychologique chez ces patientes :
- a) Jamais
 - b) Rarement
 - c) Souvent
 - d) Toujours
25. 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
26. La loi de Bioéthique va prochainement être rediscutée. Concernant l'accessibilité de l'AMP pour les femmes célibataires, 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 femmes célibataires ayant un désir de grossesse

Résumé : Le Parlement français sera très prochainement amené à statuer sur l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires, dans le cadre de la prochaine révision des lois de bioéthique. Actuellement, malgré l'interdiction en vigueur, un certain nombre de ces femmes, aidé par les médecins français, se rend à l'étranger ou a recours à des techniques artisanales pour satisfaire un désir d'enfant.

L'objectif de l'étude était de dresser un état des lieux de l'aide apportée par les médecins de la reproduction à ces femmes. Pour cela, un questionnaire a été envoyé par courrier électronique à 922 médecins.

Une majorité des 352 médecins ayant répondu était des gynécologues exerçant sur l'ensemble du territoire français, en milieu urbain, et de tout âge. Parmi eux, 87% avaient déjà reçu en consultation une femme célibataire ayant un désir d'enfant et 88% de ces derniers acceptaient de les accompagner dans leur projet. Seuls 12% refusaient tout accompagnement, plus souvent pour un motif réglementaire que pour des raisons éthiques, morales ou religieuses.

L'aide apportée était essentiellement l'orientation à l'étranger, mentionnée par 95% des médecins, principalement en Espagne et en Belgique. 41% des praticiens donnaient même les noms et les coordonnées précises des centres. Sur le plan médical et technique, les participants acceptant l'accompagnement étaient 66% à prescrire l'ensemble des examens recommandés pour le bilan d'infertilité initial et 5% à ne rien prescrire. Si une AMP était prévue à l'étranger, ils prescrivaient les examens de monitoring et les médicaments nécessaires à la stimulation dans respectivement 69% et 41% des cas. 28% réalisaient eux-mêmes le monitoring de la stimulation. Enfin, à l'extrême, de rares médecins ayant répondu au questionnaire déclaraient avoir déjà réalisé une IUI (9%) ou une FIV (1%) chez une patiente célibataire. Seuls 14% des participants proposaient systématiquement un accompagnement psychologique, essentiellement avant la prise en charge et 24% n'en proposaient jamais. Les participants étaient globalement favorables (63.8%) à l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires.

Notre étude montre qu'avant même l'évolution de la loi, l'accompagnement des femmes célibataires dans le projet d'être mère est une réalité pour les médecins de la reproduction français. Un meilleur encadrement psychologique, recommandé par différentes sociétés savantes, devrait accompagner l'ouverture de l'AMP à ces femmes souvent plus vulnérables.

Mots clés : Monoparentalité féminine, Mère célibataire, AMP, AMPD, Grossesse, Bioéthique

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**

