

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-
YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Bérengère PLACE

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**Modifications des lois de bioéthique 2020 :
Ouverture de l'AMP aux couples de femmes et
aux femmes seules**

Projection des professionnels sur leur pratique

Soutenu le : 24 Septembre 2020

Directeur de mémoire : Madame Marta Spranzi

JURY

Madame BOURDILLON, Sage-Femme Enseignante, UFR Simone Veil Santé
Madame BRECKLER, Sage-Femme, Centre Hospitalier intercommunal de
Poissy-St Germain

Madame KASHANI, Sage-Femme Coordinatrice, Centre Hospitalier Eaubonne

Numéro national d'étudiant : 21402853

Avertissement

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

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Marta Spranzi, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée dans la réalisation de ce dernier. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, de votre disponibilité et de vos précieux conseils.

Je tiens également à remercier l'équipe pédagogique du département maïeutique pour leur encadrement et leur enseignement au cours de ces quatre années de formation. Plus particulièrement, je remercie Madame Sophie Prud'homme pour son accompagnement en tant que responsable pédagogique, pour son écoute et sa bienveillance.

Je remercie Madame Blanchet, sage-femme cadre, de sa précieuse aide dans le recrutement de professionnels en vue de la réalisation d'entretiens.

Je remercie les professionnels qui ont participé à cette étude pour leur disponibilité et la richesse de nos échanges.

Merci à ma famille, mes amis ainsi qu'à Anne-Claire pour leur soutien et leur présence à mes côtés durant mes études et lors de la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

AVERTISSEMENT	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES ANNEXES	9
LEXIQUE	10
RESUME	11
ABSTRACT	12
1 INTRODUCTION	13
2 CONTEXTE	15
2.1 Début de l'Assistance Médicale à la Procréation en France (AMP)	15
2.2 Différentes techniques	16
2.2.1 L'insémination artificielle	17
2.2.2 La Fécondation In Vitro (FIV)	18
2.2.3 L'Injection intra-ovocytaire d'un seul spermatozoïde (ICSI)	18
2.3 Le don en AMP	19
2.4 L'AMP encadrée par la loi	19
	4

2.4.1	Vote des premières lois de bioéthique : 1994	20
2.4.2	Première révision des lois de bioéthique : 2004	21
2.4.3	Deuxième révision des lois de bioéthique : 2011	21
2.5	L'activité d'AMP de nos jours	21
2.6	Accès à l'AMP	22
2.7	Des formes de parenté en évolution	23
2.8	Modifications potentielles de l'accès à l'AMP introduites par la révision des lois de bioéthique en 2019	24
3	MATERIEL ET METHODES	26
3.1	Hypothèses et objectifs	26
3.2	Type d'étude	26
3.3	Outils méthodologiques et variables étudiées	27
3.4	Participants à l'étude et mise en œuvre des entretiens	28
3.4.1	Critères d'inclusion	28
3.4.2	Critères d'exclusion	28
3.4.3	Réalisation des entretiens en pratique	28
3.5	Considérations éthiques et réglementaires	29
3.6	Analyse des résultats	30
4	RESULTATS ET DISCUSSION	31
4.1	Description générale de la population d'étude	31
4.2	Résultats Principaux	33
4.2.1	L'augmentation des délais d'accès au parcours d'AMP pour tous les couples	33
4.2.2	Le délai d'accès au don de sperme augmenté	34
4.2.3	La prise en charge des couples de femmes et des femmes seules en pratique	38

4.2.4	Evolution du sens de la profession et de la mission auprès des couples et des femmes selon les professionnels	45
4.3	Résultats secondaires	47
4.3.1	Gestion de l'augmentation des délais envisagés par les professionnels au niveau clinique	47
4.3.2	Une priorisation éventuellement envisageable dans un second temps	48
4.3.3	L'appariement des gamètes	51
4.3.4	Motifs de refus des équipes de mise en place d'un parcours d'AMP	54
4.4	Points forts de l'étude	55
4.5	Limites et biais	56
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE	60
	ANNEXES	63

Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition des professionnels selon leur âge et leur profession	31
Tableau 2. Différents examens du bilan d'infertilité féminin : intérêt principal dans la prise en charge pour les femmes fertiles.....	39
Tableau 3. Motifs de refus d'accès à l'AMP évoqués par les professionnels	54

Liste des figures

Figure 1. Répartition des sexes en fonction de la profession.....	31
Figure 2. Nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du diplôme en fonction de la profession.....	32
Figure 3. Nombre d'années d'exercice au sein d'un centre d'AMP jusqu'à ce jour en fonction de la profession.....	32
Figure 4. Avis des professionnels sur l'éventualité d'une obligation de consulter un psychologue pour tous les patients en AMP	42
Figure 5. Avis des professionnels quant à un éventuel changement du sens de leur métier avec l'ouverture de l'AMP aux couples homosexuels et aux femmes seules.....	45
Figure 6. Réactions des professionnels qui nient un changement du sens de leur métier et de leur mission auprès des femmes	46
Figure 7 Modalités envisagées par les professionnels concernant l'appariement des gamètes pour les femmes seules	52

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien.....	63
Annexe II : Exemple d'entretien retranscrit	65
Annexe III : Formulaire de consentement de participation à l'étude.....	70

Lexique

AMP : Assistance Médicale à la procréation

IU : Insémination intra utérine. Technique au cours de laquelle une préparation de spermatozoïdes est introduite dans l'utérus.

FIV : Fécondation In Vitro. Technique visant à reproduire toutes les étapes de la fécondation, in vitro, en laboratoire.

ICSI : Intra Cytoplasmic Sperm Injection. Technique permettant l'injection d'un seul spermatozoïde dans un ovocyte mature pour obtenir une fécondation.

TEC : Transfert d'embryon congelé

Tentatives : Désigne IU, FIV hors ICSI, ICSI et TEC

Double Don : Situation dans laquelle un couple bénéficie à la fois d'un don d'ovocyte et d'un don de spermatozoïdes. Cette situation est une alternative au don d'embryon.

Don d'embryon : Situation dans laquelle un embryon conçu par un couple au cours d'un projet d'AMP est donné par ce dernier à un autre couple ne pouvant pas recourir à l'utilisation de leurs propres gamètes.

Parcours intra-conjugal : Situation dans laquelle les gamètes du couple sont utilisées pour les différentes tentatives dans le cadre d'un parcours d'assistance médicale à la procréation.

Parcours avec tiers donneur : Situation dans laquelle les gamètes d'un seul membre du couple seront utilisées et où un recours à un don (de sperme ou d'ovocyte) est nécessaire pour la seconde gamète.

Résumé

Objectifs

Dans le contexte actuel de révision des lois de bioéthique en France, des modifications importantes vont concerner l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Notamment les conditions d'accès à l'AMP devraient être modifiées, permettant ainsi aux couples de femmes et aux femmes seules d'y avoir recours, ce qui était jusqu'ici illégal. Les indications actuelles de l'AMP seraient supprimées. Dans ce mémoire nous souhaitons déterminer l'influence que pourrait avoir l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et femmes seules sur la pratique des médecins et sages-femmes, exerçant en centre d'AMP.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Nous avons effectué douze entretiens, dont six auprès de sages-femmes et six auprès de médecins travaillant dans différents centres d'AMP en Ile de France. Ces entretiens ont été réalisés d'octobre 2019 à Juillet 2020.

Résultats

Les professionnels craignent une hausse soudaine de la demande d'accès à l'AMP et donc une hausse des délais pour tous. En pratique, les professionnels assureront une prise en charge médico-psychologique identique entre tous les couples et femmes seules. Pour les sages-femmes, l'ouverture de l'accès à l'AMP ne va pas modifier leur façon d'exercer, ni le sens de leur mission auprès des femmes. A l'inverse, les médecins sont plus partagés sur cette question. La disparition du caractère pathologique de la situation d'infertilité semble être un point de butée pour certains.

Mots-clés : Assistance médicale à la procréation, Révision des lois de bioéthique, Médecins, Sages-femmes

Abstract

Objective

In the current context of revision of the laws of bioethics in France, important changes will concern the Medical Assistance for Procreation. In particular, the conditions for access to MAP will be changed, therefore female couples and single women will be able to use it. In this context, we wanted to study the consequences of this new law on the MAP centers and on the doctors and midwives, missions.

Methods

We carried out a qualitative study based on the conduct of semi-directional interviews. We conducted twelve interviews, including six with midwives and six with doctors working in various MPA centres in the Ile de France. These interviews were conducted from October 2019 to July 2020.

Results and conclusion

Professionals fear a sudden increase in demand for access to the MAP and therefore an increase in delays for all. In practice, professionals will ensure identical medical-psychological management between all couples and single women. For midwives, opening up access to the MAP will not change the way they practise, nor the meaning of their mission to women. On the contrary, doctors are more divided on this issue. The disappearance of the pathological character of the situation of infertility seems to be an obstacle for some of them.

Keywords :

Medical assistance for procreation, Bioethics laws, Doctors, Midwives

1 Introduction

En France, en 2015, l'activité d'assistance médicale à la procréation a représenté 145 000 tentatives et 25 000 naissances. (1)

Cette activité encadrée par les lois de bioéthique en France depuis 1994 s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine. (2) La réglementation de l'assistance médicale à la procréation (AMP) est organisée depuis les premières lois de bioéthique en 1994 autour du respect de la dignité de la personne humaine et d'autres principes qui en découlent dont le respect de l'intégrité physique, le consentement, la non patrimonialité et l'anonymat des produits du corps humain. Cette réglementation a fixé les conditions d'accès à l'AMP et réglementé le don de gamète. (3)

A l'aube d'une nouvelle révision des lois de bioéthiques, ces deux points pourraient être modifiés, l'AMP devrait devenir accessible aux couples de femmes et aux femmes seules. En accédant ainsi à la demande sociétale, le législateur va aussi réformer l'AMP en profondeur. (4)

Dans ce mémoire nous allons nous interroger sur l'influence de l'élargissement de l'accès l'AMP sur la pratique des médecins et sages-femmes travaillant dans les centres d'AMP en Ile de France.

L'objectif de ce mémoire est de comprendre comment les professionnels envisagent leur pratique au sein de leur centre, dans leur équipe, suite à cet élargissement de l'accès à l'AMP. Pour cela nous avons élaboré deux hypothèses de travail :

- Les professionnels craignent une augmentation des délais d'accès à l'AMP pour tous les couples qui y ont recours.
- La prise en charge des patientes va être différente entre les couples hétérosexuels et les couples homosexuels ou les femmes seules ayant recours à l'AMP.

L'AMP sera définie dans son contexte et ses enjeux sociétaux seront présentés dans une première partie. Puis la méthodologie de l'étude sera présentée dans une seconde partie et enfin, dans une dernière partie les résultats seront exposés et discutés.

2 Contexte

2.1 Début de l'Assistance Médicale à la Procréation en France (AMP)

Dès le début du XIXe siècle, les premières inséminations artificielles intraconjugales sont réalisées en France, ces techniques étaient déjà utilisées en Irlande notamment depuis un siècle. (5)

Alors qu'aux États Unis, en 1968, les banques de sperme congelé font leur apparition, c'est dans ces mêmes années que les hormones susceptibles de stimuler l'ovaire (les gonadotrophines) sont découvertes. (5)

En France, il faudra attendre 1973 pour que la technique de congélation du sperme soit utilisée, entraînant l'apparition des CECOS (Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humain) cette même année. Leur rôle consiste en l'organisation du don de spermatozoïdes, selon les principes d'anonymat et de gratuité du don. (6) Le don et la conservation des ovocytes seront gérés par les CECOS, plus tardivement, avec la mise au point de la Fécondation In Vitro (FIV).

La première naissance mondiale, issue d'une nouvelle technique appelée Fécondation In Vitro (FIV) a eu lieu en 1978 au Royaume Uni, c'est la naissance de Louise Brown. Elle sera rapidement suivie, en 1982, en France, de la naissance d'Amandine, alors premier bébé « éprouvette ». (7) Le taux de succès de cette technique assez faible au début augmentera par la suite.

Ainsi, en 1995, le taux de grossesses correspondant aux 23 689 tentatives de transferts d'embryons congelés est de 18.8% par ponction en FIV. (8) En 1999, ce même taux rapporté aux 18 953 tentatives est de 21.6% par ponction et en 2014, le taux de grossesses correspondant aux 20 425 tentatives est de 24.5% par ponction. (9)

L'AMP a offert la possibilité de remédier à une situation douloureuse pour les couples, parfois vécue comme une situation de handicap. (10) Une réponse médicale est apportée aux couples stériles dont le désir d'enfant devenait une souffrance. (11)

Ainsi déjà à cette période, des questions d'ordre éthique se posent au sujet de ces nouvelles techniques de procréation. Ces questions font partie des premiers sujets traités par le comité consultatif national d'éthique (CCNE) créé en 1983 par décret présidentiel. (5) Le CCNE écrit en octobre 1984 dans l'avis N°3 sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle :

« Provoquer une naissance par ces techniques est un acte qui suscite des interrogations éthiques » (12). Malgré cela, il est reconnu à cette période déjà que les patients atteints d'infécondité ont le droit d'être traités. (12)

En effet, « cette médicalisation de la procréation (PMA) a permis de réaliser une régulation nouvelle de la conception. (...) ». (11)

Ainsi s'immiscer dans la liberté qu'est la décision d'avoir un enfant, l'intervention possible de tiers (donneurs/ médecin) dans la procréation et la possibilité de la différer suscitent de nombreux questionnements éthiques. (12)

2.2 Différentes techniques

Il existe différentes techniques d'assistance médicale à la procréation : la stimulation ovarienne, les inséminations artificielles (Insémination intra-cervicale ou intra-utérine), la fécondation in vitro (FIV) associée ou non à une maturation in vitro et enfin les techniques facilitant la fécondation comme l'insémination intra-cytoplasmique d'un seul spermatozoïde. (13) Après un bilan d'infertilité chez l'homme et la femme, prescrit lors d'une consultation auprès d'un médecin, la technique la plus adaptée au couple sera envisagée.

Le bilan d'infertilité chez la femme doit, selon les recommandations de bonne pratique contenir au moins un examen clinique, une exploration du cycle et du statut ovarien ainsi qu'une exploration utérine ou utéro-tubaire selon les cas. (14)

Les techniques d'AMP, aujourd'hui nombreuses, ont des indications différentes et spécifiques mais il n'en a pas toujours été ainsi. (15)

2.2.1 L'insémination artificielle

Cette technique est pratiquée depuis quelques centaines d'années de façon « artisanale » en Europe, dès 1790 par exemple, John Hunter, un chirurgien britannique conseille à un homme atteint d'hypospade (anomalie de localisation du méat urétral sur le pénis), d'injecter son sperme dans le vagin de sa femme à l'aide d'une seringue. (13) Depuis l'insémination artificielle a beaucoup évolué.

On ne considère pas ici, ni l'insémination intra vaginale (IIV), ni l'insémination intra cervicale (IIC) qui ne sont quasiment plus pratiquées en France, abandonnées par la majorité des équipes car trop peu efficaces. (13)

L'Insémination Intra Utérine (IIU) est une technique dont l'objectif est de promouvoir et/ou faciliter la rencontre des gamètes mâles et femelles à l'intérieur de l'appareil génital féminin. Cette technique visant à augmenter le nombre de spermatozoïdes au niveau du site de fécondation, rendrait théoriquement possible une amélioration du taux de fécondation et de la fécondabilité. (13)

Une IIU est souvent précédée d'un traitement de stimulation ovarienne chez la femme et un traitement du sperme est nécessaire avant l'insémination. Le processus de fécondation a lieu « in vivo ». (5)

2.2.2 La Fécondation In Vitro (FIV)

La FIV est une technique récente, le premier bébé issu de cette technique est né en 1982, à Clamart, il s'agissait du premier « bébé éprouvette » : Amandine. Les équipes du Dr Testart et du Pr Frydman furent ainsi les premières à permettre une naissance à l'issue d'une FIV en France. Rapidement, elle devient l'ultime thérapeutique contre toutes les infertilités. (3)

Il s'agit d'une technique dont l'objectif est de recueillir les gamètes du couple afin de réaliser une fécondation extracorporelle et de transférer, ensuite, les embryons obtenus dans l'utérus. (13) Cette dernière nécessite un recueil du sperme préalable chez l'homme.

Quant à la femme, elle bénéficie d'une stimulation ovarienne qui sera suivie d'une ponction ovocytaire puis enfin après mise en fécondation et en culture, d'un transfert d'embryon. Le transfert d'embryon se déroule sous deux à trois voir cinq jours à partir du lendemain de la ponction.(3) Cela dépend à quel stade du développement l'embryon est transféré.

2.2.3 L'Injection intra-ovocytaire d'un seul spermatozoïde (ICSI)

Il s'agit d'une technique mise au point par Palermo et son équipe en Belgique, en 1992, ayant pour but de faciliter le franchissement des enveloppes naturelles entourant l'ovocyte. Il s'agit aussi d'une fécondation assistée consistant en l'injection intra ovocytaire d'un seul spermatozoïde. (13)

L'apparition de l'ICSI fut plus tardive mais a permis de pallier de façon importante à quasi tous les types d'infertilité masculine comme par exemple l'oligoasthénospermie ou encore l'oligospermie. Si dans les années 70, l'infertilité masculine était difficile à évoquer, l'apparition de cette technique a permis notamment de réduire les tabous concernant cette réalité. (9)

2.3 Le don en AMP

L'AMP ne concerne pas uniquement des techniques dites « intraconjugales », les gamètes utilisées peuvent être aussi être issues de dons. Les techniques de conservation des gamètes (congélation du sperme) apparaissent en France au sein des CECOS (Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humain) dès 1973, permettant d'organiser le don de spermatozoïdes (6). Ces dons répondent aux principes d'anonymat, de libre consentement et de gratuité ceci étant inscrit dans les lois de bioéthique depuis 1994.

A ce jour, les CECOS, gèrent également le recueil et la conservation des ovocytes issus du don. On dénombre à ce jour vingt-neuf CECOS en France.

Dans 4% des cas, les tentatives (IIU, FIV hors ICSI, ICSI et transferts d'embryons congelés (TEC)) utilisent des spermatozoïdes, des ovocytes ou des embryons issus de don (5).

Selon les lois de Bioéthique, l'AMP avec don de gamètes (AMP-D) est accessible en France aux couples formés d'un homme et d'une femme vivants, en âge de procréer et consentants, et pour lesquels l'indication médicale de recourir à ce type de prise en charge a été validée. La part d'AMP réalisée avec don reste stable depuis 1997 et demeure non négligeable même si elle a été impactée par l'arrivée de nouvelles techniques d'AMP comme la FIV ou l'ISCI. (6)

2.4 L'AMP encadrée par la loi

Peu de temps après les premiers succès de l'AMP, la crainte d'un élargissement à des indications de convenance est exprimée par les praticiens. (16) La nécessité de légiférer autour de ces nouvelles techniques de procréation semble évidente, « la société doit combler le vide juridique qui concerne la filiation des enfants nés par procédés de fécondation artificielle (...) ». (12)

Le législateur, a donc entrepris d'inscrire dans le code civil un certain nombre de principes et de les décliner, activité par activité, dans le code de la santé publique sachant que la partie codifiée au titre de la santé publique ferait l'objet d'un réexamen dans un délai de cinq ans. (3)

2.4.1 Vote des premières lois de bioéthique : 1994

Ainsi, la loi de bioéthique n° 94-654 du 29 Juillet 1994, dans l'Art. L.152-1 du code de la santé publique définit l'AMP ainsi : « l'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ». (3) Cette loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal permet de fixer des règles juridiques encadrant les pratiques d'AMP. Aussi, entre autres, « elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. Elle peut aussi avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentants préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. » (2)

Comme l'écrit Faucher en 1995, « la loi adoptée en juillet 1994 donne des critères très précis pour définir le couple susceptible d'entrer dans un protocole d'AMP (...) Elle oblige les praticiens à vérifier un certain nombre d'éléments d'identité mais surtout les incite à ouvrir avec les couples un dialogue sur le sérieux de leur demande, plus centré sur les droits de l'enfant que sur leur droit à l'enfant.» (17) Ainsi dès 1994, on constate que les praticiens doivent, d'une certaine façon, évaluer les couples ayant recours à l'AMP et leurs motivations. Si les conditions d'accès à l'AMP change cette « mission » persistera.

2.4.2 Première révision des lois de bioéthique : 2004

En 2004, les lois de bioéthiques sont révisées par la loi N°2004-800 du 6 Août 2004. Concernant l'AMP, peu de changements ont été opérés, excepté la création de l'agence de Biomédecine. (18) Cet établissement public français à caractère administratif, a notamment pour mission d'agréeer les praticiens et les centres pratiquant l'AMP. En somme d'encadrer et d'évaluer les activités d'AMP. (19)

2.4.3 Deuxième révision des lois de bioéthique : 2011

En 2011, la loi N°2011-214 du 7 Juillet 2011 du Code de la Santé Publique, dans le cadre de la révision des lois de bioéthiques, introduit des modifications des articles de loi régissant l'AMP.

La définition des activités d'AMP explicitée par l'article L. 2141-1 est complétée. (20)

La nécessité d'être marié ou de faire la preuve de deux ans de vie commune pour les couples ayant recours aux activités d'AMP est supprimée et les sages-femmes obtiennent la possibilité de concourir aux activités d'AMP dans des conditions qui seront fixées par le décret n°2012-885 du 17 juillet. (21)

2.5 L'activité d'AMP de nos jours

Le dernier rapport de l'Agence de biomédecine, concernant l'activité d'AMP en 2016 nous révèle que le nombre de tentatives, toutes techniques confondues, est en légère augmentation depuis 2013. (9)

Au cours de l'année 2016, en France, 14 7730 tentatives ont été recensées, regroupant les inséminations, les fécondations in vitro et les transferts d'embryons congelés avec gamètes et embryons de différentes origines (don et gamètes intra- conjugales). (5) En 2015, 25 000 enfants sont nés suite à l'utilisation de ces techniques de procréation d'AMP.

Actuellement plus de 3% des naissances françaises sont issues d'AMP.
(22)

La liste des techniques fixée par arrêté ministériel a évolué entre 1994 et nos jours, incluant des nouvelles techniques au fur et à mesure de leur mise au point, apportant aux couples définis comme potentiels bénéficiaires une réponse médicale à une impossibilité de concevoir et à la rupture de la filiation biologique.

Cependant si l'activité reste importante, de nombreux français n'ayant pas accès à l'AMP, car ne souffrant pas d'infertilité médicale, souhaiteraient y avoir recours.

2.6 Accès à l'AMP

Si certains points ont été modifiés depuis les lois de bioéthique de 1994, les conditions d'accès à l'AMP ont peu changé. La législation est claire sur le bénéficiaire, il s'agit des couples hétérosexuels, vivants, en âge de procréer, consentants et en réponse à une infertilité médicale. (23)

Il faut cependant noter que la médecine via l'AMP traite déjà, de façon marginale, des couples dont la cause médicale de l'infertilité n'est pas prouvée. (23) En effet, si l'infertilité est toujours médicalement diagnostiquée, pour 10 % des couples ayant recours à l'AMP, aucune pathologie n'est retrouvée. (23)

La société demande aujourd'hui, à la médecine de se positionner et de répondre à ses demandes. L'infertilité sociale due à l'orientation sexuelle ou aux choix de vie ne sont pas traitables par l'AMP telle que la loi la définit à ce jour. (23)

Or, il semble que l'exigence d'égalité, ou encore l'universalité du désir d'enfant, soient des éléments revendiqués par une partie de la société quant à la possibilité d'une modification d'accès à l'AMP. (24)

La légalisation des pratiques proscrites qui, une fois encadrées permettrait d'éviter certaines dérives, constitue également une considération importante quand on sait que de nombreuses femmes seules et couples homosexuels sont amenés à partir à l'étranger afin d'avoir recours à l'AMP. (24) (7) A ce jour, il est difficile d'estimer le nombre de femmes concernées par ces recours à l'étranger faute de données.

2.7 Des formes de parenté en évolution

En occident depuis des siècles, la parenté était formatée en profondeur par une vision religieuse, mais « au XIXe et surtout au XXe siècle, cette conception de la famille a été totalement bouleversée » (3)

En France, depuis les années 80, la famille évolue, les familles monoparentales au nombre de 15% en 1999 (16), se multiplient pour atteindre 22% en 2013, les familles recomposées et homoparentales constituent de nouveaux modèles de parenté. (3)

Le XXe siècle, avec la multiplication des familles recomposées, a fait naître une coexistence entre des rapports de parenté classique avec filiation biologique et la parenté sociale. Dans la société, cette nouvelle forme de parenté jusque-là mineure, surtout représentée par l'adoption, a alors pris de l'importance. Alors que dans le schéma de la famille nucléaire, prédominance était faite à la filiation biologique, une autre forme de parenté sociale est apparue en France : l'homoparentalité. (3)

Déjà revendiquée en 2013 lors des débats et dans les manifestations pro mariage pour tous, la « PMA pour toutes » est maintenant d'autant plus attendue par les couples homosexuels, les militants et les associations de défense des droits LGBT (Lesbiens Gays Bisexuels et Transgenres). En effet, le mariage pour les couples de même sexe a ouvert la possibilité aux couples, par l'adoption dans le cadre du mariage, d'établir une filiation dans un couple homosexuel.

L'impossibilité d'accéder à l'AMP est ainsi réellement considérée par ces derniers comme discriminant. Par conséquent, de nos jours, ces familles revendiquent une adaptation de la loi à la réalité sociale en matière d'AMP.

2.8 Modifications potentielles de l'accès à l'AMP introduites par la révision des lois de bioéthique en 2019

Devant ces réalités sociales et dans le cadre de la révision des lois de bioéthique à venir, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu en septembre 2018 un avis dans lequel il étudie et se prononce sur chaque point de la loi de bioéthique et sur une éventuelle révision de chacun de ces points. Dans cet avis, concernant l'AMP et plus précisément son accès aux couples de femmes et aux femmes seules, le CCNE s'est prononcé favorablement, en ces termes : « cependant l'analyse du CCNE, après les États généraux comme dans l'avis 126, s'appuyant sur la reconnaissance de l'autonomie des femmes et la relation de l'enfant dans les nouvelles structures familiales, le conduit à proposer l'autorisation de l'ouverture de l'IAD (Insémination Avec Donneur) à toutes les femmes. (...) À la suite des États généraux de la bioéthique, le CCNE suggère que soient étudiées et définies des conditions d'accès à l'AMP et de faisabilité (...) ». (25) Cette proposition est reprise dans le rapport d'information N°1572 déposé par la mission d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique à l'Assemblée Nationale : « Proposition n° 2 : Ouvrir l'accès à l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules. » (4).

La proposition est introduite comme apparaissant « une nouvelle étape sur le long chemin de l'émancipation des femmes par le renforcement de « l'autonomie des choix reproductifs » (26) et sur celui de la reconnaissance de toutes les familles. » (4)

En sus de cette mesure, le rapport fait également état de la nécessité de réinterroger certains pans du cadre bioéthique qui seraient impactés par une telle mesure.

Directement en lien avec la modification d'accès à l'AMP, « permettre aux personnes conçues à partir d'un don de gamètes ou d'embryon d'accéder à leurs origines(...) », sous conditions précises et « instituer un organisme chargé d'accompagner les personnes issues d'un don, la personne ou le couple receveur et le tiers donneur dans le cadre de l'accès aux origines personnelles » sont également deux propositions faites dans ce rapport. (4) La légalisation de la procréation médicalement assistée post mortem ainsi que du double don sont également discutés dans ce rapport.

Dans le contexte actuel de révision des lois de bioéthique, la Procréation Médicalement Assistée fait donc l'objet de nombreux débats, et sa pratique pourrait se voir modifiée de façon importante par les réformes à venir.

Il faut noter que l'activité d'AMP est différente selon les régions et que l'Ile De France est une région où l'activité d'AMP est parmi les plus importantes de France, que ce soit concernant la FIV ou l'insémination. (9)

Ainsi, il paraît intéressant d'effectuer des recherches afin de savoir :
Comment les propositions de révisions des lois de bioéthique, précisément concernant l'AMP, pourraient impacter cette pratique dans la région Ile De France ?

3 Matériel et méthodes

3.1 Hypothèses et objectifs

L'objectif de notre mémoire était de déterminer quelle influence l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules pourrait avoir sur la pratique des médecins et sages-femmes travaillant dans les centres d'AMP.

Pour y répondre nous avons élaboré les hypothèses de travail suivantes :

- Les professionnels craignent une augmentation des délais d'accès à l'AMP pour tous les couples qui y ont recours.
- La prise en charge des patientes va être différente entre les couples hétérosexuels et les couples homosexuels ou les femmes seules ayant recours à l'AMP.

Au cours de l'étude, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, une nouvelle hypothèse de travail s'est dégagée :

- Avec l'élargissement des conditions d'accès à l'AMP, les professionnels vont voir changer le sens de leur métier, ainsi que leur mission auprès des couples et des femmes.

3.2 Type d'étude

Afin de tester ces hypothèses nous avons réalisé une étude de type qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs auprès des professionnels.

3.3 Outils méthodologiques et variables étudiées

Concernant les outils utilisés pour cette étude, la grille d'entretien qui a été élaborée était divisée en trois grandes parties, abordant les thèmes suivants [Annexe I]:

- Renseignements sur le profil des professionnels : Profession, Age, Année d'obtention du diplôme, Nombre d'années d'exercice en centre d'AMP
- Délais d'accès à l'AMP et don de sperme :

Effets de l'ouverture d'accès à l'AMP sur les demandes d'entrée dans un parcours d'AMP et solutions envisagées pour les gérer en cas d'augmentation, positionnement face à la mise en place éventuelle d'un ordre de priorité en AMP clinique et biologique, durée des différents parcours d'AMP, modification du nombre et du profil des donneurs de sperme, discussion des équipes autour de la question de l'appariement des gamètes.

- Prise en charge en pratique des couples et des femmes seules :

Description du parcours initial de prise en charge des couples actuellement, évaluation médicale des couples de femmes et des femmes seules, évaluation psychologique des couples de femmes et des femmes seules, place de l'évaluation psychologique dans un parcours d'AMP pour tous les couples, motifs de refus d'accès à un parcours d'AMP actuellement et dans le futur, projection des professionnels concernant le sens de leur métier et leur mission auprès des couples et des femmes.

Deux entretiens ont été réalisés afin de tester notre grille d'entretien, auprès d'une sage-femme et d'un médecin. Ces entretiens n'ayant pas donné lieu à une modification de la grille d'entretien, nous les avons intégrés à notre étude.

3.4 Participants à l'étude et mise en œuvre des entretiens

La population qui a été étudiée est constituée par des professionnels de santé (gynécologues ou biologistes et sages-femmes) travaillant au sein de centres d'AMP.

L'objectif était de réaliser six entretiens auprès de sages-femmes et six auprès de médecins.

3.4.1 Critères d'inclusion

Les praticiens qui ont pu participer à l'étude étaient diplômés, inscrits au tableau de l'ordre départemental de la profession concernée et exerçaient leur activité en centre d'AMP dans la région Ile de France.

3.4.2 Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'avait été retenu pour notre étude.

3.4.3 Réalisation des entretiens en pratique

Les participants recrutés ont participé aux entretiens sur la base du volontariat : nous les avons contactés soit directement par mail, par téléphone ou par l'intermédiaire des chefs de services / cadres sages-femmes.

Avant chaque entretien, le consentement complété et signé par le professionnel participant a été recueilli. Il stipule la possibilité pour ce dernier de se rétracter à tout moment de l'étude et autorise l'enregistrement audio des échanges. Aucun professionnel ne s'est rétracté durant cette étude.

Les entretiens ont eu lieu d'octobre 2019 à Juillet 2020 dans différents centres. En pratique, ils se déroulaient dans des bureaux ou salles de consultations du service en présence uniquement du participant. Certains entretiens ont en revanche été réalisés par téléphone pour des raisons sanitaires liées au contexte du Covid-19.

Au total douze entretiens ont été réalisés dans six centres d'AMP d'Ile de France, la moitié auprès de médecins (biologistes et gynécologues) et l'autre moitié auprès de sages-femmes. La durée de chacun se situait entre 20 minutes et 45 minutes. [Annexe II]

La difficulté majeure de cette étude a été de recruter les professionnels. Si dans l'ensemble ils étaient favorables à la réalisation d'un entretien, peu ont réellement donné suite. De plus, la crise sanitaire liée au Covid-19 a imposé la fermeture des centres d'AMP et a rendu difficile la réalisation des derniers entretiens.

3.5 . Considérations éthiques et réglementaires

Au cours de l'étude, une explication orale (par téléphone) et/ou écrite (par mail) de l'étude a été faite à tous les professionnels de santé sollicités car répondant a priori aux critères d'inclusion.

En début de chaque entretien, le consentement libre et éclairé du participant a été recueilli par écrit ainsi qu'une autorisation d'effectuer l'enregistrement audio de l'entretien. [Annexe III] L'anonymat a été garanti ainsi que la possibilité de rétractation à tout moment de l'étude.

La durée de l'entretien était toujours fixée avant sa réalisation, à 45 minutes environ.

Dans chaque centre où les professionnels ont été interrogés un accord du chef de service ou du cadre sage-femme a été obtenu avant mise en place de l'étude.

3.6 Analyse des résultats

Après retranscription de chacun des entretiens, et relecture de ceux-ci, une première analyse a été faite avec codage des données par mots clés, où nous avons tenté de mettre en évidence les éléments importants de chaque réponse.

Puis des tableaux comparatifs ont été construits pour chaque thème principal de la grille d'entretien. L'objectif était de mettre en évidence, pour chaque question ou groupe de questions, dans un premier temps les régularités des discours et les idées partagées par plusieurs professionnels et, dans un second temps, les différences et les discordances avec le discours commun.

L'analyse des résultats a suivi la chronologie de la grille d'entretien, d'abord la population a été analysée puis la partie concernant la demande et les délais d'accès à l'AMP en général puis avec don de sperme. Et enfin, nous avons analysé la partie concernant la prise en charge en pratique des couples de femmes et femmes seules.

Nous avons terminé par l'analyse de l'avis des professionnels sur ces évolutions par rapport à leur façon d'exercer leur métier auprès des couples et des femmes.

4 Résultats et discussion

4.1 Description générale de la population d'étude

Les professionnels interrogés sont des hommes et des femmes entre 25 et 65 ans, exerçant en tant que sage-femme ou médecin.

Figure 1. Répartition des sexes en fonction de la profession

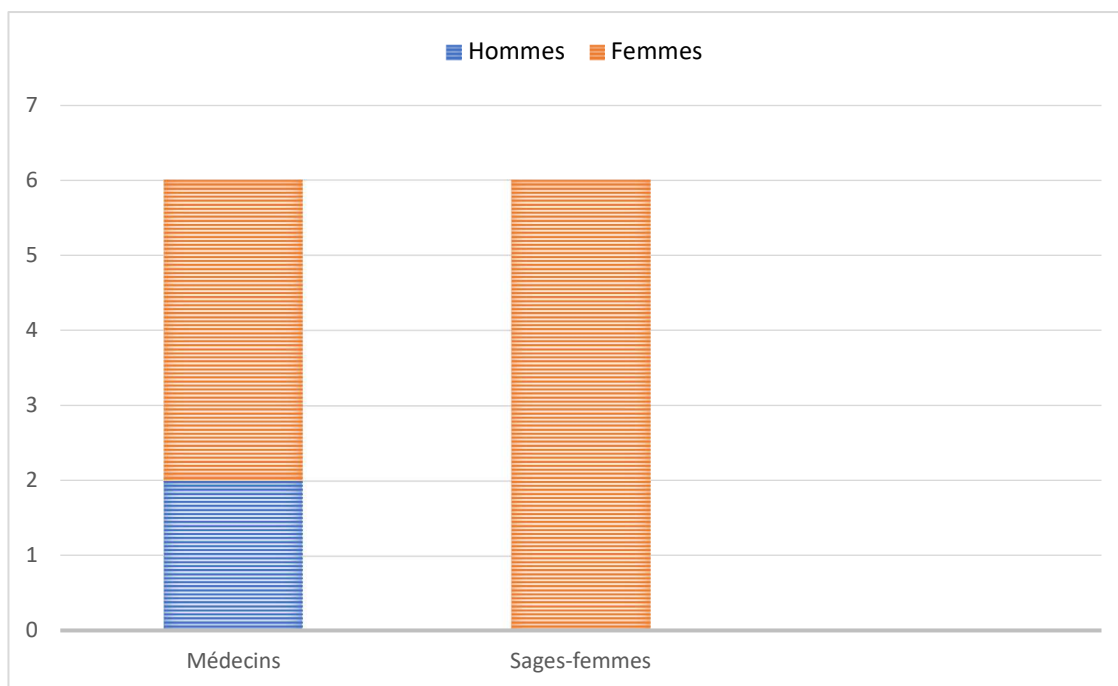


Tableau 1. Répartition des professionnels selon leur âge et leur profession

Age (en années)	Médecins	Sages-femmes
[20-30[0	2
[30-40[2	1
[40-60]	3	2
>60	1	1

Leur expérience professionnelle varie entre 1 et 35 ans et ils exercent en centre d'AMP depuis 1 à 30 ans.

Figure 2. Nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du diplôme en fonction de la profession

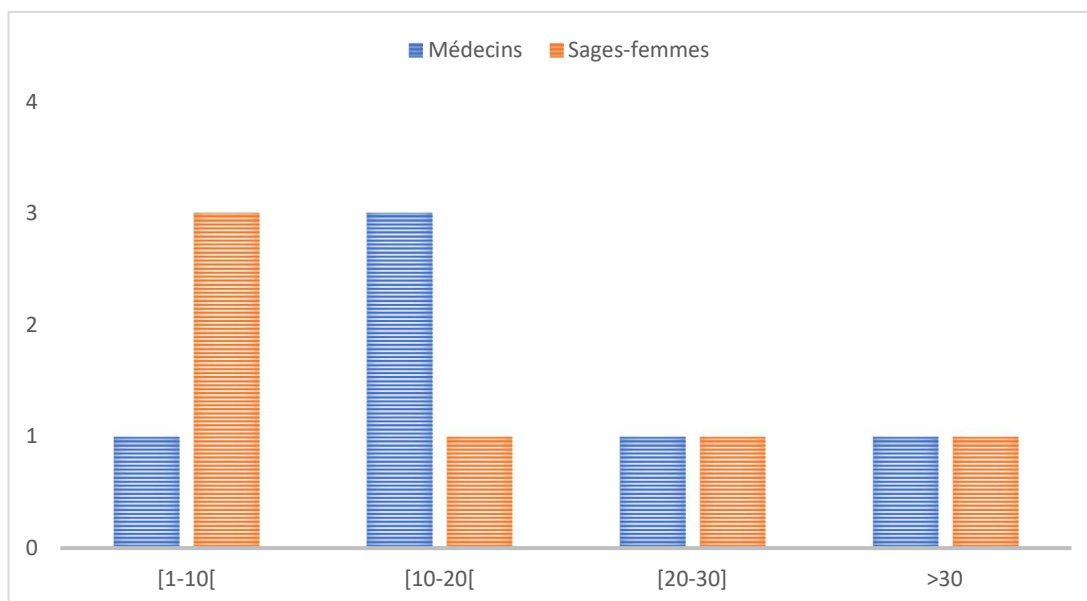
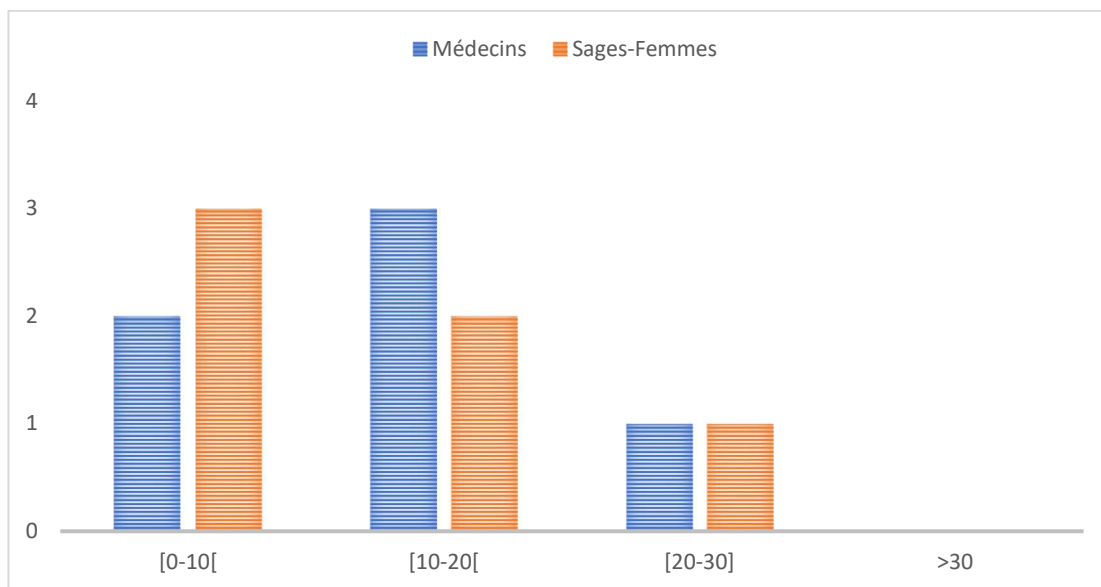


Figure 3. Nombre d'années d'exercice au sein d'un centre d'AMP jusqu'à ce jour en fonction de la profession



On peut noter que les jeunes professionnels, médecins et sages-femmes travaillent depuis leur diplôme au sein d'un centre d'AMP.

Parmi les six médecins interrogés, deux spécialités sont représentées, il s'agit des biologistes et des gynécologues.

Parmi les centres dans lesquels les entretiens se sont déroulés, trois sont situés dans Paris intra-muros et trois sont situés en banlieue parisienne.

4.2 Résultats Principaux

4.2.1 L'augmentation des délais d'accès au parcours d'AMP pour tous les couples

4.2.1.1 Une augmentation attendue du nombre de demandes d'accès au parcours d'AMP

La majorité des professionnels ont évoqué une hausse soudaine attendue de la demande d'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation. Cette demande est selon eux impossible à estimer exactement en raison de l'absence de données européennes documentant le départ des couples et femmes seules françaises allant à l'étranger pour débiter un parcours d'AMP. Cependant, ils se sont accordés sur le fait qu'un pic de demandes va avoir lieu sur une durée approximative de 6 mois à 2 ans et laissera place ensuite à une phase de stabilisation du nombre de demandes.

Ce pic sera constitué par des couples de femmes et femmes seules qui sont en attente d'un élargissement de l'accès à l'AMP. Certains professionnels ont évoqué un phénomène qui pourrait ressembler, en termes de cinétique d'évolution des demandes, aux mariages homosexuels après la loi du mariage pour tous en France, en 2013.

La demande augmentant, les délais d'attente pour accéder à la première consultation médicale, qui constitue la porte d'entrée d'un parcours d'AMP, seront augmentés pour tous.

Un seul professionnel nous a indiqué que ces délais resteraient les mêmes, car selon lui, les nouvelles demandes d'accès à l'AMP seraient faibles.

4.2.2 Le délai d'accès au don de sperme augmenté

Selon les professionnels, la durée d'un parcours d'AMP impliquant un don de sperme, actuellement estimée entre 12 et 18 mois (en plus du temps de parcours intra conjugal) devrait aussi augmenter. Ce temps correspond à l'attente de gamètes et au parcours administratif obligatoire en cas d'AMP avec tiers donneur.

Cet allongement des délais d'attente aurait pour cause la conjugaison entre une hausse du nombre de parcours d'AMP nécessitant un don de sperme, car tous les couples homosexuels et femmes seules y auront recours, et une diminution probable temporaire du nombre de donneurs.

En effet, les professionnels ont évoqué la suppression de la garantie d'anonymat du donneur comme le principal facteur de risque d'une baisse du nombre de donneurs de sperme.

Pour l'ensemble des professionnels, la possibilité pour tout enfant conçu par assistance médicale à la procréation avec donneur, d'accéder à sa majorité à des données non identifiantes ainsi qu'à l'identité de ce tiers donneur va constituer une crainte chez les donneurs et diminuer leur nombre.

Ils ont insisté sur l'importance, pour un donneur, d'avoir l'assurance que les enfants issus de son don ne lui attribueront pas le rôle de père biologique et que ce geste d'empathie face au désir d'enfant de couples ne lui fera pas prendre une identité auprès d'un enfant issu de son don.

Lors des entretiens, trois professionnels nous ont cependant signalé qu'ils émettaient une réserve quant à une diminution brusque du nombre de donneurs, dès lors de l'entrée en vigueur de la levée d'anonymat. En effet, ils nous ont expliqué que la chute du nombre de donneurs serait bien réelle mais dans une moindre mesure car les donneurs potentiels sont d'ores et déjà informés des futures modifications législatives qui pourraient entrer en vigueur.

Ces professionnels ont ainsi insisté sur le rôle des médecins biologistes dans les CECOS, qui informent déjà les donneurs potentiels et sur celui du débat public entretenu par les médias autour de ce projet de loi qui contribue à informer les hommes en amont du don.

Ils ont également souligné le fait qu'à l'étranger, lors de la légalisation de la levée d'anonymat lié au don, une légère baisse du nombre de donneurs s'était produite mais qu'elle fut rapidement suivie par une stabilisation puis, parfois même, une augmentation.

Concernant le nombre de donneurs de sperme, l'ensemble des professionnels interrogés nous ont confié que l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules, en elle-même, n'aura pas d'influence négative sur le don. En effet, les donneurs sont déjà informés de ce changement potentiel et si quelques donneurs cessent de donner pour ce motif, les professionnels pensent que cela sera compensé par quelques nouveaux donneurs.

Ces nouveaux donneurs seraient des hommes sensibilisés nouvellement par le débat médiatique ou directement par les femmes seules ou en couple homosexuel. Plusieurs professionnels ont souligné la possibilité que des hommes homosexuels qui ne donnaient pas, se mobilisent par solidarité et qu'ils fassent des dons militants.

Seul un professionnel a réfuté cette éventualité, car selon lui, les homosexuels masculins ne seront pas plus enclins à donner, jugeant que ces modifications de loi sont discriminantes à leur égard.

Sur la question du profil des donneurs, excepté les potentiels nouveaux donneurs évoqués ci-dessus, l'ensemble des professionnels nous a expliqué que les changements de la loi n'impliqueront sûrement pas de modification de profil des donneurs. En effet, un changement de profil s'était déjà opéré il y a quelques années, lorsque le don de gamète avait été légalisé pour les hommes et les femmes n'ayant pas encore procréé. Les donneurs étaient alors plus souvent des jeunes, célibataires et sans enfants.

Les professionnels nous ont cependant indiqué que les parcours des femmes en couples homosexuels et des femmes seules seraient tout de même moindres en terme de durée par rapport aux couples hétérosexuels car elles s'inscriraient directement au CECOS contrairement aux couples hétérosexuels qui débute souvent par un parcours intra-conjugal.

L'ensemble des réponses que nous avons obtenues en entretien nous permet de confirmer la première hypothèse de travail. En effet, les professionnels craignent une augmentation des délais d'accès à l'AMP pour tous les couples qui y ont recours. Pour les couples sollicitant un parcours intra-conjugal d'une part mais aussi et à fortiori pour les couples qui auront recours au don.

La conjugaison d'une hausse des demandes, donc des délais d'accès au parcours d'AMP dans les centres, et de la diminution du nombre de donneurs de sperme va augmenter le temps d'un parcours d'AMP avec tiers donneur pour tous ceux qui y ont recours.

La fédération des CECOS envisage une multiplication de la demande par deux ou trois. (27) Actuellement, les dons de spermatozoïdes couvrent la demande et la situation est considérée comme équilibrée mais la question de la disponibilité limitée des ressources biologiques constitue selon le CCNE « un point de butée, qui ne doit ni être évacué, ni minimisé » (25)

Concernant la diminution du nombre de donneurs, les professionnels nous avaient parlé du modèle du Royaume Uni. En effet, suite à la levée de l'anonymat en Avril 2005, une baisse du nombre de nouveaux inscrits sur les listes de donneurs avait eu lieu mais de façon extrêmement transitoire. (28) En effet, sur une période de douze mois, allant jusqu'au 31 Mars 2006, on dénombrait 6% de donneurs de plus inscrits par rapport à l'année précédente malgré la levée d'anonymat du don. (29)

Cependant, il est important de rappeler que le don est rémunéré au Royaume-Uni, ce qui ne sera pas le cas en France où le principe de gratuité du don restera en vigueur dans les nouveaux textes de loi. (30) Il faut aussi noter qu'au Royaume-Uni, la part de donneurs qui viennent de l'extérieur est assez importante et a augmenté ces dernières années, ce qui n'est pas le cas en France où il n'y a pas de recours à des banques de sperme étrangères. En 2016, au Royaume-Uni ces donneurs étrangers représentaient 39% des nouveaux donneurs, comparativement ils étaient 27% en 2011. Le pays d'où venait majoritairement le sperme importé était les Etats Unis. (29)

De plus au Royaume Uni, l'accès à l'AMP depuis les lois de 1990 relatives à la fécondation et à l'embryologie humaine, encadrant l'AMP, est accessible, à priori, à toute personne en faisant la demande. Aussi, les femmes en couple homosexuel ou seules y ont recours depuis longtemps, il n'y a pas eu de « rush ». (30)

Ainsi, il n'y a pas eu en 2005 un effet cumulatif entre une hausse des demandes d'accès à l'AMP due à un élargissement des conditions d'accès et une baisse des donneurs due à la levée d'anonymat du don.

On peut donc comprendre, à partir de ces points de divergences, que le modèle du Royaume Uni, même s'il peut être pris pour exemple, ne peut pas être parfaitement prédictif de la future situation en France.

L'Espagne ayant conservé l'anonymat du don et rémunérant ce dernier, il n'est pas intéressant de comparer la future situation française à celle de ce pays sur cette question : c'est vraisemblablement pour cette raison qu'il n'a pas été évoqué au cours des entretiens. Les professionnels n'ont pas non plus cité la Belgique, sûrement en raison du fait que le don anonyme y est toujours possible, même si le don dirigé d'un donneur à un couple de receveuses ou une femme receveuse est aussi légal. De surcroît, il semble que le don anonyme reste majoritaire en Belgique. (30) (31)

4.2.3 La prise en charge des couples de femmes et des femmes seules en pratique

4.2.3.1 Prise en charge médicale

L'ensemble des professionnels nous a assuré que le bilan médical des couples de femmes et des femmes seules serait identique au bilan d'infertilité pratiqué actuellement chez les femmes infertiles.

En effet, même si la majorité des femmes seront fertiles, il n'est pas exclu que certaines souffrent d'infertilité. De plus chaque examen du bilan initial d'infertilité semble nécessaire à la mise en place d'un parcours adapté à chaque couple ou femme.

Tableau 2. Différents examens du bilan d'infertilité féminin : intérêt principal dans la prise en charge pour les femmes fertiles

	Examen	Intérêt de l'examen
Evaluation de la réserve ovarienne	Bilan sanguin + échographie	Déterminer avec quel traitement et à quelle dose effectuer la stimulation ovarienne
Evaluation de la cavité utérine	Echographie Hystérocopie	Orienter le choix de la technique
Evaluation de la perméabilité des trompes	Hystérosalpingographie	Orienter le choix de la technique

Un professionnel a cependant nuancé ses propos, selon lui certains examens comme l'hystérocopie et l'hystérosalpingographie sont très invasifs et ne nécessiteraient pas d'être réalisés systématiquement chez des femmes ne consultant pas dans le cadre d'une infertilité. Celui-ci évoquait la possibilité de renforcer l'interrogatoire permettant la recherche de signes d'appels pour éviter de recourir à ces examens. Il nous a expliqué que dans certains cas, comme lorsque des couples consultent dans le cadre d'une infertilité secondaire, certains examens n'étaient pas réalisés, au choix du médecin.

Sur ce sujet, un autre professionnel nous expliqua qu'il n'était pas exclu de réaliser ce bilan initial aux deux membres d'un couple de femmes si tel était leur souhait.

4.2.3.2 Evaluation psychologique

Concernant l'évaluation psychologique, les femmes seules et femmes en couple homosexuel, les professionnels nous ont rappelé qu'ayant recours au don, elles devront effectuer au moins un rendez-vous avec un psychologue comme tous les couples ayant recours à un parcours avec don actuellement.

Aussi selon eux, l'évaluation psychologique sera surtout assurée lors de ce rendez-vous avec un psychologue du CECOS. Deux médecins interrogés ont souligné l'importance de prendre en compte le ressenti du praticien qui reçoit le couple ou la femme ainsi que des échanges lors des staffs pluridisciplinaires avec les psychologues.

L'ensemble des professionnels s'est accordé sur le fait que ce rendez-vous permettrait surtout aux couples et aux femmes seules de prendre un premier contact avec le psychologue, et qu'il s'agirait plutôt d'un soutien proposé que d'un examen en vue d'une « autorisation ». Comme actuellement, les psychologues s'assureront de la stabilité psychologique du couple ou de la femme seule ainsi que de leur compréhension du parcours d'AMP.

Cependant, deux professionnels ont insisté sur le fait qu'il serait important de vérifier la motivation des femmes seules et de leur proposer éventuellement un accompagnement plus poussé, du fait qu'elles ont construit leur projet parental seule, contrairement aux couples qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels.

Un professionnel nous a confié être interrogatif face à ce point du texte de loi, qu'il a trouvé flou, les modalités pratiques de cette évaluation n'étant pas définies. Il nous a précisé que pour lui, ce n'est pas aux équipes d'AMP de décider si le couple « a le droit » ou non à accéder à la parentalité,

même si elles ont toujours à l'esprit l'intérêt de l'enfant dans chacune de leur prise en charge.

« Le rôle des psychologues en AMP est d'accompagner et de soutenir les couples. A quoi cette évaluation va-t-elle servir ? Va-t-elle servir à savoir quelle femme ou couple est en souffrance ou à rassurer la société ?(...)» (32)

Concernant les thèmes abordés lors de la consultation obligatoire avec le psychologue, ils resteraient quasiment les mêmes que ceux abordés avec les couples hétérosexuels à ce jour :

- Le ressenti face au recours au don
- L'acceptation vis-à-vis du don
- Les craintes suscitées par le recours au don
- Discussion autour de la révélation du mode de conception de l'enfant

Le deuil de la parentalité biologique ne devrait en revanche logiquement pas être abordé.

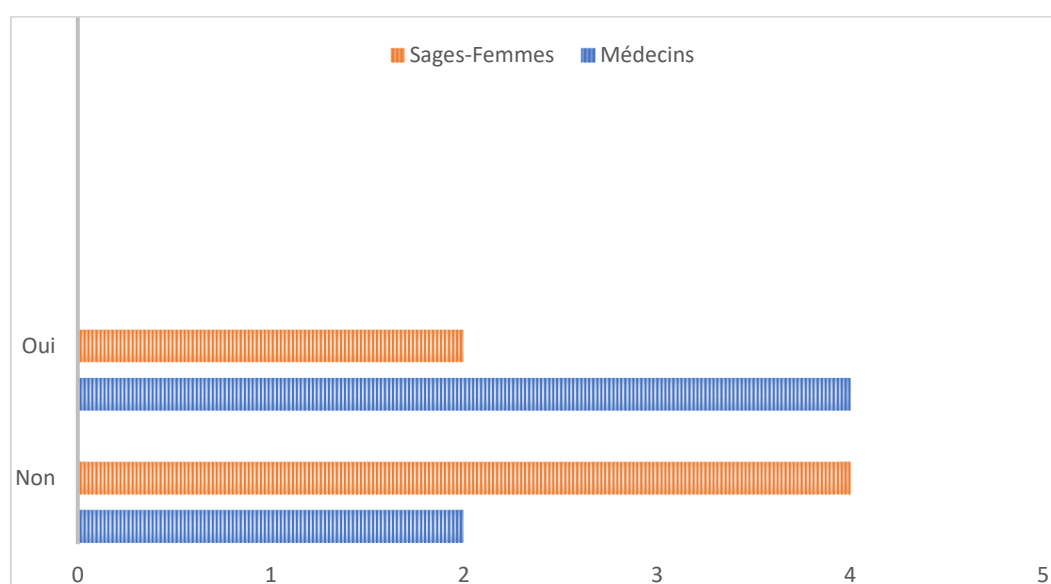
Une des sages-femmes interrogée a évoqué le fait qu'en France, il y a beaucoup de tabous autour du don dans les familles. Selon elle, il y aura peut-être moins de tabous dans le cas des couples de femmes et des femmes seules, pour qui il sera plus facile d'expliquer leur recours au don à leur entourage, aux enfants etc...

Concernant la place de l'entretien psychologique, dans un parcours d'AMP, tous les professionnels interrogés ont souligné son importance. Ils ont rappelé la difficulté des parcours d'AMP, qu'ils nécessitent ou non un recours au don. Ce sont des parcours longs, ponctués d'échecs, avec des risques accrus de séparation pour les couples qui y ont recours.

Tous ont assuré, au sein de leur centre, proposer quasi systématiquement un entretien avec un psychologue aux couples, même en parcours intra-conjugal pour lesquels il est facultatif à ce jour. Les professionnels insistent auprès des couples sur l'importance d'être accompagnés dans ces parcours.

Les médecins interrogés semblaient en majorité favorables à rendre cet entretien obligatoire pour tous, contrairement aux sages-femmes.

Figure 4. Avis des professionnels sur l'éventualité d'une obligation de consulter un psychologue pour tous les patients en AMP



Les professionnels favorables au passage du caractère facultatif à obligatoire de l'entrevue avec un psychologue pour tous les patients en AMP, y compris intra-conjugal, ont évoqué de meilleures « chances » de succès en cas de prise en charge psychologique ainsi que l'intérêt pour les couples de parler de leur parcours avec un personnel non médical mais tout de même spécialisé en AMP.

Ils nous ont en revanche indiqué que cette mesure serait difficilement applicable dans les faits, les psychologues étant trop peu nombreux à travailler à plein temps dans les centres d'AMP.

Quant aux professionnels réticents à rendre ce rendez-vous obligatoire, ils ont mis en avant le fait que les couples se sentiraient forcés, aborderaient ce rendez-vous avec méfiance et ne se confieraient pas sur leurs problématiques à cette occasion. L'image négative qu'ont déjà les couples de l'intervention du psychologue dans le parcours d'AMP s'en trouverait renforcée. Pour les professionnels, il s'agit d'inciter les couples mais pas de les obliger, ce qui serait à leur avis, contre-productif. De plus, selon eux, beaucoup de couples sont déjà suivis en dehors de ce parcours.

L'ensemble des résultats obtenus concernant la prise en charge médico-psychologique des femmes en couple ou seules nous permet d'infirmer notre seconde hypothèse de travail. En effet, selon les professionnels, il semble qu'aucune différence de prise en charge, ni médicale, ni psychologique ne sera faite ni ne devrait l'être, entre les couples hétérosexuels, les couples homosexuels et les femmes seules : « Je pense que l'on va être incités à avoir des prises en charge identiques » (33) a confié un médecin.

La seule différence qui devrait persister, car aucun changement n'est à ce jour prévu dans le projet de loi, est le caractère facultatif du rendez-vous avec un psychologue lors d'un parcours intra-conjugal en opposition avec le caractère obligatoire de ce même rendez-vous dans une AMP avec don et ce malgré les réserves de certains.

Concernant l'évaluation médicale, on peut s'intéresser à l'exemple de l'Espagne qui autorise déjà l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules depuis Mai 2006, où toutes les femmes sont prises en charge de la même manière. (30) Les femmes seules ou en couple homosexuel y subissent les mêmes examens cliniques et paracliniques que les femmes en couple hétérosexuel. (34)

En France, les examens initiaux des femmes en couple homosexuel et des femmes seules seront les mêmes que ceux des femmes infertiles.

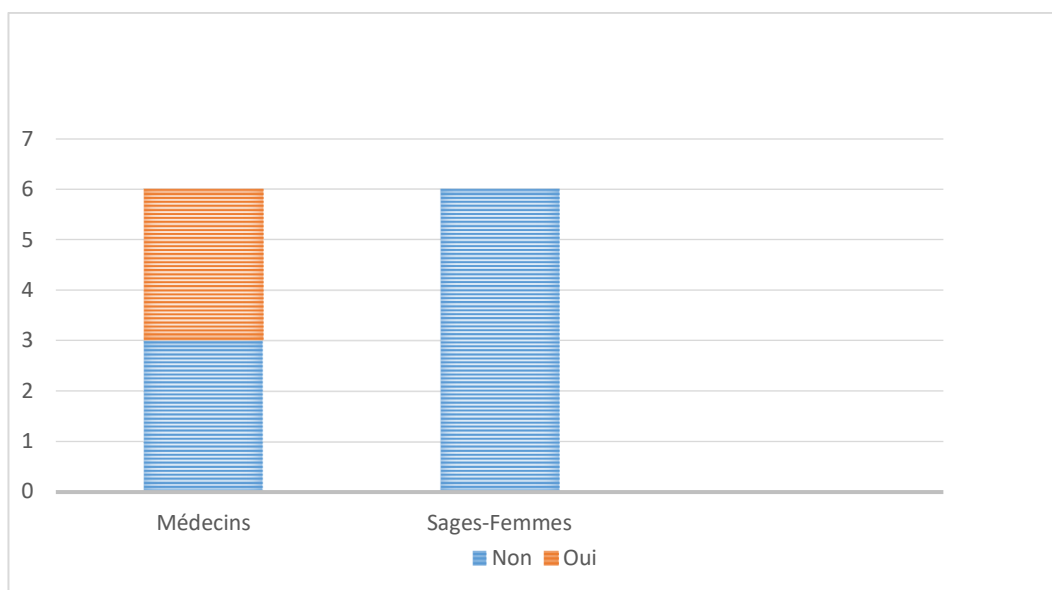
Même s'il est légitime de se poser la question de l'utilité de certains examens et que cela peut paraître « lourd » et très médicalisé chez des femmes pour la plupart fertiles, il faut aux professionnels un minimum d'éléments pour adapter les traitements et décider d'une technique.

Concernant l'évaluation psychologique des couples de femmes et des femmes seules, il est à noter que l'évolution du texte de loi a fait disparaître cette notion. La version du texte de loi adopté en seconde lecture à l'assemblée nationale en Juillet 2020 ne mentionne plus ce terme qui figurait dans la version précédente du texte adopté en première lecture par le Sénat. (35) La dernière version du projet de loi fait mention exclusivement d'une évaluation médicale du couple ou de la femme seule dont il est précisé qu'elle « ne peut conduire à débouter le couple ou la femme non mariée en raison de son orientation sexuelle, de son statut matrimonial ou de son identité de genre » (35)

Cependant les obligations impliquées par un parcours avec don dont s'acquittent actuellement les couples hétérosexuels resteront identiques et concerneront également les femmes seules et en couples homosexuels : elles rencontreront donc forcément un psychologue durant leur parcours.

4.2.4 Evolution du sens de la profession et de la mission auprès des couples et des femmes selon les professionnels

Figure 5. Avis des professionnels quant à un éventuel changement du sens de leur métier avec l'ouverture de l'AMP aux couples homosexuels et aux femmes seules

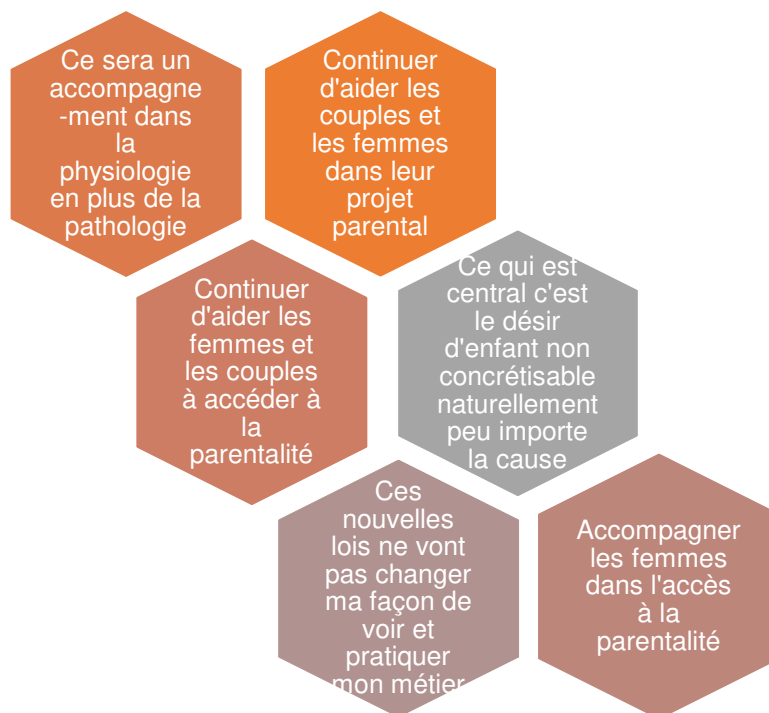


Les médecins qui pensaient que la modification de l'accès à l'AMP allait changer le sens de leur métier et leur mission auprès des femmes et des couples, ont tous évoqués la sortie du champ médical de l'infertilité comme en étant la cause. Tous ont également interrogé le bien fondé d'un remboursement de l'AMP et le support d'un tel coût par la société en dehors de toute indication médicale. Certains se sont dits dérangés et d'autres plutôt interrogatifs quant à cette question.

« En tant que médecin, on a choisi cette spécialité pour pallier à l'infertilité médicale des couples. Notre métier change de but, de pratique et d'état d'esprit...ce n'est pas si facile. » (32)

Les autres professionnels médecins et sages-femmes qui nous ont confié que rien n'allait changer pour eux ont tous évoqués les mêmes idées.

Figure 6. Réactions des professionnels qui nient un changement du sens de leur métier et de leur mission auprès des femmes



Les résultats obtenus sur ce point nous permettent de nuancer l'hypothèse selon laquelle, cette modification de l'ouverture de l'AMP aux couples homosexuels et aux femmes va changer le sens de la profession et la mission auprès des femmes/ couples des professionnels. En effet, pour les sages-femmes, la modification d'accès à l'AMP ne va pas changer le sens de leur métier, ni leur mission auprès des femmes mais pour les médecins, les avis sont plus partagés.

Un élément pourrait nous aider à comprendre cette réponse, en effet, jusqu'alors les médecins qui travaillent en AMP n'ont jamais eu de demande de prise en charge par des couples homosexuels et femmes seules car la loi l'interdisait. Ce sont des nouvelles demandes et une nouvelle population qu'ils vont prendre en charge.

Or les sages-femmes dans d'autres contextes, ont, au cours de leur études ou dans le cadre de leur profession peut être déjà pris en charge ces femmes en salle de naissance ou en suites de couches. Elles ont déjà accompagné ces femmes et voient peut-être cet élargissement de l'AMP comme la continuité de cet accompagnement.

La suppression du caractère pathologique de la situation d'infertilité des couples recourant à l'AMP est, semble-t-il, un point majeur qui gêne les médecins qui pensent que leur métier va changer. En effet, en tant que médecin, pallier à une infertilité médicale paraît essentiel dans leur discours. Être confronté à des situations où la pathologie n'est plus la cause de l'infertilité et n'est plus le motif d'entrée des femmes dans un parcours d'AMP, n'est probablement pas quelque chose qu'ils avaient envisagé en choisissant cette spécialité.

4.3 Résultats secondaires

4.3.1 Gestion de l'augmentation des délais envisagés par les professionnels au niveau clinique

Concernant la gestion de l'augmentation de la demande au niveau des équipes cliniques, les professionnels étaient partagés. Certains nous ont confié ne pas être inquiets et nous ont expliqué qu'aucune mesure ne serait prise dans un premier temps tout au moins, leur équipe étant assez grande et organisée pour absorber la demande supplémentaire.

D'autres en revanche ont évoqué la nécessité d'augmenter les moyens matériels et humains pour que cette loi soit applicable en pratique. Les solutions possibles qui ont été proposées étaient d'augmenter le nombre de praticiens (médecins/sages-femmes/infirmières) dans les équipes, d'augmenter le nombre de consultations et d'actes (ponctions/échographies). « Tout cela impliquera de recruter des professionnels en plus » (36) La possibilité de « dédier » des professionnels pour recevoir ces nouvelles patientes et gérer les nouvelles demandes a aussi été suggérée dans certains entretiens.

L'adaptation à cette augmentation de la demande et les solutions envisagées par les professionnels semblent différentes en fonction des centres. L'activité étant différente dans chaque centre, les besoins seront plus ou moins importants en fonction du délai d'attente supplémentaire lié aux nouvelles demandes.

Les professionnels vont s'adapter dans un second temps. Une sage-femme interrogée a résumé la situation : « Je pense que cette ouverture était demandée par la société et est importante pour éviter le départ des femmes à l'étranger mais personne n'est rentré dans le détail de comment se fera la mise en pratique sur le terrain. » (37)

4.3.2 Une priorisation éventuellement envisageable dans un second temps

Au niveau clinique comme biologique, lors du recours au don de sperme, les professionnels sont partagés quant à la possibilité de mise en place d'un ordre de priorité.

4.3.2.1 Accès à l'AMP

Concernant la mise en place d'un ordre de priorité pour l'accès même au parcours d'AMP, l'accès à la première consultation médicale, les professionnels sont partagés. Pour trois quarts des professionnels interrogés, aucune priorisation ne devrait être mise en place. Ces derniers envisagent que les couples et les femmes seules soient vus dans l'ordre des demandes et nous ont expliqué qu'il serait trop compliqué d'établir un ordre de priorité. Ils ont souligné la difficulté de mettre en place une telle mesure et jugent qu'elle serait discriminatoire. « A partir du moment où on n'est plus dans le cadre médical strict, mais dans le cadre sociétal majoritairement, (...), ça ne nous paraît pas logique de ne pas faire les mêmes délais d'attente pour tout le monde, le même parcours etc... » (38)

Pour un quart des professionnels en revanche, il est possible qu'une telle mesure soit mise en place mais plutôt dans un second temps. En fonction des délais, si ceux-ci sont trop allongés, ils n'excluent pas la possibilité qu'une priorisation soit mise en place. Un professionnel a suggéré que cette priorisation pourrait être fondée notamment sur l'âge priorisant les femmes âgées par rapport aux femmes jeunes.

Les autres ont spécifié qu'il serait difficile de savoir comment prioriser en pratique et ont suggéré que ce serait peut-être aux staffs pluridisciplinaires des centres d'aborder cette question et d'en définir les critères.

4.3.2.2 Don de sperme

Concernant l'attribution des paillettes de sperme en pratique, trois quarts des professionnels n'envisagent pas la mise en place d'un ordre de priorité. Ils nous ont expliqué que les dons seraient attribués dans l'ordre des demandes et qu'il n'y aurait pas de liste d'attente parallèle ou différente. Certains ont évoqués l'absence de priorisation pour des raisons médicales

actuellement, alors qu'ils prennent déjà en charge au sein de leurs centres des couples transgenres, ils ne voyaient donc pas en quoi la situation serait différente avec les femmes seules et couples de femmes.

Un quart des professionnels, médecins et sages-femmes confondus, a expliqué que tout dépendrait de l'évolution des stocks de paillettes, une priorisation éventuelle pourrait être mise en place dans un second temps après un délai d'observation des effets des nouvelles lois de bioéthique sur le don et en cas de stock trop faibles. Il faut noter que ce sont les mêmes professionnels qui avaient évoqué une éventuelle priorisation sur la question de l'accès à l'AMP, du côté clinique. La mise en place d'un ordre de priorité pourrait apparaître selon eux, comme une des solutions permettant dans un second temps, dans les centres d'AMP comme dans les CECOS, de gérer des délais d'attente trop longs. Mais certains nous ont expliqué que ce type de mesure ne devrait être envisagé que dans un second temps, après avoir multiplié les campagnes d'incitation au don par l'agence de biomédecine et l'observation des conséquences réelles de la loi sur les délais.

Les professionnels qui ont évoqué la mise en place d'un ordre de priorité au niveau clinique ou biologique, ont précisé qu'il s'agirait d'une solution éventuelle en cas de nécessité, si des délais trop importants pour accéder au parcours d'AMP ou d'accès au don apparaissaient. Cependant, ils ont reconnu que la mise en place, en pratique, de cet ordre de priorité serait complexe. Si des critères étaient définis par la loi, ils devraient être identiques à l'échelle nationale.

Cela paraît compliqué, quand on sait que ces critères ne pourraient en aucun cas, être fondés sur l'orientation sexuelle ou le statut marital, ceci étant stipulé dans la loi. (35) Ils relèveraient plutôt des bonnes pratiques professionnelles. Il n'est pas envisagé que des critères soient fixés par la loi. Le gouvernement n'envisage pas, par ailleurs, de fixer d'ordre de priorité

qui serait discriminatoire. (27) Les professionnels au sein des centres utilisent déjà des critères objectifs fondés sur l'âge des femmes, ou la durée de parcours en AMP pour établir des priorités de prise en charge et cela devrait rester ainsi. (27)

Les professionnels auraient pu évoquer suite à cette question, les autres solutions possibles en cas de délais trop importants d'accès au don, par exemple : la rémunération des donneurs de sperme, comme cela est fait en Espagne ou encore le recours à des banques de sperme étrangères (ex : Cryos, banque de sperme Danoise) comme cela est fait en Belgique. (27)

Ils auraient pu également nous parler du don fléché d'un donneur à un couple ou une femme en particulier, qui ont passé un accord ensemble, comme cela existe en Belgique. (30)

Il est probable qu'ils n'aient pas parlé de ces solutions parce qu'elles sont inenvisageables en France à ce jour car interdites par la loi et qu'aucun changement n'est prévu sur ces points. Mais il aurait été intéressant que les professionnels nous en parlent et nous donnent leur point de vue. (27)

Il faut noter que la solution envisagée par le gouvernement français pour amoindrir une augmentation trop importante des délais est de renforcer les campagnes de sensibilisation au don de sperme, ce qui correspond à la solution évoquée par les professionnels en premier lieu (27).

4.3.3 L'appariement des gamètes

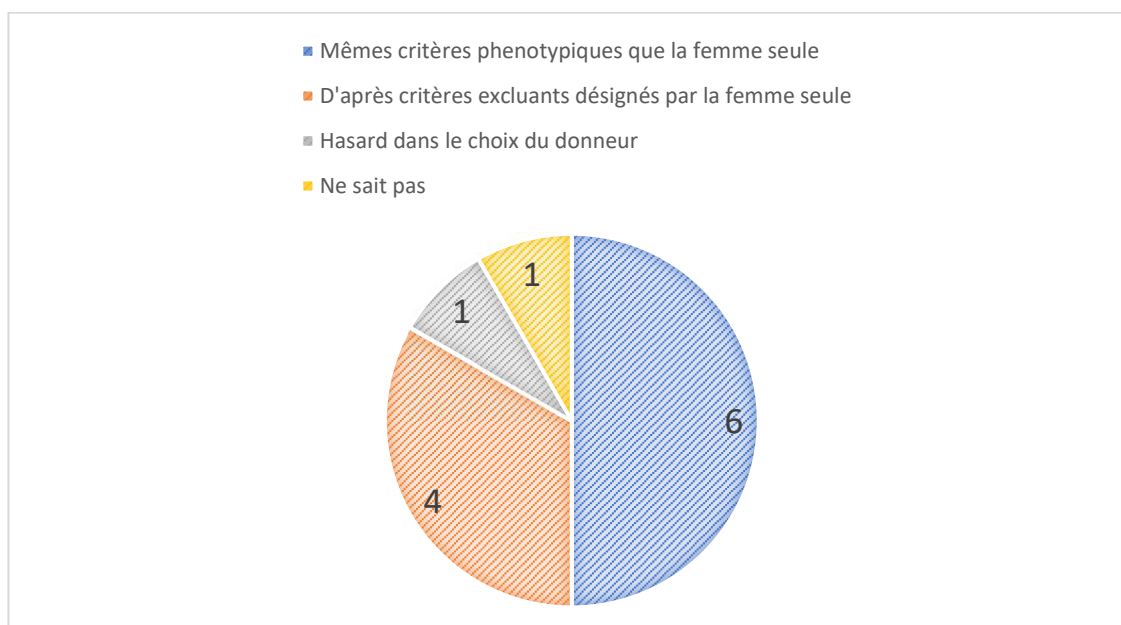
L'ensemble des professionnels nous a confié que ce sujet n'avait pas du tout été abordé en équipe au sein des centres d'AMP mais certains en ont discuté avec des équipes belges ou espagnoles. Jusqu'ici l'appariement était fondé sur la vraisemblance biologique et axée sur les caractères

phénotypiques de l'homme du couple ayant recours au don de sperme, ce qui interroge sur les critères d'appariement qui seront appliqués pour les couples de femmes et femmes seules en pratique.

En majorité, les professionnels s'accordaient à dire qu'il serait éthiquement impossible de faire choisir des critères aux couples et femmes seules. « On ne veut pas que ça dérive comme aux USA » (39) . Ils envisagent des alternatives différentes pour les couples homosexuels et les femmes seules. En effet, pour les couples homosexuels, ils envisagent tous que les caractères phénotypiques de la conjointe soient les critères qui permettront de sélectionner le donneur.

En revanche, les professionnels étaient plus partagés concernant les femmes seules.

Figure 7 Modalités envisagées par les professionnels concernant l'appariement des gamètes pour les femmes seules



En majorité, les professionnels estiment que la décision des critères d'appariement appartient in fine aux équipes biologiques.

Seuls deux médecins, un gynécologue et une sage-femme évoquaient la possibilité de laisser un choix aux patientes mais sur différents items prédéfinis, comme par exemple, la taille du donneur ou la couleur de peau du donneur.

Un médecin a souligné que cette question devrait être discutée par la fédération des CECOS en commission d'éthique et dans les différents centres.

L'appariement des gamètes, question la plus technique de notre étude n'a pas été anticipé, ni discuté au sein des équipes d'AMP. En revanche, il n'est pas rare que les médecins et sages-femmes aient discuté de ce point avec leurs homologues belges ou espagnols. Concernant les femmes en couple, la réponse des professionnels s'inspire du modèle espagnol à savoir l'appariement sur des critères physiques de la conjointe. (34) Mais concernant les femmes seules, la question divise : en effet, la réponse espagnole qui est l'appariement physique avec la femme demandeuse, n'est pas satisfaisante pour certains professionnels, estimant que les femmes seules devraient pouvoir bénéficier de paillettes de donneurs de différentes ethnies si elles le souhaitent.

Si plusieurs possibilités sont envisageables et ont été évoquées par les professionnels interrogés, le projet de loi fixe qu'aucun appariement ne pourra être fait sans discussion avec le couple. (35)

4.3.4 Motifs de refus des équipes de mise en place d'un parcours d'AMP

Tableau 3. Motifs de refus d'accès à l'AMP évoqués par les professionnels

Ponctuels	Définitifs
<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes au sein du couple nécessitant d'être adressé au psychologue • Traitements non suivis/ examens non faits 	<p>Surtout médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réserve ovarienne trop faible ne permettant pas d'espérer une réussite • Situation hors cadre législatif (Age de la femme > 43 ans / pas de vie commune) • Echecs trop nombreux, parcours infructueux multiples. • Pathologies psychiatriques très sévères

Selon les professionnels interrogés, aucun nouveau motif de refus ne devrait faire son apparition avec les nouvelles conditions d'accès à l'AMP.

Certains, qui avaient évoqué en premier lieu que les femmes seules n'ayant pas de projet solide pourrait constituer un nouveau motif, se sont finalement corrigés, nous indiquant qu'il s'agirait plutôt de motif d'accompagnement accru que de refus.

Depuis de nombreuses années, il semble communément admis par les professionnels de l'AMP que le critère d'âge est un motif de refus de prise en charge important. (40) Ce motif sera sûrement aussi un motif de refus de prise en charge de certaines femmes seules ou en couple homosexuel.

La multiplication du nombre d'échecs et l'insuffisance de la réserve ovarienne aussi sont des motifs de refus souvent invoqués depuis longtemps. (41) L'ensemble des motifs de refus actuels perdurera en ce qui concerne les femmes seules et couples de femmes, même si les refus définitifs sont surtout liés à des motifs médicaux qui ne concerneront donc pas la majorité des femmes seules et en couple homosexuel. Mais aucun nouveau motif de refus spécifique ne devrait apparaître.

4.4 Points forts de l'étude

L'un des points forts de l'étude est qu'en tant qu'étude qualitative, elle nous a permis, par la réalisation d'entretiens semi-directifs, d'aller au contact des professionnels travaillant en AMP et de recueillir leurs avis, leurs projections sur plusieurs points de la modification d'accès à l'AMP. Plusieurs sujets étaient ciblés mais les professionnels ont pu exprimer leur vision des choses et celle de leurs équipes respectives librement, faisant émerger de nouvelles interrogations et hypothèses.

Le choix d'une population d'étude constituée de deux professions a permis une étude plus large des professionnels des centres et la mise en évidence de nombreuses similarités entre les réponses sur la plupart des sujets abordés indifféremment de la profession exercée.

Mais cela a aussi permis de montrer quelques différences de réponses selon la profession exercée surtout sur la question du sens de la profession modifié par l'ouverture de l'accès à l'AMP .

4.5 Limites et biais

Un premier biais identifiable dans notre étude, est le biais de désirabilité sociale, cela consiste à montrer une facette de soi positive quand on est observé. Certains thèmes abordés au cours de l'entretien notamment la question du sens du métier et de la mission auprès des femmes et des couples pouvaient amener les professionnels à se confier davantage à titre personnel et les inciter à ne pas dire exactement ce qu'ils pensaient de peur d'être jugés. Nous avons tenté de réduire ce biais en rassurant les professionnels, en rappelant l'anonymisation totale des données et en redéfinissant précisément les objectifs de l'étude ainsi qu'en multipliant les entretiens pour avoir des points de vue différents sur ces éléments. Ce biais n'a pas pu être totalement réduit mais malgré tout, les professionnels ont pu s'exprimer librement au cours des entretiens.

Le deuxième biais de notre étude est un biais de sélection, en effet, au sein de la population d'étude se trouvent deux biologistes. Ce fut un choix de ne pas interroger uniquement des gynécologues dans cette étude car les biologistes vont aussi être concernés dans leur pratique par ces modifications législatives concernant la bioéthique, il paraissait donc intéressant de ne pas les exclure de l'étude. Ce biais a été limité car les thèmes abordés étaient surtout des questionnements d'équipes, qui sont donc abordés par les professionnels des centres clinico-biologiques ensemble.

Un biais de sélection supplémentaire est introduit dans l'étude par la sélection de la population. En effet, la population étudiée n'exerce qu'au sein de la région Ile De France.

On sait que l'activité d'AMP étant différente dans les régions, l'influence de l'ouverture de l'AMP sur les pratiques des professionnels sera différente et notre étude étant basée sur une méthode qualitative il est impossible de généraliser les résultats obtenus à la France entière.

Enfin notre étude présente une limite, inhérente à toute étude qualitative qui est la part de subjectivité liée à l'interprétation du chercheur lors de l'analyse de contenu.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de déterminer quelle influence aura l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules sur la pratique des médecins et sages-femmes travaillant dans des centres d'AMP en Ile de France. Notre étude nous a permis de comprendre que cette modification d'accès à l'AMP va influencer les professionnels qui craignent de devoir gérer une hausse soudaine des demandes de recours à l'AMP et donc une augmentation des délais d'accès au parcours d'AMP en lui-même. Les équipes clinico-biologiques des centres d'AMP et particulièrement les biologistes des CECOS, vont devoir gérer une augmentation du nombre de parcours d'AMP nécessitant un don de sperme simultanément avec une diminution du nombre de donneurs, conséquence de la levée d'anonymat du don prévue par le projet de loi.

Concernant la prise en charge médico-psychologique, la pratique des médecins et sages-femmes ne devrait, selon ces derniers, pas se trouver modifiée et ceux-ci pensent en majorité, au contraire tendre vers une stricte égalité dans la prise en charge des patientes.

Cette étude nous a en revanche permis de constater que si les sages-femmes ne considèrent pas que l'ouverture de l'AMP va modifier le sens de leur exercice ou leur mission auprès des femmes et couples, les médecins sont plus partagés. Pour la moitié des médecins interrogés, la disparition du caractère pathologique de l'infertilité va forcément occasionner un changement du sens de leur profession puisqu'il y aura une sortie du cadre médical strict.

Les équipes clinico-biologiques s'attendent à des changements, quelques discussions d'équipes ont été amorcées mais encore beaucoup d'interrogations demeurent au sein des équipes sur la mise en pratique de cet élargissement d'accès à l'AMP.

A ce jour, le projet de loi de bioéthique qui vient d'être voté en deuxième lecture à l'assemblée nationale le 31 Juillet dernier et qui est en attente d'une deuxième lecture au sénat, il fait toujours mention à l'article L. 2141-2 de l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et femmes seules. (35)

Il serait intéressant, afin de compléter cette étude, d'effectuer un travail de recherche après l'adoption définitive du texte de loi et sa mise en application sur un an. Réaliser des entretiens auprès des professionnels à posteriori permettrait de déterminer si leurs projections étaient exactes concernant cet élargissement d'accès à l'AMP et quels ont été les changements au sein des équipes.

Bibliographie

1. INSERM. Assistance Médicale à la Procréation. [En ligne]
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>. (Page consultée le 26 Juin 2020).
2. Assemblée, Nationale. Loi n° 94-654 du 29 Juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. JORF n°175 du 30 juillet 1994.
3. Khaïat L, Marchal C et al. *La maîtrise de la vie*. Paris : ERES, 2012, 259p.
4. La mission d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique, Assemblée Nationale. *Rapport d'information N°1572 du 15 Janvier 2019*. <http://www.assemblee-nationale.fr> : 378P (consulté le 24 Avril 2019).
5. Agence de la Biomédecine. Activité: AMP. [En ligne] www.procreation-medicale.fr. (Page consultée le 1er Octobre 2018).
6. Jouannet.P. *Procréation: Médecine et Don*. Paris : 2é ed.,Lavoisier, 2016, 362P.
7. Crotti, Cyrielle. Le contournement de la loi par le franchissement des frontières : de l'assistance médicale à la procréation au tourisme procréatif. *Mém.fin études*. Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée : Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2015. Vol. 71 pages.
8. Fivnat. [En ligne] www.fivnat.fr. (page consultée le 8 Juin 2019).
9. Agence de la Biomédecine. *Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation*. 2016.
10. Mandelbaum, J. L'assistance médicale à la procréation, une technique médico-biologique inscrite dans le champ social. *Sciences sociales et santé*. 2012, Vol. 30, p. 31-38.
11. Dayan J, Trouvé C. Désir d'enfant et pma : quelques aspects sociologiques. *Spirale*. 2004, Vol. n°32 p. 27-32.
12. CCNE. *Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle,N°3*:. 23/10/1984,. <https://www.ccne-ethique.fr/>, (consulté le 24/04/19).
13. Olivennes.F, Hazout.A, Frydman.R. *Assistance médicale à la procréation*. 3é ed.,Paris : Masson, 2006, 240P.

14. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation. JORF N°159 du 08/07/2017, Texte 20 sur 129. NOR : SSAP1719338A.
15. Hamamah.S, Saliba. E, Gold.F et al,. *Médecine et Biologie de la reproduction*. 2é ed Paris : Masson, 2004, 408P.
16. Montagut, J. L'assistance médicale à la procréation à l'heure de son réexamen. *Médecine & Droit*. 1999,, Vol. 1999 issue 34 p.1-6.
17. Faucher, J. Assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique: entre réglementation des pratiques et appel l'émergence du sujet éthique. *Revue Française des Laboratoires*. 1995, Vol. 1995 Issue 178, pages 21-25.
18. Legifrance. [En ligne] www.legifrance.gouv.fr. (Page consultée le 20 Janvier 2019).
19. Assemblée Nationale. loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, version consolidée au 20 juin 2019. JORF n°182 du 7 août 2004.
20. Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, version consolidée au 20 juin 2019. JORF n°0157 du 8 juillet 2011 .
21. Dupuy, Charlotte. Quelle place la sage-femme occupe-t-elle dans les centres d'assistance médicale à la procréation, en France, en 2012 ? Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme. *Faculté de Médecine de Paris Descartes, Ecole de Sages-Femmes Paris Beaudeloque*. 2013. 83 pages. dumas-00873488.
22. Schuller, Constance. La décision médicale dans le champ de l'assistance médicale à la procréation. Une analyse sociologique des pratiques et représentation des spécialistes. *Thèse en sociologie en vue de l'obtention du titre de Docteur de l'université Paris 13; 449 pages*. Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité : s.n., 2018. TEL-01777930.
23. Mollar, C. Les techniques biomédicales en matière d'assistance médicale à la procréation conçues dans l'objectif de pallier l'infertilité médicale peuvent-elles évoluer de manière à être utilisées pour remédier à l'infertilité sociale ? *Médecine et Droit*. 2017, Vol. 2017. p 1-10.
24. Mathieu, S. Faire famille aujourd'hui : une éthique de l'Assistance médicale à la procréation. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2013, Vol. 41 , issue 9 p 532-536.

25. CCNE. *Avis 129 Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique*. 2018 : <https://www.ccne-ethique.fr/>,165P, (consulté le 20 Avril 2019).
26. Bolter F, Quinqueton D. *Pour l'égalité des droits à la PMA*. : Fondation Jean Jaurés, 2018.
27. Assemblée Nationale. *Etude d'impact : projet de loi de bioéthique*. 23 Juillet 2019.
28. Human Fertilization and Embryology Authority . *Trends in eggs and sperm donation*. 2017.
29. Day, M. Number of sperm donors rises despite removal of anonymity in UK. 2007
30. Agence de la Biomédecine. *Encadrement Juridique international dans le domaine de la bioethique*. 2016.
31. Debry, J.-M *Le don de sperme en Belgique : entre loi et pratique..* 2009.
32. Médecin. *Entretien N°3*.
33. Médecin. *Entretien N° 11*.
34. Eugin. Avant de commencer...quels tests dois-je passer ? [En ligne] consulté le: 20 Juillet 2020.
35. Assemblée Nationale. *Projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture relatif à la bioéthique*. le 31 juillet 2020. TA. n° 474.
36. Médecin. *Entretien N°1*.
37. Sage-femme. *Entretien N°6*.
38. Médecin. *Entretien N°10*.
39. Sage-Femme. *Entretien N°5*.
40. Belaisch-Allart, J. Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2005, Vol. 34 Issue 7, p.18-41.
41. F, Olivennes. Arrêt de prise en charge en AMP : résultat d'une enquête en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Vol. 34, Issue 7, Part 2, Novembre 2005, Pages 7-9.

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Profil des professionnels

- Profession ?
- Âge du professionnel ?
- Année du diplôme ?
- Depuis quand travaillez-vous dans un centre d'AMP ?

Thème 1

Délais d'accès à l'AMP et don de sperme

- Pensez-vous qu'une augmentation soudaine des recours à l'AMP va se produire suite à la modification des conditions d'accès ? Pourquoi ?

- si oui, comment voyez-vous la gestion de l'augmentation de délais par votre équipe dans ce centre ?

- En pratique, un ordre de priorité risque-t-il d'être mis en place, concernant l'accès des couples/ Femmes seules à l'AMP ?

- Quelle est la différence en terme de durée entre un parcours d'AMP intra-conjugale et un parcours avec recours à un 1/3 donneur ?

- Selon vous l'ouverture de l'accès à l'AMP risque-t-elle de modifier le nombre de donneurs ? en quel sens ?

- Pensez-vous que le profil des donneurs risque de changer avec cette modification de la loi ?

- Pensez-vous que la suppression de la garantie de l'anonymat du don, aura des conséquences sur le don de sperme ? Si oui lesquelles ?

- Selon vous, comment l'attribution du sperme de tiers donneurs devrait-elle se faire en pratique ? Y a-t-il des discussions à ce sujet au sein de votre équipe ? Qu'en pensez-vous ?

- Comment se fera l'appariement jusqu'ici fondé sur la vraisemblance biologique, la ressemblance physique, pour les femmes en couples homosexuels ? Pour les femmes seules ?

- Pouvez-vous me parler du parcours initial de prise en charge des couples atteints d'infertilité ?

Thème 2

- En quoi devrait consister « l'évaluation médicale » du couple ou de

- Prise en charge des couples et femmes seules
- la femme non mariée, lors de l'entretien préalable à la mise en place de l'AMP prévue dans le projet de loi?
- Quels examens paracliniques devraient être prescrits aux femmes seules et en couples homosexuels ?
 - Comment sera organisée l'évaluation psychologique des couples de femmes et femmes seules ? Quels seront les critères ?
 - Cette évaluation psychologique sera t'elle la même chez les couples hétérosexuels ayant recours au don de sperme ?
 - Que pensez-vous de l'entretien avec un psychologue/psychiatre jusque-là facultatif pour les couples ?
 - Y aurait-il un intérêt selon vous à le rendre obligatoire ?
 - Actuellement : Quels sont les motifs de refus les plus courant concernant l'accès parcours AMP ?
 - Avec cet élargissement de l'accès à l'AMP de nouveaux motifs de refus pourraient-ils apparaitre ?
 - Avez-vous l'impression qu'avec cet élargissement d'accès à l'AMP, votre métier et votre mission auprès des femmes et des couples va changer? Dans quel sens?

Annexe II : Exemple d'entretien retranscrit

Profil des professionnels

- Profession
Sage-Femme
- Âge du professionnel ?
25 Ans
- Année du diplôme
2019
- Depuis quand travaillez-vous dans un centre d'AMP ?
Septembre 2019

Thème 1 : Délais d'accès à l'AMP et don de sperme

-Pensez-vous qu'une augmentation soudaine des recours à l'AMP va se produire suite à la modification des conditions d'accès ? Pourquoi ?
Oui il va sûrement y avoir un effet de pic puis un tassement au bout d'un ou deux ans. Beaucoup de demandes sur 1 an ou 2 car beaucoup de gens sont dans l'attente, je pense qu'il va y avoir beaucoup de demande au début. Comme lorsque le mariage pour tous est passé. Puis la demande restera peut-être un peu supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui mais ça s'équilibrera.

-Si oui, comment voyez-vous la gestion de l'augmentation des délais par votre équipe dans ce centre ?
On peut envisager d'avoir une sage- femme qui gèrait plus particulièrement ces nouvelles patientes. Sur l'exemple de la sage-femme qui gère plutôt ce qui est don d'ovocyte. Peut-être que ce serait bien de recruter une Sage-Femme dédiée à ça et au niveau des médecins, recruter aussi, pourquoi pas.

- En pratique, un ordre de priorité risque-t-il d'être mis en place, concernant l'accès des couples/ femmes seules à l'AMP ?
Je n'ai jamais pensé à cette question, [hésitation]. S'il y avait une priorisation ce serait un peu discriminant. A priori non, mais je ne sais pas comment ça va s'organiser en pratique.

-Quelle est la différence en terme de durée entre un parcours d'AMP intra-conjugale et un parcours avec recours à un 1/3 donneur ?
[Reflexion] Alors en intraconjugal il y a déjà des délais avant la 1ère consultation, une fois qu'ils sont rentrés dans le parcours, ce n'est pas si long que ça. Environ 1 an. Il y a la 1ère consultation avec la prescription des examens puis ils revoient le médecin et puis la Sage-Femme.

Mais tout ce qui est parcouru avec 1/3 donneur, il y a un délai supplémentaire car il y a des rendez-vous en plus et l'attente de la gamète. Après ce qui existe dans les CECOS c'est que si les gens apportent un donneur, leur délai d'attente est raccourci en tout cas pour le don d'ovocyte, cela fait gagner plusieurs mois. Un parcours avec don nécessitera plutôt dans les 2 ans.

-Selon vous l'ouverture de l'accès à l'AMP risque-t-elle de modifier le nombre de donneurs ? en quel sens ?

Il n'y a pas forcément beaucoup de donneur mais pas mal de dons. Dans ce centre ce délai risque de s'allonger mais pas forcément.

Il y a beaucoup d'hommes qui rentrent dans le parcours de dons mais ne vont pas au bout. Après les équipes de biologistes parlent déjà aux potentiels donneurs des éventuelles modifications de lois, ce qui risque d'amoindrir l'effet de « chute ». Ça fait déjà quelques temps que les hommes sont informés dès la 1^{ère} consultation. Le travail est déjà fait en amont en fait.

Le nombre de donneur devrait rester stable.

Globalement il y a beaucoup de donneurs de sperme, les campagnes d'incitation au don ont bien fonctionné, c'est plus côté ovocyte où il y a une pénurie.

Après c'est plus simple de donner du sperme.

Je pense qu'on est aussi bien informé en France, donc quand les hommes viennent pour initier un parcours de don ils savent déjà.

Et je pense que si quelques dons sont perdus par cette ouverture, quelques donneurs se rajouteront pour les mêmes raisons, car se sentiront plus concernés ou seront motivés par des couples de femmes et femmes seules à donner. Donc ça devrait s'équilibrer finalement.

-Pensez-vous que le profil des donneurs risque de changer avec cette modification de la loi ?

Peut-être un peu mais je ne sais pas trop [silence] si je me base sur le don d'ovocyte, le profil a un peu changé quand on a modifié les lois, du coup j'imagine qu'en changeant les lois encadrant le don de sperme c'est pareil. Ce qu'on avait changé c'est que les femmes qui n'avaient pas d'enfants pouvaient donner, du coup ça a admis beaucoup de femmes jeunes et beaucoup de femmes qui voulaient préserver.

Peut-être qu'il y aura plus de jeunes car ils seront plus informés ou plus ouverts mais ceux qui donnent déjà, sont déjà favorable à l'AMP en général.

-Pensez-vous que la suppression de la garantie de l'anonymat du don, aura des conséquences sur le don de sperme ? Si oui lesquelles ?

Oui je pense parce que finalement ce n'est pas hyper facile de se dire que quand on fait du don que l'enfant né d'un don pourra accéder à beaucoup d'informations sur nous.

C'est ma crainte, que ça diminue le nombre de donneurs. Mais comme je disais tout à l'heure comme les gens sont déjà informés ce ne sera pas une chute brutale du nombre de donneur, ce sera plus progressif.

Je pense qu'au début le nombre de demande de don sera forte et du coup cette chute se ressentira même si elle n'est pas brutale mais après un

équilibre va se mettre en place.

-Selon vous, comment l'attribution du sperme de tiers donneurs devrait-elle se faire en pratique ? Y a-t-il des discussions à ce sujet au sein de votre équipe ? Qu'en pensez-vous ?

On n'a pas discuté de ça...je ne sais pas trop, c'est plus spécifique aux biologistes. Ça va dépendre du stock année par année. C'est une bonne question [rires]. Je pense qu'à partir du moment où la loi va passer on ne devra plus discriminer ou prioriser même pour des raisons médicales car ce ne sera plus un critère.

Actuellement nous prenons en charge des couples transgenre dans la partie don sans aucune discrimination, ni priorisation. Pourtant c'est une azoospermie de fait mais pas 100% médicale. Il n'y aura pas de gradation entre un problème médical et une infertilité sociale.

-Comment se fera l'appariement jusqu'ici fondé sur la vraisemblance biologique, la ressemblance physique, pour les femmes en couples homosexuels ? Pour les femmes seules ?

Je pense que ce sera comme ce qui est fait actuellement, on n'a pas envie de tomber dans le travers des USA avec un « choix sur catalogue ».

Ça peut être dur pour les couples car ils n'ont pas la « main » sur ce choix mais c'est quand même sur des critères d'appariement biologiques et physiques, plutôt basés sur l'ethnie/ couleur de peau/ groupe sanguin. Pas des critères hyper précis sur les traits physiques mais un minimum ressemblant. Le modèle actuel est adaptable aux couples de femmes et pour les femmes seule, ce sera basé sur la ressemblance avec elle-même.

Je trouve que ce qui est fait est assez équilibré et donc ça ne devrait pas changer. On ne tombe ni dans un excès ni dans l'autre.

Thème 2 : Prise en charge des couples et femmes seules

-Pouvez-vous me parler du parcours initial de prise en charge des couples atteints d'infertilité ?

Les couples sont souvent adressés ici.

Donc à la première consultation avec le médecin : on fait l'interrogatoire et on aborde l'aspect médical de la question. Ça sert à voir si les couples ont réellement besoin de PMA ou si des habitudes / addictions peuvent changer les choses.

Ensuite, prescription des examens hystéroscopie, Hystérosalpingographie, échographie des ovaires et de l'utérus et bilan biologique.

L'homme rencontre un biologiste et fait des examens (spermogramme/ spermocytogramme/ test de migration survie).

Il y a une 2ème consultation où le médecin explique les résultats et oriente le couple vers une technique particulière. En général si c'est une IUI ou surtout si c'est un rapport programmé on ne voit pas les patientes.

Ensuite à la consultation avec la sage-femme, on fait l'écho et on met en place le protocole.

Ensuite les patientes prennent leur traitement, elles font leur suivi echo et leurs bilans sanguins puis on programme une ponction et une insémination. On fait beaucoup d'éducation thérapeutique, on voit les patients plusieurs fois et ils ont un contact avec nous car ils ont nos numéros de téléphone. Les consultations se font en couples. On récupère aussi beaucoup de consentements etc...

-En quoi devrait consister « l'évaluation médicale » du couple ou de la femme non mariée, lors de l'entretien préalable à la mise en place de l'AMP prévue dans le projet de loi?

Il y a quand même des examens invasifs qui sont faits aux femmes actuellement, or les femmes qui vont consulter qu'elles soient en couple lesbien ou seules seront majoritairement fertiles.

Après ce qui compte beaucoup pour nous en AMP chez les femmes c'est l'évaluation de la réserve ovarienne qui est faite par échographie avec compte des follicules antraux et bilans hormonaux.

Après aller jusqu'à faire des hystérocopie ou hystérosalpingographie c'est à faire selon les signes d'appel pour moi. Je pense que si on ne recherche pas une infertilité purement médicale on ne serait pas obligé de faire tout le panel des examens médicaux, c'est déjà le cas, il y a déjà certains couples hétérosexuels que l'on suit pour lesquels on ne fait pas tous les examens médicaux, notamment dans les infertilités secondaires. Après ce sont les médecins qui choisissent au cas par cas de retirer des examens. Mais bon, on est quand même très systématiques. Peut-être que si on met une plus grande part sur l'interrogatoire et l'échographie utérine on pourrait éviter certains examens invasifs/ douloureux.

Je pense qu'il faudrait se concentrer sur les signes d'appel.

-Quels examens paracliniques devraient être prescrits aux femmes seules et en couples homosexuels ?

Comme les femmes qui consultent actuellement, c'est nécessaire pour stimuler une personne, sinon on ne sait pas quel traitement et quel dosage il faut.

-Comment sera organisée l'évaluation psychologique des couples de femmes et femmes seules ? Quels seront les critères ?

Comme elles seront dans le recours au don elles seront vues par les psychologues du cecos. Eux, ils évaluent des receveurs et donneurs. Les psychologues du service sont plutôt destinés au parcours intra-conjugal. Je ne sais pas en quoi constituerai exactement l'évaluation, qu'est-ce qu'ils vont rechercher exactement ?[temps de réflexion]. Mais ce qui est déjà discuté c'est comment les gens envisage leur parentalité et comment les gens se positionne par rapport au don donc je ne vois pas en quoi ce serait différent. Ce sera les mêmes questions.

Souvent avec le don une question est beaucoup discutée, c'est comment ils envisagent de faire part à l'enfant qu'il est issu d'un don. Or cette question sera simplifiée de par le fait dans les couples de femmes et femmes seules.

Il y a en France, beaucoup de tabou autour du don, dans les familles, qui seront peut-être moindre chez ces femmes.

- Cette évaluation psychologique sera t'elle la même chez les couples hétérosexuels ayant recours au don de sperme ?

Oui

- Que pensez vous de l'entretien avec un psychologue/psychiatre jusque là facultatif pour les couples ?

Les couples en PMA, beaucoup auraient besoin d'un psychologue mais peu le font. L'image des psy est trop négative en France, les patientes nous confie beaucoup de choses et on les oriente au maximum, mais elles n'acceptent pas toutes alors que ce serait bien... car beaucoup d'infertilité sont aussi dues au côté psy, on le sait !!

- Y aurait-il un intérêt selon vous à le rendre obligatoire ? Si oui pour tous les couples et femmes non mariées ?

Oui, [hésitation] enfin peut être pas le rendre obligatoire mais vraiment inciter les couples. Mais il n'y a pas assez de psy.

C'est toujours bénéfique quand les patientes voient une personne qui n'est pas un personnel médical strict.

C'est beaucoup proposé mais les gens n'acceptent pas beaucoup par crainte ou manque de temps.

Mais ce sont des parcours longs et il faudrait en discuter.

- Actuellement : Quels sont les motifs de refus les plus courant d'accès parcours AMP ?

On a refusé des couples qui ne vivaient pas ensemble !!

Sinon c'est surtout :

- *L'Age qui est un point très important > 43 ans*
- *Les facteurs sur la réserve ovarienne, si insuffisante*
- *Les parcours infructueux ailleurs et échecs nombreux*
- *Les couples instables*

Certains motifs sont temporaires et d'autres plus définitifs en fait

- Avec cet élargissement de l'accès à l'AMP de nouveaux motifs de refus pourraient-ils apparaitre ?

Pas plus que ça, ce sera des motifs déjà existants.

- Avez-vous l'impression qu'avec cet élargissement d'accès à l'AMP, votre métier et votre mission auprès des femmes et des couples va changer ? Dans quel sens ?

Eh bien. En tant que sage-femme, on accompagne tous les couples quel que soit leur parcours, leur histoire.

C'est une avancée car toutes ces situations existent déjà et en tant que Sage-Femme, on les accompagne déjà en SDN ou autre. Ma mission ne va pas changer c'est d'accompagner les couples et les femmes dans leur projet procréatif et de parentalité.

Annexe III : Formulaire de consentement de participation à l'étude

Formulaire de consentement

Participation mémoire de fin d'études de Sage-Femme

Mémoire réalisé par Mme Place Bérengère,
Sous la direction de Mme Marta Spranzi

Présentation de l'étude :

Le thème du mémoire réalisé est l'ouverture de l'accès à l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules.

La question de recherche à laquelle cette étude va permettre de répondre est la suivante :

« Quelle influence l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules pourrait-elle avoir sur la pratique des Médecins et Sages-Femmes travaillant dans les centres d'AMP ? »

Ce travail de recherche est basé sur une étude qualitative nécessitant la réalisation d'entretiens auprès des Médecins et Sages-Femmes exerçants dans des centres d'Assistance Médicale à la Procréation.

Recueil de Consentement

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Service et Hôpital :

Joignable au (téléphone) ; (donnée facultative) :

E-mail :

Accepte de participer à l'étude décrite ci-dessus.

- Je déclare avoir reçu toutes les informations pertinentes et je donne mon consentement à un entretien dans ce cadre.
- Je comprends que toutes les données seront anonymisées et que les principes du secret médical et de confidentialité seront respectés au sujet des sujets évoqués.
- J'ai bien compris que j'ai le droit d'arrêter ma participation à tout moment, sans avoir à fournir d'explication et refuser que les données recueillies soient utilisées.
- J'accepte que l'entretien soit enregistré à des fins de retranscription et de traitement des données.
- Je pourrai être informé et consulter les résultats finaux de l'étude. Les entretiens ne sont réalisés qu'après accord préalable du Chef de service/ cadre du service dans le cas où ces entretiens auront lieu dans le cadre hospitalier.

Date et signature :