

Les contraintes économiques pèsent-elles sur les conditions d'exercice ?


Ce déséquilibre économique pose la question des conditions d'exercice de cette activité également dans les établissements privés qui, par nature, sont davantage spécialisés et ne peuvent absorber les surcoûts grâce aux autres secteurs de soins. L'activité devant dégager impérativement des bénéfices, il est nécessaire de trouver des réserves de productivité : en internalisant une partie de l'activité qui pourrait être réalisée en ville à proximité du domicile des couples ? Ou en multipliant les actes les plus rémunérateurs ? À ce titre, l'enquête de 2008 nous a permis de dégager des tendances entre les secteurs privé et public, concernant la répartition du personnel et les pratiques d'anesthésie.

Pour le premier point, on observe une densité plus forte des médecins dans le privé que dans le public, qui résulte de la délégation de tâches plus fréquentes à l'hôpital grâce à la présence historique de sages-femmes et d'internes. Par conséquent, le nombre de consultations est également plus important, une partie de la prise en charge étant assurée, aux cours d'entretiens non facturés, par les internes, les psychologues ou des paramédicaux.

De même, les ponctions ovocytaires sous anesthésie générale sont systématiques dans le secteur privé,

alors que les pratiques sont plus diversifiées dans le public. Cette différence n'est pas neutre non plus d'un point de vue économique, car les actes d'anesthésie sont facturables.

En l'état, il faut mettre en adéquation les moyens avec les objectifs affichés

Le diagnostic des moyens de financement inhérents à l'AMP illustre une situation contradictoire. D'un côté les couples bénéficient d'une prise en charge financière totale du traitement de leur infertilité, la société ayant fait le choix de les prendre en charge à 100 %. Si tout se passe bien, l'effort financier pour le couple est quasiment nul, alors qu'il a bénéficié d'une activité de pointe. Or, dans le même temps, les modalités de financement des centres ne se sont pas adaptées alors que l'activité était en plein essor. Pour assurer la cohérence globale du système, le financeur aura la responsabilité de proposer des moyens de financement adaptés aux pratiques de soins. Pour que l'AMP puisse répondre aux attentes des couples dans de bonnes conditions, il faut mettre en adéquation les moyens avec les objectifs : ce qui ne relève pas d'un financement à l'acte, mais qui fait intégralement partie de la prise en charge, doit être pris en compte dans la T2A. 

Pluralité des lois et des pratiques en AMP au niveau européen

L'activité d'AMP est autorisée dans les 27 pays membres de l'Union européenne, mais les lois sont très différentes dans leurs principes comme dans leur contenu, voire inexistantes ou encore non appliquées.

Des lois différentes dans leurs fondements

On distingue deux approches fondamentalement différentes : certains pays considèrent, comme en France, que l'AMP est une activité de soins destinée à traiter une infertilité médicalement constatée, donc réservée à des couples hétérosexuels en âge de procréer et prise en charge à des degrés divers par le système d'assurance maladie du pays. C'est le cas de l'Italie, l'Allemagne, ou encore l'Autriche, le Portugal, la Slovaquie. D'autres pays à l'inverse considèrent que l'AMP relève d'un choix personnel et doit répondre à toutes les demandes, y compris celle du droit à l'enfant par les femmes célibataires, les couples homosexuels ou les femmes ayant dépassé l'âge de la fertilité. C'est le cas de la Grèce, l'Espagne, le Royaume-Uni, la Belgique, les Pays-Bas et des pays scandinaves. Dans les cas où les techniques d'AMP sont utilisées pour une « infertilité

sociale », les soins ne sont alors pas pris en charge par une assurance maladie [1].

Sur le plan juridique l'accès à l'AMP soulèvent d'autres questions telles que la reconnaissance du lien entre les membres d'un couple homosexuel ou la filiation des enfants nés d'une mère porteuse. D'autre part, des principes tels que l'intégrité et la non patrimonialité du corps humain, affirmés dans les lois de bioéthique françaises [40], n'existent pas dans d'autres lois, et le statut de l'embryon fait l'objet de définitions diverses selon les pays.

Des lois hétérogènes dans leur contenu et dans leur champ d'application

Le champ couvert par les lois est variable. Certains pays ont un cadre législatif général au sein duquel des règles de bonne pratique sont fixées par les professionnels. Dans d'autres pays comme la France, la loi est très détaillée dans son contenu.

La question du recours aux gamètes de tiers donneurs illustre bien ces différences. Admis dans la plupart des pays, sauf en Italie et en Lituanie, certains pays distinguent cependant le type de gamètes. En Allemagne, en

Béatrice Sénémaud
Médecin de santé publique, responsable relations internationales et éthique, Agence de la biomédecine



L'assistance médicale à la procréation

Autriche, en Croatie et en Norvège, le don de sperme est autorisé mais le don d'ovocytes est interdit, au nom du droit de l'enfant à avoir une même mère génétique et gestationnelle. De même, le Portugal, la Slovaquie et la Suède autorisent le don de gamètes, alors qu'ils interdisent le don d'embryons. La question de l'anonymat est traitée de façon bien différente. La Suède a établi dès 1984 le principe du droit de connaître ses origines dès que l'enfant a une maturité suffisante. Les parents sont encouragés à dire à l'enfant comment il a été conçu, et une institution est chargée d'accompagner l'enfant dans sa recherche. Dans les faits, elle est très peu sollicitée par les enfants issus d'un don de gamètes et les couples ont tendance à ne pas révéler aux enfants leur mode de conception.

Les Pays-Bas ont levé l'anonymat des dons de sperme en juin 2004, entraînant une chute importante du nombre de donneurs. En Norvège, une loi transitoire restreint le don de sperme aux donneurs acceptant d'être identifiés, ce qui a provoqué une importation importante de paillettes en provenance de banques danoises où le don est anonyme.

En Autriche, la transmission des informations sur le donneur relève du droit constitutionnel de connaître ses origines.

En Belgique, où la question n'est pas tranchée par la loi, l'anonymat semble être de règle pour les donneurs de sperme et d'embryons, mais pas pour le don d'ovocytes car il résulte généralement d'un accord avec une donneuse appartenant au cercle amical et familial de la receveuse. En Allemagne, selon un arrêt de la Cour fédérale constitutionnelle, le droit au développement de la personnalité comprend celui de connaître sa filiation biologique. Pour que l'enfant à naître puisse plus tard exercer ce droit, le médecin doit informer le donneur de

sperme qu'il devra accepter que son nom soit donné à l'enfant si celui-ci le demande. Au Royaume-Uni, la levée de l'anonymat des donneurs en 2005 a modifié l'activité de don de sperme et entraîné un mouvement de certaines demandeuses vers les banques danoises où l'anonymat est possible.


Le principe d'anonymat prévaut dans la loi en Espagne, en Grèce, en Lettonie, en Lituanie et en Slovaquie. En Pologne, en l'absence de loi spécifique à l'AMP, le médecin est lié par le secret médical qui couvre à la fois le recours à un traitement d'AMP et l'identité du donneur de gamètes. En Espagne, le personnel médical est autorisé à renseigner l'intéressé sur certaines caractéristiques physiques ou sociales du donneur, comme son nombre d'enfants. Cependant, la condition de procréation antérieure pour les donneurs de gamètes ne se retrouve qu'en France.

Un autre exemple est le principe de non-rémunération des donneuses d'ovocytes, qui en théorie fait l'unanimité au sein de l'Union européenne, mais est appliqué avec des nuances. Ainsi le Royaume-Uni a mis au point un programme de partage d'ovocytes par lequel une femme peut être traitée en AMP à moindre coût si elle cède une partie des ovocytes produits lors de la stimulation ovarienne à d'autres femmes. L'Espagne, quant à elle a opté pour un barème d'indemnisation forfaitaire fixé à 900 euros par ponction ovarienne, ce qui se traduit par un délai d'attente très court pour bénéficier d'un traitement avec don d'ovocytes.

La question de la gestation pour autrui démontre encore plus la diversité des situations. Interdite ou criminalisée dans de nombreux pays, elle peut soit être tolérée en pratique ou bien encadrée par des textes. Dans ce cas, le droit civil est aménagé pour créer des conditions spécifiques de protection et d'indemnisation

Quelques informations sur le recours à une AMP à l'étranger pour les patients français

La disparité des législations européennes et l'offre insuffisante d'ovocytes participent au phénomène de déplacement depuis la France vers différents États de l'Union européenne, principalement l'Espagne, la Belgique et la Grèce pour bénéficier de soins reproductifs. Ce phénomène concerne les demandes non autorisées par la loi française telles que l'insémination pour des femmes célibataires ou homosexuelles, ou l'AMP avec don d'ovocytes pour des femmes ayant dépassé l'âge limite de la prise en charge. Bien qu'il n'existe pas de données disponibles sur ce type de demandes, il semble qu'elles soient minoritaires au regard des demandes des couples hétérosexuels infertiles ayant une indication de don d'ovocytes, pour laquelle l'attente est trop longue en France compte tenu de la pénurie d'ovocytes. Ainsi, en France, seuls 570 couples ont bénéficié d'un don d'ovocytes en 2009 (contre un peu plus de 16 000

en Espagne en 2008), tandis qu'au 31 décembre 1 673 couples étaient toujours en attente d'un don. Un récent rapport de l'IGAS [22] donne «... une fourchette de 1 800 à 3 600 femmes françaises recourant au don d'ovocytes à l'étranger, ce qui représente entre 80 et 85 % des prises en charge réalisées pour des couples français en 2009. Le recours aux soins transfrontaliers pour le don d'ovocytes se traduit également par le fait que 80 à 90 % des dons s'effectuent dans des cliniques et hôpitaux privés, alors qu'en France subsiste un monopole des centres publics... ». Le rapport confirme qu'« il existe des agences spécialisées, ainsi que des associations, pour répondre aux demandes spécifiques contraintes par les lois et des coûts hétérogènes et qui mettent internationalement l'offre en rapport avec la demande. C'est de cela que découle un véritable tourisme procréatif ». 

de la mère porteuse, et pour régler l'établissement de la filiation. Les Pays-Bas ont admis la gestation pour autrui par le biais du droit médical dès 1977, sans reconnaître pour autant la pratique dans le droit civil, le cadre éthique étant établi par le centre qui pratique l'activité. La Belgique n'interdit pas la pratique de la gestation pour autrui mais, en l'absence de loi, la filiation n'est pas aménagée, et le principe d'indisponibilité de la personne de la loi civile est incompatible avec un contrat de mère porteuse. Au Royaume-Uni où la GPA est autorisée depuis 1994, les principes de gratuité et les modalités du transfert de parenté légale entre la mère gestationnelle et le couple commanditaire sont prévus dans la réglementation.

Au Danemark, où la maternité de substitution est traitée dans la législation sur l'adoption, la mère porteuse n'est pas tenue de donner l'enfant aux commanditaires, qui eux ne sont pas tenus d'accepter l'enfant. La Finlande admet la pratique de la gestation pour autrui, au contraire de la Norvège et de la Suède. La Hongrie accepte le recours à une mère porteuse uniquement si les parties sont de la même famille. La Grèce a intégré un dispositif concernant la GPA dans la dernière révision de sa loi en 2005.

Une approche différente de l'activité par les systèmes de santé

La planification de l'activité d'AMP et les critères d'autorisation des centres varient considérablement selon les pays, souvent en lien avec le niveau de remboursement par les différents systèmes d'assurance maladie. Ainsi, contrairement à la France, dans des pays tels que l'Espagne, il n'existe pas de planification sanitaire pour les activités d'AMP et l'activité avec tiers donneur peut être autorisée dans le secteur privé lucratif.

Au Danemark, il existe une banque de sperme privée « leader sur le marché » qui exporte vers plusieurs pays européens, les paillettes étant commandées sur catalogue. Elle développe un réseau international de banques aux États-Unis, en Tchéquie, en Norvège et en Espagne, avec une exportation possible vers 45 pays. Pour rappel en France, où les banques de sperme dépendent du secteur public ou privé non lucratif, la communication en faveur du don de gamètes est réservée aux autorités sanitaires.

D'autre part, la diversité des codes de déontologie médicale permet que dans certains pays les centres d'AMP eux-mêmes fassent de la publicité par Internet et utilisent des techniques commerciales pour attirer la clientèle.

En ce qui concerne l'évaluation de l'activité, dans plusieurs pays la loi demande de tenir un registre des fécondations *in vitro*, mais à ce jour les quelques registres mis en place ne contiennent pas les mêmes indicateurs, ne sont pas exhaustifs ni toujours rendus public, ce qui rend les comparaisons d'activité entre les pays impossibles.

Les modalités d'autorisation et d'inspection, ainsi que les possibilités de sanction sont également variables.

Une faible régulation institutionnelle

La régulation de l'activité d'AMP inexistant dans certains pays, dépend des missions de l'autorité sanitaire compétente et de sa capacité à appliquer la loi et à promouvoir les bonnes pratiques. En 2009, seules la Human Fertilization and Embryology Authority au Royaume-Uni et l'Agence de la biomédecine en France sont des autorités compétentes ayant des missions d'encadrement et de régulation spécifiques à l'AMP. À travers l'application de la directive européenne relative au don et à l'utilisation de tissus et cellules humains¹ qui obligent les pays à mettre en place des systèmes de vigilance pour les gamètes, les États sont progressivement amenés à encadrer davantage les activités d'assistance médicale à la procréation. Ainsi, récemment le Centro Nazionale Trapianti italien a vu ses missions étendues à la rédaction des règles de bonnes pratiques en AMP, la mise en place du dispositif d'AMP Vigilance et la mise en œuvre de l'inspection des centres. De même, en Bulgarie ont récemment été confiées à l'Agence nationale de transplantation des missions relatives à l'AMP.

En conclusion

La plupart des pays de l'Union européenne ont des textes encadrant les activités d'assistance médicale à la procréation, législatifs ou professionnels, mais ils diffèrent à la fois sur le fond et sur leurs modalités d'application, et de rares pays sont dotés d'une autorité de régulation spécifique. S'il est ambitieux de vouloir harmoniser les législations des 27 pays européens, il est nécessaire d'unifier progressivement les pratiques en matière d'AMP au niveau européen sur la base de quelques principes éthiques partagés, afin que les pays puissent travailler sur des bases communes. Les patients doivent pouvoir accéder à des soins de qualité comparable partout en Europe, notamment dans le cadre de l'application de la directive européenne relative aux soins transfrontaliers en cours de vote par le Parlement européen². Les professionnels ont commencé ce travail au sein d'un groupe de l'European Society of Human Reproduction and Embryology [51] sur les soins reproductifs transfrontaliers en élaborant un code de bonnes pratiques. D'autre part, l'application de la directive tissus-cellules dans tous les pays de l'UE conduit les États à mettre en place un système de sécurité sanitaire des produits issus du corps humain commun.

Cependant le manque de représentativité des États dans le domaine de l'AMP constitue un obstacle aux échanges institutionnels et il est nécessaire pour progresser que chacun des 27 pays se dote d'une autorité sanitaire de régulation spécifique afin de pouvoir progresser de façon efficace au niveau européen. ○

1. Directives européennes 23/2004, 17/2006, 86/2006.

2. http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_fr.htm