



Les indications de Procréation médicalement assistée (PMA) sont actuellement réservées aux situations d'infertilité de couples hétérosexuels. L'extension aux femmes seules ou en couples homosexuels est demandée. **La satisfaction de ce nouveau besoin est-elle compatible avec l'état des ressources disponibles ?**

Un accroissement des **besoins** médicaux pour des couples hétérosexuels est déjà constaté, lié à une augmentation des situations d'infertilité :



Masculine avec une diminution de 50% du nombre de spermatozoïdes sur des populations comparables en 30 ans



Féminine avec une baisse de la fertilité et le risque croissant d'anomalie chromosomique de l'enfant avec l'avancement en âge de la grossesse. Aujourd'hui, une femme a sa première grossesse à 27,5 ans (contre un âge moyen de 24 ans en 1974).

Pour satisfaire ces besoins, les **ressources** reposent sur le don et sur la solidarité nationale, via l'Assurance Maladie (AM) :

- Les **gamètes** sont recueillis auprès d'hommes et de femmes donateurs bénévoles, dont le don est anonymisé, et conservé par les CECOS (Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme)
- Malgré les modifications apportées au fil des années pour élargir le **recrutement de donateurs**, si les ressources en spermatozoïdes, sont estimées suffisantes pour répondre aux seuls besoins actuels (dans un délai moyen de 12 à 15 mois), il n'en est pas de même pour le don d'ovocytes
- De plus, **la fin probable de l'anonymisation** risque de réduire le nombre de donateurs, au moins dans un premier temps, que cette fin soit due au contournement par l'accès aux données génomiques, aux rapprochements proposés par des banques adhoc ou à la pression croissante de certains enfants du don pour faire évoluer la loi

La pénurie de gamètes, du fait de la pratique courante de l'appariement ou de règles d'accès à la PMA avec insémination artificielle avec donneur (IAD), **entraîne déjà le développement de circuits parallèles**, échappant au principe du don gratuit et aux contrôles sanitaires. Les demandes extra médicales viendraient augmenter le volume des PMA avec IAD.



- La demande supplémentaire de gamètes ainsi induite pourrait-elle être satisfaite dans les mêmes conditions qu'auparavant, notamment pour les couples hétérosexuels en situation d'infertilité ?
- Le marché des gamètes payantes, déjà présent dans plusieurs pays européens, aux règles différentes, ne va-t-il pas déborder en France (hors CECOS, marché plus ou moins « catalogué ») comme il existe déjà largement ailleurs, dont les tarifs seront supposés garantir la sécurité, voire la « qualité », et excluront les moins nantis ?
- L'hyperactivité de certains « fournisseurs », considérant cette activité rémunérée comme un moyen d'accroître leurs ressources, ne risque-t-elle pas d'augmenter le risque de consanguinité ou d'échapper aux contrôles sanitaires ?
- Les CECOS, garant de la sécurisation du circuit public, pourront-ils conserver le principe de gratuité, pilier majeur de leur éthique, conforme au principe de non-commercialisation de produits du corps humain, soutenu par la déclaration des Droits de l'Homme ?
- L'allongement des délais ne réduira-t-il pas les chances de succès de la PMA ou ne repoussera-t-il pas les couples au-delà des délais de sa prise en charge par l'AM (aujourd'hui au 43^{ème} anniversaire de la femme) ?

Mais c'est la solidarité nationale, à partir des ressources de l'AM, qui permet l'exploitation de ces dons de gamètes. **C'est elle qui finance :**

- Les **CECOS**, progressivement intégrés au service public hospitalier mais estimant ne pas avoir de financements suffisants pour satisfaire aux exigences de leur cahier des charges, notamment pour la sécurité des PMA avec donneur, via la mise en place d'un registre national des donneurs qui en permettrait le suivi.
- Les **services d'assistance médicale à la procréation**, qu'ils soient publics ou privés
- Les **structures publiques** chargées d'en contrôler le fonctionnement (l'Agence de Biomédecine) ou de les autoriser (ARS)...
- Les **frais d'examens et de traitement** qui peuvent concerner les donneurs en vue du don de gamètes ou les couples pour le bilan et le traitement de leur infertilité pris en charge à 100%



- Quelles ressources supplémentaires seront nécessaires pour répondre à l'accroissement de l'activité et des charges des structures impliquées, CECOS comme centres de PMA et ne pas pénaliser les bénéficiaires actuels de la PMA pris en charge par l'AM ?

Le **remboursement éventuel des frais engagés** par les nouvelles demandeuses de PMA sont distinctes des frais structurels mentionnés ci-dessus.

- Alors qu'actuellement les demandes françaises « extraréglementaires » de PMA vont chercher une réponse dans d'autres pays de l'UE, où cette assistance est payante, ce flux ne pourrait-il s'inverser avec la prise en charge par l'AM, en cas d'évolution réglementaire ?
- Des demandes nouvelles venant de certains pays de l'UE, stimulées notamment par un reste à charge devenu ainsi nettement moindre en France par rapport au pays d'origine, généreraient alors une tension financière et surtout fonctionnelle, comme cela est déjà observé pour d'autres techniques médicales

Au-delà de ces effets venant détériorer ce que la communauté nationale estime dû à des couples hétérosexuels infertiles, et du fondement de ces demandes sociétales, largement discuté par ailleurs, **d'autres interpellations doivent être aussi lancées à notre société :**



- Quelle tolérance a-t-elle à l'infertilité ? Cette PMA reste un secret caché aux proches et à l'enfant ; seul 1 enfant sur 10 est mis au courant par ses parents des particularités de sa conception.
- Quel sens a une société encourageant, par l'organisation du travail, notamment pour les femmes, à méconnaître la réalité d'une horloge biologique gouvernant les possibilités de maternité ?
- Quel mépris cette société a-t-elle pour son propre devenir quand elle investit si peu dans la connaissance et la prévention des facteurs de baisse de la fécondité ?
- Quelle évolution des profils de donneurs vers plus de responsabilités, loin de l'anonymisation actuelle, est-elle prête à promouvoir publiquement ?
- Quand le « traitement » de l'infertilité féminine aboutit à soumettre de jeunes donneuses à des stimulations ovariennes sans motif médical et aux effets lointains mal connus, quelle reconnaissance particulière la société leur manifeste-t-elle ?
- Pour les équipes soignantes, quel déplacement du sens de leur travail quand il ne s'agit plus d'aider un couple à satisfaire son désir d'enfant, par des pratiques dont la nature médicale est justifiée par l'infertilité reconnue d'un membre du couple, mais de répondre à une demande extra médicale ?

La responsabilité éducative et économique du politique est ici majeure. Elle ne peut être réduite par la force et le soutien médiatique apporté aux demandes d'évolutions sociétales quand leur donner satisfaction ne peut advenir sans accroître de façon non responsable les charges d'une AM déjà déficitaire, ni risquer de dégrader la qualité d'un service institué pour pallier des troubles de la fertilité de nature médicale .