

<https://archined.ined.fr>

La PMA en France : une reproduction des inégalités de genre ?

Virginie Rozée et Elise de La Rochebrochard

Version

Libre accès

Licence / License

CC Attribution 4.0 International (CC BY)

POUR CITER CETTE VERSION / TO CITE THIS VERSION

[Virginie Rozée](#) et [Elise de La Rochebrochard](#), 2023, "La PMA en France : une reproduction des inégalités de genre ?", Travail, genre et sociétés 50: 43-60. <https://doi.org/10.3917/tgs.050.0043>

Disponible sur / Available at:

http://hdl.handle.net/20.500.12204/k09_uYsBU9Wft_qNfE5T

LA PMA EN FRANCE : UNE REPRODUCTION DES INÉGALITÉS DE GENRE ?

Virginie Rozée et Élise de La Rochebrochard

La procréation médicalement assistée (PMA)¹ et le genre entretiennent des relations complexes qui font l'objet de nombreux débats et controverses au sein même de la communauté féministe [Gupta, 2006]. Elle vient en effet interroger le travail procréatif et notamment le droit du travail procréatif [Hertzog et Mathieu, 2021].

Au sein du couple hétérosexuel, la PMA permet aux femmes d'échapper à la stigmatisation de l'infertilité qu'elles portent largement dans une approche socioculturelle qui considère encore souvent la femme comme (seule) responsable de l'absence d'enfant. Cette conception genrée de l'infertilité peut conduire à une forte marginalisation des femmes et à des violences de genre [Ombelet *et al.*, 2008] : menace sur la stabilité du couple, divorce ou remariage de l'époux, violence psychologique et physique, harcèlement moral et émotionnel, faible auto-estime. La PMA permet également aux hommes de protéger leur image de virilité et de puissance sexuelle puisqu'elle permet de cacher l'infertilité masculine qui est socialement assimilée à l'image d'émasculatation, d'impuissance sexuelle et d'absence de virilité [Inhorn, 2009 ; Nadimpally et Marwah, 2016].

¹ La PMA regroupe deux principales techniques médicales : l'insémination artificielle (IA) et la fécondation *in vitro* (FIV), toutes les autres techniques existantes étant des variantes ou dérivées de l'IA ou de la FIV. En France, ces techniques sont communément regroupées sous le terme de procréation médicalement assistée (PMA) ou celui d'aide médicale à la procréation (AMP).

La PMA permet par ailleurs aux femmes qui ne sont pas en couple hétérosexuel, de devenir parents, en recourant à un don de sperme. Dans les années 1970, « faire son *coming out* » signifiait renoncer à la parentalité. Mais à partir des années 1990, après avoir revendiqué le droit à la différence, les couples de même sexe revendiquent le droit à l'indifférence, en demandant les mêmes droits que toutes et tous et notamment celui d'être parents [Cadoret, 2001]. Plus généralement, la PMA permet aux femmes, aux hommes, cis et trans, et aux couples hétérosexuels ou de même sexe, de concevoir un enfant sans relations hétérosexuelles, en recourant à une insémination artificielle, une fécondation *in vitro*, un don de gamètes ou une gestation pour autrui (GPA).

Ainsi, la PMA serait une alliée des droits procréatifs et de la justice reproductive [Ross et Solinger, 2017] puisqu'elle permet, en théorie, à toutes les personnes qui le souhaitent de devenir parents indépendamment de la situation conjugale, de l'orientation sexuelle, et du problème de santé à l'origine de l'infertilité. Pourtant, dans la façon dont elle est encadrée et organisée, la PMA accentue les normes de genre et les inégalités de genre, d'autant plus dans le contexte actuel de mondialisation [Löwy *et al.*, 2014].

En effet, la PMA renforce, paradoxalement, l'injonction à l'engendrement et à la maternité [de La Rochebrochard et Rozée, 2022], et par effet de miroir, la stigmatisation des femmes qui, par choix ou non, restent sans enfant [Nandy, 2013 ; Debest, 2014]. Ainsi, le recours à la PMA peut être conditionné par le stigmate socialement construit de l'infertilité et une norme de maternité imposée par la société [Storrow, 2006].

De plus, comme pour la contraception [Le Guen *et al.*, 2021], la PMA cible exclusivement le corps des femmes. Même lorsque l'infertilité est uniquement d'origine masculine, ce sont les femmes qui sont sujettes à la majorité des examens et traitements. C'est donc la performance de leur corps reproducteur qui est visée. Les femmes doivent assumer pour deux l'infertilité du couple [Rozée et Mazuy, 2012]. La PMA impacte non seulement le corps des femmes mais aussi leur vie sociale et professionnelle car la rigueur et la pénibilité des traitements sont difficiles à concilier avec une activité professionnelle [Hertzog, 2014]. La PMA renforce la division sexuée du travail procréatif [Hertzog et Mathieu, 2021], et donc les normes de genre et les inégalités entre hommes et femmes. Mais elle entretient également, voire renforce, les inégalités sociales entre pays et au sein d'un même pays.

Dans le monde, l'accès à la PMA reste, en effet, très inégalitaire. Il y a de fortes disparités entre les pays, notamment entre les pays riches et les pays plus pauvres. Dans certains pays, par manque de moyens et d'intérêt politique, l'infertilité n'est pas considérée comme un problème de santé

publique [Dyer et Kruger, 2012 ; Zegers-Hochschild, 2016] et peu de fonds publics ou coopératifs sont investis à ce sujet. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, par exemple, on considère que le problème est la croissance de la population du pays et non l'absence d'enfant au niveau individuel [Inhorn et Patrizio, 2015]. Il en résulte un manque voire une absence de services publics spécialisés.

Par ailleurs, pallier les infertilités, qu'elles soient médicales ou dites « sociales », n'est pas toujours considéré comme un droit, bien qu'il ait été posé comme tel dès 1994 dans le Programme d'action du Caire. Suivant les pays, les conditions d'accès à la PMA sont plus ou moins restrictives, limitées parfois aux couples hétérosexuels mariés ou à certaines techniques comme celles, par exemple, n'impliquant pas de tiers dans la reproduction (donneuse d'ovocyte, donneur de sperme ou gestatrice). La diversité des encadrements et des possibilités dans le monde crée un phénomène de recours dit transnational, les personnes traversant les frontières pour recourir à une PMA. De tels recours requièrent la mobilisation de capitaux socio-économiques et sont de fait plus accessibles pour les personnes riches ou provenant d'un pays riche et allant vers un pays plus pauvre [Ragoné et Twine France, 2000 ; Parry, 2015]. Dans ce contexte, la PMA peut apparaître comme un privilège des pays riches, occidentaux, autrement dit comme un privilège de blanc-he-s.

La façon dont la PMA est organisée médicalement et encadrée légalement peut également (re)produire des inégalités sociales au sein d'un même pays. L'organisation de la PMA est porteuse d'une vision du travail procréatif qui conduit parfois à interdire ou restreindre certaines techniques, pratiques ou accès. De plus, lorsque ces services existent, ils sont le plus souvent privés avec un coût particulièrement élevé [Spar, 2006 ; Briggs, 2010]. Les personnes aux faibles capitaux socioéconomiques ont donc peu accès aux services procréatifs parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer une prise en charge médicale coûteuse. Les capitaux socioculturels et économiques pour recourir à la PMA semblent tout aussi déterminants que les conditions légales et normatives de leur accès [Präg et Mills, 2017] et dans certains pays, la PMA serait un privilège de classe.

Ainsi, en privilégiant la reproduction dans les pays riches, et celles des personnes occidentales et/ou aisées, blanches, la PMA entretient la « reproduction stratifiée », concept développé par Shellee Colen pour analyser les activités du *care*, celles notamment des gardiennes d'enfants indiennes à New York pour des employeur-e-s blanc-he-s né-e-s aux États-Unis [Colen, 1995]. Comme ces activités du *care*, la PMA favorise la parentalité de certaines personnes au détriment d'autres personnes. En cela, les politiques et prises en charge médicales de la PMA ne seraient pas si différentes de celles des

techniques de reproduction dans leur ensemble comme la contraception, qui, tout au long du XIX^e siècle, ont maintenu les catégories de classe et de race à travers le contrôle des naissances [Ginsburg et Rapp, 1991].

La PMA est donc objet d'un paradoxe : elle offre à la fois davantage de justice reproductive tout en entretenant voire accentuant une reproduction stratifiée. Dans ce contexte, le cas de la France est intéressant car les conditions légales de la PMA semblent désormais réunies pour limiter la stratification de la reproduction. En effet, la PMA y est légalement encadrée par la loi de bioéthique, qui a été révisée en 2021 pour être plus inclusive ; l'infertilité est reconnue comme un problème de santé publique [Hamamah et Berlioux, 2022] et le recours à la PMA est pris en charge par le système d'assurance maladie universelle. La PMA en France est-elle pour autant exempte d'inégalités de genre ?

Cette focale sur la France, au lendemain de la révision de la loi, fait écho à un article que nous avons publié une décennie plus tôt [Rozée et de La Rochebrochard, 2010]. Nous y mettions en évidence que la PMA, dans la façon dont elle était encadrée, organisée et pratiquée, reflétait la norme procréative qui définit socialement qui, comment et quand avoir des enfants (et donc, par effet de miroir, excluait de la procréation celles et ceux ne répondant pas à ces normes). Un peu plus d'une décennie plus tard, à l'aune des révisions successives de la loi de bioéthique, quelles sont les évolutions ? Parmi les inégalités pointées en 2010, quelles sont celles qui ont été (re)considérées et réduites ? Quelles sont celles qui persistent ?

Dans cet article, nous nous appuyons sur des matériaux qualitatifs et quantitatifs que nous avons collectés et analysés depuis 20-30 ans. Cela inclut des entretiens menés auprès de personnes infertiles et/ou en parcours de PMA [Rozée, 2012 ; Rozée et Mazuy, 2012], y compris 131 entretiens semi-directifs avec des femmes, des hommes et des couples qui vivaient en France et réalisaient une PMA à l'étranger [Rozée, 2013 ; Rozée, 2015]. Mais également des données d'enquêtes sur les recours transnationaux de la PMA réalisée en 2010-2012 incluant 140 auto-questionnaires remplis par des personnes en démarche de PMA en Belgique, Espagne, Grèce et aux Pays-Bas [Rozée, 2013 ; Rozée et de La Rochebrochard, 2013a ; 2013b] ; la cohorte rétrospective DAIFI menée auprès de 6 500 couples ayant débuté un traitement par fécondation *in vitro* (FIV) en 2000-2002 en France [Troude *et al.*, 2016] ; l'enquête Ined-Inserm Fécond de 2010 menée sur un échantillon représentatif de la population française de femmes (n = 5 272) et d'hommes (n = 3 373) âgés de 15-49 ans [Belgherbi et de La Rochebrochard, 2018 ; de La Rochebrochard et Rozée, 2022]. Enfin, nous mobilisons des sources administratives, données de remboursement

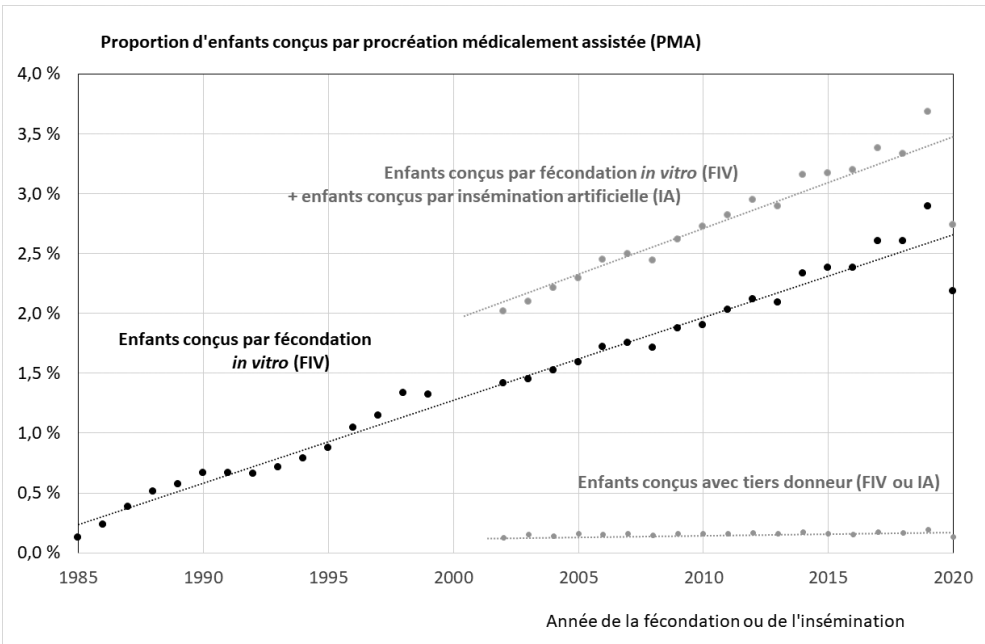
de l'assurance maladie [Ben Messaoud *et al.*, 2020 ; 2021 ; Bourrion *et al.*, 2022] et bilans d'activité des centres de PMA français [de La Rochebrochard, 2003, 2018].

Avant de développer ces analyses, arrêtons-nous sur le contexte particulier de la PMA en France.

LA PMA EN FRANCE : UNE RÉVISION DE LA LOI EN 2021 QUI SE VEUT PLUS INCLUSIVE

En France, en 2019, un enfant sur 27 a été conçu suite à une PMA, ce qui représente 3,7 % des naissances dans le pays (graphique 1). À l'exception de l'année 2020 (où les centres de PMA ont été fermés durant le premier confinement entre mi-mars et mi-mai), cette proportion augmente de manière continue et régulière depuis 40 ans, soit depuis la naissance du premier bébé issu d'une fécondation *in vitro* (FIV) en France en 1982 [de La Rochebrochard, 2018].

Graphique 1 : Évolution de la proportion d'enfants conçus par procréation médicalement assistée (PMA) en France depuis 40 ans



Sources : Depuis 2002, les données de PMA sont publiées annuellement par l'Agence de biomédecine. Pour une présentation détaillée des sources utilisées pour ce graphique, cf. encadré n°2 dans [de La Rochebrochard, 2018].

L'accès à la PMA est facilité par sa prise en charge à 100 % par l'assurance maladie (dans la limite de six inséminations artificielles et de quatre fécondations *in vitro* pour une

grossesse). D'autres mesures ont été prises pour faciliter son accès comme la possibilité légale pour les salarié-e-s et les fonctionnaires, depuis 2016, de s'absenter temporairement du travail pour réaliser les démarches de PMA.

Mais, jusqu'en 2021, les conditions légales d'accès étaient particulièrement restrictives puisque la PMA était réservée aux couples hétérosexuels mariés puis en union stable, vivants, en âge reproductif, avec une infertilité médicalement constatée. Cette situation tranchait avec celle d'autres pays européens où la PMA était déjà possible voire légale pour toutes les personnes quelle que soit leur situation conjugale ; que l'infertilité soit médicale ou non [Calhaz-Jorge *et al.*, 2020]. Au-delà des conditions sociodémographiques et médicales, l'accès à certaines techniques était restreint comme, par exemple, le don de gamètes (très peu développé en France, contrairement à d'autres pays européens, avec des listes d'attente de plusieurs années en particulier pour le don d'ovocytes) et d'autres strictement interdits comme la gestation pour autrui (GPA).

Cet encadrement faisait écho à la norme procréative en France [Rozée et de La Rochebrochard, 2010], qui définit socialement qui, avec qui, comment et quand avoir des enfants [Novaes (Bateman), 1979-1980 ; Bajos et Ferrand, 2006] : être en couple hétérosexuel stable, ni trop jeune, ni trop âgé et concevoir un enfant au sein de ce couple (sans tiers). Les personnes dont les conditions légales, étroitement liées aux conditions normatives, étaient réunies pouvaient bénéficier d'une PMA remboursée et légale en France. En creux, celles qui souhaitaient des enfants mais qui étaient exclues de la PMA en France, qui étaient également celles qui dérogeaient à une des composantes de cette norme, devaient soit renoncer au projet parental soit mettre en place des stratégies de contournement de la loi (parmi lesquelles les recours à une PMA à l'étranger).

En 2021, la loi de bioéthique française a été révisée pour la troisième fois afin de tenir compte des avancées sociétales et médicales, sans pour autant déroger aux principes de la bioéthique française (respect des principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice). En 2018, des états généraux de la bioéthique ont été convoqués pour consulter la société civile sur le sujet, à la suite desquels le gouvernement a rédigé un nouveau projet de loi. La Commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi a alors organisé en 2019 des auditions pour évaluer la cohérence et les impacts de ce projet de loi [Mehl, 2021]. Les débats ont principalement porté sur trois évolutions sociétales : l'accès à la PMA pour toutes les femmes (indépendamment de leur situation matrimoniale), l'accès aux origines pour les enfants issus d'un don de gamètes (la possibilité pour ces enfants

d'avoir des informations sur le donneur ou la donneuse à leur majorité), et l'autorisation de la préservation de la fertilité pour toutes les femmes (y compris pour des raisons non médicales). Après trois navettes entre l'Assemblée nationale et le Sénat et plus de 500 heures de vifs débats, le projet est finalement voté et adopté en troisième lecture le 29 juin 2021.

Les débats parlementaires ont mis en lumière les différentes controverses autour de la PMA notamment celle relative à la fin de la famille « naturelle » et de la figure paternelle. Pour certain·e·s parlementaires, le projet voté était un symbole de « modernisme humaniste », « une loi d'espoir et d'anticipation », pour d'autres, les lignes rouges éthiques avaient été franchies et la loi annonçait un « équinoxe moral »². Pourtant, la révision de la loi ne fait qu'accompagner des changements sociaux, parentaux et familiaux, en cours depuis plusieurs décennies avec plus largement une diversification du faire famille. D'ailleurs, les changements législatifs ont été motivés par le constat d'un décalage entre les changements sociaux, ceux relatifs à la famille et la parentalité, et la loi. Ce décalage entraînait de nombreux recours à une aide à la procréation en dehors du cadre légal et médical français, comme les recours transnationaux. La nouvelle loi vise donc à réduire ce décalage entre les demandes et attentes sociales et les textes juridiques, et ainsi à limiter ces recours considérés à risques (juridiques et sanitaires).

En 2022, soit quelques mois après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, il est trop tôt pour évaluer les impacts de cette législation. Ce qu'elle contient de nouveautés en termes d'accès à la PMA laisse espérer une plus grande inclusivité. Mais les débats qui ont accompagnés cette loi permettent également d'objectiver ce qui n'a pas été inclus, et ainsi de s'interroger sur les inégalités qu'elles pourraient (re)produire. Reprenons pour cela la définition de la norme procréative et analysons ses trois principales composantes : qui doit réaliser le travail procréatif (et avec qui) ? Comment doit se réaliser ce travail ? Et quand doit-il se réaliser ? Pour explorer ces questions, nous faisons l'hypothèse *a priori* qu'une focale sur la PMA avec tiers-donneur·se sera la plus à même de révéler ces enjeux d'inégalités de genre. En effet, la PMA avec tiers-donneur·se requiert le corps d'une tierce personne, extérieure au projet parental, pour concevoir le futur enfant. Il s'agit là d'une pratique de PMA marginale en France, au sens statistique et sociologique [Rozée, 2020], comparée aux autres pratiques. Cette approche s'inscrit donc dans les enseignements de l'École de Chicago [Becker, 1963 ; Goffman, 1968], où les marges et les marginalités sont révélatrices à la fois des normes dominantes, à savoir ici de la norme procréative, mais aussi des transformations de ces mêmes normes.

² Voir le compte-rendu de la session parlementaire du 29 juin 2021 : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2020-2021/premiere-seance-du-mardi-29-juin-2021>

ÉLARGISSEMENT DU MODÈLE NORMATIF DE LA PARENTALITÉ ?

En 2021, la loi a élargi l'accès à la PMA en France à toutes les femmes. Les hommes sont eux restés invisibles dans les débats sociaux et parlementaires qui ont précédé la révision de la loi, sauf lorsqu'il s'agissait de pointer une « PMA sans père », perçue comme une dérive dystopique. La PMA, comme le travail procréatif dans son ensemble, reste donc représentée comme une affaire de femmes, qui plus est, une affaire de femmes cisgenres. En effet, s'il est aujourd'hui possible pour les personnes transgenres de conserver leurs gamètes avant une éventuelle transition (hormonale ou chirurgicale), la loi ne permet pas aux hommes transgenres, qui ont conservé leur utérus, de recourir à un don de sperme ou un accueil d'embryon. Le conseil constitutionnel a d'ailleurs confirmé, en juin 2022, que les hommes transgenres ne pouvaient pas recourir à une PMA en France. Cette exclusion législative de la PMA participe à la non-légitimation de la transparentalité, et entretient d'importantes marginalités et discriminations. La représentation sociale de l'homme enceint reste un impensable sociétal comme le montrent les nombreuses polémiques qui eurent lieu en août 2022 autour de l'affiche du Planning familial français montrant un homme enceint³. Ainsi, si le travail procréatif est aujourd'hui dissocié de la situation conjugale, il n'est pas, légalement dissocié de l'identité de genre. La révision de la loi produit donc désormais des maternités, indépendamment du cadre hétérosexuel, mais des maternités cisgenres. Elle ne considère pas les paternités et exclut les parentalités marginales, considérées comme hors norme, comme la parenté transgenre [Héroult, 2014].

Les premiers mois de mise en œuvre de la loi se sont traduits par une importante demande de la part des femmes pour accéder à la PMA avec don de sperme, une demande dont l'ampleur n'avait pas été anticipée faute de statistiques sur le sujet. En effet, d'après le rapport d'octobre 2022 du comité de suivi de la mise en œuvre de la loi de bioéthique de l'Agence de biomédecine, 3 000 personnes étaient en attente d'un don de sperme, dont plus de 50 % étaient des couples de femmes et des femmes non en couple (données de juin 2022). Le rapport précise que pour un don de sperme, le délai variait de 6 mois à plus de 3 années. Devant cette forte demande, les équipes médicales pourraient organiser des ordres de priorité ce qui poserait la question de l'équité des critères de sélection utilisés.

Au-delà des exclusions légales, les délais d'attente qui résultent de cette forte demande ne peuvent qu'encourager le maintien des recours à la PMA à l'étranger. Dans notre précédente étude, menée entre 2010 et 2012, sur les recours

³ Voir la Tribune dans le journal *Libération* : https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/le-planning-familial-nous-navons-pas-oublie-qu'il-fallait-un-uterus-pour-vivre-une-grossesse-20220826_CQ44XHQPQNBDHBQKZKMIZL6UKQ/

transnationaux, nous avons déjà montré que ces recours concernaient aussi bien les exclu.e-s de la loi que les couples qui auraient pu bénéficier d'une PMA légale et remboursée en France : ces derniers représentaient 49 % des répondant.e-s au questionnaire recueilli dans les quatre pays de l'étude [Rozée et de La Rochebrochard, 2013a]. Or que cela soit avant la révision de la loi ou après, les remboursements des soins effectués à l'étranger, pour les personnes réunissant les conditions légales d'accès, ne sont que partiels. De plus, cette demande de remboursement doit être préalablement faite et les délais pour obtenir l'accord de la caisse nationale des soins à l'étranger sont de plusieurs mois. Enfin, toutes les personnes ayant droit à un remboursement par l'assurance maladie n'en ont pas forcément connaissance. Nous avons notamment rencontré des couples qui réunissaient les conditions légales d'accès, qui recourraient à un don d'ovocytes à l'étranger mais qui n'avaient fait aucune démarche auprès de l'assurance maladie : ils pensaient que le don d'ovocytes était illégal en France et qu'ils étaient donc hors-la-loi.

Qu'elle soit remboursée, remboursable ou non, la PMA à l'étranger requiert des capitaux économiques pour payer ou avancer les frais des traitements médicaux, la prise en charge à l'étranger, mais aussi les déplacements et les séjours sur place. À cette contrainte financière viennent se greffer d'autres contraintes, personnelles et professionnelles, qui font que ces recours sont plus simples et gérables pour les professions intermédiaires et les cadres supérieurs. En effet, notre première étude a montré que recourir à une PMA à l'étranger requiert la mobilisation de capitaux sociaux pour accéder à l'information, pour organiser les séjours et éventuellement déléguer les responsabilités professionnelles et familiales, pour échanger y compris avec les équipes médicales étrangères (parler et comprendre la langue locale), des ressources plus accessibles pour les classes moyennes-supérieures. Pour autant, notre étude a montré que ces recours depuis la France concernaient également des personnes plus modestes qui trouvent des arrangements et développent des stratégies : utilisation des économies de longue date, emprunts bancaires ou à des proches, ventes de biens, choix d'une destination moins coûteuses, comme à l'époque la Grèce [Rozée et de La Rochebrochard, 2013b].

Ainsi, bien que la loi française constitue une avancée car elle est de fait plus inclusive concernant les femmes qui réalisent le travail procréatif, elle maintient des normes de genre : le travail procréatif doit être réalisé par une femme cisgenre, sans délégation possible comme nous le verrons. Et, face à la demande accrue et aux restrictions maintenues concernant certaines techniques, la PMA en France telle qu'elle est aujourd'hui encadrée et organisée, entretient des inégalités socio-économiques.

MAINTIEN D'UNE DIVISION HÉTÉROSEXUÉE DU TRAVAIL PROCRÉATIF ?

Avec la PMA, il est possible aujourd'hui de déléguer le travail procréatif à travers le recours au don de gamètes ou à la GPA. Or, en France, si la production génétique de l'enfant peut être déléguée, la production corporelle de l'enfant ne peut pas l'être. En effet, le pays a fait le choix de maintenir l'interdiction de la GPA. Ainsi, il n'y pas de doutes : hormis les accouchements qui se font dans le secret (dits accouchement sous X), la mère est légalement la femme qui accouche. La ROPA (*Reception of Oocytes from Partner*)⁴, qui permet aux femmes d'un même couple de participer à la conception de leur enfant, est interdite car elle a été associée dans les débats parlementaires à une GPA.

Tout est conçu pour que la division hétérosexuée du travail procréatif reste claire, répondant ainsi aux craintes exprimées par les forces qui se sont opposées à l'ouverture de la PMA à toutes les femmes. Ces opposant-e-s affirmaient que permettre à deux femmes d'accéder à la PMA revenait à « faire croire à l'enfant » qu'il avait été conçu génétiquement par ces deux femmes. Pour rendre cette division hétérosexuée du travail procréatif claire et explicite, les couples de femmes et les femmes seules doivent réaliser des démarches pour que soit ensuite inscrite sur l'acte de naissance du futur enfant, la conception par don de sperme (ou de gamètes). À l'opposé, ce recours au don ne figure pas sur l'acte de naissance de l'enfant ainsi conçu dans un couple hétérosexuel. Pour ces couples, la fabrication de l'enfant respecte en apparence la division hétérosexuée du travail procréatif ; le recours au don reste donc invisibilisé, et le couple est libre d'informer ou non l'enfant de ce don (même s'il est désormais encouragé à informer l'enfant). Pour un couple hétérosexuel, le système français permet donc l'invisibilité du recours à un tiers donneur.

Cette invisibilité du don est renforcée par la pratique médicale de l'appariement. Cet appariement, parfois demandé par les futurs parents, est automatiquement réalisé par les médecins en France. Il permet de concevoir un enfant qui ressemble le plus possible à ses parents : il protège ainsi, pour les couples hétérosexuels, des stigmates de l'infertilité ; il protège également les enfants qui pourraient être exposés dans le futur à des critiques ou discriminations lorsqu'ils sont issus d'une famille homoparentale [Homanen, 2018 ; Smietana et Twine, 2022]. Mais de fait, cet appariement, qui est en essentielle-ment ethno-racial [Brunet, 2011 ; Fortier, 2015], alimente des listes d'attente différenciées selon les caractéristiques des futurs parents, notamment pour les personnes noires⁵ en raison du faible nombre de donneur-se-s noir-e-s, et entretient donc une stratification de la reproduction selon la couleur de peau des futurs parents et plus généralement des futures mères.

⁴ La ROPA (*Reception of Oocytes from Partner*) repose sur une fécondation *in vitro* (FIV) pour des couples de femmes. L'une des partenaires fournit les ovocytes qui sont ensuite mis en fécondation *in vitro* avec le sperme d'un donneur. L'embryon (ou les embryons) est ensuite transféré chez l'autre partenaire. Avec cette méthode, les deux partenaires participent au travail procréatif : l'une en fournissant le matériel génétique (les ovules) et l'autre en assurant la gestation.

⁵ Quelques rares articles de presse ont été publiés sur la question : <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/les-pieds-sur-terre-emission-du-mardi-21-septembre-2021> ; <https://news.konbini.com/gender/le-combat-des-femmes-noires-pour-acceder-a-la-pma/>

La délégation de la production génétique est par ailleurs particulièrement limitée en France. En effet, la révision de la loi ne s'est pas accompagnée d'une réorganisation du don de gamètes. Avant cette révision, le recours au don, et plus spécifiquement le don d'ovocytes, était déjà restreint en France. Seule une trentaine de centres en France propose le don d'ovocytes et certaines régions françaises sont dépourvues de tels centres (Poitou-Charentes, Limousin, la majorité des territoires ultra-marins). Ce recours marginal se reflète également dans le faible nombre d'enfants issus d'un don. Sur une décennie, il est né moins de 10 000 enfants à la suite d'un don de sperme ; et moins de 2 700 enfants à la suite d'un don d'ovocytes (voir graphique 1). Il existe une importante demande insatisfaite en France concernant le don de gamètes et plus particulièrement le don d'ovocytes. Fin 2019, environ 4 000 couples étaient inscrits sur liste d'attente pour recevoir un don d'ovocytes. Au cours de cette même année 2019, plus de 1 300 nouveaux couples ont été inscrits sur cette liste alors qu'à la suite des PMA réalisées avec don d'ovocytes cette année-là, moins de 400 accouchements ont été obtenus. Devant les délais d'attente, certaines des personnes qui souhaitent concevoir un enfant renoncent à devenir parent par la PMA, ou décident de partir directement à l'étranger pour la réaliser. Dans notre étude de 2010-2012, 68 % des personnes ayant répondu au questionnaire et 66 % des personnes interrogées dans le cadre d'un entretien étaient parties en Belgique, Espagne et Grèce pour un don d'ovocytes. Dans les entretiens, elles expliquaient que les listes d'attente en France étaient trop longues ou que l'âge de la femme du couple ne leur permettait pas d'attendre davantage [Rozée et de La Rochebrochard, 2013b ; Rozée, 2015].

La révision de la loi de bioéthique a élargi la norme procréative qui dicte socialement qui peut devenir parent·e·s et dans quelle configuration familiale faire naître des enfants, en élargissant notamment le recours au don de gamètes. Mais elle renforce néanmoins la division hétérosexuée du travail procréatif : le don doit être légalement visible lorsque cette division n'est pas respectée. Pour autant, le recours au don est limité, montrant une volonté de maintenir, en apparence, cette division hétérosexuée du travail procréatif, sans délégation, et de préserver l'unicité des conditions biologiques [Rozée, 2015]. Ce recours limité au don révèle une autre inégalité de genre : celle de l'âge des femmes.

« HORLOGE BIOLOGIQUE » OU NORME SOCIALE DU BON ÂGE DE LA MATERNITÉ ?

Pour se conformer en France à la norme procréative, les femmes qui souhaitent devenir mères ne doivent être ni trop jeunes, ni trop âgées, soit « idéalement » avoir entre 25 et

40 ans [Rozée, 2015]. Avant la révision de la loi, le couple devait être en « âge reproductif » pour bénéficier d'une PMA, sans que cet âge ne soit défini. En revanche, l'assurance maladie avait fixé une limite au 43^e anniversaire pour les femmes et l'Agence de biomédecine a ensuite fixé une limite de 59 ans pour les hommes. Après la révision de la loi, la limite pour un remboursement est toujours au 43^e anniversaire pour les femmes en démarches de PMA mais elle a été repoussée à 45 ans pour les transferts d'embryon. Ces seuils d'âge fixés pour les femmes apparaissent comme particulièrement restrictifs dans le contexte européen où la limite d'âge varie entre 45 ans et 51 ans selon les pays, sans compter ceux qui ne fixent pas d'âge limite. Pour les hommes, les limites d'âge fixées par la loi ou recommandées sont toujours plus tardives (entre 56 ans en Suède et 60 ans au Portugal et en Finlande) et elles sont plus rares [Calhaz-Jorge *et al.*, 2020].

Les restrictions portant sur l'âge sont donc maintenues en France, alors qu'elles sont responsables de nombreux recours transnationaux. Dans le cadre de notre étude de 2010-2012, les deux tiers des femmes interrogées avaient moins de 43 ans et la moitié avait moins de 40 ans. L'âge avait pourtant constitué l'une des principales raisons de leur départ à l'étranger : elles ont expliqué que les médecins avaient refusé de commencer ou de poursuivre les démarches de PMA en France du fait de leur âge [Rozée, 2013 ; Rozée, 2015]. Ces restrictions sont en effet justifiées par le faible taux de succès de la PMA après 40 ans. Les chances d'avoir un enfant tombent à 6-7 % à la suite d'une PMA chez les femmes de 40 ans et plus, soit 3 fois plus faible que les chances de succès observées (21 %) pour une femme de 34 ans ou plus jeune [Wyns *et al.*, 2022]. Cet argumentaire repose sur une PMA réalisée avec les ovocytes de la femme ponctionnés lors de la PMA, alors qu'aujourd'hui, l'autoconservation ovocytaire (désormais autorisée pour toutes les femmes) et le don d'ovocytes permettent de repousser techniquement la fameuse « horloge biologique » des femmes. En cas de don d'ovocytes ou d'accueil d'embryons, l'Association américaine de la médecine reproductive préconise d'ailleurs aujourd'hui une prise en charge des femmes jusqu'à 55 ans [Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et Medicine, 2016].

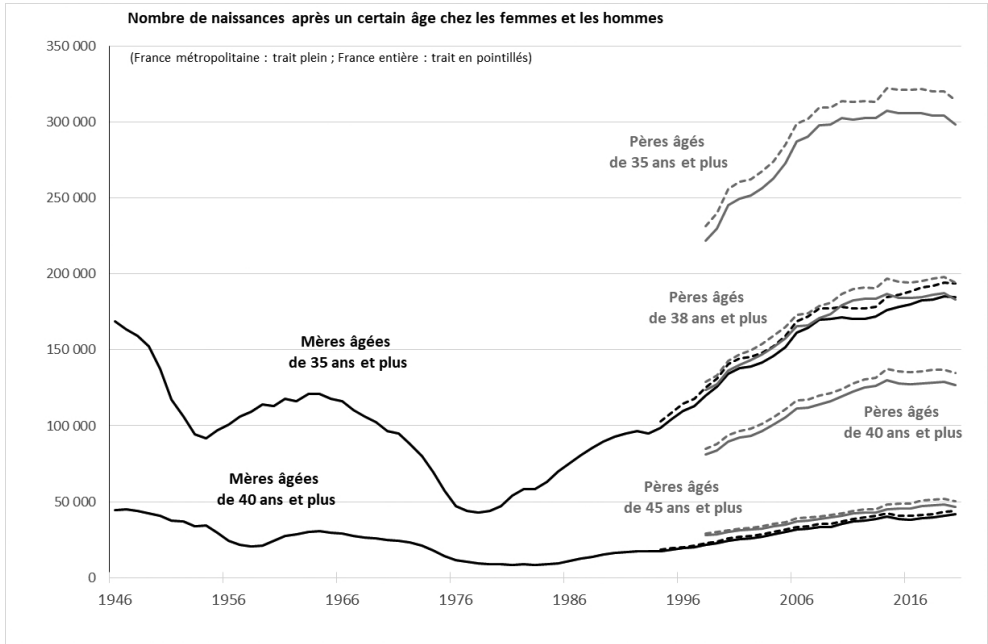
En France, l'accès au don d'ovocytes est particulièrement limité chez les femmes les plus âgées, même lorsqu'elles remplissent encore les contraintes de remboursement. Ainsi, parmi les femmes ayant eu recours à une PMA avec don d'ovocytes en France, uniquement 21 % sont âgées de 40 ans et plus alors que cette proportion est globalement de 67 % parmi les pays participants au bilan européen [Wyns *et al.*, 2022]. La révision de la loi de bioéthique n'est pas revenue sur cette limite d'âge imposée aux femmes pour

le remboursement du don d'ovocytes, même si la prise en charge médicale des femmes de plus de 43 ans reste à l'appréciation des médecins. Cette limite d'âge reste d'ailleurs la même lorsque les femmes souhaitent utiliser leurs propres ovocytes autoconservés. Ainsi, si la PMA permet aujourd'hui de déconstruire l'âge sexo-normé du travail procréatif, et donc de réduire l'écart normatif de l'âge à la parentalité entre les hommes et les femmes [Löwy, 2006], cette possibilité n'est pas encore d'actualité en France.

Ces restrictions et pratiques entretiennent donc une discrimination envers les maternités tardives, qui sont pourtant de plus en plus nombreuses en France (voir graphique 2). Ainsi, en une quarantaine d'années (entre 1978 et 2019), le nombre de naissances chez des mères âgées de 35 ans et plus a été multiplié par 4,4 (de 42 589 à 185 465 naissances). Cette même tendance s'observe chez les pères de 38 ans et plus. Sur cette même période, le nombre de naissances chez des mères âgées de 40 ans et plus a également été multiplié par 4,4. Le facteur multiplicatif est même de 5 sur la période 1983-2020 (de 8 353 à 41 591 naissances). On observe cette même tendance chez les pères de 45 ans et plus. Malgré cette évolution démographique marquée, les naissances chez les femmes à un âge dit tardif restent considérées socialement comme marginales, hors-norme. Les représentations sociales de ces maternités véhiculées par les médias sont en effet plutôt négatives et stigmatisantes [Compans, 2022], sauf lorsqu'elles concernent des femmes riches et célèbres comme Adriana Karembeu (qui a accouché de son premier enfant à 46 ans) ou Monica Bellucci (qui a accouché de son 2^e enfant à 45 ans). Dans ces cas, les médias louent la beauté et l'épanouissement de ces « jeunes » mamans. De même, les paternités tardives, pourtant également associées à une augmentation des risques d'infertilité, de fausse couche et pathologies pour l'enfant [de La Rochebrochard *et al.*, 2003], sont nettement moins traitées dans les médias, et apparaissent moins stigmatisées socialement.

À cet égard, les politiques publiques visent à changer les comportements plutôt que d'accompagner les changements sociaux. La stratégie française de lutte contre l'infertilité de 2022 s'inscrit dans cette optique avec cinq grandes recommandations visant à « éduquer et informer le grand public sur le déclin de la fertilité avec l'âge et les autres facteurs d'altération » en proposant une journée annuelle de sensibilisation, la conception d'affiches d'information pour les cabinets médicaux, une campagne d'information grand public, la création d'un site internet et la mise en place d'un numéro vert [Hamamah et Berlioux, 2022]. L'action publique vise à inciter les femmes à avoir des enfants plus jeunes, sans prendre en compte les changements sociétaux et démographiques qui poussent à concevoir à des âges plus tardifs.

Graphique 2 : Évolution du nombre de naissances en France chez les mères et pères âgés de 35 ans et plus



Sources : Données Insee, « Les naissances de 2020 – Tableaux de séries longues. État civil – Insee Résultats ».

CONCLUSION

La nouvelle loi française encadrant l'accès à la PMA se veut et est plus inclusive. Elle participe à la déconstruction de certaines composantes de la norme procréative telle que l'hétéronormativité et l'intraconjugalité du faire famille, réduisant ainsi les inégalités fondées sur la situation conjugale.

Néanmoins, la PMA reste plus accessible aux personnes qui réunissent les conditions socialement définies par la norme procréative : les couples cisgenres hétérosexuels, dont la femme n'est ni trop jeune ni trop âgée, et dont le futur enfant sera issu de leurs gamètes et du corps de la femme. Pour toutes les personnes qui dérogent à une des composantes de la norme procréative, le recours à la PMA est soit interdit, soit restreint (par exemple par les listes d'attente). Si elles souhaitent concevoir un enfant, pour accéder à une PMA ou bénéficier d'une prise en charge plus rapide, ces personnes peuvent aller à l'étranger ou recourir à des méthodes ou pratiques artisanales. Or, ces recours comportent des risques (légaux, médicaux, sociaux) et accentuent les inégalités socioéconomiques, entre celles et ceux qui ont les capitaux nécessaires pour recourir à une PMA à l'étranger et celles et ceux qui ne les ont pas.

Au-delà des motifs légaux, les raisons de réaliser une PMA transnationale liées à l'organisation du don en France resteront probablement inchangées dans les prochaines années. Certain·e·s médecins et personnalités politiques s'inquiètent de l'allongement des listes d'attente pour obtenir un don de sperme étant donné l'augmentation de la demande liée à l'ouverture de la PMA à toutes les femmes. Ils et elles se demandent alors si « le socialement acquis est techniquement possible » [Depadt et Grynberg, 2022]. Ils et elles s'inquiètent également de la dérive mercantile qu'une telle augmentation générerait, favorisant le développement d'une offre médicale privée et donc d'une médecine de classes⁶, qui accentuerait donc la stratification de la reproduction.

Ainsi, la PMA telle qu'elle est aujourd'hui encadrée légalement, organisée et pratiquée en France, quand bien même plus inclusive, reste genrée et porteuse d'inégalités. Ces inégalités restent invisibles, d'autant plus que peu d'études empiriques ont été menées sur les personnes qui recourent à une PMA à l'étranger ou à des pratiques artisanales en France parce qu'ils ou elles sont exclu·e·s, légalement ou de fait, de la PMA en France. Ces études sont pourtant nécessaires afin de mesurer la magnitude de ces recours marginaux et d'en saisir la diversité et la complexité. C'est dans cette optique que nous menons depuis 2021 l'enquête AMP-sans-frontières [Rozée et de La Rochebrochard, 2022]. Cette enquête vise, entre autres à produire des données statistiques et compréhensives sur ces recours, qui permettront de mettre en lumière les forces et faiblesses de la PMA en France, les inégalités de genre (re)produites, y compris depuis la révision de la loi.

⁶ Voir l'étude d'impact du projet de loi de bioéthique (2019) : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b2187_etude-impact#

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'Agence nationale de la recherche (ANR) qui finance le projet de recherche Outside-ART (ANR-21-CE36-0006-001) dans lequel s'inscrit cet article.

BIBLIOGRAPHIE

- BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés Contemporaines*, n° 61, p. 91-117.
- BECKER Howard S., 1963, *Outsiders: Studies In The Sociology Of Deviance*, New York, Free Press.
- BELGHERBI Soraya et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2018, "Can men be trusted in population-based surveys to report couples' medical care for infertility?", *BMC Medical Research Methodology*, vol. 18, n° 1, p. 111.
- BEN MESSAOUD Khaoula, BOUYER Jean et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2020, "Infertility Treatment in France, 2008-2017: A Challenge of Growing Treatment Needs at Older Ages", *American Journal of Public Health*, vol. 110, n° 9, p. 1418-1420.

- BEN MESSAOUD Khaoula, BOUYER Jean et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2021, "Inequalities in access to in vitro fertilisation treatment in France", *International Journal of Epidemiology*, vol. 50, Supplement 1, p. i27-i28.
- BOURRIION Bastien, PANJO Henri, BITHOREL Pierre-Louis, LA ROCHEBROCHARD Élise de, FRANCOIS Mathilde et PELLETIER-FLEURY Nathalie, 2022, "The economic burden of infertility treatment and distribution of expenditures overtime in France: a self-controlled pre-post study", *BMC Health Services Research*, vol. 22, n° 1, p. 512.
- BRIGGS Laura, 2010, "Reproductive Technology: Of Labor and Markets", *Feminist Studies*, vol. 36, n° 2, p. 359-374.
- BRUNET Laurence, 2011, « Procréations médicalement assistées et catégories "ethno-raciales" : l'enjeu de la ressemblance », in Guillaume CANSÉLIER et Sonia DESMOULIN-CANSÉLIER (dir.), *Les catégories ethno-raciales à l'ère des biotechnologies. Droit, sciences et médecine face à la diversité humaine*, p. 135-154.
- CADORET Anne, 2001, « Maternité et homosexualité », in Yvonne KNIBIEHLER (dir.), *Maternité. Affaire privée, affaire publique*, p. 77-91.
- CALHAZ-JORGE C., DE GEYTER Ch., KUPKA M.S., WYNS C., MOCANU E., MOTRENKO T., SCARAVELLI G., SMEENK J., VIDAKOVIC S. et GOOSSENS V., 2020, "Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)", *Human Reproduction Open*, n° 1, p. 1-15.
- COLEN Shellee, 1995, "Like a mother to them': stratified reproduction and West Indian child care workers and employers in New York", in Faye D. GINSBURG et Rayna RAPP (dir.), *Conceiving the New World Order: the Global Politics of Reproduction*, p. 78-102.
- COMPANS Marie-Caroline, 2022, « D'un "problème de santé publique" à un "phénomène de société" ? Le traitement médiatique des maternités et des paternités tardives en France (2001-2019) », *Enfances Familles Générations*, n° 39, [en ligne] <http://journals.openedition.org/efg/12410>.
- DEBEST Charlotte, 2014, *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- DEPADT Valérie et GRYNBERG Michael, 2022, « PMA : l'extension légale de l'assistance médicale à la procréation se heurte à la réalité », *The Conversation*, [en ligne] <https://theconversation.com/pma-lextension-legale-de-lassistance-medecale-a-la-procreation-se-heurte-a-la-realite-170438>
- DYER Silke J. et KRUGER Tinus Frans, 2012, "Assisted reproductive technology in South Africa: First results generated from the South African Register of Assisted Reproduction Techniques", *South African Medical Journal*, vol. 102, n° 3, p. 167-170.
- ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE et MEDICINE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE, 2016, "Oocyte or embryo donation to women of advanced reproductive age: an Ethics Committee opinion", *Fertility and Sterility*, vol. 106, n° 5, p. e3-e7.
- FORTIER Corinne, 2015, « L'eugénisme invisible du don de gamètes : *white is beautiful* ! », *Revue Sociologie Santé*, n° 38, p. 59-79.
- GINSBURG Faye et RAPP Rayna, 1991, "The politics of reproduction", *Annual Review of Anthropology*, n° 20, p. 311-343.
- GOFFMAN Erving, 1968, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GUPTA Jyotsna Agnihotri, 2006, "Toward transnational feminism: some reflections and concerns in relation to the globalization of reproductive technologies", *European Journal of Women's Studies*, vol. 13, n° 1, p. 23-38.
- HAMAMAH Samir et BERLIOUX Salomé, 2022, « Rapport sur les causes d'infertilité. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », [en ligne] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_les_causes_d_infertilité.pdf
- HÉRAULT Laurence (dir.) 2014, *La parenté transgenre*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence.

HERTZOG Irène-Lucile, 2014, « Les coûts de l'assistance médicale à la procréation pour les femmes salariées », *Cahiers du Genre*, n° 56, p. 87-104.

HERTZOG Irène-Lucile et MATHIEU Marie, 2021, « Pour une analyse globale, internationale et interdisciplinaire du travail procréatif », *Enfances, Familles, Générations*, n° 38, [en ligne] <http://journals.openedition.org/efg/12179>

HOMANEN Riikka, 2018, "Reproducing whiteness and enacting kin in the Nordic context of transnational egg donation: Matching donors with cross-border traveller recipients in Finland", *Social Science & Medicine*, vol. 203, p. 28-34.

INHORN Marcia C., 2009, "Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n° 106, p. 172-174.

INHORN Marcia C. et PATRIZIO Pasquale, 2015, "Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century", *Human Reproduction Update*, vol. 21, n° 4, p. 411-426.

LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2003, « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », *Population*, vol. 58, n° 4-5, p. 549-586.

LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2018, « 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France », *Population et Sociétés*, n° 556.

LA ROCHEBROCHARD Élise de et ROZÉE Virginie, 2022, "Revealing Gender Double Standards in the Parenthood Norm Depends on Question-Order Effect", *Sex Roles*, vol. 86, n° 7-8, p. 471-481.

LA ROCHEBROCHARD Élise de, McELREAVEY Ken et THONNEAU Patrick, 2003, "Paternal age over 40 years: the 'amber light' in the reproductive life of men?", *Journal of Andrology*, vol. 24, n° 4, p. 459-465.

LE GUEN Mireille, SCHANTZ Clémence, RÉGNIER-LOILIER Arnaud et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2021, "Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review", *Social Science & Medicine*, vol. 284, p. 114247.

Löwy Ilana 2006, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute.

Löwy Ilana, ROZÉE Virginie et TAIN Laurence, 2014, « Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre (Introduction) », *Cahiers du Genre*, n° 56, p. 5-18.

MEHL Dominique, 2021, *La PMA déconfinée. La révision de la loi de bioéthique en 2020*, Paris, L'Harmattan.

NADIMPALLY Sarajini et MARWAH Vrinda, 2016, "The gendered nature of infertility and ARTs", in Virginie ROZÉE et Sayeed UNISA (eds.), *Assisted Reproductive Technologies in the Global South and North: issues, challenges and the future*, p. 40-52.

NANDY Amrira, 2013, "Outliers of Motherhood. Incomplete Women or Fuller Humans?", *Economic & Political Weekly*, vol. 48, n° 44, p. 53-59.

NOVAES (BATEMAN) Simone, 1979-1980, « La grossesse accidentelle et la demande d'avortement », *L'Année Sociologique*, n° 30, p. 219-241.

OMBELET Willem, COOKE Ian, DYER Silke, SEROUR Gamal et DEVROEY Paul, 2008, "Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries", *Human Reproduction Update*, vol. 14, n° 6, p. 605-621.

PARRY Bronwyn, 2015, "Narratives of neoliberalism: 'clinical labour' in context", *Medical Humanities*, vol. 41, n° 1, p. 32-37.

PRÄG Patrick et MILLS Melinda C., 2017, "Cultural determinants influence assisted reproduction usage in Europe more than economic and demographic factors", *Human Reproduction*, vol. 32, n° 11, p. 2305-2314.

RAGONÉ Helena et TWINE FRANCE Winddance (dir.), 2000, *Ideologies and technologies of motherhood: Race, class, sexuality, nationalism*, New York, Routledge.

ROSS Loretta et SOLINGER Rickie, 2017, *Reproductive Justice: An Introduction*, Berkeley, University of California Press.

- ROZÉE Virginie, 2012, « L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational », *Raison Publique*, n° 307.
- ROZÉE Virginie, 2013, « Elles font des bébés toutes seules », *Terrain*, n° 61, p. 134-149.
- ROZÉE Virginie, 2015, « Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation », *Recherches Familiales*, n° 12, p. 43-55.
- ROZÉE Virginie, 2020, « Faire famille autrement : Ce que les marges nous enseignent sur "la" parentalité », *Revista Nanduty*, vol. 8, n° 12, p. 8-17.
- ROZÉE Virginie et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2010, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme sociale procréative ? », *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, p. 109-114.
- ROZÉE Virginie et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2013a, "Cross-border reproductive care among French patients eligible for ART funding in France", *Human Reproduction*, vol. 28, suppl 1, p. i137.
- ROZÉE Virginie et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2013b, "Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium", *Human Reproduction*, vol. 28, n° 11, p. 3103-3110.
- ROZÉE Virginie et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2022, « Mesurer et comprendre les PMA réalisées hors de France », *The Conversation France*, n° 25, [en ligne] <https://theconversation.com/mesurer-et-comprendre-les-pma-realisees-hors-de-france-173291>
- ROZÉE Virginie et MAZUY Magali, 2012, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et "gestion" de l'échec », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 4, p. 5-29.
- SMIETANA Marcin et TWINE France Winddance, 2022, "Queer decisions: Racial matching among gay male intended parents", *International Journal of Comparative Sociology*, vol. 63, n° 5-6, p. 324-344.
- SPAR Debora L., 2006, *The Baby Business: How Money, Science, and Politics Drive the Commerce of Conception*, Harvard, Cambridge, Harvard Business School Press.
- STORROW Richard F., 2006, "Quests for conception: fertility tourists, globalization, and feminist legal theory", *Hastings Law Journal*, n° 57, p. 295-330.
- TROUDE Pénélope, SANTIN Gaëlle, GUIBERT Juliette, BOUYER Jean et LA ROCHEBROCHARD Élise de, 2016, "Seven out of 10 couples treated by IVF achieve parenthood following either treatment, natural conception or adoption", *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 33, n° 5, p. 560-567.
- WYNS C., DE GEYTER C., CALHAZ-JORGE C., KUPKA M.S., MOTRENKO T., SMEENK J., BERGH C., TANDLER-SCHNEIDER A., RUGESCU I.A. et GOOSSENS V., 2022, "ART in Europe, 2018: results generated from European registries by ESHRE", *Human Reproduction Open*, n° 3, [en ligne] DOI: 10.1093/hropen/hoac022
- ZEGERS-HOCHSCHILD Fernando, 2016, "Access to ARTs in Latin America", in Virginie Rozée et Sayeed Unisa (eds.), *Assisted Reproductive Technologies in the Global South and North: issues, challenges and the future*, p. 17-25.