

ASSEMBLÉE NATIONALE

3 juillet 2020

BIOÉTHIQUE - (N° 3181)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

AMENDEMENT

N° 658

présenté par
Mme Valérie Boyer

ARTICLE PREMIER

I. – Après l’alinéa 3, insérer l’alinéa suivant :

« L’assurance maladie ne prend pas en charge les actes d’assistance médicale à la procréation apportée à deux femmes ou à une femme seule. »

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 56 à 60.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le projet de loi prévoit que dans le cadre d’une AMP la participation de l’assuré aux frais peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État, pris après avis de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie et de l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire.

De la même manière que la modification de l’objet de la médecine, ici c’est celui de la Sécurité sociale qui est en cause.

Nous sommes là au cœur du problème car dans le cas de l’ouverture de la PMA nous ne sommes pas face à une maladie mais à un désir d’enfant. Si ce désir est légitime et compréhensible, il va tout de même à l’encontre des principes de la Sécurité sociale.

Cet article prévoit donc une refonte totale des fondements de notre modèle en ce qu’il prévoit détourner de la médecine au profit de revendications non médicales mais sociétales. Car rappelons-le, la PMA est un ensemble de techniques médicales à disposition de tous les couples souffrant d’une pathologie de la stérilité ou ayant un risque de transmettre une maladie d’une particulière gravité à l’enfant. Il n’existe pas de discrimination en ce qui concerne la PMA : tous les couples ayant un problème médical constaté y ont accès.

Les différentes pratiques de procréation médicalement assistée sont donc jusqu'à présent remboursées en ce qu'elles viennent répondre à des problèmes médicaux. Le financement d'une PMA élargie à des couples non malades, c'est-à-dire de femmes ou des femmes seules, implique une incompatibilité majeure envers notre sécurité sociale qui fonde son action sur le principe de solidarité, sur l'aide aux plus fragiles, ne permettant le remboursement d'actes médicaux seulement s'ils correspondent à un cas de maladie.

D'autant plus que l'on estime aujourd'hui que le coût moyen d'une fécondation in vitro (FIV), s'élève en France à 4100 euros qui comprennent les traitements, la ponction d'ovocytes, l'hospitalisation, et les actes eux-mêmes.

C'est sur ces tarifs que la sécurité sociale, rembourse aujourd'hui celles qui y ont droit. Mais il est important de préciser que ce montant ne tient compte, ni des arrêts de travail (trois jours minimum, cinq à sept le plus souvent), ni des frais annexes engagés au cours du processus par les établissements (l'accueil, l'organisation, le personnel).

Au total le coût annuel des FIV en France est estimé autour de 300 millions d'euros. La PMA utilisée à d'autres fins que la médecine ouvrirait également la voie à un business très lucratif, comme on le voit par exemple avec les cliniques de procréation d'Espagne, de Belgique et d'ailleurs. Selon les chiffres de l'Assurance maladie, 288 millions d'euros auraient été dépensés de la sorte en 2014, année où on a décompté 102 601 tentatives d'insémination artificielle, de FIV ou de transferts d'embryons congelés. Deux ans plus tard, en 2016, le chiffre montait à 147 730.