



**UNIVERSITÉ D'ANGERS**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

**Année 2012**

**N°.....**

**THÈSE**

**pour le**

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN  
MÉDECINE**

**Qualification en : MEDECINE GENERALE**

**Par**

***Madame Jennifer RENARD-VISSEAU***

**Née le 20 août 1982 à Versailles**

---

**Présentée et soutenue publiquement le : 23 novembre 2012 à ANGERS (49)**

---

***LES LOIS DE BIOETHIQUE EN MATIERE DE PMA,  
PERMISSIVES OU RESTRICTIVES ?***

---

**Président : Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe**

**Directeur : Madame le Docteur MORINIERE Catherine**



# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

---

**Doyen**  
**Vice doyen recherche**  
**Vice doyen pédagogie**

Pr. RICHARD  
Pr. BAUFRETON  
Pr. COUTANT

**Doyens Honoraires :** Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

**Professeur Émérite :** Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

**Professeurs Honoraires :** Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>MM.</b>	<b>ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie
	<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation médicale
	<b>AUBÉ Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale
	<b>AUDRAN Maurice</b>	Rhumatologie
	<b>AZZOUZI Abdel-Rahmène</b>	Urologie
<b>Mmes</b>	<b>BARON Céline</b>	Médecine générale (professeur associé)
	<b>BARTHELAIX Annick</b>	Biologie cellulaire
<b>MM.</b>	<b>BATAILLE François-Régis</b>	Hématologie ; Transfusion
	<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	<b>BEAUCHET Olivier</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	<b>BEYDON Laurent</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>BIZOT Pascal</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique
	<b>BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie
	<b>CALÈS Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
	<b>CAMPONE Mario</b>	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
	<b>CHABASSE Dominique</b>	Parasitologie et mycologie
	<b>CHAPPARD Daniel</b>	Cytologie et histologie
	<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie
	<b>COUTURIER Olivier</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
	<b>DARSONVAL Vincent</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	<b>de BRUX Jean-Louis</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	<b>DIQUET Bertrand</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédopsychiatrie
	<b>ENON Bernard</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>FANELLO Serge</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie
	<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie
	<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie

	<b>GARNIER François</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>MM.</b>	<b>GARRÉ Jean-Bernard</b>	Psychiatrie d'adultes
	<b>GINIÈS Jean-Louis</b>	Pédiatrie
	<b>GRANRY Jean-Claude</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale
	<b>HUEZ Jean-François</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>HUNAUT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion
<b>Mmes</b>	<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie
	<b>JOLY-GUILLOU Marie-Laure</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie
	<b>LASOCKI Sigismond</b>	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	<b>LAUMONIER Frédéric</b>	Chirurgie infantile
	<b>LE JEUNE Jean-Jacques</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>LE ROLLE Nicolas</b>	Réanimation médicale
	<b>LEFTHÉRIOTIS Georges</b>	Physiologie
	<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie
<b>Mme</b>	<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>MALTHIÉRY Yves</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénéréologie
	<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie
	<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation médicale
	<b>MERCIER Philippe</b>	Anatomie
<b>Mmes</b>	<b>NGUYEN Sylvie</b>	Pédiatrie
	<b>PENNEAU-FONTBONNE Dominique</b>	Médecine et santé au travail
<b>MM.</b>	<b>PICHARD Eric</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	<b>PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile
	<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique
	<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie
	<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>Mme</b>	<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>MM.</b>	<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROHMER Vincent</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail
<b>Mmes</b>	<b>ROUGÉ-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé
	<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>MM.</b>	<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	<b>SAINT-ANDRÉ Jean-Paul</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SENTILHES Loïc</b>	Gynécologie-obstétrique
	<b>SUBRA Jean-François</b>	Néphrologie
	<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie
	<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie
	<b>VERRET Jean-Luc</b>	Dermato-vénéréologie
<b>MM.</b>	<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale
	<b>ZANDECKI Marc</b>	Hématologie ; transfusion

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

<b>MM.</b>	<b>ANNAIX Claude</b> <b>ANNWEILER Cédric</b>	Biophysique et médecine nucléaire Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
<b>Mmes</b>	<b>BEAUVILLAIN Céline</b> <b>BELIZNA Cristina</b> <b>BLANCHET Odile</b>	Immunologie Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>BOURSIER Jérôme</b>	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
<b>Mme</b>	<b>BOUTON Céline</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
<b>MM.</b>	<b>CAILLIEZ Éric</b> <b>CAPITAIN Olivier</b> <b>CHEVAILLER Alain</b>	Médecine générale (maître de conférences associé) Cancérologie ; radiothérapie Immunologie
<b>Mme</b>	<b>CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire
<b>MM.</b>	<b>CONNAN Laurent</b> <b>CRONIER Patrick</b> <b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Médecine générale (maître de conférences associé) Anatomie Physiologie
<b>Mme</b>	<b>DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>DUCLUZEAU Pierre-Henri</b> <b>FORTRAT Jacques-Olivier</b> <b>HINDRE François</b> <b>JEANGUILLAUME Christian</b>	Nutrition Physiologie Biophysique et médecine nucléaire Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme</b>	<b>JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>MM.</b>	<b>LACOEUILLE Franck</b> <b>LETOURNEL Franck</b>	Biophysique et médecine nucléaire Biologie cellulaire
<b>Mmes</b>	<b>LOISEAU-MAINGOT Dominique</b> <b>MARCHAND-LIBOUBAN Hélène</b> <b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biochimie et biologie moléculaire Biologie cellulaire Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie
<b>MM.</b>	<b>MOUILLIE Jean-Marc</b> <b>PAPON Xavier</b>	<i>Philosophie</i> Anatomie
<b>Mmes</b>	<b>PASCO-PAPON Anne</b> <b>PELLIER Isabelle</b> <b>PENCHAUD Anne-Laurence</b>	Radiologie et Imagerie médicale Pédiatrie <i>Sociologie</i>
<b>M.</b>	<b>PIHET Marc</b>	Parasitologie et mycologie
<b>Mme</b>	<b>PRUNIER Delphine</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>PUISSANT Hugues</b>	Génétique
<b>Mmes</b>	<b>ROUSSEAU Audrey</b> <b>SAVAGNER Frédéric</b>	Anatomie et cytologie pathologiques Biochimie et biologie moléculaire
<b>MM.</b>	<b>SIMARD Gilles</b> <b>TURCANT Alain</b>	Biochimie et biologie moléculaire Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

# **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur MORINIERE Catherine**

**Membres du jury :**

**Madame le Docteur MORINIERE Catherine**

**Monsieur le Docteur LEGUAY Denis**

**Madame le Docteur DELAUNAY Isabelle**

**Madame le Docteur BARON Céline**

A mon fils Alexandre,

A mon mari Guillaume,

Tendres pensées à ma mère.



Poésie de Khalil Gibran (écrivain et poète Libanais 1883-1931)

Une femme qui tenait un bébé contre son sein dit : "Parle-nous des enfants "

Et il dit : "Vos enfants ne sont pas vos enfants;

Ce sont les fils et les filles du désir de Vie.

Ils arrivent à travers vous mais non de vous.

Et quoi qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas.

Vous pouvez leur donner votre amour mais non vos pensées.

Car ils ont leurs pensées propres.

Vous pouvez abriter leurs corps mais non leurs âmes,

Car leurs âmes habitent la demeure de demain, que vous ne pouvez visiter même dans vos rêves.

Vous pouvez tenter d'être comme eux mais n'essayez pas de les rendre comme vous.

Car la vie ne s'en retourne pas en arrière ni ne s'attarde avec hier."

A notre président de Jury,

Monsieur Le Professeur Philippe DESCAMPS

Professeur des Universités en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine d'Angers

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury et vous assurons de notre très sincère gratitude et plus profond respect.

A notre directeur de Thèse,

Madame Le Docteur Catherine MORINIERE

Praticien Hospitalier en Gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

Vous avez accepté de diriger cette thèse et l'avez orientée avec une grande efficacité.

Recevez l'expression de mes sincères remerciements.

Aux Membres du Jury,

Monsieur Le Docteur Denis LEGUAY

Praticien Hospitalier en Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

Vous avez accepté de participer à notre jury de thèse. Nous en sommes d'autant plus honorés que nous savons vos nombreuses obligations. Je vous remercie de m'avoir accueillie au sein de votre service. Nous vous prions de croire à l'expression de notre profond respect.

Madame Le Docteur Isabelle DELAUNAY

Praticien Hospitalier en Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

Vous avez accepté de faire partie des membres de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Professeur Céline BARON

Professeur des Universités en Médecine Générale à la Faculté de Médecine d'Angers

Vous nous faites l'honneur de prendre en considération notre travail.

Nous vous remercions de bien vouloir siéger à notre Jury.

## PLAN DE LA THESE

1. Introduction
2. Outils et méthodologie
3. Les différentes méthodes d'aide à la procréation
  - 3.1- L'insémination artificielle
  - 3.2- Fécondation in vitro
  - 3.3- L'injection intra-cytoplasmique de Spermatozoïde
  - 3.4- Don d'ovocytes et don d'embryon
  - 3.5- Maternité de substitution /mère porteuse
4. Un peu d'histoire
  - a) Historique de la PMA
  - b) Contexte historique de la création des lois de bioéthique
  - c) L'éthique et la loi
5. Etat des lieux avant 1994
  - 5.1 Insémination artificielle
  - 5.2 Transfert d'embryon
  - 5.3 Accès à la PMA
  - 5.4 Embryons congelés surnuméraires
6. Première loi de bioéthique du 30 juillet 1994
  - a) Pourquoi légiférer
  - b) Contenu de la loi
7. Pourquoi faire évoluer cette loi de bioéthique
8. loi du 6 août 2004
  - a) une organisation institutionnelle et juridique remodelée
  - b) Priorité à l'information et au consentement
  - c) Recherche sur l'embryon
  - d) Conditions d'accès à la PMA
  - e) Contenu de la loi
9. loi du 7 juillet 2011
  - a) Pourquoi réviser la loi de 2004
  - b) Avis du conseil d'Etat
  - c) Contenu de la loi

10. Les problèmes qui se posent à ce jour
    1. PMA accessible aux couples homosexuels
    2. Le nombre d'embryons cryoconservés
    3. La recherche sur l'embryon
    4. Levée de l'anonymat des donneurs de gamètes
    5. Transfert d'embryon post mortem
  11. Notre place dans l'Europe
    - Le business européen de la fécondation in vitro
    - Mères porteuses: un marché clandestin
    - La procréation post mortem en Europe
  12. Discussion, enjeux éthique et politique
- Quelle perspective pour l'avenir : PMA permissive ou restrictive?

## Abréviations

ABM – Agence de biomédecine

AMP – Assistance médicale à la procréation

CCNE – Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

CECOS – Centres d'études et de conservation des oeufs et du sperme

CNAOP – Centre national d'accès aux origines personnelles

CSP – Code de santé publique

FIV – Fécondation in vitro

FIVD – Fécondation in vitro avec sperme de donneur

FIVETE – Fécondation in vitro et transfert d'embryon

GIFT – Gamete intra-fallopian transfert

IAC – Insémination intraconjugale

IAD – Insémination artificielle avec sperme d'un donneur

ICSI – Intra cytoplasmique sperme injection

IVG – Interruption volontaire de grossesse

INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale

PMA – Procréation médicalement assistée

SHO – Syndrome sévère d'hyperstimulation ovarienne

## **1. Introduction**

L'assistance médicale à la procréation désigne l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques qui permettent la conception, (IAC, IAD, FIV, ICSI, transfert d'embryons), ainsi que toute technique d'effet équivalent qui permettent la procréation en dehors du processus naturel (article L. 2141-7 CSP). Elle ne peut avoir que deux finalités (article L. 2141-2 CSP) : soit remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, soit éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité.

En France on estime que 25 000 à 30 000 couples consultent chaque année dans un centre de procréation médicalement assistée. Parmi les couples hétérosexuels stables, 15% à 20% ont consulté un médecin pour des difficultés à avoir un enfant et 6% seraient infertiles. En 2010, l'âge moyen du premier enfant était de 28,1 ans (INSEE) et ce chiffre ne cesse d'augmenter depuis ces vingt dernières années. Selon une étude de l'Institut national d'études démographiques, les femmes suivant des études supérieures préfèrent attendre d'avoir obtenu leur diplôme avant d'avoir leur premier enfant. De ce fait, l'âge de la première maternité augmente alors que l'on constate une altération de la qualité des ovocytes avec l'âge. La hausse de recours à la PMA s'explique en partie par ce phénomène. La PMA a donné naissance à 22 401 enfants en France en 2010 soit 2,7% des naissances de la population générale.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, une conscience critique s'est éveillée. La science n'est plus nécessairement associée à l'idée de progrès. Il est nécessaire de fixer des limites, tout au moins un cadre. L'idée de soumettre l'activité scientifique à un contrôle est perçue comme une nécessité. Il faut cependant attendre les années 1960 pour voir apparaître les premiers organismes de contrôle (le premier étant américain : Institutional Review boards) et c'est l'américain Van Rensselaer Potter qui forge le terme « bioéthique » qui vient du grec bios (vie) et ethos (éthique) pour désigner l'étude de la moralité des conduites humaines dans le domaine des sciences de la vie.

En France, jusqu'en 1994, il n'existait aucune loi, aucun cadre et donc aucune restriction à la PMA. Tout ce qui était techniquement réalisable était donc faisable. Les mères porteuses, les

inséminations post mortem, l'accès à la maternité à un âge très avancée, les ventes de gamètes, l'accès des couples homosexuels à la PMA étaient donc possibles.

L'évolution des connaissances et des pratiques scientifiques sont à l'origine du développement de la bioéthique. C'est une matière changeante qui accompagne le progrès scientifique tout en tentant de l'encadrer. C'est dans ce cadre :

qu'a été créé en 1983 le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). Son rôle étant d'examiner les problèmes éthiques qui lui sont proposés et de prendre position, si possible, afin de rendre un ou des avis argumentés.

- et qu'a été voté la première loi de bioéthique en 1994, révisée en 2004 puis en 2011. Les lois de la bioéthique ont pour but de garantir le respect de la dignité humaine et de répondre le mieux possible aux questions soulevées face aux progrès de la science et aux avancées de la société.

De nombreuses questions éthiques sont nées des techniques de reproduction artificielle. Le débat a pris de l'ampleur ces dernières années devant les évolutions et les changements qui se manifestent dans notre société (recomposition familiale, homoparentalité, désir des couples homosexuels de devenir parents). Malgré un débat de plus en plus médiatisé, la loi votée en juillet 2011 n'a pas été une grande révolution. Nos conditions d'accès à la PMA étant plus restrictives que d'autres pays d'Europe, on assiste à ce que certains appellent un « tourisme procréatif ».

L'évolution de la société fait évoluer les lois et les perspectives de la PMA. Sont-elles restrictives ou permissives ?

## **2. Outils et méthodologie**

Le but de ce travail consiste à étudier l'évolution des concepts, des lois et des enjeux éthiques soulevés par la PMA.

Ceux-ci seront effectués par une revue et les principaux textes de loi ayant évoqués la PMA. Cette étude rassemblera notamment la loi du 29 juillet 1994, le rapport Claeys, la loi du 6 août 2004, plusieurs avis du CCNE et bien sûr la loi du 7 juillet 2011.

### **3. Les différentes méthodes d'aide à la procréation.**

#### **3.1 L'insémination artificielle avec le sperme du conjoint**

Un couple a recours à ce type de PMA, si le conjoint est peu fertile (oligospermie), ou si les rapports sexuels sont médicalement impossibles.

La femme subit un traitement pour stimuler les ovaires, qui entraîne l'ovulation. L'insémination intra utérine est alors faite autour de 36 heures après le déclenchement de l'ovulation avec le sperme du conjoint qui a été recueilli.

L'insémination est pratiquée avec un fin cathéter à usage unique. Il est introduit dans l'utérus par voie naturelle. Le volume injecté est de l'ordre de 300 à 500 microlitres. Après quelques minutes de repos, la patiente peut reprendre son activité normale.

En 2010, il a été réalisé 55 873 tentatives d'IIU qui ont donné lieu à 5 483 accouchements, soit 9,5% de taux de réussite.

L'I.A.C. est la technique la plus simple dans la hiérarchie des techniques d'aide médicale à la procréation.

#### **3.2 L'insémination artificielle avec le sperme d'un donneur**

Si le conjoint est stérile, un couple peut avoir recours à ce type de PMA.

Les procédés et les risques sont les mêmes que ceux de la IAC à la différence que le sperme vient d'un donneur et non du conjoint. Le sperme du donneur étant recueilli et congelé sous forme de paillettes par un CECOS.

La sécurité sociale prend en charge 6 IAD, et en cas d'échec il faut faire une FIVD.

#### **3.3 Fécondation in vitro et transfert d'embryon**

Pour résoudre certaines stérilités féminine (obturation des trompes) ou masculine (oligospermie : de 500 000 à 1000 000 au TMS) ou après échec des IIU, des techniques de fécondation in vitro ont vu le jour.

Cela consiste à prélever les ovules de la femme après stimulation ovarienne et à les mettre en fécondation au laboratoire de BDR avec les spermatozoïdes du conjoint ou du donneur. Il y a environ 60% de taux de fécondation.

Deux jours plus tard des embryons sont formés. Un ou deux sont réimplantés dans l'utérus de la femme. Si l'implantation échoue, on redépose les embryons restants pour une nouvelle



tentative. Les embryons surnuméraires peuvent être conservés par congélation s'ils répondent à des critères spécifiques et être réimplantés plus tard.

En 2010, il a été réalisé 21 391 tentatives de FIV intraconjugal qui ont donné lieu à 3 969 accouchements, soit 4,53% de taux de réussite.

### 3.4 Don d'ovocytes

Un couple a recours au don d'ovocytes, lorsque la femme a une insuffisance ovarienne ou si elle est atteinte d'une maladie héréditaire.

Une fécondation in vitro (FIV) est réalisée avec l'ovocyte d'une donneuse et le sperme du mari, puis l'embryon est réimplanté dans l'utérus de la femme stérile.

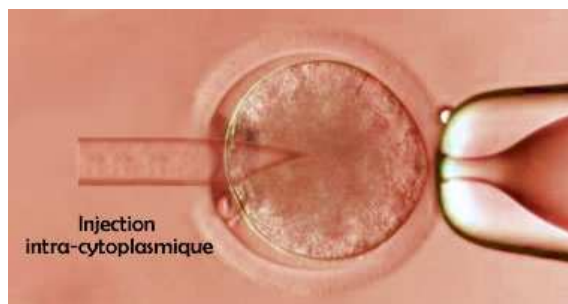
### 3.5 Don d'embryon

Un couple a recours à l'accueil d'embryon après des échecs ou de CI à la FIV ou en cas de maladie héréditaire. Il peut faire une demande de don d'embryon. Il s'agit d'utiliser les embryons congelés surnuméraires, après l'abandon d'un projet parental.

En 2010, il a été réalisé 99 accueils d'embryon qui ont donné lieu à 18 accouchements, soit 18,1% de taux de réussite.

Le don est strictement anonyme. Il est impossible pour les couples donneurs de connaître le couple receveur, et inversement.

### 3.6 L'Injection intra-cytoplasmique de Spermatozoïde



L'ICSI vue au microscope

L'ICSI est une technique de laboratoire de BDR qui s'ajoute à une FIV classique. C'est la technique de PMA la plus utilisée en France.

Cette technique est utilisée en cas d'OATS sévère ou en cas d'échec de FIV.

Lors d'une ICSI, un spermatozoïde est sélectionné, immobilisé et introduit par micro-injection directement dans le cytoplasme d'un ovule à l'aide d'une fine pipette. Deux jours plus tard des embryons sont formés. Un ou deux sont réimplantés dans l'utérus de la femme.

Si l'implantation échoue, on dépose les embryons restants pour une nouvelle tentative. Les embryons surnuméraires peuvent être conservés par congélation s'ils répondent à des critères spécifiques et être réimplantés plus tard.

Les risques de grossesses multiples sont les mêmes que pour la FIV et dépendent aussi du nombre d'embryons implantés.

En 2010, il a été réalisé 36 700 ICSI qui ont données lieu à 7 361 accouchements, soit 20,05% de taux de réussite.

### 3.7 Maternité de substitution (mère porteuse)

La maternité de substitution est la solution pour les couples dont la conjointe est stérile par anomalie de l'utérus.

Une femme volontaire prête ou loue son utérus. La mère porteuse peut être inséminée artificiellement avec le sperme du père, ou elle peut porter un embryon produit par FIV à partir des gamètes du couple. A la naissance, l'enfant est remis au couple demandeur.

## **4. Un peu d'histoire**

### ***a. Historique de la PMA.***

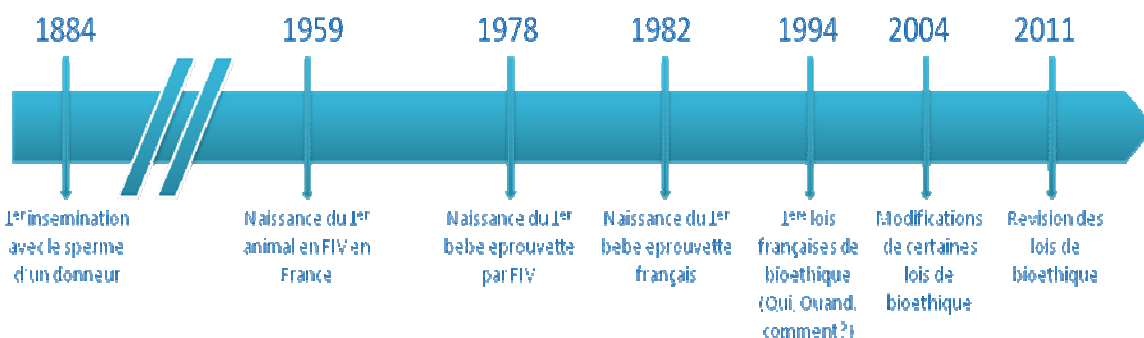
Les premières tentatives d'insémination artificielle ont été décrites par Spallanzani. A la moitié du 18ème siècle, il effectue une fécondation sur une grenouille, puis sur une chienne, avant d'appliquer sa technique - sans succès - à la femme. Hunter est, en 1776, le premier à effectuer une insémination artificielle sur une femme, par l'intermédiaire d'une seringue. En fait il insémine sa femme avec son sperme car il été atteint d'un hypospadias. Le secret a été gardé pendant une vingtaine d'années ; ce type de pratique étant condamné par la morale religieuse. Il faudra attendre 1860 pour qu'émerge, via The Lancet, un débat technique et éthique sur l'insémination artificielle. Quelques années plus tard, en 1884, Pancast réalise aux Etats-Unis la première insémination avec sperme de donneur. En 1946, Jean Rostand découvre que le sperme peut être congelé ; et une première naissance suite à l'utilisation d'un sperme congelé intervient en 1953, malgré les réticences de l'Académie des sciences. En 1959, naît le premier être vivant, un lapin, suite à la fécondation in vitro.

Dès le début des années 1960 apparaissent les premières banques de sperme au Japon et aux Etats-Unis, puis en France en 1973 sous l'impulsion des Pr David et Netter. Le CECOS de Bicêtre, créé par George David, s'est imposé une charte de recrutement des donneurs

particulièrement précise : les hommes acceptés pour un don devront déjà être pères, vivre en couple, avoir l'accord de leurs compagne, être âgés de moins de 45 ans, être volontaires et accepter le principe de l'anonymat. Par ailleurs, ils devront se soumettre à un bilan permettant de contrôler la qualité du sperme, aussi bien sur le plan fécondant, que sur celui de la sécurité sanitaire virologique et bactériologique.

Quinze ans plus tard, en 1978, naît en Angleterre Louise Brown, premier enfant issu d'une fécondation in vitro. Depuis ce succès, tous les bébés qui naissent grâce à cette méthode de procréation sont appelés « bébés éprouvettes ». En 1982, naîtra le premier bébé éprouvette français « Amandine » dans le service du Pr Frydmann, à l'hôpital Antoine Béchère à Clamart.

En 1992, la PMA connaît sa dernière grande évolution (équipe du Pr André Van Steirteghem, en Belgique) : l'ICSI.



Chronologie de la PMA

## ***b. Contexte historique de la création des lois de bioéthique.***

En 1904, l'eugénisme est décrit par Sir Francis Galton (1822-1911) comme l'étude des facteurs socialement contrôlables qui peuvent élever ou abaisser les qualités raciales des générations futures, aussi bien physiquement que mentalement, Alfred Ploetz (1) le définit comme « la tentative de maintenir l'espèce en bonne santé et de perfectionner ses dispositions

**Alfred Ploetz** (né le 22 août 1860 à [Swinemünde](#) et décédé le 20 mars 1940 à [Herrsching](#)) est un médecin allemand connu comme le fondateur - et ardent promoteur - de l'hygiène raciale allemande. Dès 1895 il définit l'[eugénisme](#) comme « la tentative de maintenir l'espèce en bonne santé et de perfectionner ses dispositions héréditaires ». Il a été convaincu du besoin de maintenir la « pureté » de la race allemande et, en 1879, il a fondé une société raciste secrète.

héréditaires». Balbutiant jusqu'au début du XXe siècle, cette « pseudo sciences» se développe en même temps que se développe la génétique (entre 1900 et 1915) et son articulation au darwinisme lui confère une sorte de poids scientifique et la rend crédible. L'eugénisme prend son plein essor dans toute l'Europe au milieu du XXe siècle. L'eugénisme négatif visait à empêcher les individus réputés inférieurs de procréer, par enfermement, par interdiction de mariage ou stérilisation, par euthanasie des malades mentaux et des handicapés. En 1914, plusieurs psychiatres allemands dont le Pr Alois Alzheimer (1864-1915), s'inscrivent à la société d'hygiène raciale, créée par Ploetz en 1905. Dans les années 1920, les psychiatres, plus généralement les médecins allemands, sont fortement en faveur de l'eugénisme. Nombreux sont les discours en faveur de l'épuration, de la stérilisation des criminels récidivistes et des retardés mentaux pour « épurer le peuple de ses éléments inférieurs ». En réalité, on peut dire que la conversion de la psychiatrie allemande s'est massivement opérée avant 1933. Cette conversion ne se limite en rien à une poignée d'activistes nazis, bien au contraire. En Allemagne, entre 1913 et 1933, la question de l'euthanasie fait son apparition et met le feu au débat. Mais seulement une poignée de médecins y adhère et en 1921, l'assemblée des médecins allemands rejette à l'unanimité un projet de loi autorisant la «suppression des vies indignes d'être vécues», alors que l'eugénisme suscite peu ou pas de contestation dans les milieux bio médicaux. L'eugénisme aurait probablement été légalisé en Allemagne mais aussi en Europe, sans le nazisme. Poussé à l'extrême, l'eugénisme nazi mis en œuvre durant la Seconde Guerre mondiale dérive pour aboutir à l'extermination de 150 000 patients allemands ( 96% sont des patients de psychiatrie), à l'opération T4 qui fit environ 76 000 victimes ( elle s'arrêta en août 1941), à la stérilisation de 360 000 malades «héréditaires». Ces euthanasies purent se dérouler sans difficulté sur le plan médical grâce à la collaboration, à l'adhésion et à la tolérance de l'immense majorité des psychiatres et des deux tiers du corps médical allemand au nom de l'eugénisme. Nombreux furent les scientifiques à se ruer sur les «matériaux humains» fournis par l'euthanasie, presque toutes les facultés de médecine et plusieurs instituts de recherche en neurologie et psychiatrie. L'ampleur des euthanasies réalisées sous le III ème Reich permet de souligner qu'un tel degré de collusion ne pouvait pas être uniquement le fruit de l'égarement de quelques individus.

La majorité des eugénistes, en Allemagne avant 1933 et dans les autres pays après cette date, n'a jamais évolué jusqu'à l'euthanasie. Des pays démocrate comme la Suède ou les Etats Unis, qui avaient mis en place des lois de stérilisation eugénique, n'en sont jamais arrivés à l'euthanasie. D'où l'importance des différents contextes allemands, de 1939 à 1945 :

- Contexte budgétaire : à cause de la crise économique de 1929, l'Allemagne de Weimar connaît déjà une réduction drastique des dépenses pour les handicapés et les malades mentaux. Les nazis, arrivés au pouvoir, poursuivent délibérément les réductions budgétaires pour inciter les directeurs d'asile à faire un tri parmi les patients.
- Contexte psychologique : à l'issue de la 1<sup>er</sup> guerre mondiale, le rapport à la vie est devenu tout autre. La mort a tellement fauché que le fait de trépasser ne paraît pas si épouvantable et la vie individuelle ne semble plus aussi intangible.
- Contexte eugéniste : dans le cadre d'une pensée eugéniste, si la guerre ne peut être évitée, le gâchis de «bon sang» sur le champ de bataille doit être équilibré par « l'augmentation du quota d'élimination des inférieurs » réfugiés à l'arrière (propos de Ploetz en 1936).

En 1947, le procès de Nüremberg a révélé au monde l'horreur des expériences menées par des médecins dans les camps de concentration.

On a dès lors pris conscience du fait que ce qui pouvait apparaître comme source d'immenses progrès porteurs d'espoirs, pouvait aussi constituer une menace pour les droits et libertés des individus pour les générations futures. Le procès donnera lieu à la naissance du code de Nüremberg qui est le premier texte international d'éthique médicale. Les principes qu'il énonce seront repris dans tous les textes d'éthique médicale subséquents et notamment la Déclaration d'Helsinki (déclaration de l'Association médicale mondiale de 1964).

### ***c. L'éthique et la loi.***

Dès 1789, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen annonce que «tous les Hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits »

Dans le Code civil : Notre droit reconnaît la primauté de la personne humaine et « le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ».

En 1946, la Constitution affirme que «Tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés »,

Et en 1948, il est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme que «Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne» [art. 3]. La dignité de l'être humain est fondée sur sa nature, son humanité et son appartenance à l'espèce humaine. D'où

son caractère inviolable. Ce principe est une garantie contre toute utilisation ou manipulation de la vie humaine.

Le 23 février 1983 est créé le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé par François Mitterrand. Il a pour mission de donner des avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé et d'en publier des recommandations sur ce sujet. Ces avis visent à éclairer les professionnels de santé mais aussi les juristes dans l'élaboration des lois futures. Ses membres sont pour la plupart médecins ou chercheurs mais également juristes, philosophes ou théologiens.

Les premières lois de bioéthique ont été adoptées en France en 1994.

La loi No. 94-653 du 29 juillet 1994, relative au respect du corps humain, pose des principes généraux concernant le respect du corps humain, l'étude des caractéristiques génétiques des personnes, la protection de l'espèce humaine et la protection de l'embryon humain.

La loi No. 94-654 du 29 juillet 1994, quant à elle, fixe les conditions du don, de l'utilisation et de la conservation des éléments et produits du corps humain.

Le 4 avril 1997, suivant la même logique, le Conseil de l'Europe qui a pour vocation, d'une part d'assurer le respect des droits résultant de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et, d'autre part, d'étudier les problèmes éthiques afin d'élaborer des recommandations communes aux Etats membres, adopte la Convention d'Oviedo en faveur de la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard de l'application de la biologie et de la médecine.

Constatant les rapides progrès de la médecine et de la science, le Conseil d'Europe alerte sur les menaces qu'un « usage impropre » ferait peser sur la dignité humaine pour les générations présentes et futures.

La Convention d'Oviedo précise les contours de la dignité : l'intégrité, l'identité et la non-patrimonialité de l'être humain, dans le souci de sa protection (art. 1). Et n'hésite pas à affirmer qu'en cas de conflit, c'est l'être humain qui doit l'emporter. Même si elle autorise la recherche sur l'embryon pour son bien propre - tout en respectant les décisions des États membres - elle interdit la création d'embryons pour la recherche. La France a signé cette convention mais ne l'a ratifiée qu'en 2011.

Le Comité international de bioéthique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a été créé en 1993. Les travaux de ce Comité ont abouti à l'adoption le 9 décembre 1998 de la « Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme » par l'assemblée générale des Nations Unies.

Quant à la Charte européenne des droits fondamentaux, adoptée à Nice en décembre 2000, elle consacre sa première partie à la dignité de l'être humain et déclare dans son article premier : « La dignité est inviolable. Elle doit être respectée et protégée ».

Les lois de bioéthique ont été révisées en 2004 et 2011.

Les états-généraux de la bioéthique et le Conseil d'État ont rappelé ce principe de dignité humaine, qu'aucune circonstance ne pouvait amender : « La dignité, en effet, ne décline pas avec nos forces. Ni la maladie, ni le handicap n'altèrent notre humanité. » (Etats-généraux, juillet 2009). Les enjeux bioéthiques portent donc sur sa protection, le principe de dignité de la personne humaine paraît être le principe éthique structurant des lois de bioéthique.

## **5. Etat des lieux avant 1994**

Avant le vote des lois dites « bioéthiques » du 29 juillet 1994, l'avis du CCNE avait été sollicité à plusieurs reprises au sujet de demandes de femmes souhaitant une insémination avec le sperme congelé de leur conjoint décédé ou le transfert post mortem d'embryons cryoconservés. Comme la législation n'existait pas encore, ce sont les juristes et les magistrats qui ont dû peu à peu établir une jurisprudence, en faisant face à des questions et des problèmes concrets. Les tribunaux ont eu à se prononcer sur de telles situations et ont parfois répondu de façon contradictoire.

Dans ce domaine, la jurisprudence a statué de manière relativement similaire, nous citerons ainsi plusieurs arrêts montrant la doctrine instaurée.

### ***5.1 Insémination artificielle***

**Dans le cadre de l'affaire PARPALAIX :** le tribunal de grande instance de Créteil du 01/08/1984 a ordonné la restitution des paillettes de sperme congelé à la veuve mais aucune grossesse ne s'en était suivie.

Huit ans plus tard, le tribunal de grande instance de Toulouse (TGI Toulouse, 26 mars 1991) adopte la solution inverse en ordonnant la destruction des paillettes. Le tribunal de grande instance de Créteil, dans un jugement ultérieur (TGI Créteil, 4 avr. 1995), refuse à son tour la restitution à la veuve du sperme congelé.

Le tribunal de grande instance de Rennes (TGI Rennes, 15 oct. 2009) a refusé la demande de la veuve tendant à la récupération des paillettes de sperme de son époux décédé, afin de procéder à une insémination post mortem, et ce alors que l'insémination devait être réalisée à l'étranger ; en considérant que la veuve « recherchait en définitif à contourner l'application de la loi française qui prohibe l'insémination post mortem. »

Par ailleurs, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a refusé, le 18 avril 2006, une PMA par insémination artificielle pour une femme dont le mari purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité, en considérant qu' « il n'était pas de l'intérêt de l'enfant de naître dans de telles conditions ».

## ***5.2 Transfert d'embryon***

Concernant le transfert d'embryons, la situation est différente dans la mesure où la conception in vitro de ces embryons est antérieure au décès de l'un des membres du couple. La conception s'étant opérée du vivant des deux parents, la question est ici de savoir si la gestation peut s'effectuer après le décès du père. En cas de transfert d'embryons post mortem, le consentement du conjoint a été obtenu au moment de la réalisation de la fécondation in vitro (FIV), il ne peut cependant pas être confirmé au moment du transfert. La jurisprudence antérieure à la législation de 1994 a dû aussi se prononcer sur le cas du transfert d'embryon post mortem et a répondu négativement à cette demande de façon assez uniforme.

Après une réimplantation, le tribunal de grande instance d'Angers (TGI Angers, 10 nov. 1992) a été saisi sur la question de la filiation de l'enfant qui devait naître. Il a alors décidé que « l'enfant ainsi conçu avec les gamètes des deux époux et né plus d'un an après la mort du mari était couvert par la présomption de paternité malgré la gestation différée en le réputant conçu durant le mariage comme les deux enfants du couple conçus par fécondation in vitro et nés du vivant du père ».



**Dans l'affaire PIRES**, jugée par le tribunal de grande instance de Toulouse du 11/05/1993 et confirmé par la cour d'appel de Toulouse le 18/04/1994, le transfert d'embryon a été refusé et le juge ordonna la destruction des embryons conservés. La Cour de cassation cassera, dans un arrêt du 09/01/1996 (annexe 3), l'ordonnance de destruction des embryons mais rejettera pour le reste le pourvoi formé par la femme.

Dans une affaire jugée par le tribunal de grande instance de Rennes (TGI Rennes, 30 juin 1993), les magistrats ont refusé à une veuve le droit d'exiger du CECOS la réimplantation des embryons congelés du vivant de son mari. La Cour de cassation, saisie du problème, a, quant à elle, décidé « qu'avant même l'entrée en vigueur de l'article L. 152-2 du code de la santé publique issu de la loi du 29 juillet 1994 (actuel art. L. 2141-2 du même code), l'assistance médicale à la procréation ne pouvait avoir pour but légitime que de donner naissance à un enfant au sein d'une famille constituée, ce qui exclut le recours à un processus de fécondation in vitro ou sa poursuite lorsque le couple qui devait accueillir l'enfant a été dissout par la mort du mari avant que l'implantation des embryons, dernière étape de ce processus, ait été réalisée ». La Cour de cassation a fait obstacle à la demande de la veuve tendant au transfert post mortem d'un embryon.

La loi de 1994 mit un terme à ces hésitations en précisant que l'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple formé d'un homme et d'une femme qui « doivent être vivants ». Le législateur désireux de privilégier un cadre familial traditionnel, exclut de l'accès à l'AMP les femmes seules, que ce soit au moment de la demande initiale ou en cours de procédure en cas de dissolution du couple, notamment à la suite du décès de l'homme. La possibilité pour la femme ayant perdu son conjoint ou compagnon, de poursuivre seule un projet parental conçu à deux, en demandant une insémination ou le transfert d'un embryon post mortem, fût donc écartée.

Le législateur ne suivit pas, en cela, la position du CCNE qui dans son avis n°40 du 17 décembre 1993 considéra que, en cas de demande par la femme de transfert d'embryons post mortem, « il n'existe aucune raison convaincante de refuser a priori ce choix à la femme elle-même » et que « dans le cas où une FIV a été réalisée du vivant de l'homme et où les embryons ont été congelés, la disparition de l'homme ne fait pas disparaître les droits que la femme peut considérer avoir sur ces embryons qui procèdent conjointement d'elle et de son partenaire défunt. L'homme disparu, on ne voit pas qui ou quelle autorité pourrait in fine faire valoir sur les embryons des droits égaux ou supérieurs à ceux de la femme et s'opposer à son

projet dûment éclairé et explicitement énoncé d'entreprendre une grossesse après transfert des embryons congelés ».

Par la suite, le CCNE confirma par deux fois sa position dans des avis rendus à l'occasion de la précédente révision de la loi de 1994. Dans l'avis n°60 du 25 juin 1998, reprenant l'argumentation développée dans son avis n°40, il considéra qu' « après décès du conjoint, le transfert d'un embryon congelé dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation déjà engagée par le couple peut être effectué à la demande de la femme ». Le CCNE précisa sa position dans l'avis n°67 du 27 janvier 2000 « La dissolution du couple fait obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons. Toutefois, le transfert des embryons conservés peut être réalisé si cette dissolution résulte du décès de l'homme et que celui-ci a expressément consenti de son vivant à la poursuite du processus d'assistance médicale à la procréation après son décès. Dans ces cas, le transfert des embryons ne pourra être réalisé qu'au minimum trois mois et au maximum un an après le décès », rejoignant ainsi la position du TGI d'Angers, vu précédemment.

Les différents rapports qui précédèrent les discussions parlementaires lors de la première révision de la loi de 1994, écartèrent l'éventualité d'une insémination ou d'une fécondation in vitro (FIV) avec le sperme congelé d'un conjoint décédé, tout en reconnaissant à la femme le droit de poursuivre le projet parental du couple en obtenant le transfert in utero de ses embryons cryoconservés. Le projet de loi relative à la bioéthique voté en première lecture par l'Assemblée Nationale le 22 janvier 2002 reprit cette disposition. Mais cette faculté fut supprimée dans la loi définitivement adoptée le 6 août 2004. Pour qu'il n'y ait aucune ambiguïté, la loi a même renforcé cette prohibition en ajoutant à l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique un alinéa qui dispose de manière explicite : « Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons, le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie...».

Au moment de la révision de la loi du 6 août 2004, les différents rapports préparatoires sont revenus sur cette interdiction. Si aucun d'entre eux ne recommande la levée de l'interdiction de l'insémination ou de la fécondation in vitro post mortem, ils considèrent, à l'exception du rapport du Conseil d'Etat, que le transfert d'embryons post mortem pourrait être autorisé sous certaines conditions précises. Tous ces textes soulignent le dilemme éthique qui oppose le fait de faire naître délibérément un enfant orphelin de père, à la souffrance de la femme qui souhaite poursuivre le projet parental de son couple et qui n'a d'autre choix que la destruction des embryons ou le don à un autre couple

### **5.3 Accès à la PMA**

L'accès à la PMA a, jusqu'à ce jour, toujours exclu les couples homosexuels. Cette condition d'accès a toujours été rappelée par la jurisprudence telle que la Cour de Cassation l'a confirmée dans son arrêt du 9 mars 1994 (annexe 3). Dans cette affaire où deux couples homosexuels de sexes différents ont tenté de falsifier leur orientation sexuelle pour accéder à la PMA, les juridictions saisies ont rejeté leur demande sur le fait qu'elle constituait un détournement de l'insémination artificielle.

### **5.4 Embryons congelés surnuméraires**

Avant le vote des lois dites « bioéthiques » du 29 juillet 1994, l'avis du CCNE avait été sollicité à plusieurs reprises au sujet du devenir des embryons, mais il n'existait aucune jurisprudence.

Il y a trois circonstances qui vont conduire à une décision médicale d'absence de transfert d'un embryon créé in vitro par AMP dans le cadre d'un projet parental :

- lorsqu'une anomalie majeure ou une interruption du développement d'un embryon est constatée in vitro, avant son transfert dans le corps utérin ou lorsque l'embryon n'est pas éligible à la congélation (critère morphologique tel que la présence de fragments) ;
- lorsqu'au cours d'un diagnostic pré-implantatoire, un embryon se révèle être porteur de la séquence génétique en cause dans une maladie familiale d'une particulière gravité et incurable au moment du diagnostic.

Dans ces deux circonstances, l'embryon humain est détruit.

- Il y a une troisième circonstance, très différente, qui conduit à ne pas transférer des embryons créés in vitro: il s'agit de la décision de les conserver par cryopréservation, dans le but d'un transfert ultérieur en cas d'échec du premier transfert, ou en cas de souhait ultérieur d'avoir un autre enfant, sans avoir à réaliser de nouvelles hyperstimulations hormonales et de nouveaux prélèvements d'ovocytes. Ces embryons deviennent alors des embryons dits surnuméraires en attente d'un transfert ultérieur.

La création in vitro, dans le cadre d'une AMP, d'embryons surnuméraires et leur conservation par cryopréservation, avaient pour but d'apporter une réponse à un problème d'éthique médicale : le souci de préserver au mieux la santé de la future mère en évitant les stimulations ovariennes répétées. Mais elles avaient aussi pour conséquence, a priori inévitable, de

conduire à un autre problème éthique, celui du devenir de ces embryons surnuméraires en cas d'abandon ultérieur du projet parental (que la cause de cet abandon soit des échecs répétés de l'AMP, ou au contraire la naissance d'enfants, ou une séparation du couple, ou encore le décès de l'un ou des deux membres du couple...).

Il existe un véritable interdit commun, partagé par tous : c'est l'interdit de porter atteinte à l'intégrité de l'embryon in vitro tant qu'il est inscrit dans le désir et le projet d'avoir un enfant du couple qui demande sa création. C'est l'existence et la persistance de ce lien humain qui fait de l'embryon in vitro une « personne humaine potentielle » en devenir.

## **6. Première loi de bioéthique du 29 juillet 1994**

### ***A. Pourquoi légiférer.***

La fin du XXe siècle connaît la troisième grande révolution des temps modernes après la révolution agraire et la révolution industrielle, il s'agit de la révolution scientifique. Nos nouvelles connaissances nous placent face à de nouvelles situations.

L'homme à la fin du XXe siècle doit faire de nouveaux choix, mais quelle attitude, quel comportement adopter pour rester fidèles à notre conception de la dignité de l'homme ? D'autant que la seconde guerre mondiale et le procès de Nuremberg sont toujours très présents dans les mémoires.

Le questionnement éthique se fait à deux niveaux : (Max Weber)

- individuel : chacun de nous possède ses propres convictions et valeurs auxquelles nous nous référons pour aboutir à la mise en cause de nos choix individuels dans nos vies personnelles.

C'est l'éthique de conviction;

- collectif : les choix faits par chacun ont des conséquences sur l'autre et sur demain. Nous sommes donc responsables et de l'autre et de demain. C'est l'éthique de responsabilité.

En 1982 la naissance d'Amandine, premier bébé née après fécondation in vitro, a conduit à la création du comité consultatif national d'éthique pour toutes les questions qui touchent à la

vie. Les médecins ont ainsi soulevé et posé des questions tout en affirmant qu'ils ne pouvaient y répondre seuls. Pourquoi légiférer ? Parce que trois attitudes étaient alors possibles :

- ne rien faire, ce qui revenait à laisser faire.
- dire qu'il faut arrêter ; or il n'est pas inscrit dans le projet humain de renoncer à la quête de connaissances.
- la troisième attitude consiste donc à définir les usages que nous faisons de la connaissance c'est-à-dire à légiférer.

Une des questions posées en 1994, était le devenir des embryons. Les embryons cryoconservés étaient presque cent mille : quelle réponse apporter quant à leur devenir ? Faut-il les détruire, continuer à les stocker ou faciliter leur accueil par un couple qui réalise alors la forme la plus précoce d'adoption?

## ***B. Le contenu de la loi concernant L'AMP.***

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain publiée au JO le 30 juillet 1994.

Elle définit l'assistance médicale à la procréation comme étant les 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. Sa finalité est de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité.

La loi précise que pour bénéficier de la PMA il faut que l'homme et la femme formant le couple soient 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.

Elle précise que les embryons sont conçus in vitro uniquement dans le cadre de la PMA, et non à des fins d'étude, de recherche ou d'expérimentation. En cas de conservation d'embryons, les deux membres du couple sont consultés chaque année pendant cinq ans sur le maintien ou non

de leur projet parental. En cas d'arrêt du projet parental, les deux membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que les embryons soient accueillis par un autre couple. En cas de décès d'un membre du couple, le membre survivant est consulté par écrit sur le devenir de ses embryons. L'accueil de l'embryon est subordonné à une décision de l'autorité judiciaire, (consentement écrit) et le juge apprécie les conditions d'accueil que le couple est susceptible d'offrir à l'enfant à naître sur les plans familial, éducatif et psychologique.

Le couple accueillant l'embryon et celui y renonçant ne peuvent connaître leurs identités respectives (il en est de même pour le don de gamètes). Toutefois, en cas de nécessité thérapeutique, un médecin pourra accéder aux informations médicales non identifiantes concernant le couple ayant renoncé à l'embryon. (il en est de même pour la PMA avec tiers donneur). Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne doit avoir lieu.

Le donneur de gamètes doit faire partie d'un couple ayant procréé. Les consentements des deux membres du couple sont recueillis par écrit. Il en est de même du consentement des deux membres du couple receveur.

En cas d'AMP avec recours à un tiers donneur le couple doit donner son consentement à un juge ou à un notaire.

Le recours aux gamètes d'un même donneur ne peut délibérément conduire à la naissance de plus de cinq enfants.

Une prise en charge en PMA doit être précédée d'entretiens avec les membres de l'équipe médicale pluridisciplinaire du centre, et si besoin des assistantes sociales. La motivation du couple est vérifiée, les possibilités ouvertes par la loi en matière d'adoption, les possibilités de réussite et d'échec et la pénibilité d'un parcours PMA leur est rappelées.

La demande doit être confirmée par écrit après un délai de réflexion d'un mois à l'issue du dernier entretien.

La loi affirme qu'un embryon humain ne peut être conçu ni utilisé à des fins commerciales ou industrielles, et que toute expérimentation sur l'embryon est interdite, sauf dérogation. Ces études doivent avoir une finalité médicale et ne peuvent porter atteinte à l'embryon.

Concernant le devenir des embryons, ceux existant à la date de promulgation de la loi qui ne font plus parti d'un projet parental, pourront, si le couple à l'origine de leur conception donne

son accord, être accueillis par un autre couple. Si leur accueil est impossible et si la durée de leur conservation est au moins égale à cinq ans, il est mis fin à leur conservation.

Les actes cliniques et biologiques de PMA sont effectués sous la responsabilité d'un praticien nommément agréé à cet effet dans chaque établissement ou laboratoire autorisé à les pratiquer.

Tout établissement ayant des activités de recueil, de traitement de conservation et de cession de gamètes doit recevoir une autorisation spécifique.

Tout organisme ou établissement autorisé à exercer des activités de PMA reçoit une autorisation pour 5 ans renouvelable et est tenu de présenter au ministre chargé de la santé un rapport annuel d'activité. Les activités biologiques de PMA ne peuvent être pratiquées que dans des établissements publics de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale. L'autorisation est délivrée pour 5 ans.

Par ailleurs, il est mentionné que les membres de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et les personnes appelées à collaborer à ses travaux sont tenus de garder secrètes les informations dont ils peuvent avoir connaissance en raison de leurs fonctions.

Le recours aux mères porteuses est interdit.

Selon la nouvelle loi, ont accès à la PMA les couples hétérosexuels, mariés ou fournissant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans. Dès lors ni les célibataires ni les couples homosexuels ne peuvent bénéficier de la PMA.

## **7. Pourquoi faire évoluer cette loi de bioéthique**

Il a fallu attendre dix ans pour que soit votée définitivement la seconde loi dite « de bioéthique » du 6 août 2004. Dix ans après, il était important d'actualiser la loi, elle est le résultat d'un long travail de concertation et d'étude mené, sous l'égide du Conseil d'Etat, du comité consultatif national d'éthique et de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme.

L'objectif de la révision des lois de bioéthique était de remédier aux lacunes des lois de 1994 et de prendre en compte les récents progrès scientifiques. Il était notamment important de répondre à cinq séries de questions :

- l'usage des tests génétiques et leurs applications ;
- le don d'organes et les greffes ;
- les problèmes liés au consentement des personnes en matière de don d'organes, de tissus et de cellules ;
- les questions touchant à l'AMP, du double point de vue de l'évolution des techniques, de l'accueil et de la conservation des embryons ;
- les problèmes posés par le clonage et sa pratique.

Ici nous nous intéressons uniquement à la partie AMP.

## **8. Loi du 7 août 2004**

Près de cinq ans après sa promulgation, la loi du 29 juillet 1994 n'était pas encore intégralement applicable.

Il a fallu attendre 2004 pour que la loi de 1994 soit révisée, et 2006 pour que la plupart des décrets soit mis en application.

### **A Une organisation institutionnelle remodelée**

L'apport majeur du texte en matière institutionnelle réside dans la création de l'agence de la biomédecine chargé d'évaluer les compétences dans les domaines de la reproduction, de l'embryologie et de la génétique humaine : autorisation des recherches sur l'embryon et les cellules embryonnaires, mais aussi agrément des praticiens réalisant des activités d'assistance à la procréation.

Par ailleurs, le CCNE devient une autorité indépendante et des espaces de réflexion éthique sont créés au niveau régional.

### **B. La priorité donnée à l'information et au consentement de la personne**

La loi du 6 août 2004 conforte également les principes régissant le don et l'utilisation d'éléments et de produits du corps humain, posés par la loi du 29 juillet 1994.



### **C. Recherche sur l'embryon**

Conformément au principe posé dans la convention d'Oviedo relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, adoptée en 1997 dans le cadre du Conseil de l'Europe, la loi de 2004 consacre l'interdiction de toute conception d'embryon à fin de recherche. En revanche, les recherches - très encadrées - sont autorisées sur les seuls embryons surnuméraires sans projet parental et sous conditions : que le projet de recherche ait une finalité médicale, qu'il n'existe pas de méthode alternative d'efficacité comparable, que le consentement exprès des deux membres du couple soit recueilli, que le protocole soit autorisé par l'ABM. Il est interdit d'implanter des embryons qui ont fait l'objet de recherches. Cette autorisation est ouverte pour une période de cinq ans à compter de la publication du décret d'application, à l'issue de laquelle il conviendra de reconsidérer la question.

### **D. Le clonage**

En juillet 1996 on assiste au premier clonage d'un mammifère adulte, une brebis nommée Dolly.

Cet événement scientifique est à l'origine de nombreux espoirs en ce qui concerne le clonage humain thérapeutique, mais on s'aperçoit très rapidement que cette nouvelle connaissance est source de problèmes éthiques. Peut-on créer un être identique à un autre ? Quelle est sa légitimité ? Ne s'agit-il pas d'une forme d'eugénisme ? Peut-on élever des cellules humaines, les cloner en les traitant de manière à faire disparaître certaines pathologies, puis les réimplanter chez des sujets malades ? La connaissance génétique peut-elle être un bien commercialisable ? Le vivant peut-il faire l'objet de brevets ?

Le 7 décembre 2000, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne interdit le clonage reproductif des êtres humains, les pratiques eugéniques de sélection des personnes et interdit de faire du corps humain et de ses parties une source de profits (art. 3).

En novembre 2001, des biologistes américains affirment avoir réussi à créer par clonage trois embryons humains, atteignant le stade de six cellules, à des fins thérapeutiques.

La loi de bioéthique du 6 août 2004 introduit la notion de crimes contre l'espèce humaine en cas d'eugénisme ou de clonage reproductif. Le clonage est interdit en France.

### **E. Contenu de la loi du 7 août 2004**

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique publiée au JO le 7 août 2004.

L'AMP est redéfini comme étant les pratiques cliniques et biologiques qui permettent 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. La stimulation ovarienne, est soumise à des recommandations de bonnes pratiques.

Elle précise :

- que la PMA permet d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité et que la démarche s'arrête en cas de décès d'un des membres du couple ; de dépôt d'une requête en divorce, de séparation de corps, de cessation de la communauté de vie, ainsi que de la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'AMP.

- qu'une information sur les possibilités de devenir des embryons conservés qui ne feraient plus l'objet d'un projet parental. Les membres du couple peuvent consentir à ce que les embryons, non susceptibles d'être transférés ou conservés, fassent l'objet d'une recherche.

Un couple dont des embryons ont été conservés ne peut bénéficier d'une nouvelle tentative de fécondation in vitro avant le transfert de ceux-ci sauf si un problème de qualité affecte ces embryons.

Il est rappelé que le couple est consulté chaque année par écrit sur le point de savoir s'ils maintiennent leur projet parental. En cas d'abandon du projet parental ou en cas de décès de l'un d'entre eux, les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, peuvent consentir à ce que leurs embryons soient accueillis par un autre couple ou à ce qu'ils fassent l'objet d'une recherche ou à ce qu'il soit mis fin à leur conservation. Dans tous les cas, leur choix est confirmé par écrit après un délai de réflexion de trois mois.

Dans le cas où l'un des deux membres du couple consultés à plusieurs reprises ne répond pas sur le point de savoir s'il maintient ou non son projet parental, il est mis fin à la conservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à cinq ans. Il en est de même en cas de désaccord des membres du couple sur le maintien du projet parental ou sur le devenir des embryons.

Lorsque les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, ont consenti, à l'accueil de leurs embryons et que ceux-ci n'ont pas été accueillis dans un délai de cinq ans à compter du jour où ce consentement a été exprimé par écrit, il est mis fin à la conservation de ces embryons.

Il est important de noter que seuls les embryons conçus avec les gamètes de l'un au moins des membres du couple et dans le respect des principes fondamentaux prévus par les articles 16 à 16-8 du code civil peuvent entrer sur le territoire où s'applique le présent code ou en sortir et que ces déplacements d'embryons sont exclusivement destinés à permettre la poursuite du projet parental de ce couple.

La loi introduit le fait que toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinal, avec son consentement ou de l'autorité parentale, ou du tuteur lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité, ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée.

L'agence de la biomédecine délivre les agréments aux praticiens chargés d'exercer les activités de PMA. Leurs nom fait l'objet d'une déclaration à l'autorité administrative.

Tout établissement ou laboratoire autorisé à pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation est tenu de présenter à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'ABM un rapport annuel d'activité.

Tout organisme qui assure, à des fins scientifiques, la conservation de cellules souches embryonnaires doit avoir une autorisation délivrée par l'ABM.

Concernant la recherche, la loi précise qu'il est interdit de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée et que la conception in vitro d'embryon ou la constitution par clonage d'embryon humain à des fins thérapeutiques ou de recherche, de commercialisation ou d'industrialisation est interdite.

La recherche sur l'embryon humain est interdite. Par dérogation, les recherches peuvent être autorisées sur l'embryon et les cellules embryonnaires lorsqu'elles sont susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques majeurs et à la condition de ne pouvoir être poursuivies par une méthode alternative d'efficacité comparable, en l'état des connaissances scientifiques. Une recherche ne peut être conduite que sur les embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation qui ne font plus l'objet d'un projet parental et uniquement avec le consentement parental.

Les projets de recherche ne peut-être entreprise que si son protocole est autorisé par l'Agence de la biomédecine. Sont pris en compte ; la pertinence scientifique du projet, ses conditions de mise en œuvre au regard des principes éthiques et son intérêt pour la santé publique.

La décision de l'agence, assortie de l'avis du conseil d'orientation, est communiquée aux ministres chargés de la santé et de la recherche qui peuvent, lorsque la décision autorise un protocole, interdire ou suspendre sa réalisation. L'autorisation peut être suspendu à tout moment. Les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation.

## **9. Loi du 7 juillet 2011**

### **A. Pourquoi réviser les lois de 2004 ?**

Du point de vue juridique,

- La loi du 6 août 2004 a imposé une clause de révision générale à cinq ans.
- La dérogation à l'interdiction de procéder à des recherches sur l'embryon humain posée par cette même loi expirait le 6 février 2011.

Du point de vue activité,

Il était nécessaire d'évaluer les résultats des recherches conduites sur les cellules souches embryonnaires. et d'examiner les demandes sociales, notamment:

- La légalisation de la gestation pour autrui.
- La levée de l'anonymat des donneurs de gamètes.
- L'élargissement des conditions d'accès à l'assistance médicale à la procréation (couples homosexuels, célibataires, relèvement de l'âge).
- L'insémination et le transfert d'embryons post mortem.

La loi du 7 juillet 2011 est le fruit d'intenses réflexions que le texte de loi ne transcrit pas totalement. En effet, de nombreux points ont fait l'objet de débats houleux.

Notamment, les questions de parentalité et d'homoparentalité, avec les notions suivantes: l'intérêt supérieur de l'enfant, le projet parental construit, l'ouverture d'un potentiel droit à la parentalité, l'abandon de la condition de durée de vie commune qui s'impose aux couples,

l'élargir de la PMA aux femmes célibataires, l'insémination et de transfert d'embryon post mortem, le maintien d'une limite d'âge.

La question de l'indemnisation du don de gamètes, compte tenu de la pénurie des dons d'ovocytes en France, le maintien ou non de l'anonymat des dons de gamètes, la simplification du don des embryons dit surnuméraires.

La question également de la recherche sur les embryons et les cellules souches embryonnaires humaines et de l'utilisation des embryons « surnuméraires » issus de l'AMP Comment peut-on les diminuer ?

## **B. Avis du conseil d'Etat.**

Voici les avis du CCNE et du conseil d'Etat sur certains points, avis donnés dans leur rapport respectif concernant la révision des lois de bioéthique de 2011.

Une des questions posées est celle de la frontière entre l'assistance médicale à la procréation et l'aide à enfanter. Doit-on réserver la procréation assistée à ceux qui ont un empêchement strictement médical ou l'ouvrir à ceux qui veulent y accéder par convenance, comme les mères célibataires ou les femmes en péri-ménopause voir ménopause Ce débat est soulevé à l'échelle internationale.

Par définition la PMA est destinée à résoudre un problème de stérilité d'origine médicale, et non à venir en aide à une préférence sexuelle ou à un choix de vie sexuelle.

### **b.1 Conditions de nature biologique « être en âge de procréer ».**

En l'état du droit, la loi se borne à disposer qu'il faut un couple en âge de procréer, critère large qui répond bien à la logique biologique du législateur et à la prise en compte des limites naturelles de la reproduction. L'Agence de la biomédecine, en posant des règles de bonnes pratiques, n'a jamais indiqué de limite d'âge aux équipes médicales. Cependant on constate qu'une sélection s'opère du fait de l'absence de remboursement des actes médicaux par la sécurité sociale au-delà de l'âge de 43 ans.

Le conseil d'Etat a rendu un avis reposant sur le fait que l'équilibre actuel est fondé sur l'articulation entre une loi posant une règle très générale et une pratique où l'appréciation est laissée aux médecins. Il est cependant impératif que soit mieux prise en considération l'incidence de l'âge de la femme. Une certaine illusion fait croire que les limites naturelles peuvent désormais être aisément dépassées

### **b.2 Accès des femmes célibataires à l'AMP.**

Le choix fait par le législateur en 1994 et en 2004 repose sur l'idée qu'il n'est pas souhaitable de permettre le recours à l'assistance médicale à la procréation pour faire naître des enfants sans ascendance paternelle

Pour le conseil d'Etat,

La comparaison est souvent faite avec l'adoption qui est ouverte aux personnes vivant seules. Mais les situations ne sont pas comparables.

Pour l'adoption, il s'agit de prendre en charge un enfant déjà né, en lui donnant la chance d'être accueilli par un adulte qui deviendra sa mère ou son père. L'adoption par une personne seule a été rendue possible par la loi du 11 juillet 1966.

Pour la procréation médicalement assistée, il s'agirait de « créer » délibérément un enfant sans père, ce qui ne peut être considéré comme contraire à l'intérêt de l'enfant à naître. Pour ces raisons, le Conseil d'État estime ne pas devoir remettre en cause le choix actuel.

### **b.3 Accès des couples de femmes à l'AMP.**

La demande d'une meilleure reconnaissance de l'homoparentalité et de la parentalité des couples homosexuels va croissant. Cette question relève fondamentalement, au-delà du champ de la bioéthique, du droit de la famille.

Le conseil d'Etat a tranché en affirmant que dans tous les cas, l'accès à l'AMP des femmes vivant en couple, comme celui des femmes célibataires, supposerait d'admettre la conception médicalement assistée d'un enfant sans ascendance masculine. Cette question comporte des dimensions affectives, éducatives, voire anthropologiques, qui dépassent de beaucoup sa seule dimension juridique. Compte tenu des auditions auxquelles il a procédé et des réflexions qu'il a rassemblées sur le sujet, le Conseil d'État ne propose pas de modifier la législation établie en 1994 et confirmée en 2004.

### **b.4 Le transfert d'embryons post mortem.**

Une femme peut-elle obtenir le transfert des embryons congelés après le décès de son mari ou concubin ? La question a été longuement débattue à l'occasion de la révision de 2004. Le projet de loi proposait d'ouvrir cette possibilité, mais la disposition n'a finalement pas été retenue. Le débat de 2004 devant le Parlement a en effet été difficile, notamment en raison

des problèmes juridiques, liés au recueil du consentement de l'un et l'autre parent et à la succession ouverte par la mort de l'homme qui aurait accepté ce transfert.

Quoique la question ne concerne, en pratique, qu'un très faible nombre de cas, elle nécessite une vaste réflexion à l'occasion de cette nouvelle révision des lois de bioéthique de 2011.

Le conseil d'Etat a retenu qu'il existe plusieurs arguments pour admettre cette pratique. Le critère de l'existence d'un véritable projet parental est rempli : il a été mûri en couple et concrétisé par une *fécondation* in vitro. La mère peut être regardée comme poursuivant ce projet. Le choix actuellement laissé à la femme est douloureux : faire accueillir l'embryon par un autre couple, demander sa destruction ou consentir à le « donner » à la recherche. Ainsi, le don de l'embryon à autrui est aujourd'hui préféré à son transfert dans l'utérus de la mère biologique. Pour autant, la position finalement retenue par le Parlement en 2004 s'appuie sur des principes forts. D'une part, l'enfant né d'un transfert post mortem d'embryon risquerait d'être exposé aux facteurs de déséquilibre ou de difficulté psychologique liés à la position d'enfant né du deuil. D'autre part, l'autorisation du transfert d'embryons post mortem remettrait en cause l'exigence fondamentale, évoquée plus haut, de donner à l'enfant, au début de sa vie, une famille comportant un père et une mère. Enfin, la légalisation de cette pratique, pour un nombre très faible de cas, aurait une grande incidence sur le droit de la famille. Il est particulièrement délicat de fixer les conditions dans lesquelles les membres du couple consentent, en prévision d'un décès éventuel de l'homme, à l'établissement posthume de la filiation paternelle de l'enfant susceptible de naître. Par ailleurs, il serait nécessaire de créer un régime dérogatoire au droit commun pour permettre à cet enfant de bénéficier de droits dans la succession de son père. Ces difficultés ne sont pas que juridiques : elles révèlent la grande difficulté à assimiler un embryon humain, conçu in vitro et non encore transféré, à un enfant à naître, détenteur de droits patrimoniaux. Elles montrent aussi les risques de fragiliser d'autres législations en mettant en oeuvre dans ce seul cas un régime extraordinaire.

#### **b.5 Le délai de deux ans de vie commune pour les concubins.**

Posé en 1994, ce délai répond à une double exigence : médicale, d'une part, puisque seule l'impossibilité pour un couple de procréer au bout de deux ans peut être considérée comme de nature à faire présumer une infertilité et à entreprendre des examens approfondis ; socio-juridique, d'autre part, puisque cette exigence peut également être interprétée comme un gage de stabilité du couple, dans l'intérêt de l'enfant.

Selon le conseil d'Etat, les équipes médicales se fondent sur des documents de nature diverse, en se montrant plus ou moins exigeantes. Les auditions ont souligné la souplesse avec laquelle le principe trouvait à s'appliquer. Des aménagements seraient fréquents quand la femme approche ou dépasse quarante ans, situation de moins en moins rare, ou lorsque des difficultés médicales particulières sont identifiées. Dans ces cas, le délai de deux ans peut constituer un obstacle injustifié si le couple est stable. On pourrait, dans ces conditions, être tenté de laisser aux équipes médicales davantage de souplesse. Ainsi la loi, plutôt que d'exiger un délai fixe, pourrait se référer aux critères figurant à l'article 515-8 du code civil – qui définit le concubinage comme une « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité ». Mais une telle solution se révélerait inopportune à l'usage. Abandonner un délai fixe applicable sur l'ensemble du territoire ouvrirait ainsi la voie à des pratiques différenciées, où l'arbitraire pourrait l'emporter. Elle ne répondrait pas, par ailleurs, à la demande de critères clairs et précis permettant d'apprécier la stabilité du couple, laissant au contraire chaque équipe plus isolée. Le Conseil d'État considère donc qu'il est préférable de conserver dans la loi le principe d'un délai de deux ans, en y rajoutant la mention du pacte civil de solidarité, tout en laissant aux équipes une certaine liberté d'appréciation des moyens de preuve de cette durée. Il pourrait par ailleurs être utile qu'un texte souple, telle une circulaire, vienne préciser les critères ou documents à retenir, pour aider les équipes médicales dans leur décision.

La rédaction suivante pourrait être proposée : « L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Ils doivent être mariés, liés par un pacte de civil de solidarité ou en mesure d'attester d'une vie commune d'au moins deux ans. »

#### **b.6 Faut-il autoriser les mères porteuses?**

Par convention, on distingue la procréation pour autrui, où la mère porteuse est à la fois gestatrice et donneuse d'ovocyte, l'insémination se faisant avec le sperme du « père d'intention », de la gestation pour autrui, où la mère porteuse est seulement gestatrice : elle porte l'embryon des parents d'intention, conçu in vitro (parfois, un don d'ovocyte peut avoir été à l'origine de l'embryon).

Dans la plupart des pays, la question de la gestation pour autrui n'est pas réglée par la loi. Certains pays ont prévu explicitement des régimes d'interdiction. En Europe, l'interdiction expresse est prévue dans le cas de la Suisse, l'Autriche, l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne et la



France. D'autres pays ont en revanche admis la gestation pour autrui (jamais la procréation pour autrui). Il s'agit de l'Afrique du Sud, de la Belgique, de l'Argentine, de l'Australie, du Brésil, de la Corée du Sud, du Danemark, du Royaume-Uni, de la Grèce, d'Israël, de la Nouvelle-Zélande, de la Russie, de l'Ukraine, de l'Inde, de l'Iran, des Pays-Bas et de certains États américains et canadiens. Dans la plupart des cas, ces législations sont récentes, même si au Royaume-Uni la législation remonte au début des années 1990.

Certaines femmes y sont favorables, au nom du libre choix de disposer de son propre corps. Le Conseil d'Etat a évoqué la possibilité d'une reconnaissance de la filiation paternelle, et ce dans l'intérêt de l'enfant. D'autres y sont farouchement opposées, ils y voient, à l'inverse, une "marchandisation" insupportable de la femme, une nouvelle forme d'esclavage, et dénoncent la prétendue "gratuité" qui entourerait cette pratique. Quant au CCNE, il est partagé : 7 de ses 40 membres accepteraient une dérogation à l'interdiction actuelle, pour les femmes privées d'utérus.

Le Conseil d'État s'est prononcé dès 1988, sur cette pratique en exposant les principes fondamentaux qui s'y opposent. La loi française interdit expressément tant la gestation que la procréation pour autrui et en fait des délits. La loi du 29 juillet 1994 reprend cette solution. Elle énonce plusieurs principes énumérés de l'article 16 du code civil, assortis de sanctions civiles, sur lesquels le législateur n'est pas revenu en 2004 : le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial; les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles; toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle. Il existe aussi des sanctions pénales, qui ne pourront cependant trouver à s'appliquer que si au moins un élément constitutif des infractions pénales s'est déroulé sur le territoire français. La maternité pour autrui est réprimée comme une atteinte à l'état civil de l'enfant (délit passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (article 227-13 du code pénal). Seront considérés comme coauteurs la « mère gestante » qui dissimulera son lien de filiation avec l'enfant, la « mère intentionnelle » qui le simulera, et le mari de cette dernière qui aura déclaré à l'état civil une fausse filiation. L'infraction de faux en écriture publique, est passible de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. En outre, aux termes de l'article 227-12 du code pénal, les actes permettant de faciliter ou de provoquer cette gestation pour autrui sont également réprimés : ces infractions constituent des délits

passibles, suivant les cas, de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende, ou d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Sans ignorer ces principes, le conseil d'Etat est arrivé à la conclusion que la gestation pour autrui serait une réponse acceptable à des situations de détresse vécues par certains couples dont la stérilité ne peut être surmontée par la voie de l'assistance médicale à la procréation. Il ne s'agirait que d'appliquer aux femmes n'étant pas en capacité de porter un enfant le principe de solidarité qui prévaut pour les indications de l'assistance médicale à la procréation. Une procédure rigoureuse permettrait de s'assurer que la mère porteuse n'est mue que par des motifs altruistes. Les circonstances de la venue au monde d'un enfant issu d'une gestation pour autrui, en ce qu'elles ont de négatif, seraient aisément compensées par la qualité de l'accueil de l'enfant dans un foyer aimant.

La première objection à la légalisation de la gestation pour autrui est tirée de l'intérêt de l'enfant. À ce jour, aucune étude ne permet de mesurer l'impact psychologique de la gestation pour autrui sur les enfants nés de cette technique. Mais le « don » de l'enfant à un autre couple présente une forte probabilité d'être vécu par cet enfant comme un abandon, avec des conséquences importantes pour son développement psychique et pour la construction de son identité.

La gestation pour autrui, dès lors qu'elle introduit une contractualisation de relations entre adultes (parents d'intention et mère porteuse) ayant pour objet la filiation d'un enfant, laisse place à l'idée que l'enfant à naître est, au moins pour partie, assimilable à un objet de transaction.

En ce sens, la légalisation consacrerait la notion de « droit à l'enfant », notion à laquelle le législateur de 1994 et 2004 s'est fermement opposé.

Dans tous les cas, la gestation pour autrui n'est pas sans danger pour la mère porteuse ; il est de surcroît difficile, quelle que soit la situation, d'appréhender ses conséquences sociologiques et psychologiques sur la femme gestatrice, sur son environnement familial (notamment sur ses autres enfants, témoins de la remise de leur « frère ou soeur à un autre couple) et sur l'enfant lui-même, alors que de nombreuses études suggèrent que le lien mère-enfant se construit bien avant la naissance.

La gestation pour autrui ne doit donc pas être assimilée à une simple « location d'utérus » car elle engage en réalité ensemble le corps et le psychisme de la femme gestatrice et peut avoir des répercussions pour elle bien au-delà du temps de la gestation. Il paraît aussi dangereux de nier la dérive financière potentielle. Il est difficile de faire prévaloir l'intention généreuse de

la mère gestatrice et d'éviter que les contrats soient de simples objets de transactions financières. La notion d'« indemnité raisonnable » qui serait versée à la mère porteuse, notion qui existe en droit anglais, est très ambiguë, d'autant que les frais de la grossesse sont pris en charge par la sécurité sociale en France. Il est très probable que ce seront les femmes les plus démunies et les plus vulnérables économiquement qui se proposeront pour remplir l'office de mères de substitution. Même en considérant l'interdiction de toute rémunération directe au profit d'une simple « indemnisation », on ne peut exclure les rémunérations indirectes (dons en nature, cadeaux, etc.), dont le contrôle, fût-ce par un juge, est impossible à mettre en oeuvre.

En fin de compte, c'est le principe de non-patrimonialité du corps humain qui est mis en échec, principe qui est un gage de protection des plus faibles.

Dans le cas où la gestation pour autrui serait permise à l'intérieur du cercle de famille, on peut craindre l'apparition de pressions affectives et familiales qui, dans certains cas, ne seraient pas, pour les femmes concernées, moins aliénantes que des pressions d'ordre financier.

Sur le plan juridique, les principes qui fondent l'interdiction de la gestation pour autrui sont forts. Le premier fondement, reconnu par la Cour de cassation est l'indisponibilité de l'état des personnes. En vertu de ce principe, il est impossible de disposer de son état : la qualité de mère ou de père d'un enfant ne saurait se déduire des termes d'un contrat. Le second fondement de l'interdiction des mères porteuses, est le principe d'indisponibilité du corps humain qui rend illicite toute convention sur le corps humain (ou ses éléments), que ce soit en vue d'un prêt, d'une location ou d'un don. Ce principe est avant tout jurisprudentiel, reposant sur l'interprétation de l'article 1128 du code civil par la Cour de cassation, et le législateur a aménagé des exceptions (don de sang, don d'organes, don d'ovocytes, don de tissus et d'éléments du corps humain, recherche biomédicale...).

Dans sa décision de 1994, le Conseil constitutionnel a quant à lui fait référence au principe déjà évoqué de non-patrimonialité du corps humain, qui peut être considéré comme l'un des composants du principe plus général d'indisponibilité du corps humain. L'autorisation de la gestation pour autrui pour raisons médicales ouvrirait en outre la voie à une évolution difficile à circonscrire. Quel serait le champ de l'indication médicale de la gestation pour autrui ? La définition proposée par le groupe de travail du Sénat 13, par exemple, est susceptible d'interprétation. Dès lors, certaines femmes qui trouveraient préférable de faire porter leur enfant par une autre pourraient avoir la possibilité de légitimer leur démarche. La prise en considération de l'intérêt de l'enfant et celui de la mère porteuse, principes fondamentaux qui

sous-tendent l'interdiction actuelle, conduisent donc à recommander de ne pas légaliser la gestation pour autrui.

#### **b.7 Pourquoi interdire le double don (de sperme et d'ovocytes) ?**

Dans près de 40% des cas d'infertilité, les deux membres du couple sont touchés. Or, la loi prévoit qu'un embryon ne peut être conçu qu'avec des gamètes provenant au moins d'un des membres du couple. Selon l'Agence de la biomédecine, cette interdiction du double don de gamètes n'est comprise, ni par les professionnels qui sont amenés à traiter des cas de double infertilité ni par les patients dans la mesure où la loi permet par ailleurs l'accueil d'un embryon provenant d'un autre couple qui n'a plus de projet parental.

Le maintien de l'interdiction du double don se justifie par la pénurie d'ovocytes, alors qu'il existe un nombre suffisant d'embryons surnuméraires pouvant être accueillis par des couples dont les deux membres sont infertiles.

Les enfants nés avec un don de gamètes représentent aujourd'hui environ 7% de l'ensemble de ceux conçus par PMA.

#### **b.8 Faut-il lever l'anonymat pour les donneurs de sperme?**

Compte tenu de la demande de nombreux enfants nés après une insémination avec sperme de donneur la question a été soulevée. Ces derniers réclament en effet la possibilité d'avoir accès à certaines informations concernant le donneur, soit en invoquant "l'accès aux origines", soit pour des raisons médicales, au cas où le géniteur serait atteint de pathologies particulières.

Le conseil d'Etat s'est exprimé sur cette question estimant qu'il est important de distinguer d'abord le secret que le couple infertile peut souhaiter garder sur le mode de conception de l'enfant (dans ce cas, l'enfant ne sait pas qu'il est né d'une assistance médicale à la procréation) et l'anonymat, qui conduit à taire non seulement l'identité mais aussi toute information même non identifiante sur les donneurs. En France, le couple n'est pas tenu de dévoiler à l'enfant qu'il a eu recours à une assistance médicale à la procréation, avec éventuellement recours à un donneur. Elle est l'un des rares pays à avoir opté pour un principe absolu d'anonymat du donneur à l'égard du couple infertile et de l'enfant : anonymat qui porte tant sur l'identité que sur les « données non identifiantes » (informations sur l'histoire médicale ou génétique de la famille du donneur, mais aussi informations que le donneur a voulu laisser sur son « histoire »). Il est impossible pour l'enfant, même devenu adulte, de connaître l'identité du donneur.

Au Brésil, l'enfant peut accéder aux données non identifiantes, il peut accéder à des données identifiantes et, exceptionnellement, à l'identité du donneur en Espagne, en Grèce et au Portugal. Certains pays bénéficient d'un régime hybride. Ainsi, en Belgique, la règle de l'anonymat est posée en matière de dons d'embryons humains ou en cas de dons de sperme (mais avec un certain nombre de réserves) mais peut être écartée pour les dons d'ovocytes. En Hongrie, l'anonymat est prévu en cas de don de sperme et d'embryons humains, il n'est pas prévu pour le don d'ovocytes.

Dans tous les cas, la tendance à la levée de l'anonymat, partielle ou totale, est nette. Cet anonymat du don a assurément favorisé en France la pratique de l'assistance médicale à la procréation avec recours aux gamètes d'un tiers protégeant les parents légaux en excluant tout lien avec le donneur et évitant tout paiement du donneur par le couple bénéficiaire du don. Pourtant, ce souci premier du « désir » des parents devrait être contrebalancé par l'intérêt des enfants, peut-être jusqu'à présent trop méconnu. Cette idée que l'intérêt de l'enfant doit être l'élément déterminant pour aménager les conséquences de l'assistance médicale à la procréation retrouve ici tout son sens. Cet intérêt avancé par certains se base sur des recherches sociologiques montrant que l'application radicale du principe d'anonymat comporte à long terme des effets préjudiciables à l'enfant, du fait d'une identité fondée sur l'effacement de l'intervention d'un tiers. La démarche de ses enfants, tendant à mieux se construire personnellement et psychologiquement, n'a pas pour but d'avoir un autre père ou une autre mère, mais simplement de ne pas vivre dans l'ignorance ou même dans le mensonge.

Au vu des expériences étrangères, la baisse éventuelle des dons dépendra de la nature des informations, identifiante ou non, qui pourront être délivrées, mais aussi des conséquences liées à la levée de l'anonymat (ce n'est pas la même chose pour un donneur de gamètes ou d'embryons de savoir que seule son identité sera révélée ou de savoir que sa filiation pourrait être établie).

Il existe ainsi quatre options:

- 1°- une possibilité d'accès de l'enfant, à sa majorité et s'il le souhaite, à certaines catégories de données non identifiantes relatives au donneur de gamètes, catégories de données circonscrites par la loi et le règlement ;
- 2°- un régime de levée de l'anonymat à la majorité de l'enfant, optionnel pour les donneurs et pour les couples, dit encore système de « double guichet »;

3°- un régime combinant un accès de tout enfant majeur le sollicitant à certaines catégories de données non identifiantes et la possibilité d'une levée de l'anonymat si l'enfant le demande et si le donneur y consent.

4°- une possibilité d'accès de l'enfant, à sa majorité et s'il le souhaite, à l'identité du donneur.

Quelle que soit la solution, il n'est pas envisageable, dans l'esprit du législateur français et même européen, d'établir un lien de filiation entre le donneur et l'enfant issu de la procréation médicalement assistée. L'exclusion actuelle, fondée sur le souci fondamental de ne pas fragiliser la filiation, doit être fermement maintenue.

La dernière option indiquée ci-dessus présente le risque d'inquiéter tant les donneurs de sperme que les couples qui peuvent craindre une fragilisation (au moins psychologique) de leur filiation.

La deuxième présente l'avantage d'être à la fois rassurante pour les donneurs et pour les parents par le choix qu'elle leur laisse. Mais le Conseil consultatif national d'éthique a souligné dans son avis n° 90 son caractère peu compatible avec l'intérêt de l'enfant (elle fait prévaloir le choix et donc l'intérêt des adultes) ainsi que l'inégalité de traitement des enfants à laquelle elle conduit.

La première option est le socle minimal, dès lors que l'on considère que le principe absolu de l'anonymat ne peut plus être conservé. Elle apporterait une réponse au moins partielle aux demandes des enfants et des associations concernés et ferait évoluer l'approche de la situation familiale des enfants. Cette évolution évite toute remise en cause frontale du principe d'anonymat, c'est-à-dire la révélation de données identifiantes. Il semble pourtant au Conseil d'État qu'il faut aller au-delà de ce minimum.

C'est pourquoi il privilégie la troisième option, qui a l'avantage de s'adapter à la demande des enfants sans faire prévaloir l'intérêt des adultes. Cette option a cependant comme limite de mettre la demande de l'enfant en situation d'impasse en cas de refus du donneur. Mais il paraît impossible d'imposer au donneur de révéler son identité. Une telle évolution nécessitera la mobilisation de moyens humains et financiers importants. Il conviendra notamment de circonscrire rigoureusement les catégories d'informations susceptibles d'être communiquées, pour éviter un risque d'identification des donneurs indépendamment de leur consentement éventuel à une levée de l'anonymat à la majorité de l'enfant. La procédure d'accès à ces données devra être aménagée, avec intervention d'une structure compétente. Un organisme spécifique devra conduire ce travail, en assurant notamment la conservation des

données, la gestion des demandes d'informations et leur communication selon les règles habituelles établies par la loi. Ces changements sont importants, mais leur mise en œuvre devra être progressive. Un tel dispositif ne vaudra en effet que pour les dons à venir. Dès lors qu'il repose sur le consentement des donneurs, il paraît impossible d'appliquer la levée de l'anonymat aux actes déjà pratiqués.

#### **b.9 Faut-il faciliter les dons d'ovules?**

Couples et spécialistes sont confrontés aujourd'hui à une importante pénurie: En 2010 il y a été réalisés 345 ponction d'ovocytes sur des donneuses, alors que la même année il y a eu 814 nouvelles demandes. Fin 2010, 1285 couples étaient en attente d'un don d'ovocyte. La part des enfants nés suite à un don d'ovocyte ne représente que 0.8% de la part des enfants nés en PMA (N=22401) en 2010. En cause, des procédures lourdes sur le plan médical et complexes du point de vue administratif pour les femmes qui souhaitent réaliser un don d'ovocytes: elles doivent être âgées de moins de 36 ans et avoir déjà eu un enfant, ce qui réduit le champ des donneuses potentielles. Le don répond toujours aux principes de l'anonymat et de la gratuité. Jean Léonetti explique qu'une des solutions envisagées serait qu'en contrepartie d'un don, ces femmes bénéficient d'une conservation de leurs propres ovocytes, afin de pallier d'éventuels problèmes de fertilité ultérieure.

#### **b.10 Faut-il rémunérer le don?**

Le don de gamètes ne fait pas l'objet d'une rémunération ou d'une indemnisation, en raison du principe de non-patrimonialité du corps humain et de ses éléments.

Sur ce point le conseil d'Etat propose une évolution concernant les ovocytes. Certains professionnels ont pris position en ce sens, au regard notamment de la pénurie existante. Cet argument peut être pris en considération, mais dans le domaine de l'éthique, on ne peut admettre que nécessité fasse loi. Le principe de gratuité, corollaire du principe de non-patrimonialité, garde toute son importance face aux dérives possibles et à la création d'un marché. Il est d'autant plus souhaitable de le maintenir que le don d'ovocytes présente des inconvénients et même des risques médicaux pour la femme. Dans ce contexte, un paiement risquerait d'inciter des femmes en difficulté financière à se mettre en danger pour que soient prélevés leurs ovocytes, ce qui n'est pas acceptable. Il faut cependant que les « donneuses » d'ovocytes soient intégralement défrayées des dépenses engendrées par leur don – transports

et pertes de revenus, notamment. Il s'agirait ici non pas d'un paiement forfaitaire, ce qui correspondrait à une rémunération, mais d'un remboursement des frais réels, avec le souci que la démarche ne coûte pas au donneur qui fait acte de générosité. Cela n'est pas encore suffisamment le cas, d'une part parce que les hôpitaux ne disposent pas de budget spécifique, d'autre part parce que la réglementation n'a longtemps pas pris ce sujet en compte, même si des efforts ont été récemment entrepris.

#### **b.11 Faut-il autoriser la vitrification des ovocytes?**

La congélation rapide permet de préserver la fertilité de la femme en cas de traitement anticancéreux susceptible de l'altérer. Elle ouvre aussi la possibilité de créer une banque publique d'ovules congelés en vue de dons, comme il existe des banques de sperme.

Début novembre 2010, le professeur René Frydman avait annoncé (fort opportunément avant la révision de la loi de bioéthique) la naissance de jumeaux conçus après congélation des ovocytes, une première en France. Le Pr Frydman revendique d'avoir choisi une technique de cryopréservation lente, qui n'est pas explicitement interdite par la loi, contrairement à la congélation dite « ultrarapide » ou vitrification. Son but était de mettre les pouvoirs publics face à leurs responsabilités

Dans la loi de bioéthique de 2004, la vitrification des ovocytes, comme toute action sur les gamètes, était assimilée à une recherche sur l'embryon, toujours interdite sauf dérogations. En France, il est possible de congeler des spermatozoïdes depuis les années 1940. La congélation des ovocytes permettrait surtout de laisser de côté celle des embryons, autorisée elle depuis le milieu des années 1980.

#### **b.12 Les embryons cryoconservés.**

Touchant aux représentations sociales de la vie, de la filiation, et de l'identité personnelle, l'embryon est considéré comme un enjeu social important.

Le nombre d'embryon conservés fin 2010 en France, est estimé à 171 417 embryons. L'augmentation des embryons en garde est due essentiellement à la baisse des réimplantations après la fécondation in vitro. Le but étant de diminuer au maximum l'incidence des grossesses multiples. Le nombre de nouveaux couples entrant dans un programme FIV est stable et le nombre d'embryons produits reste en moyenne de 4,6 par couple.

Le devenir des embryons surnuméraires a toujours été un des soucis du législateur. Cette préoccupation a accompagné tous les progrès de l'assistance médicale à la procréation depuis son début jusqu'à ses développements les plus récents



### **b.13 Faut-il maintenir la possibilité de l'accueil d'embryons humains?**

L'accueil d'embryons prévu à l'article L. 2141-6 du code de la santé publique est loin d'être anodin. Si la loi parle d'« accueil », cette pratique, qui procède du renoncement du couple à ses embryons surnuméraires, peut être considérée comme un don d'embryons. Nous avons encore peu de recul, puisque la pratique n'a que récemment été admise dans les faits – si la faculté a été ouverte en 1994, le décret d'application n'a été pris que tardivement (décret no 99-925 du 2 novembre 1999).

Des voix s'élèvent contre ce dispositif, qui soulève effectivement de nombreuses interrogations. Être issu d'un embryon donné peut accentuer les effets négatifs du principe d'anonymat, l'enfant n'étant rattaché, sur un plan génétique, à aucun de ses parents et étant ainsi d'autant plus susceptible d'entrer dans une quête complexe de ses « origines ». En outre, permettre à une femme de porter un enfant qui lui est génétiquement étranger, comme il est génétiquement étranger à son futur père légal, peut induire l'acceptation du mensonge à l'origine même de la vie d'un être humain, ce qui ne semble pas sans incidence sur le développement de l'enfant. Pour autant, ce dispositif, qui ne bénéficie d'ailleurs qu'à un nombre très faible de couples, ne paraît pas devoir être remis en cause car il assure au plan symbolique que tout embryon surnuméraire n'est pas voué soit à la destruction, soit à la recherche. Il importe cependant que les conditions qui l'encadrent restent strictes.

### **b.14 Faut-il autoriser la recherche sur l'embryon?**

La recherche sur les cellules souches et sur l'embryon est interdite sauf... avec des dérogations. Le CCNE « considère que le délai de conservation de cinq ans des embryons surnuméraires ne s'inscrivant plus dans un projet parental est trop long. Il préconise que ce délai soit ramené de cinq à un an renouvelable une fois. L'absence de réponse des parents, une fois ce délai écoulé, signifie la fin du projet parental. Parallèlement, il souhaite vivement qu'une information approfondie soit dispensée au couple entamant une démarche parentale et qu'il lui soit demandé dès cet instant de décider du devenir des embryons surnuméraires, en cas d'absence de réponse de leur part par la suite.

### **b.15 Faut-il réviser les lois de bioéthique tous les cinq ans ?**

Le Conseil d'État a souhaité formuler une recommandation.

Concernant le choix du législateur d'opérer un réexamen régulier de l'ensemble de la législation de bioéthique. Ce choix se justifiait aisément pour les trois premières lois, celles de

1994, parce qu'elles posaient des règles dans un domaine largement nouveau pour le législateur. Il pouvait encore se comprendre en 2004, en raison de l'hésitation ressentie par la représentation nationale face à un problème aussi délicat que la recherche sur l'embryon humain. En 2004 cependant, le législateur a confirmé intégralement les principes qu'il avait posés dix ans plus tôt. Il apparaît qu'on ne peut à la fois souligner l'importance de ces principes fondamentaux et des règles qui en découlent et continuer à affirmer leur vocation à être réexaminés tous les cinq ans. Ils ont vocation à fixer des règles permanentes de conduite éthique face au progrès des sciences et aux multiples attentes exprimées dans la société. Il est donc proposé de ne pas renouveler l'obligation de réexamen des lois de bioéthique à l'issue d'un délai de cinq ans. Le rapport annuel de l'Agence de la biomédecine contribue dorénavant à la bonne information du législateur et lui permet de détecter plus facilement les problèmes d'éthique biomédicale qui rendraient nécessaires une modification législative ; le Parlement pourrait également demander à des institutions telles que le Conseil d'État, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ou l'Agence de la biomédecine de se livrer à une réflexion régulière sur les lois de bioéthique.

### **c. Contenu de la loi**

La loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 est l'aboutissement de la clause de révision inscrite dans la loi de 2004 et doit elle-même faire l'objet d'un nouvel examen d'ensemble par le Parlement dans un délai maximal de sept ans après son entrée en vigueur.

Elle s'apparente davantage à une loi de compromis, fruit de nombreux débats, qu'à une loi révolutionnaire en matière de bioéthique.

L'article 1er de la loi prévoit la ratification officielle par la France de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine signée à Oviedo le 4 avril 1997.

Les articles 27 à 41 concernent la PMA.

Anonymat du don de gamètes

Article 27 : Réglementation de la conservation des données détenues par les CECOS

Article 28 : Etablissement par arrêté d'un référentiel de bonnes pratiques pour l'insémination avec donneur

Assistance médicale à la procréation

Article 29 : Don d'ovocytes par des femmes n'ayant pas encore procréé et autorisation d'absence au bénéfice des donneuses

Article 30 : Suppression de l'agrément individuel des praticiens exerçant des activités d'assistance médicale à la procréation

Article 31 : Autorisation des procédés utilisés en assistance médicale à la procréation ; règles de bonnes pratiques en matière de stimulation ovarienne

Article 32 : Autorisation des procédés de conservation des gamètes utilisés dans le cadre d'une procédure de préservation de la fertilité au titre des procédés d'AMP

Article 33 : Finalité et conditions d'accès à l'AMP

Article 34 : Consentement des couples à l'utilisation des embryons surnuméraires pour la recherche

Article 35 : Suppression du caractère exceptionnel du don d'embryon

Article 38 : Habilitation des sages-femmes à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation

Article 39 : Direction et surveillance des recherches biomédicales dans le domaine de la maïeutique et de l'odontologie

Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires

Article 40 : Interdiction de la création d'embryons transgéniques ou chimériques

Article 41 : Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires

### **Les dispositions maintenues sont les suivantes :**

- **L'anonymat du don de gamètes** Pas de changement en ce qui concerne l'anonymat des dons de gamètes (sperme ou ovocyte), qui ne sera donc finalement pas levé. Ce point a fait polémique, et d'intenses discussions ont eu lieu sur le thème du droit de connaître ses origines. L'Assemblée Nationale a cependant adopté un amendement rejetant cette possibilité, même si l'enfant et le donneur sont demandeurs.

- La **gestation pour autrui** reste prohibée. L'article 16-7 du Code civil est en effet inchangé. La doctrine s'interroge sur les conséquences pour l'enfant né de gestation pour autrui, et du décalage entre la filiation juridique et la filiation naturelle.

- Le **transfert d'embryon post mortem** demeure interdit. Il est possible d'analyser cette prohibition comme une conséquence de la fin du projet parental, considéré comme essentiel.

En matière d'assistance médicale à la procréation :

- l'infertilité doit être médicalement diagnostiquée (art. 33);
- les techniques restent réservées au couple hétérosexuel. Le Sénat avait proposé une version ouvrant l'assistance au couple homosexuel. L'Assemblée Nationale a rejeté cette proposition, compte tenu de la conception actuelle de la famille.

**Les nouvelles modifications sont :**

« L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ». Il n'est plus nécessaire que les membres du couple soient mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans (art. 33). Il est précisé que les personnes pacsées peuvent y avoir accès. (Articles L2141-2 et L2141-3 CSP).

- La condition de **deux ans de vie** commune pour les partenaires et concubins est donc supprimée (art. 33);
- La technique de **congélation ultra-rapide des ovocytes** est autorisée (art. 31)
- Les sages-femmes peuvent désormais concourir aux opérations (art. 38).

En matière de don :

- Il est prévu qu'une information soit dispensée dans les lycées et au cours de la journée de service national.
- Le **donneur de gamètes** ne doit plus nécessairement avoir procréé et les donneuses bénéficient d'une autorisation d'absence de son employeur pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires à la stimulation ovarienne et au prélèvement ovocytaire.
- Concernant la conservation des gamètes et des données :  
L'article 27 de la loi prévoit une stricte **réglementation** de la conservation des données qui seront détenues par les CECOS. Un contrôle sera également effectué sur les conditions du recueil des données à caractère personnel.

- L'**agrément** individuel des praticiens exerçant des activités d'assistance médicale à la procréation ou de diagnostic prénatal est supprimé (art 30).

- Concernant le **devenir des embryons**, dans tous les cas, le consentement ou la demande est exprimé par écrit et fait l'objet d'une confirmation par écrit après un délai de réflexion de trois mois. Il est a présent précisé qu'en cas de décès de l'un des membres du couple, le membre survivant ne peut être consulté avant l'expiration d'un délai d'un an à compter du décès, sauf initiative anticipée de sa part (article L2141-4 CSP).

- Introduction d'une **nouvelle alternative** en cas d'abandon du projet parental

Les membres du couple dont des embryons sont conservés sont toujours consultés chaque année par écrit sur le point de savoir s'ils maintiennent leur projet parental. Si les deux membres du couple n'ont plus de projet parental ou en cas de décès de l'un d'entre eux, les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, peuvent :

- décider qu'il soit mis fin à la conservation de leurs embryons, ou
- consentir à ce que leurs embryons soient accueillis par un autre couple, ou
- consentir à ce qu'ils fassent l'objet d'une recherche ou encore, et de manière tout à fait novatrice, à ce que les cellules dérivées à partir de ceux-ci entrent dans une **préparation de thérapie cellulaire** à des fins exclusivement thérapeutiques (article L2141-4 CSP).

- Le principe d'interdiction de la **recherche sur l'embryon** et les cellules souches est maintenu (art. 40 à 44). La recherche peut être autorisée par dérogation si les conditions suivantes sont réunies :

- la pertinence scientifique du projet de recherche est établie ;
- la recherche est susceptible de permettre des **progrès médicaux majeurs**, et non des progrès thérapeutiques majeurs, ce qui élargit les possibilités.
- il est expressément établi qu'il est impossible de parvenir au résultat escompté par le biais d'une recherche ne recourant pas à des embryons humains, des cellules souches embryonnaires ou des lignées de cellules souches ;
- le projet de recherche et les conditions de mise en oeuvre du protocole respectent les principes éthiques relatifs à la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires.

Enfin, la **procédure de révision des lois** bioéthiques est précisée. Les articles 46 et suivants prévoient que :

- tout projet de réforme fera l'objet d'un débat public sous la forme d'états généraux.
- la loi sera révisée dans un délai de sept ans, au lieu de cinq.
- elle fera l'objet d'un rapport, dans un délai de six ans, par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.
- différents rapports annuels seront établis (art. 48 à 51).

Le délai de 5 ans est passé à 7 ans, dans la mesure où ce délai était trop court pour à la fois appliquer la loi et apprécier sa pertinence.

## **10. Les problèmes qui se posent de nos jours.**

Les questions de bioéthique touchent au quotidien de chacun et aux valeurs de tous, ce qui explique les divergences d'opinion.

### **a. La PMA accessible aux couples homosexuels**

Le XXIème siècle est un temps de modernité, et d'innovations sociales. L'acceptation de l'homosexualité a permis de rendre pensable l'idée de l'homoparentalité.

Les spécialistes en pédopsychiatrie se penchent depuis quelques années sur la question de l'évolution des enfants issus de familles homoparentales, ceci dans le but de savoir si l'orientation sexuelle des parents peut être ou non handicapante pour ces enfants d'un point de vue émotionnel, cognitif, social ou sexuel. Le manque de recul est une gêne pour ces spécialistes qui ont donc du mal à réellement définir si plus de problèmes peuvent se poser à ces enfants qu'aux autres. De plus, chaque pédopsychiatre a sa propre idée sur la question: certains se montrent plus conservateurs et refusent catégoriquement l'union homosexuelle et donc l'homoparentalité, d'autres pensent que les enfants montreront des difficultés d'intégration et d'autres encore affirment que ce modèle familial ne pose pas plus de problème qu'un autre.

La loi de 2011 a maintenu son refus de prise en charge des couples homosexuel en PMA.

Pour l'instant, l'argumentation principale retenue pour ce refus de parentalité aux couples homosexuels, est la nécessité pour un enfant qui se construit d'avoir une référence masculine et référence féminine.

A l'heure où le mariage homosexuel est rediscuté, la question se pose déjà.

Cette situation conduit un certain nombre de couples à se rendre dans d'autres pays. Dans la mesure où il n'y a pas d'harmonisation des lois, chaque pays applique sa propre législation. C'est ainsi qu'est arrivé le tourisme procréatif.

#### **b. Le nombre d'embryons cryoconservés.**

Le Conseil d'Etat se demande comment remédier à l'augmentation des embryons surnuméraires et revient sur les raisons qui ont présidé à l'autorisation de congeler ceux-ci en 1994. Le législateur comptait sur la possibilité de congeler rapidement les ovocytes. Cela aurait permis de produire les embryons à l'unité en fonction des essais d'implantation. Le contexte de l'époque ne laissait aucunement prévoir l'inflation actuelle des embryons surnuméraires (171 417 embryons fin 2010). La loi ouvrait sur la possibilité du don d'embryon. Un tel régime aurait dû absorber rapidement le stock des embryons produits et conservés. En 2010, seulement 107 couples ont été éligibles pour donner leurs embryons à l'accueil. Le nombre de donneurs est extrêmement faible en raison de critères restrictifs et d'une importante lourdeur du processus administratif.

La loi de 2011 recommande de ne pas interdire la congélation des embryons surnuméraire mais propose en revanche l'interdiction de réaliser une FIV avec de nouveaux embryons frais si le couple dispose déjà d'embryons congelés. Elle entend limiter au maximum le nombre de ces embryons surnuméraires en réduisant à deux ou trois le nombre d'ovocytes soumis à la fécondation à chaque cycle. si le couple refuse la congélation des embryons. Ceci revient à réitérer le traitement de la stimulation ovarienne. Sur les 171 417 embryons conservés au 31 décembre 2010, la direction générale de la santé a évalué que 109 971 de ces embryons (soit 64.2 %) correspondent à des projets parentaux en cours, et 29 779 (soit 17.4 %) à des projets parentaux interrompus ; quant aux 31 667 embryons restants (soit 18.5 %), les couples qui les avaient conçus ne répondent plus aux relances faites par les centres.

Avec plus de 170 000 embryons cryoconservés le problème reste d'actualité.

#### **c. La recherche sur l'embryon**

La loi de 2004 interdisait les recherches sur l'embryon et sur les cellules souches embryonnaires humaines, sauf exceptions encadrées. De fait, entre 2004 et fin 2010, 181 programmes de recherche sur l'embryon ont été demandés, 166 ont été validés et 9 ont été refusés, faute de garanties suffisantes, et 6 autorisations ont été retirées en cours d'études. Les chercheurs réclament une autorisation plus large de recherche sur l'embryon. L'église

catholique, au contraire, souhaite interdire toute recherche sur l'embryon pour privilégier les autres cellules souches, issues du sang de cordon ou reprogrammées à partir de cellules adultes.

En 2011, le gouvernement a voté l'interdiction assortie de dérogations et les termes exactes de la loi ont été modifiés : « la finalité thérapeutique » a été remplacée par une « finalité médicale » ce qui ouvre de nouvelles possibilités.

#### **d. La levée de l'anonymat dans le cadre du don de gamètes**

Que pensent de leur conception les adultes nés d'un don de sperme ? (Le Monde 8 juin 2010)  
Comment se distinguent-ils du reste de la population ? Une étude américaine intitulée *My Daddy's Name is Donor* ("Le nom de mon père est donneur") a permis de confronter l'expérience et l'opinion d'adultes ayant été conçus par don de sperme, avec celles de personnes adoptées, ainsi qu'avec des personnes ayant grandi avec leurs parents biologiques. Le portrait-robot qui découle de l'enquête dessine des hommes et des femmes en souffrance psychologique, donnant le sentiment d'avoir subi un préjudice et gênés par les "circonstances" qui ont présidé à leur conception. Près de la moitié reconnaît y penser "plusieurs fois par semaine, voire plus". 67% des personnes interrogées souhaitent la levée du secret sur leur origine.

Faut-il répondre au désir de certains enfants de connaître leurs géniteurs, quand ils ont été conçus avec don de spermatozoïdes ou d'ovocytes ? Alors que la loi impose le secret depuis 1994 et que la position législative a été maintenue en 2011, la question divise toujours. «Maintenir l'anonymat, c'est donner la priorité à l'éducatif et à l'affectif plutôt qu'à la génétique», estime Jean Leonetti. Les médecins spécialistes défendent eux aussi l'anonymat, car sa levée risquerait de faire baisser les dons.

#### **e. Le transfert d'embryons après la mort du conjoint**

Un enfant peut-il être conçu d'un père décédé ?

La question n'est pas si simple. La loi de 2011 a répondu non à l'insémination et non au transfert d'embryon ; cependant les débats continuent. Cette question du transfert post mortem remet en cause les fondements qui ont présidé aux choix des critères d'accès à la procréation médicalement assistée en 1994. L'interdiction du transfert d'embryons post



mortem résulte de l'exigence que les deux membres du couple bénéficiant d'une PMA soient vivants au moment de la fécondation in vitro ou du transfert d'embryons.

Si l'interdiction de l'insémination d'une femme après le décès de son conjoint ou de son compagnon fait l'objet d'un consensus, celle du transfert post mortem d'un embryon, qui suppose qu'une femme ait bénéficié, antérieurement à ce décès, d'une PMA permettant la fécondation d'embryons in vitro et leur congélation, est contesté.

L'acceptation du transfert post mortem serait en décalage tant avec le droit de l'enfant à « connaître ses parents et à être élevé par eux », consacré par l'article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant, qu'avec la notion de coparentalité, essentielle à l'évolution du droit de la famille.

En outre, la légalisation du transfert post mortem supposerait l'organisation du recueil du consentement du père. Cette légalisation par l'assimilation d'un embryon humain conçu in vitro et non encore transféré, à un enfant à naître, détenteur de droits, entraînerait des modifications importantes et complexes du droit de la filiation et du droit des successions. Il importe en effet de garantir une cohérence entre ces nouvelles règles et le droit applicable en matière d'IVG et de recherches sur l'embryon.

## **11. Notre place en Europe.**

### ***a. Le business européen de la fécondation in vitro***

Pourtant autorisé depuis 1994 en France, le don de gamètes est rare, et effectué dans un nombre limité de centres où l'attente est longue. On se rend compte de l'apparition d'un véritable marché du don d'ovocytes qui se développe dans toute l'Europe avec des officines aux techniques commerciales plus ou moins agressives. Le « baby-business » permet de contourner les limites fixées par la législation française et crée un marché de l'enfantement qui échappe à toute régulation. Son accessibilité est facilitée par internet, consultable par tous et dont le contrôle est impossible

Selon la CCNE : «La mondialisation apporte son lot de difficultés et la pérennité des principes dans un contexte international permissif pose question.»

Pour minimiser les frais et maximiser les chances, des cliniques acceptent d'implanter jusqu'à cinq embryons, n'hésitant pas à mettre en péril la santé des femmes. S'ils s'accrochent, les parents ont le choix entre la réduction embryonnaire et une grossesse à très haut risque. C'est ainsi qu'en 2008, la mise au monde de triplés par une femme de 59 ans à l'hôpital Cochin,

fécondée au Vietnam, a relancé le débat. A la maternité d'Angers une mère de 45 ans a mis au monde 3 enfants prématurés avant d'entrer dans un coma végétatif (une FIV effectuée en Grèce)

De nombreux pays proposent des formules tout compris, avec bébé à la clé (l'Espagne, la Belgique, la Grèce, la République tchèque, l'Ukraine...). Les prix varient de 2 500 euros, en Grèce, à plus de 12 000 euros en Espagne. L'AMP peut être pratiquée sur des femmes seules, ou lesbiennes, en Belgique, Estonie, Grèce, Luxembourg, Hollande, Espagne, et Grande-Bretagne. Sur le marché américain, des sites Internet offrent même des packages «All inclusive» FIV et détente. Les couples candidats ont tendance à se tourner vers des pays qui garantissent l'anonymat des donneurs, acceptent les femmes de plus de 43 ans et pratiquent des prix défiant toute concurrence. La demande ne cesse de croître. Les évolutions sociologiques des sociétés occidentales conduisent les femmes à repousser l'âge de la maternité. Elles privilégient leur carrière ; l'envie d'enfant ne venant qu'après. Les familles recomposées, avec des remariages ou de nouvelles unions après 40 ans, favorisent également ces désirs tardifs.

En Grèce, les donneuses ne sont pas rémunérées officiellement, mais dans les faits elles reçoivent une indemnisation de 600 à 800 euros pour leur temps et les déplacements. Elles seraient motivées par des valeurs humanistes et la religion orthodoxe encouragerait le don, sous toutes ses formes. Dans un pays où le chômage est important et le salaire moyen avoisinant les 600 euros, l'opération n'est pas neutre financièrement. A noter également, qu'une donneuse peut effectuer trois dons par an pendant une période maximum de dix ans. Elles doivent avoir déjà un enfant et moins de 31 ans. Dans ce pays, il n'existe pas de fichiers nationaux des donneuses, nul ne sait si ces femmes ne multiplient pas les dons dans différents centres.

Au Royaume-Uni toute femme capable d'élever un enfant, sans limite d'âge, peut avoir recours à l'assistance médicale à la procréation.

En Belgique, les couples hétérosexuels, homosexuels et les femmes seules peuvent y avoir recours, mais cependant avant 45 ans. Il est aussi autorisé de faire don de cellules sexuelles entre amis ou au sein de la famille.

Les femmes majeures, sans limites d'âge, peuvent avoir recours à la PMA aux Etats-Unis et en Espagne. Ainsi, l'américaine Janise Wulf, arrière-grand-mère, a accouché de son douzième enfant à 62 ans après une fécondation in vitro.

Une dame de 67 ans a donné naissance à des jumeaux dans un hôpital de Barcelone en décembre 2006. Elle est considérée comme l'une des mères les plus âgées au monde.

Aux Etats-Unis les dons de gamètes ne sont ni anonymes ni gratuits : on peut, sur catalogue et à condition d'y mettre le prix, choisir la donneuse d'ovocytes ou le donneur de sperme selon certains critères : taille, poids, couleur des yeux, QI, religion, orientation sexuelle, hobbies, cuisine préférée, consommation de cigarettes, etc.,. Tout cela avec photos à l'appui.

Les prix des dons aux Etats-Unis : 275 dollars pour des spermatozoïdes, 2 500 à 50 000 dollars pour un ovule, de 10 000 à 30 000 dollars pour une mère porteuse, les tarifs peuvent monter jusqu'à 45000 dollars pour les ovocytes des plus belles femmes du pays.

En Belgique, au Danemark, en Espagne, au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les femmes seules ainsi que les couples homosexuels féminins peuvent bénéficier d'une aide à la procréation.

Au Québec, lorsqu'un enfant naît dans un couple de femmes, suite à une AMP avec tiers donneur, ces deux femmes peuvent figurer en tant que mères sur l'acte de naissance.

Les disparités entre les pays en matière législative sont frappantes. Elles sont dues aux différences d'opinions des parlements nationaux qui ont légiféré (ou non) de manière plus ou moins contraignante.

La Belgique, en 2003, a exprimé dans la loi sa foi en la liberté de la recherche médicale et la reconnaissance du pluralisme éthique dans la société. La recherche sur l'embryon est possible, de même que la thérapie génique, le clonage thérapeutique et les recherches sur les cellules souches. Le don d'ovocytes est également possible. À l'opposé, en Italie, l'AMP est réservée uniquement aux couples hétérosexuels mariés. Les couples doivent produire un certificat d'infertilité imposant une FIV. Un maximum de trois ovocytes peuvent être fécondés et chaque embryon obtenu doit être nécessairement transféré sans aucune considération particulière. La congélation ou le don d'embryon sont interdits. La Grèce, en 2005, a voté une loi qui permet l'AMP pour tous les couples. Le don de sperme, d'ovocytes, d'embryons est autorisé. de même que le diagnostic préimplantatoire et les grossesses de mères porteuses. Le

don est anonyme. En Grèce, le don d'ovocytes est anonyme. Il n'est pas prévu de possibilité d'accès à l'identité de la donneuse. En Espagne, le don d'ovocytes est pratiqué depuis 1984. Il est anonyme et gratuit. Un défraiement de 753 euros pour la donneuse existe dans ce pays, cependant il n'est pas prévu par les textes. Il n'est pas exigé que la receveuse soit mariée. En Ukraine, il n'y a pas de contrainte d'anonymat. La receveuse reçoit une indemnité. Au Canada, l'anonymat est la règle. Les donneuses reçoivent 2500 US dollars. En France, il y a interdiction d'organiser des campagnes d'information. Le don est théoriquement possible mais les listes d'attente (environ sept ans) sont dissuasives. L'indemnisation des donneuses n'est pas possible.

### ***b. Mères porteuses : un marché clandestin***

La France interdit le recours aux mères porteuses, mais les couples en mal d'enfant cherchent par tous les moyens à contourner la législation. Pour se soustraire à l'interdit, des couples français vont chercher une mère porteuse dans les pays qui les autorisent (Grande Bretagne, Belgique Italie, Grèce, Danemark, Hollande, Etats Unis, Inde). D'autres, désespérés de devoir patienter deux à trois ans pour un don d'ovocytes, se rendent là où la rémunération des donneuses est acceptée. Une femme acceptant de porter un enfant pour le compte d'une autre, risque deux ans de prison et 30 000 euros d'amende. En France, les couples qui bravent la loi sur le sol français sont plus nombreux qu'on ne le croit.

L'Italie n'a pas pu légiférer, afin d'éviter tout conflit avec le Vatican. Ce qui explique le manque de législation bioéthique dans ce pays. Du fait de cette absence de législation, plusieurs femmes se rendent dans ce pays pour solliciter une mère porteuse. C'est également dans ce pays que des femmes ménopausées peuvent avoir un enfant.

### ***c. La procréation post mortem en Europe***

L'Allemagne, le Danemark, l'Italie et la Suisse prohibent explicitement l'insémination et le transfert d'embryons post mortem, tandis que la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni admettent ces pratiques. Dans chacun de ces quatre pays, la procréation post mortem est subordonnée à un accord exprès du mari (ou du compagnon) de la future mère. Par ailleurs, la période pendant laquelle l'insémination ou le transfert d'embryons post mortem

est possible est limitée par la durée maximale de cryoconservation, en général fixée à cinq ans. La loi belge prévoit en outre un délai spécifique pour ces opérations, qui ne peuvent avoir lieu ni moins de six mois ni plus de deux ans après le décès.

À l'exception de la loi espagnole, qui établit le lien de filiation entre l'homme décédé et l'enfant si l'insémination ou le transfert d'embryons post mortem ont lieu moins de douze mois après le décès, les différents textes législatifs ne règlent pas cette question. La filiation des enfants ainsi nés doit donc être établie par voie judiciaire. C'est notamment le cas au Royaume-Uni, qui a pourtant adopté une loi spécifique sur ce sujet en 2003 : désormais, en cas de procréation post mortem, certaines données d'état civil relative au mari (ou au compagnon) de la mère peuvent être enregistrées, mais cette disposition est purement symbolique, et n'a aucune conséquence juridique.

## **12. Discussion : Enjeux éthique, social et politique.**

### **Quelle perspective pour l'avenir: PMA permissive ou restrictive ?**

En 2009 des Etats généraux, mobilisant des panels de citoyens, ont eu lieu en prévision de la révision des lois de bioéthique. Globalement, les sondages étaient favorables à la recherche sur les cellules souches embryonnaires, à la recherche sur l'embryon lui-même dans un certain contexte, ainsi qu'à l'ouverture de l'AMP aux couples du même sexe.

Le conseil d'Etat et le CCNE ont également rendus des avis favorables à certaines ouvertures de la loi.

Les différents rapports du parlement, du Conseil d'Etat, du CCNE, de l'ABM, des Etats généraux de la bioéthique auront en tout état de cause éclairé au préalable les enjeux de ce débat et montré que l'élaboration de ces textes législatifs a été précédée d'une réflexion qui les distingue beaucoup des précédentes lois. Mais les lois de 2011 ne sont pas une grande révolution, elles sont basées sur les mêmes principes qu'en 2004.

L'évolution actuelle de la bioéthique et la place de plus en plus importante que prend cette réflexion au sein du monde politique, des médias et de la société témoigne que l'enjeu est de taille et que les questions auxquelles la bioéthique cherche à répondre sont essentielles pour l'avenir de nos sociétés. Ces lois constituent des choix de société fondateurs au sens où ils portent sur les valeurs que la société se donne pour fonctionner.

Du point de vue international, chaque pays à sa propre législation et les positions sont fortement divergentes. Pour nos voisins britanniques, si l'embryon est une personne humaine à laquelle on n'a pas le droit de toucher ; on ne peut toutefois pas parler d'embryon avant quatorze jours. Nos voisins allemands quant à eux, en raison de leur passé historique et par peur des répercussions que peut provoquer sur l'opinion publique internationale l'annonce de toute recherche expérimentale dans le domaine de l'embryologie, interdisent tout. L'Espagne se situe à l'opposé et permet beaucoup.

Plusieurs pays ont adopté des législations différentes de la nôtre. Cela nous invite à justifier nos propres choix et à prendre en compte les motifs qui ont conduit d'autres à légiférer autrement que nous.

Le Conseil de l'Europe et l'UNESCO trouvent souhaitable que des principes universels ou européens soient définis. Ainsi le 4 avril 1997, la Convention d'Oviedo pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard de la biologie et de la médecine a marqué un tournant dans la prise de conscience internationale des questions de bioéthique.

En 1997, lorsque le projet de loi autorisant la ratification de cette convention avait été étudié, le Conseil d'État avait émis un avis défavorable, dans un contexte où, peu de temps après l'adoption des lois de 1994, les questions de bioéthique paraissaient évolutives. La fixation, par un traité des obligations pesant sur la France, semblait peu opportun. Aujourd'hui, le contexte est différent : l'évolution législative en vigueur dans notre pays n'a pas montré de divergences avec le contenu de la Convention d'Oviedo ; ainsi la loi de 2011 a ratifiée cette convention 14 ans après.

Au niveau mondial, l'adoption, le 19 octobre 2005, sous l'égide de l'UNESCO, de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les Droits de l'homme a manifesté le caractère désormais universel de la préoccupation d'assurer le respect de la dignité humaine dans le cadre des activités de recherche et de médecine.

L'émergence de normes universelles est contrariée par la diversité des approches nationales, y compris à l'intérieur du monde occidental. Il est impossible de rédiger une loi à l'échelle européenne ou internationale compte tenu des contradictions d'intérêts et des divergences politiques, philosophiques et religieuses des différents pays. On peut donc s'attendre à ce que des différences de législation subsistent pendant longtemps.

Selon le conseil d'Etat, dans les années à venir, il se trouvera toujours un pays voisin de la France pour autoriser sur un point particulier ce que la législation française interdit. Certains en tirent des arguments (par exemple : ceux qui souhaitent avoir recours à une mère porteuse, et qui ont les moyens financiers de se rendre à l'étranger, pourront en bénéficier ; créant une inégalité sociale.

Sans méconnaître la portée de ces arguments, le Conseil d'État estime que, les limites imposées à l'application de la loi nationale, par l'existence de lois concurrentes dans d'autres pays, ainsi que les injustices apparentes que cette concurrence implique, appellent certainement une coopération accrue au niveau international et communautaire, mais ne sauraient justifier à eux seuls la remise en cause de la loi nationale.

Pendant la dernière campagne présidentielle française, François Hollande s'était prononcé en faveur de l'accès des couples de lesbiennes à la procréation médicalement assistée, constituant l'engagement 31 du projet du Parti socialiste. Son premier ministre Jean-Marc Ayrault a récemment annoncé que le texte sur le mariage homosexuel n'aborderait pas la question de la PMA, malgré les réclamations des associations,

Selon Christiane Taubira (garde des sceaux) il faut définir de nouveaux contours à la parentalité. «Nous ouvrirons donc l'adoption aux couples homosexuels et ce, dans un cadre identique à celui actuellement en vigueur. Ils pourront, comme les autres, adopter de façon individuelle ou conjointe», (interview dans le journal *La Croix*. 10 sept 2012). Elle précise que le projet de loi ne prévoit pas d'élargir l'accès à la PMA aux couples de femmes.

Cependant Bruno Le Roux a annoncé le dépôt d'un amendement en ce sens au moment de l'examen du projet de loi sur le mariage pour tous, soutenu par Dominique Bertinotti (ministre déléguée à la Famille), qui prône l'introduction de la PMA dans le projet de loi. Selon elle : «toutes les questions de parentalité devaient être abordées. Cette question de la procréation médicalement assistée doit trouver une réponse ».

Le projet de loi a été examiné en Conseil des ministres le 31 octobre. Son examen à l'Assemblée pourrait commencer en décembre.

Des pays comme la Belgique, la Grande Bretagne ou l'Espagne permettent aux couples français, allemands et italiens de trouver une issue à leur infertilité. Le tourisme procréatif permet de pouvoir proposer une solution à certains couples sans pour autant outre passer les lois de bioéthique françaises. Ils n'auraient sans doute pas bénéficié d'une prise en charge étrangère, s'il existait une législation commune.

La mondialisation et le développement des moyens de communication (internet) sont à l'origine de l'éclosion d'un véritable marché procréatif international.

L'ouverture des frontières européennes a facilité le tourisme procréatif mais une harmonisation des lois au niveau européen ou internationale paraît utopique dans la mesure où chaque pays a ses propres paramètres historiques, religieux, traditionnels et sociaux économiques.

Les législateurs ont réaffirmé en 2011, les principes fondamentaux régissant la bioéthique.

La loi de 2011 est similaire à la loi de 2004 dans ses fondements. Les conditions d'accès à la PMA ont été maintenues, la recherche sur l'embryon est toujours interdite, sauf dérogation. Malgré les débats et les études de cas particuliers (transfert d'embryon post mortem, demande de PMA chez des femmes avec une malformation utérine congénitale), les législateurs ont privilégiés l'intérêt collectif avant l'intérêt individuel, tout en prenant en compte l'intérêt de l'enfant à naître.

Après le pacs, le mariage n'est qu'une étape vers l'homoparentalité. La vraie question sous jacente au projet de loi du mariage pour tous est le droit à la parentalité des homosexuels. D'une part à l'adoption mais aussi l'accès à la PMA.

Il est difficile de s'appuyer sur des témoignages pour dire si oui ou non l'homoparentalité influe sur l'identité sexuelle de l'enfant. L'idéal serait d'avoir un minimum de recul et de mener une étude, avec un nombre suffisamment important d'inclusion et des critères scientifiques de qualité afin de répondre à cette question. L'homoparentalité reste aujourd'hui une question sans réponse suscitant de nombreux débats. Est-elle acceptable ou non? Nous ne pouvons pas encore répondre objectivement. Pour l'instant, nous nous contentons simplement d'émettre notre avis, qui n'est ni le bon ni le mauvais, étant donné qu'il y a énormément de divergences.

Ce recours aux soins d'AMP transfrontaliers a des conséquences médicales (grossesses multiples, tardives, grossesse sur terrain à risque), économiques (coût pour l'assurance maladie, marchandisation des gamètes et des mères porteuses), sociales (sélection financière des personnes ayant les moyens de se rendre à l'étranger), et psychologiques.



En France, l'accès à la PMA reste basé en 2011 sur une indication médicale (infertilité prouvée), l'ouverture aux couples homosexuels ouvrirait la PMA à des indications de simple convenance, ce qui remettrait en cause son fondement. Cette ouverture engendrerait un bouleversement du droit de filiation français.

### **En conclusion,**

La France est-elle considérée comme restrictive ou permissive en matière de PMA ?

Voici quelques éléments de réponse :

Tout d'abord, avant de juger, il faudrait savoir le référentiel, s'il en existe un ? et sur quels critères juger ? Selon le pays qui sert de référence l'adjectif n'est pas le même. En comparaison de l'Italie ou de l'Allemagne, la France est un pays plutôt permissif, mais en comparaison de l'Espagne ou des Etats Unis, la France est qualifiée de restrictive. Globalement par rapport au pays européen, la France est considérée dans la littérature comme restrictive.

Du point de vue des perspectives, la question est encore plus difficile. D'une part le législateur a ré-exprimé en 2011 sa position conservatrice, d'autre part, la politique sociale du pays est en train d'évoluer ; les lois de bioéthique également.

Dans le futur, le législateur maintiendra probablement sa position sur l'interdiction de clonage, de transfert d'embryon post mortem et de gestation pour autrui. Il n'y a aucun élément qui puisse faire penser le contraire.

L'accueil des embryons surnuméraires sera probablement maintenu à long terme, même s'il n'est pas question pour le moment d'assouplir les critères extrêmement restrictifs qui rendent éligible au don d'embryon un très petit nombre de couples.

Il me semble que la recherche sur l'embryon restera longtemps interdite avec toujours une possibilité de dérogation, sous surveillance et autorisation de l'ABM.

En ce qui concerne la rémunération du don, il n'y aura pas de changement à court terme. En France, le don est basé sur l'anonymat et la gratuité ; la loi de 2011 a reconfirmé ces principes. Peut-être qu'à moyen terme assistera à un infléchissement de ces principes.

En ce qui concerne l'accès de la PMA aux couples homosexuels et aux femmes célibataires les lois seront peut-être modifiées. Le gouvernement et l'évolution des mœurs semblent aller dans ce sens. Certains pays frontaliers proposent déjà ce type de prise en charge.

Mais cette modification est loin d'être évidente puisqu'elle remettrait en question le fondement de l'existence de la PMA en France, à savoir la finalité médicale.

Une prise en charge des couples homosexuels et des femmes célibataires serait une prise en charge de convenance, ce que le législateur a toujours refusé.

En acceptant la « PMA de convenance » on ouvre la possibilité de l'existence d'un droit à la parentalité.

La congélation des ovocytes est autorisée depuis 2011, mais on voit émaner certains doutes. Autorisé afin de permettre à la femme de conserver ces gamètes en cas de traitement potentiellement infertilisant (chimiothérapie), certains y voient déjà une dérive, avec une possibilité de conserver systématiquement ses propres gamètes par simple convenance et d'éviter ainsi l'effet de l'âge. Des femmes après 40 ans pourraient utiliser les gamètes qu'elles avaient à leurs 20 ans.

La procréation médicalement assistée a été, ces dernières années, une avancée importante pour les couples infertiles, mais elle a ouvert des problèmes éthiques auxquelles il est difficile de répondre. Les législateurs se sont positionnés à un moment donné sur une question donnée et leur réponse n'est pas intemporelle. Pour l'instant les perspectives pour la France en matière de PMA restent plutôt restrictives, mais nous ne connaissons pas à l'heure actuelle tous les éléments qui nous permettront de nous positionner dans les années futures, le premier étant le devenir psychologique et social de ces enfants issus de la PMA.

## Bibliographie

Rapport final des états généraux du 1<sup>er</sup> juillet 2009.

La loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'AMP et au diagnostic prénatal.

Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Rapport du Conseil d'Etat assemblée générale plénière du 9 avril 2009.

Avis du CCNE 2001.1

E. Marquardt et al. My Daddy's name is Donor : A new study of young adults conceived though sperm donation. New York, NY: Institute for American Values.

Max Weber, Le savant et le politique, Plon, 10/18, Paris 1995

A.CLAEYS, rapport sur le clonage et la thérapie cellulaire et l'utilisation thérapeutique des cellules embryonnaires, disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rap-off/i2198.asp>

INSEE, statistiques d'état civil et estimation de population.

## ANNEXES

Annexe 1 :

JORF n°175 du 30 juillet 1994

LOI

LOI no 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 (1)

NOR: SPSX9400032L

Art. 1er. - L'intitulé du livre VI du code de la santé publique est ainsi rédigé:

<< LIVRE VI

<< Don et utilisation des éléments  
et produits du corps humain >>

Art. 2. - Il est inséré, au début du livre VI du code de la santé publique, un titre Ier ainsi rédigé:

<< TITRE Ier

< Principes généraux applicables au don et à l'utilisation des éléments et  
produits du corps humain

[...]

<< Art. L. 665-14. - Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur,

ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

<< Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

[...]

<< Chapitre II bis

<< Assistance médicale à la procréation

<< Art. L. 152-1. - 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.

<< Art. L. 152-2. - L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple.

<< 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.

<< Art. L. 152-3. - Un embryon ne peut être conçu in vitro que dans le cadre et selon les finalités d'une assistance médicale à la procréation telle que définie à l'article L. 152-2. Il ne peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des deux membres du couple.

<< Compte tenu de l'état des techniques médicales, les deux membres du couple peuvent décider par écrit que sera tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser leur demande parentale dans un délai de cinq ans.

<< Les deux membres du couple sont consultés chaque année pendant cinq ans sur le point de savoir s'ils maintiennent leur demande parentale.

<< Un décret en Conseil d'Etat détermine les obligations auxquelles sont tenus les établissements et les laboratoires au regard de leur conservation pendant la durée d'application de la loi no 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, notamment lorsqu'ils cessent leur activité.

<< Art. L. 152-4. - A titre exceptionnel, les deux membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple dans les conditions prévues à l'article L. 152-5.

<< En cas de décès d'un membre du couple, le membre survivant est consulté par écrit sur le point de savoir s'il consent à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple dans les conditions prévues à l'article L. 152-5.

<< Art. L. 152-5. - A titre exceptionnel, un couple répondant aux conditions prévues à l'article L. 152-2 et pour lequel une assistance médicale à la procréation sans recours à un tiers donneur ne peut aboutir peut accueillir un embryon.

<< L'accueil de l'embryon est subordonné à une décision de l'autorité judiciaire, qui reçoit préalablement le consentement écrit du couple à l'origine de sa conception. Le juge s'assure que le couple demandeur remplit les conditions prévues à l'article L. 152-2 et fait procéder à toutes investigations permettant d'apprécier les conditions d'accueil que ce couple est susceptible d'offrir à l'enfant à naître sur les plans familial, éducatif et psychologique.

<< Le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives.

<< Toutefois, en cas de nécessité thérapeutique, un médecin pourra accéder aux informations médicales non identifiantes concernant le couple ayant renoncé à l'embryon.

<< Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué au couple ayant renoncé à l'embryon.

<< L'accueil de l'embryon est subordonné à des règles de sécurité sanitaire. Ces règles comprennent notamment des tests de dépistage des maladies infectieuses.

<< Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

<< Art. L. 152-6. - L'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur ne peut être pratiquée que comme ultime indication lorsque la procréation médicalement assistée à l'intérieur du couple ne peut aboutir.

<< Art. L. 152-7. - Un embryon humain ne peut être conçu ni utilisé à des fins commerciales ou industrielles.

<< Art. L. 152-8. - La conception in vitro d'embryons humains à des fins d'étude, de recherche ou d'expérimentation est interdite.

<< Toute expérimentation sur l'embryon est interdite.

<< A titre exceptionnel, l'homme et la femme formant le couple peuvent accepter que soient menées des études sur leurs embryons.

<< Leur décision est exprimée par écrit.

<< Ces études doivent avoir une finalité médicale et ne peuvent porter atteinte à l'embryon.

<< Elles ne peuvent être entreprises qu'après avis conforme de la commission mentionnée à l'article L. 184-3 ci-dessous dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

<< La commission rend publique chaque année la liste des établissements où s'effectuent ces études, ainsi que leur objet.

<< Art. L. 152-9. - Les actes cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, définis par décret en Conseil d'Etat, sont effectués sous la responsabilité d'un praticien nommément agréé à cet effet dans chaque établissement ou laboratoire autorisé à les pratiquer.

<< Art. L. 152-10. - La mise en oeuvre de l'assistance médicale à la procréation doit être précédée d'entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale pluridisciplinaire du centre, qui peut faire appel, en tant que de besoin, au service social institué au titre VI du code de la famille et de l'aide sociale.

<< Ils doivent notamment:

<< 1o Vérifier la motivation de l'homme et de la femme formant le couple et leur rappeler les possibilités ouvertes par la loi en matière d'adoption;

<< 2o Informer ceux-ci des possibilités de réussite et d'échec des techniques d'assistance médicale à la procréation, ainsi que de leur pénibilité;

<< 3o Leur remettre un dossier-guide comportant notamment:

<< a) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assistance médicale à la procréation;



<< b) Un descriptif de ces techniques;

<< c) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'adoption, ainsi que l'adresse des associations et organismes susceptibles de compléter leur information à ce sujet.

<< La demande ne peut être confirmée qu'à l'expiration d'un délai de réflexion d'un mois à l'issue du dernier entretien.

<< La confirmation de la demande est faite par écrit.

<< La mise en oeuvre de l'assistance médicale à la procréation est subordonnée à des règles de sécurité sanitaire définies par décret en Conseil d'Etat.

<< L'assistance médicale à la procréation ne peut être mise en oeuvre par le médecin lorsque les demandeurs ne remplissent pas les conditions prévues par le présent chapitre ou lorsque le médecin, après concertation au sein de l'équipe pluridisciplinaire, estime qu'un délai de réflexion supplémentaire est nécessaire aux demandeurs dans l'intérêt de l'enfant à naître.

<< Les époux ou les concubins qui, pour procréer, recourent à une assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur doivent préalablement donner, dans les conditions prévues par le code civil, leur consentement au juge ou au notaire. >>

Art. 9. - Les embryons existant à la date de promulgation de la présente loi et dont il a été vérifié qu'ils ne font plus l'objet d'une demande parentale, qu'ils ne font pas l'objet d'une opposition à un accueil par un couple tiers et qu'ils satisfont aux règles de sécurité sanitaire en vigueur au jour de leur transfert pourront être confiés à un couple remplissant les conditions prévues à l'article L. 152-5.

Si leur accueil est impossible et si la durée de leur conservation est au moins égale à cinq ans, il est mis fin à cette conservation.

Art. 10. - Il est inséré, après la section 4 du chapitre II du titre III du livre VI du code de la santé publique, une section 5 ainsi rédigée:

<< Section 5

<< Dispositions spécifiques au don  
et à l'utilisation de gamètes

<< Art. L. 673-1. - Le don de gamètes consiste en l'apport par un tiers de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation.

<< Art. L. 673-2. - Le donneur doit faire partie d'un couple ayant procréé. Le consentement du donneur et celui de l'autre membre du couple sont recueillis par écrit. Il en est de même du consentement des deux membres du couple receveur, qui peut être révoqué, avant toute intervention, par l'un ou l'autre des membres du couple.

<< Art. L. 673-3. - Toute insémination artificielle par sperme frais provenant d'un don et tout mélange de sperme sont interdits.

<< Art. L. 673-4. - Le recours aux gamètes d'un même donneur ne peut délibérément conduire à la naissance de plus de cinq enfants.

<< Art. L. 673-5. - Les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes ne peuvent être pratiquées que dans les organismes et établissements de santé publics et privés à but non lucratif autorisés à cet effet par l'autorité administrative, suivant les modalités prévues par les dispositions des sections 1 et 2 du chapitre II du titre Ier du livre VII.

Aucune rémunération à l'acte ne peut être perçue par les praticiens au titre de ces activités.

<< Pour être autorisés à exercer ces activités, les organismes et établissements visés au premier alinéa doivent remplir les conditions déterminées en application des dispositions susmentionnées du livre VII et des conditions définies par décret en Conseil d'Etat propres à garantir un fonctionnement conforme aux principes généraux prévus par le titre Ier du présent

livre. Ce décret détermine également les obligations auxquelles sont tenus ces organismes et établissements au regard de la conservation des gamètes, notamment lorsqu'ils cessent leurs activités.

<< L'autorisation porte sur une ou plusieurs activités. Elle est délivrée pour une durée de cinq ans. Elle est accordée après avis de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal instituée à l'article L. 184-3 et du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

<< Tout organisme ou établissement autorisé à exercer ces activités est tenu de présenter au ministre chargé de la santé le rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 184-2.

<< Art. L. 673-6. - Les organismes et établissements autorisés dans les conditions prévues à l'article L. 673-5 fournissent aux autorités sanitaires les informations utiles relatives aux donneurs. Un médecin peut accéder aux informations médicales non identifiantes en cas de nécessité thérapeutique concernant un enfant conçu par une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur.

<< Art. L. 673-7. - Le bénéfice d'un don de gamètes ne peut en aucune manière être subordonné à la désignation par le couple receveur d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un couple tiers anonyme. >>

Art. 11. - Il est inséré, après la section 3 du chapitre V du titre Ier du livre II du code de la santé publique, une section 4 ainsi rédigée:

<< Section 4

<< Activités d'assistance médicale à la procréation

<< Art. L. 184-1. - Les activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, à l'exception de l'insémination artificielle, ne peuvent être pratiquées que dans des établissements de santé.

<< Les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation ne peuvent être pratiquées que dans des établissements publics de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale.

<< A l'exception de l'insémination artificielle, les activités, tant cliniques que biologiques, d'assistance médicale à la procréation doivent être autorisées suivant les modalités prévues par les dispositions des sections 1 et 2 du chapitre II du titre Ier du livre VII. Cette autorisation vaut dérogation, au sens des dispositions du sixième alinéa de l'article L.

761, pour les laboratoires d'analyses médicales.

<< Pour être autorisés à exercer ces activités, les établissements et les laboratoires mentionnés aux premier et deuxième alinéas du présent article doivent remplir les conditions déterminées en application des dispositions susmentionnées du livre VII et des conditions de fonctionnement définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret détermine également les obligations auxquelles sont tenus les établissements et les laboratoires au regard de la conservation des gamètes, notamment lorsqu'ils cessent leurs activités.

<< L'autorisation porte sur une ou plusieurs des activités d'assistance médicale à la procréation, avec ou sans tiers donneur. Elle est délivrée pour une durée de cinq ans. Elle est accordée après avis de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal instituée par l'article L. 184-3 et du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

<< Art. L. 184-2. - Tout établissement ou laboratoire autorisé à pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation ou de diagnostic prénatal, tout centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est tenu de présenter au ministre chargé de la santé un rapport annuel d'activité suivant des modalités déterminées par arrêté de ce ministre.

<< Il est également tenu d'établir et de conserver dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat des registres relatifs aux gamètes et aux embryons qu'il conserve.

<< Art. L. 184-3. - La Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal est chargée de donner un avis sur les demandes d'autorisation d'exercice des activités d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, sur les demandes d'agrément des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ainsi que sur les décisions de retrait d'autorisation. Elle participe au suivi et à l'évaluation du fonctionnement des établissements et laboratoires autorisés. << Elle remet chaque année au ministre chargé de la santé un rapport portant sur l'évolution de la médecine et de la biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal.

<< La Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal comprend des praticiens désignés sur proposition de leurs organisations représentatives, des personnalités choisies en raison de leur compétence dans les domaines de la procréation, de l'obstétrique, du diagnostic prénatal, du conseil génétique et du droit de la filiation et des représentants des administrations intéressées et des ordres professionnels ainsi qu'un représentant des associations familiales.

<< La commission est présidée par un membre de la Cour de cassation, du Conseil d'Etat ou de la Cour des comptes désigné par décret.

<< Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal et détermine les modalités de son organisation et de son fonctionnement.

<< Art. L. 184-4. - Le ministre chargé de la santé communique à la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal le rapport mentionné à l'article L. 184-2 et tous documents utiles pour les besoins de sa mission.

<< Art. L. 184-5. - Les membres de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal et les personnes appelées à collaborer à ses travaux sont tenus, dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal, de

garder secrètes les informations dont ils peuvent avoir connaissance en raison de leurs fonctions. >>

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 29 juillet 1994.

FRANCOIS MITTERRAND

Par le Président de la République:

Le Premier ministre,

EDOUARD BALLADUR

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,  
de la santé et de la ville,

SIMONE VEIL

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire,

CHARLES PASQUA

Le ministre d'Etat, garde des sceaux,  
ministre de la justice,

PIERRE MEHAIGNERIE

Le ministre d'Etat, ministre de la défense,

FRANCOIS LEOTARD

Le ministre de l'économie,

EDMOND ALPHANDERY

Le ministre du budget,  
porte-parole du Gouvernement,

NICOLAS SARKOZY

Le ministre de l'enseignement supérieur  
et de la recherche,

FRANCOIS FILLON

Le ministre délégué à la santé,  
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Annexe 2 :  
JORF n°182 du 7 août 2004

Texte n°1

LOI  
LOI n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique (1)

NOR: SANX0100053L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

[...]

TITRE VI : PROCRÉATION ET EMBRYOLOGIE

[...]

Chapitre II : Diagnostic prénatal et assistance médicale à la procréation

[...]

Article 24

Le titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - Le chapitre Ier est ainsi modifié :

1° Les articles L. 2141-1 et L. 2141-2 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 2141-1. - 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 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.

« La stimulation ovarienne, y compris lorsqu'elle est mise en oeuvre indépendamment d'une technique d'assistance médicale à la procréation, est soumise à des recommandations de bonnes pratiques.

« Art. L. 2141-2. - L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple.

« Elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple 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 consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en oeuvre l'assistance médicale à la procréation. »

2° Les articles L. 2141-4 et L. 2141-5 deviennent les articles L. 2141-5 et L. 2141-6 ; l'article L. 2141-7 devient l'article L. 2141-8 ;



3° L'article L. 2141-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-3. - Un embryon ne peut être conçu in vitro que dans le cadre et selon les objectifs d'une assistance médicale à la procréation telle que définie à l'article L. 2141-2. Il ne peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des membres du couple.

« Compte tenu de l'état des techniques médicales, les membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que soit tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser ultérieurement leur projet parental. Une information détaillée est remise aux membres du couple sur les possibilités de devenir de leurs embryons conservés qui ne feraient plus l'objet d'un projet parental.

« Les membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que les embryons, non susceptibles d'être transférés ou conservés, fassent l'objet d'une recherche dans les conditions prévues à l'article L. 2151-5.

« Un couple dont des embryons ont été conservés ne peut bénéficier d'une nouvelle tentative de fécondation in vitro avant le transfert de ceux-ci sauf si un problème de qualité affecte ces embryons. » ;

4° Il est rétabli un article L. 2141-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-4. - Les deux membres du couple dont des embryons sont conservés sont consultés chaque année par écrit sur le point de savoir s'ils maintiennent leur projet parental.

« S'ils n'ont plus de projet parental ou en cas de décès de l'un d'entre eux, les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, peuvent consentir à ce que leurs embryons soient accueillis par un autre couple dans les conditions fixées aux articles L. 2141-5 et L. 2141-6, ou à ce qu'ils fassent l'objet d'une recherche dans les conditions prévues à l'article L. 2151-5, ou à ce qu'il soit mis fin à leur conservation. Dans tous les cas, le consentement ou la demande est exprimé par écrit et fait l'objet d'une confirmation par écrit après un délai de réflexion de trois mois.

« Dans le cas où l'un des deux membres du couple consultés à plusieurs reprises ne répond pas sur le point de savoir s'il maintient ou non son projet parental, il est mis fin à la conservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à cinq ans. Il en est de même en cas de désaccord des membres du couple sur le maintien du projet parental ou sur le devenir des embryons.

« Lorsque les deux membres d'un couple, ou le membre survivant, ont consenti, dans les conditions prévues aux articles L. 2141-5 et L. 2141-6, à l'accueil de leurs embryons et que ceux-ci n'ont pas été accueillis dans un délai de cinq ans à compter du jour où ce consentement a été exprimé par écrit, il est mis fin à la conservation de ces embryons. » ;

5° A l'article L. 2141-5 tel que résultant du 2° ci-dessus, les mots : « l'article L. 2141-5 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 2141-6 » ;

6° L'article L. 2141-6, tel que résultant du 2°, est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le couple accueillant l'embryon est préalablement informé des risques entraînés par la mise en oeuvre de l'assistance médicale à la procréation pour l'enfant à naître. » ;

b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'autorisation d'accueil est délivrée pour une durée de trois ans renouvelable. » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Seuls les établissements publics ou privés à but non lucratif autorisés à cet effet peuvent conserver les embryons destinés à être accueillis et mettre en oeuvre la procédure d'accueil. » ;

7° Il est rétabli un article L. 2141-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-7. - L'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur peut être mise en oeuvre lorsqu'il existe un risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité à l'enfant ou à un membre du couple, lorsque les techniques d'assistance médicale à la procréation au sein du couple ne peuvent aboutir ou lorsque le couple, dûment informé dans les conditions prévues à l'article L. 2141-10, y renonce. » ;

8° L'article L. 2141-9 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-9. - Seuls les embryons conçus avec les gamètes de l'un au moins des membres d'un couple et dans le respect des principes fondamentaux prévus par les articles 16 à 16-8 du code civil peuvent entrer sur le territoire où s'applique le présent code ou en sortir. Ces déplacements d'embryons sont exclusivement destinés à permettre la poursuite du projet parental de ce couple ; ils sont soumis à l'autorisation de l'Agence de la biomédecine. » ;

9° L'article L. 2141-10 est ainsi modifié :

a) Avant le mot : « pluridisciplinaire », il est inséré le mot : « clinicobiologique » ;

b) Après les mots : « assistance médicale à la procréation, », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de leurs effets secondaires et de leurs risques à court et à long terme, ainsi que de leur pénibilité et des contraintes qu'elles peuvent entraîner ; »

c) Après le 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

« 2° bis Informer ceux-ci de l'impossibilité de réaliser un transfert des embryons conservés en cas de rupture du couple ou de décès d'un de ses membres ; »

10° L'article L. 2141-11 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-11. - En vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinale, avec son consentement et, le cas échéant, celui de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou du tuteur lorsque l'intéressé mineur ou majeur fait l'objet d'une

mesure de tutelle, lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité, ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée. » ;

11° Il est inséré un article L. 2141-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-12. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :

« 1° Les modalités d'application de l'article L. 2141-6 et notamment les activités soumises à l'autorisation prévue par le dernier alinéa de cet article ;

« 2° Les règles de sécurité sanitaire auxquelles est subordonnée la mise en oeuvre de l'assistance médicale à la procréation. »

II. - Le chapitre II est ainsi modifié :

1° Aux premier et troisième alinéas de l'article L. 2142-1, après les mots : « de l'insémination artificielle », sont insérés les mots : « et de la stimulation ovarienne » ;

2° La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 2142-1 est supprimée ;

3° Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La mise en oeuvre de la fécondation in vitro est subordonnée à la réunion des autorisations clinique et biologique mentionnées au troisième alinéa. » ;

4° Après l'article L. 2142-1, il est inséré un article L. 2142-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 2142-1-1. - Sont seuls habilités à procéder aux activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation les praticiens ayant été agréés à cet effet par l'Agence de la biomédecine mentionnée à l'article L. 1418-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Le nom des praticiens agréés chargés d'exercer les activités mentionnées au présent article fait l'objet d'une déclaration à l'autorité administrative qui a délivré l'autorisation mentionnée à l'article L. 2142-1. » ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 2142-2 est ainsi rédigé :

« Tout établissement ou laboratoire autorisé à pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation est tenu de présenter à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité suivant des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

6° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 2142-2, après les mots : « aux gamètes », sont insérés les mots : « , aux tissus germinaux » ;

7° Le deuxième alinéa de l'article L. 2142-3 est ainsi rédigé :

« Le retrait de l'autorisation est également encouru en cas de violation des prescriptions fixées par l'autorisation ou si le volume d'activité ou la qualité des résultats sont insuffisants. » ;

8° Le dernier alinéa de l'article L. 2142-3 est supprimé ;

9° L'article L. 2142-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 2142-4. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :

« 1° Les actes cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ;

« 2° Les conditions de fonctionnement que doivent remplir les établissements et les laboratoires mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 2142-1 pour être autorisés à exercer des activités d'assistance médicale à la procréation ;

« 3° Les conditions de formation et d'expérience requises des praticiens pour qu'ils soient agréés pour pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation ;

« 4° Les conditions d'exercice et d'organisation de l'ensemble des activités d'assistance médicale à la procréation définies à l'article L. 2141-1 ;

« 5° Les conditions dans lesquelles les établissements et laboratoires sont tenus d'établir et de conserver des registres relatifs aux gamètes, aux tissus germinaux et aux embryons qu'ils conservent et les obligations auxquelles ils sont tenus au regard de la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, notamment lorsqu'ils cessent leur activité ;

« 6° Les dispositions précisant les modalités pratiques de la mise en oeuvre des déplacements d'embryons prévus à l'article L. 2141-9. »

Chapitre III : Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires et foetales humaines

#### Article 25

I. - Le titre V du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique devient le titre VI et les articles L. 2151-1 à L. 2153-2 deviennent les articles L. 2161-1 à L. 2163-2.

II. - Il est rétabli, dans le livre Ier de la deuxième partie du même code, un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« RECHERCHE SUR L'EMBRYON  
ET LES CELLULES EMBRYONNAIRES

« Chapitre UNIQUE

« Art. L. 2151-1. - Comme il est dit au troisième alinéa de l'article 16-4 du code civil ci-après reproduit :

« Art. 16-4 (troisième alinéa). - Est interdite toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée. »

« Art. L. 2151-2. - La conception in vitro d'embryon ou la constitution par clonage d'embryon humain à des fins de recherche est interdite.

« Art. L. 2151-3. - Un embryon humain ne peut être ni conçu, ni constitué par clonage, ni utilisé, à des fins commerciales ou industrielles.

« Art. L. 2151-4. - Est également interdite toute constitution par clonage d'un embryon humain à des fins thérapeutiques.

« Art. L. 2151-5. - La recherche sur l'embryon humain est interdite.

« A titre exceptionnel, lorsque l'homme et la femme qui forment le couple y consentent, des études ne portant pas atteinte à l'embryon peuvent être autorisées sous réserve du respect des conditions posées aux quatrième, cinquième, sixième et septième alinéas.

« Par dérogation au premier alinéa, et pour une période limitée à cinq ans à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 2151-8, les recherches peuvent être autorisées sur l'embryon et les cellules embryonnaires lorsqu'elles sont susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques majeurs et à la condition de ne pouvoir être poursuivies par une méthode alternative d'efficacité comparable, en l'état des connaissances scientifiques. Les recherches dont les protocoles ont été autorisés dans ce délai de cinq ans et qui n'ont pu être menées à leur terme dans le cadre dudit protocole peuvent néanmoins être poursuivies dans le respect des conditions du présent article, notamment en ce qui concerne leur régime d'autorisation.

« Une recherche ne peut être conduite que sur les embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation qui ne font plus l'objet d'un projet parental. Elle ne peut être effectuée qu'avec le consentement écrit préalable du couple dont ils sont issus, ou du membre survivant de ce couple, par ailleurs dûment informés des possibilités d'accueil des embryons par un autre couple ou d'arrêt de leur conservation. A l'exception des situations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 2131-4 et au troisième alinéa de l'article L. 2141-

3, le consentement doit être confirmé à l'issue d'un délai de réflexion de trois mois. Dans tous les cas, le consentement des deux membres du couple est révocable à tout moment et sans motif.

« Une recherche ne peut être entreprise que si son protocole a fait l'objet d'une autorisation par l'Agence de la biomédecine. La décision d'autorisation est prise en fonction de la pertinence scientifique du projet de recherche, de ses conditions de mise en oeuvre au regard des principes éthiques et de son intérêt pour la santé publique. La décision de l'agence, assortie de l'avis du conseil d'orientation, est communiquée aux ministres chargés de la santé et de la recherche qui peuvent, lorsque la décision autorise un protocole, interdire ou suspendre la réalisation de ce protocole lorsque sa pertinence scientifique n'est pas établie ou lorsque le respect des principes éthiques n'est pas assuré.

« En cas de violation des prescriptions législatives et réglementaires ou de celles fixées par l'autorisation, l'agence suspend l'autorisation de la recherche ou la retire. Les ministres chargés de la santé et de la recherche peuvent, en cas de refus d'un protocole de recherche par l'agence, demander à celle-ci, dans l'intérêt de la santé publique ou de la recherche scientifique, de procéder dans un délai de trente jours à un nouvel examen du dossier ayant servi de fondement à la décision.

« Les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation.

« Art. L. 2151-6. - L'importation de tissus ou de cellules embryonnaires ou foetaux aux fins de recherche est soumise à l'autorisation préalable de l'Agence de la biomédecine. Cette autorisation ne peut être accordée que si ces tissus ou cellules ont été obtenus dans le respect des principes fondamentaux prévus par les articles 16 à 16-8 du code civil.

« L'exportation de tissus ou de cellules embryonnaires ou foetaux aux fins de recherche est soumise aux mêmes conditions que l'importation définie au précédent alinéa. Elle est subordonnée en outre à la condition de la participation d'un organisme de recherche français au programme de recherche international.



« Art. L. 2151-7. - Tout organisme qui assure, à des fins scientifiques, la conservation de cellules souches embryonnaires doit être titulaire d'une autorisation délivrée par l'Agence de la biomédecine.

« La délivrance de l'autorisation est subordonnée au respect des dispositions du titre Ier du livre II de la première partie du présent code, des règles en vigueur en matière de sécurité des personnes exerçant une activité professionnelle sur le site et des dispositions applicables en matière de protection de l'environnement, ainsi qu'au respect des règles de sécurité sanitaire.

« En cas de non-respect des dispositions mentionnées au deuxième alinéa, l'Agence de la biomédecine peut, à tout moment, suspendre ou retirer l'autorisation.

« L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est informée des activités de conservation à des fins scientifiques de cellules souches embryonnaires réalisées sur le même site que des activités autorisées par elle en application des articles L. 1243-2 et L. 1243-5.

« Les organismes mentionnés au premier alinéa ne peuvent céder des cellules souches embryonnaires qu'à un organisme titulaire d'une autorisation délivrée en application du présent article ou de l'article L. 2151-5. L'Agence de la biomédecine est informée préalablement de toute cession.

« Art. L. 2151-8. - Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment les conditions d'autorisation et de mise en oeuvre des recherches menées sur des embryons humains. »

## Article 26

Six mois avant le terme de la période de cinq ans mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 2151-5 du code de la santé publique, l'Agence de la biomédecine et l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques établissent chacun un rapport évaluant les résultats respectifs des recherches sur les cellules souches embryonnaires et sur les cellules souches adultes afin de permettre un nouvel examen de ces dispositions par le Parlement.

## Article 27

Au chapitre Ier du titre IV du livre II de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1241-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 1241-5. - Des tissus ou cellules embryonnaires ou foetaux ne peuvent être prélevés, conservés et utilisés à l'issue d'une interruption de grossesse qu'à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou scientifiques. La femme ayant subi une interruption de grossesse donne son consentement écrit après avoir reçu une information appropriée sur les finalités d'un tel prélèvement. Cette information doit être postérieure à la décision prise par la femme d'interrompre sa grossesse.

« Un tel prélèvement ne peut avoir lieu si la femme ayant subi l'interruption de grossesse est mineure ou fait l'objet d'une mesure de protection légale, sauf s'il s'agit de rechercher les causes de l'interruption de grossesse. Dans ce cas, la femme ayant subi cette interruption de grossesse doit avoir reçu auparavant une information sur son droit de s'opposer à un tel prélèvement.

« Les tissus et cellules embryonnaires ou foetaux prélevés à l'occasion d'une interruption de grossesse, lorsqu'ils sont conservés en vue d'une utilisation ultérieure, sont soumis aux seules dispositions des articles L. 1211-1, L. 1211-3 à L. 1211-7 et du chapitre III du présent titre.

« Les prélèvements à des fins scientifiques autres que ceux ayant pour but de rechercher les causes de l'interruption de grossesse ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en oeuvre, à l'Agence de la biomédecine. L'agence communique la liste de ces protocoles, accompagnée le cas échéant de son avis sur ces derniers, au ministre chargé de la recherche. Celui-ci peut suspendre ou interdire la réalisation de ces protocoles, lorsque leur pertinence scientifique ou la nécessité du prélèvement n'est pas établie, ou lorsque le respect des principes éthiques n'est pas assuré. »

[...]

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Saint-Paul, le 6 août 2004.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Jean-Pierre Raffarin

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,  
des finances et de l'industrie,

Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur  
et de la recherche,

François Fillon

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

Dominique Perben

Le ministre de la santé  
et de la protection sociale,

Philippe Douste-Blazy

Le ministre délégué à l'industrie,

Patrick Devedjian

Le ministre délégué à la recherche,

François d'Aubert

Annexe 3 :

Cour de cassation

chambre civile 1

Audience publique du 9 janvier 1996

N° de pourvoi: 94-15998

Publié au bulletin

Annulation partielle sans renvoi.

Président : M. Lemontey ., président

Rapporteur : M. Grégoire., conseiller apporteur

Avocat général : Mme Le Foyer de Costil., avocat général

Avocats : MM. Vuitton, Le Prado., avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Attendu, selon les énonciations des juges du fond, que l'union de Mme X... et de Y..., mariés en 1977, s'étant révélée stérile, les médecins du centre hospitalier régional de la Grave ont procédé, à partir de 1984, à sept tentatives de fécondation in vitro ; qu'à l'occasion de la deuxième les époux Y... ont signé un document dans lequel ils énonçaient que le transfert des embryons ne pourra être réalisé qu'en présence de chacun d'eux et que, en cas de dissolution du couple, les embryons seraient détruits ; qu'après avoir obtenu quatre embryons, les médecins du CHR ont implanté deux d'entre eux ; que cette tentative ayant échoué, et son mari étant décédé accidentellement le 10 décembre 1990, Mme Y... a vainement demandé au CHR de procéder à l'implantation des embryons congelés restants ; qu'elle a saisi le tribunal de grande instance pour faire juger que les embryons seraient implantés par les médecins du service de gynécologie obstétrique qui la soignaient habituellement ou, en cas de refus de ces praticiens, seraient mis à sa disposition ; que l'arrêt confirmatif attaqué (Toulouse, 18 avril 1994) a rejeté cette demande et ordonné la destruction des embryons congelés ;

Sur le premier moyen, pris en ses deux branches :

Attendu que Mme Y... fait grief à l'arrêt attaqué de l'avoir déboutée de sa demande d'implantation des embryons, alors, selon le moyen, d'une part, que l'article 1er de la loi du 17 janvier 1975 garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie et précise qu'il ne peut y être porté atteinte qu'en cas de nécessité, celle-ci devant s'apprécier à raison de la situation de détresse de la femme ; qu'en faisant obstacle à ce que Mme Y... poursuive sa grossesse, voulue par les deux époux de leur vivant, la cour d'appel n'a pas tenu compte de la volonté de l'intéressée ; et alors, d'autre part, qu'il ressortait des éléments du débat, et notamment de l'exposé des faits des premiers juges, que le recours à l'assistance médicale à la procréation était causé par la stérilité de Mme Y... ; qu'en énonçant, néanmoins, que la démarche des époux Y... était causée par la stérilité de leur couple et que ce couple s'étant trouvé dissous, la cause avait disparu, alors que Mme Y..., membre stérile du couple, était toujours en vie, la cour d'appel a violé l'article 1131 du Code civil ;

Mais attendu que la loi du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de la grossesse n'est pas applicable dans le cas du refus de l'implantation d'embryons, un tel acte ayant seulement pour effet, si l'opération réussit, de permettre une grossesse ;

Et attendu que, avant même l'entrée en vigueur de l'article L. 152-2 du Code de la santé publique issu de la loi du 29 juillet 1994, l'assistance médicale à la procréation ne pouvait avoir pour but légitime que de donner naissance à un enfant au sein d'une famille constituée, ce qui exclut le recours à un processus de fécondation in vitro ou sa poursuite lorsque le couple qui devait accueillir l'enfant a été dissous par la mort du mari avant que l'implantation des embryons, dernière étape de ce processus, ait été réalisée ; qu'ayant constaté que Albino Y... était décédé après l'échec de la tentative d'implantation effectuée le 12 octobre 1990, et avant que les embryons restants aient pu être utilisés, la cour d'appel a exactement décidé que la demande de Mme Y..., contraire à l'engagement qu'elle avait d'ailleurs pris, devait être rejetée ; d'où il suit qu'en aucune de ses branches le moyen ne peut être accueilli ;

Mais sur le troisième moyen, pris en ses deux branches :

Vu l'article 9 de la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 ;

Attendu qu'il résulte de ce texte que les embryons existant à la date de promulgation de la loi, qui satisfont aux règles de sécurité sanitaire en vigueur au jour de leur transfert, pourront être confiés à un couple remplissant les conditions prévues à l'article L. 152-5 du Code de la santé

publique, et que si leur accueil est impossible, et si la durée de leur conservation est au moins égale à 5 ans, il est mis fin à cette conservation ;

Attendu que ce texte rend caduque la mesure ordonnée par la cour d'appel, dont l'arrêt doit être annulé de ce chef, sans qu'il y ait lieu à renvoi ;

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur le deuxième moyen ;

ANNULE mais seulement en ce qu'il a ordonné la destruction des deux embryons congelés, l'arrêt rendu le 18 avril 1994, entre les parties, par la cour d'appel de Toulouse ;

DIT n'y avoir lieu à renvoi ;

DIT qu'il sera mis fin à la conservation des embryons dans les conditions prévues à l'article 9 de la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994.

**Publication :** Bulletin 1996 I N° 21 p. 13

**Décision attaquée :** Cour d'appel de Toulouse , du 18 avril 1994

**Titrages et résumés :** 1° FILIATION (règles générales) - Maternité - Assistance médicale à la procréation - Fécondation in vitro - Refus d'implantation d'embryons - Loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse - Application (non).

1° La loi du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de grossesse, n'est pas applicable dans le cas du refus de l'implantation d'embryons, un tel acte ayant seulement pour effet, si l'opération réussit, de permettre une grossesse.

1° SANTE PUBLIQUE - Assistance médicale à la procréation - Fécondation in vitro - Refus d'implantation d'embryons - Loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse - Application (non) 2° SANTE PUBLIQUE - Assistance médicale à la procréation - Fécondation in vitro - Conditions - Existence d'une famille constituée - Portée.

2° Avant même l'entrée en vigueur de l'article L. 152-2 du Code de la santé publique issu de la loi du 29 juillet 1994, l'assistance médicale à la procréation ne pouvait avoir pour but

légitime que de donner naissance à un enfant au sein d'une famille constituée, ce qui exclut le recours à un processus de fécondation in vitro et sa poursuite, dès lors que le couple qui devait accueillir l'enfant a été dissous par la mort du mari avant que l'implantation des embryons, dernière étape de ce processus, ait été réalisée.

3° SANTE PUBLIQUE - Assistance médicale à la procréation - Fécondation in vitro - Embryons - Article 9 de la loi du 29 juillet 1994 - Embryons préexistants à la date de promulgation de la loi - Destination.

3° Il résulte de l'article 9 de la loi du 29 juillet 1994, que les embryons existant à la date de promulgation de la loi, qui satisfont aux règles de sécurité sanitaire en vigueur au jour de leur transfert, pourront être confiés à un couple remplissant les conditions prévues à l'article L. 152-5 du Code de la santé publique, et que si leur accueil est impossible, et si la durée de leur conservation est au moins égale à 5 ans, il est mis fin à cette conservation.

Annexe 4 :

Cour de cassation

chambre civile 1

Audience publique du 9 mars 1994

N° de pourvoi: 92-16774

Publié au bulletin

Rejet.

Président : M. Grégoire, conseiller doyen faisant fonction. ., président

Rapporteur : M. Gélinau-Larrivet., conseiller rapporteur

Avocat général : M. Lupi., avocat général

Avocats : M. Le Prado, la SCP Le Bret et Laugier., avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Attendu que M. Y... et Mme X..., qui étaient, chacun, engagés dans une liaison homosexuelle, ont décidé d'avoir un enfant en commun ; que Mme X..., inséminée artificiellement avec le sperme de M. Y..., a mis au monde, le 13 juin 1988, une fille prénommée Julie, qui a été reconnue avant sa naissance par ses parents ; qu'après le départ de Mme X... de la région où ils étaient domiciliés, M. Y... a saisi à deux reprises le juge aux affaires matrimoniales de demandes tendant à l'exercice en commun de l'autorité parentale sur l'enfant ; que, par une première ordonnance, le magistrat a rejeté la prétention de M. Y..., mais a accordé à celui-ci un droit de visite et, statuant sur une demande de Mme X..., l'a condamné au paiement d'une pension alimentaire pour l'entretien de la jeune Julie ; que, par la seconde ordonnance, rendue après qu'une expertise psychologique eût été diligentée, le juge aux affaires matrimoniales a débouté M. Y... de sa nouvelle demande mais a étendu les conditions d'exercice de son droit de visite et d'hébergement ; que, M. Y... ayant relevé appel de ces décisions, la cour d'appel (Bordeaux, 22 avril 1992) a décidé que l'autorité parentale serait exercée conjointement par les parents, l'enfant devant résider chez sa mère ;

Sur le premier moyen :



Attendu que Mme X... fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir ainsi statué, alors, selon le moyen, que la convention par laquelle un homme engagé dans une relation homosexuelle accepte de donner son sperme à une femme également engagée dans une relation de ce type, en vue de la procréation d'un enfant par insémination artificielle, contrevient à l'ordre public ; que cet homme ne saurait, en raison de l'illicéité de cette convention, qui est contraire à l'intérêt de l'enfant et constitue un " détournement de l'insémination artificielle ", demander à exercer sur l'enfant l'autorité parentale, normalement dévolue à la mère ; que la cour d'appel a violé les articles 6 et 374 du Code civil ;

Mais attendu que la reconnaissance souscrite par M. Y... n'ayant pas été contestée, la cour d'appel était, dès lors, tenue de statuer sur la demande du père, conformément aux dispositions de l'article 374 du Code civil ; que le moyen n'est pas fondé ;

Et sur le second moyen : (sans intérêt) ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi.

**Publication** : Bulletin 1994 I N° 89 p. 69

**Décision attaquée** : Cour d'appel de Bordeaux , du 22 avril 1992

Textes appliqués :

Code civil 374