

L'assistance médicale à la procréation

Introduction

L'assistance médicale à la procréation (AMP) renvoie à la sphère de l'intime, elle met en jeu le désir de procréer de personnes infertiles, l'intérêt de l'enfant à naître, et l'action de ceux qui aident à ces naissances. Elle interroge la société sur le modèle de filiation qui la fonde et à ce titre intéresse fortement les générations futures¹. Les premières lois de bioéthique de 1994 ont défini l'assistance médicale à la procréation et encadrent les conditions de recours à ces techniques.

Selon le code de la santé publique², l'AMP est considérée comme une réponse à l'infertilité* des couples et regroupe les techniques permettant la procréation* en dehors du processus naturel :

- fécondation in vitro (FIV*),
- transfert d'embryons*,
- insémination artificielle*.

A la suite d'une FIV, une grossesse sur quatre donne naissance à des jumeaux.

L'AMP a connu un développement important depuis la réussite des premières fécondations in vitro* il y a trente ans. En 2006, 20 000 enfants sont nés vivants après 120 000 tentatives d'AMP en France, soit 2,4 % des 830 000 naissances recensées, et un taux de 17% de réussite.

Le législateur de 1994 et 2004 a voulu réserver le recours à l'AMP à certaines indications médicales pour éviter le recours à l'AMP pour des raisons de convenances personnelles. Considérée comme des actes de soin, l'AMP est couverte par l'assurance maladie et ne peut en aucun cas être prise en charge financièrement par un couple demandeur³.

Des questionnements sociétaux sur le fondement même de l'AMP posé par la loi émergent : l'AMP pourrait-elle être envisagée comme un nouveau mode de procréation, palliant les impossibilités de procréer au sens large, qu'elles soient pathologiques ou sociales (couples dont la femme est ménopausée, femmes célibataires, femmes homosexuelles) ? Que faire des embryons surnuméraires ? Peut-on éthiquement implanter plus d'un embryon dans le ventre de la mère avec les risques que cela comporte ?

L'AMP est donc encadrée par la loi (I), il s'agit d'une technique médicale comportant différentes modalités (II) et qui contient de nombreuses questions à débattre lors des états généraux de la bioéthique (III).

Section 1- Le cadre juridique de l'assistance médicale à la procréation (AMP)	2
<i>A- Qu'est-ce que l'AMP ?</i>	2
<i>B- Qui peut en bénéficier ?</i>	2
Section 2- Le cadre médical de l'AMP	3
<i>A- Différentes techniques</i>	3
<i>B- Les embryons surnuméraires</i>	4
Section 3- Questions à débattre à l'occasion des états généraux de la bioéthique	6
<i>A- Instaurer une limite d'âge pour l'AMP ?</i>	6
<i>B- Revoir l'anonymat et la gratuité du don de gamètes ?</i>	6
<i>C- Limiter le nombre de créations et d'implantations d'embryons ?</i>	7
<i>D- Traitement médical de l'infertilité versus nouvelle modalité de procréation : accès aux femmes célibataires et aux couples homosexuels ?</i>	8
<i>E- Simplifier les modalités du don et de l'accueil d'embryon ?</i>	8
<i>F- Autoriser l'AMP post mortem ?</i>	8
<i>G- Légiférer sur la gestation pour autrui ?</i>	9

¹ Rapport de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST), « L'évaluation de l'application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique », novembre 2008, p. 115.

² Article L.2141-1 du code de la santé publique

³ Rapport de l'Agence de la biomédecine – Bilan d'application de la loi de bioéthique – octobre 2008, p. 32.

Section 1- Le cadre juridique de l'assistance médicale à la procréation (AMP)

A- Qu'est-ce que l'AMP ?

La technique de l'AMP permet la fécondation d'embryons en provoquant la fusion de deux cellules reproductrices. Ces deux cellules peuvent appartenir au couple, ou bien si l'un des deux membres du couple n'a pas de cellules reproductrices en quantité ou en qualité suffisantes, on peut avoir recours aux cellules reproductrices d'un donneur anonyme. Lorsqu'il y a don de gamète* par un tiers, c'est-à-dire que l'un des deux gamètes (le spermatozoïde* ou l'ovocyte*) ne provient pas d'un des deux parents mais d'un donneur, il y a un écart entre la filiation* biologique et la filiation juridique. La filiation est alors traitée par le code civil⁴. Le couple doit donner son consentement devant le juge ou le notaire et s'engage à respecter l'interdiction de contester ultérieurement la filiation. Le donneur est anonyme et aucun lien de filiation ne peut être établi avec lui ou d'action en responsabilité à son encontre⁵.

B- Qui peut en bénéficier ?

L'AMP répond à certaines conditions médicales :

- Infertilité* pathologique*
- Risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité à l'enfant ou au conjoint.

Elle est réservée aux couples :

- hétérosexuels* infertiles,
- en âge de procréer*,
- mariés
- ou faisant la preuve de deux ans de vie commune⁶.

⁴ Article 311-20 du code civil

⁵ Article 311-19 du code civil

⁶ Article L.2141-2 du code de la santé publique

Section 2- Le cadre médical de l'AMP

C'est en 1981 que le premier « bébé éprouvette* », Amandine, naît en France, après une fécondation in vitro. Le processus consiste à féconder un embryon humain en provoquant la fusion des deux cellules reproductrices (gamètes) : l'ovocyte et le spermatozoïde.

Ainsi, en 2006 :

- 54 000 tentatives d'insémination artificielle ont conduit à la naissance de 6000 enfants,
- 65 400⁷ tentatives de FIV ont conduit à la naissance de 14 000 enfants⁸.

A- Différentes techniques

1. L'insémination artificielle.

Le biologiste introduit le sperme, préalablement récolté et traité en laboratoire, au niveau du col ou directement dans l'utérus à l'aide d'un fin tube souple. Cela peut se faire avec les spermatozoïdes du conjoint, c'est l'insémination artificielle intra couple (IAC) : technique intraconjugale, ou d'un tiers « donneur », insémination artificielle avec donneur (IAD).

Le don de gamètes consiste en l'apport par un tiers de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une AMP. Cela concerne moins de 7% des enfants nés par AMP⁹. Certaines conditions doivent être remplies :

- Le donneur ou la donneuse doit avoir procréé.
- Son consentement et, s'il fait partie d'un couple, celui de l'autre membre du couple, sont recueillis par écrit et peuvent être révoqués à tout moment jusqu'à l'utilisation des gamètes.
- La loi précise que le recours aux gamètes d'un même donneur ne peut délibérément conduire à la naissance de plus de 10 enfants.

La pénibilité du don d'ovocytes est plus importante que le don de spermatozoïdes et implique des contraintes car nécessite une stimulation ovarienne* et une anesthésie (locale ou générale) avec des suites opératoires¹⁰, la donneuse doit donc être particulièrement informée des risques liés notamment à une hyperstimulation* ovarienne¹¹.

2. La fécondation in vitro (FIV).

Cela consiste à mettre en présence les cellules reproductrices dans un tube pour qu'elles se rencontrent et fusionnent. Après deux ou trois jours (quelques fois six), l'embryon fécondé est transféré dans l'utérus de la mère.

Lorsque le couple refuse la congélation embryonnaire, le nombre d'ovocytes traités est limité à deux ou trois, en fonction du nombre d'embryons que l'on souhaite transférer. Préalablement au transfert, les couples sont informés des probabilités de réussite et du risque de survenue de grossesse multiple. Il est autant que possible limité à deux embryons transférés, voire un seul dans certaines indications. Au-delà de deux embryons, les raisons sont justifiées dans le dossier médical du couple¹². En effet, il peut alors y avoir un risque de grossesse multiple*, qui donne alors lieu à une réduction embryonnaire* (processus qui vise à détruire l'un des embryons implantés).

⁷ On dénombre ici l'ensemble des traitements de prise en charge d'une femme lors d'une AMP par FIV, y compris les transferts d'embryons congelés (TEC) ; une même femme peut suivre au maximum 2 ou 3 cycles de FIV par an

⁸ Rapport de l'Agence biomédecine (ABM), Bilan d'application de la loi de bioéthique, octobre 2008, p. 27.

⁹ Selon le rapport de l'Agence de la biomédecine p. 36 :

- Le nombre d'enfants nés d'une AMP avec don de spermatozoïdes est stable : ils représentaient en 2006 5,6 % des enfants issus d'une AMP (1 122 enfants).

- L'AMP avec don d'ovocytes progresse peu à peu (tableau ci-dessous). En 2006, 0,53 % des enfants issus d'AMP sont nés de techniques avec don d'ovocytes (106 enfants).

¹⁰ Rapport de l'OPECST, « L'évaluation de l'application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique », novembre 2008, p. 137

¹¹ Arrêté du 11 avril 2008, relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, Journal Officiel du 23 mai 2008, texte 32 sur 128.

¹² *Ibid.*

La loi prévoit la destruction des embryons en cas d'extinction du projet parental par défaut de réponse ou désaccord du couple sur le maintien de son projet parental ou sur le devenir des embryons. La conservation des embryons doit être au moins égale à 5 ans. La loi prévoit également la destruction des embryons lorsqu'ils n'ont pu être accueillis dans un délai de 5 ans à compter du jour où le consentement du couple à l'accueil a été exprimé par écrit.

3. L'ICSI¹³.

C'est une variante récente de la FIV qui consiste à forcer la rencontre des gamètes in vitro par le biologiste qui injecte directement un spermatozoïde présélectionné dans un ovocyte en s'aidant d'un microscope et d'une micro seringue. Cette technique est utilisée lorsque l'homme n'a pas de spermatozoïdes suffisants ou de bonne qualité, pour une fécondation naturelle.

B- Les embryons surnuméraires

1. Etat des lieux.

Certains pays comme l'Allemagne ont adopté une législation stricte tendant à établir une équivalence entre le nombre d'embryons obtenus par FIV et le nombre d'embryons transférés in utero. Ce dispositif empêche la constitution d'embryons surnuméraires.

En France, les tentatives d'AMP aboutissent le plus souvent à des embryons surnuméraires car il y a plus d'embryons constitués que d'embryons qui ne peuvent être transférés (en moyenne deux par tentative).

Au 31 décembre 2006, **176 500 embryons congelés** étaient conservés dans les centres d'AMP en France.

53 % des couples concernés avaient à cette date confirmé par écrit leur projet, 27 % n'avaient pas répondu au courrier annuel ou étaient en désaccord sur le projet et 20 % avaient abandonné leur projet parental¹⁴.

L'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, recommande une limitation du nombre d'embryons constitués à la suite de tentatives de FIV et impose de ne chercher à recueillir que peu d'ovocytes lorsque le couple demande qu'il n'y ait pas de recours à la congélation.

2. Le don d'embryon.

Le double don de gamètes par des tiers est interdit mais lors des tentatives de fécondation subsistent des embryons surnuméraires non implantés. Le couple est consulté par écrit tous les ans sur le maintien de son projet parental¹⁵. Il peut alors consentir à l'accueil d'embryons par un autre couple, ce qui est subordonné à une décision de l'autorité judiciaire¹⁶.

3. La recherche sur l'embryon¹⁷.

Elle est conduite sur des embryons surnuméraires conçus *in vitro* dans le cadre d'une AMP et ne faisant plus l'objet d'un projet parental (le consentement du couple est recueilli à deux reprises, à trois mois d'écart) ; elle entraîne la destruction des embryons utilisés.

Elle a d'abord été interdite en 1994 car elle pose des questions éthiques, puis, en 2004, **l'interdiction a été assortie de dérogations** dans des conditions strictes. A titre dérogatoire* et pour une durée maximale de **cinq ans** à compter de la publication de son décret d'application (décret n°2006-121 du 6 février 2006), possibilité est donnée pour les équipes de recherche françaises d'effectuer des recherches sur l'embryon ou les cellules embryonnaires à deux conditions :

- **Qu'elles soient susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques* majeurs**, notamment les recherches poursuivant une visée thérapeutique pour le traitement de maladies particulièrement graves ou incurables*, ainsi que le traitement des affections de l'embryon ou du fœtus¹⁸;
- **Qu'elles ne puissent être poursuivies par une autre méthode d'efficacité comparable** en l'état des connaissances scientifiques¹⁹.

¹³ Intra Cytoplasmic Sperm Injection

¹⁴ Rapport de l'Agence de la biomédecine, p.29.

¹⁵ Article 2141-4 du code de la santé publique

¹⁶ Articles 2141-5 et 2141-6 du code de la santé publique

¹⁷ Voir la fiche « Recherche sur les cellules souches et sur l'embryon »

¹⁸ Article R2151-2 du code de la santé publique

¹⁹ Article L2151-5 du code de la santé publique

Les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne sont pas transférés à des fins de gestation*.

Repères chiffrés²⁰

Au 18 juillet 2008, 106 autorisations pour la recherche sur l'embryon avaient été délivrées, tout d'abord par le ministre de la santé dans le cadre du dispositif transitoire (jusqu'au 6 février 2006), puis par l'Agence de la biomédecine. L'Agence n'a décidé que trois refus au total, dont un pour un protocole de recherche qui ne remplissait pas les conditions de sérieux et de qualité requises.

Les recherches en cours s'appliquent à²¹:

- dériver de nouvelles lignées, issues d'embryons normaux ou porteurs d'une anomalie chromosomique ;
- identifier des caractéristiques moléculaires* fondamentales des cellules souches embryonnaires et de leurs dérivés différenciés ;
- définir des conditions de différenciation des cellules souches embryonnaires dans plusieurs lignées tissulaires.
- optimiser les conditions de culture ;
- tester l'efficacité d'un grand nombre de molécules* sur la pathologie étudiée et la toxicité de molécules pharmacologiques à vocation médicamenteuse.

La question du projet parental post mortem* (après la mort de l'un des deux conjoints).

L'insémination ou le transfert d'embryon post mortem sont interdits en raison du respect dû à l'enfant au regard de l'absence de père, des conséquences psychologiques possibles pour cet enfant né d'un deuil, et des difficultés liées au droit de la filiation et des successions. En revanche le membre du couple survivant peut consentir au don de ses embryons en vue d'un accueil par un autre couple.

²⁰ Voir le rapport de l'Agence de la biomédecine, p.60.

²¹ Rapport de l'Agence de la biomédecine, p.65

Section 3- Questions à débattre à l'occasion des états généraux de la bioéthique

A- Instaurer une limite d'âge pour l'AMP ?

La disposition imposant aux couples d'être « en âge de procréer » pose des difficultés d'application aux praticiens, auxquels il revient d'apprécier si les membres du couple sont en âge de procréer et d'imposer les limites aux couples qui les consultent. Les différences éventuelles d'appréciation d'une équipe médicale à l'autre sont en outre susceptibles de créer des inégalités d'accès à l'AMP.

→ La question est donc de savoir si la limite d'âge doit relever de bonnes pratiques, avec des inégalités de traitement éventuelles ou être clairement définie dans la loi, avec les risques de tourisme procréatif que cela peut comporter.

La décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) d'interrompre la prise en charge des fécondations *in vitro* (FIV) au 43ème anniversaire ou à la 4ème tentative de FIV (11 mars 2005) constitue une limite de fait. De plus, comme en fertilité* naturelle, on observe une chute des résultats de l'AMP pour les femmes à partir de 35 ans et des risques de complications médicales pour la mère et l'enfant beaucoup plus fréquents. Pour les hommes, les équipes médicales ne prennent pas en charge, dans la pratique, de couples dont l'homme a dépassé 60 ans. Les centres d'études et de conservation des œufs et du Sperm (CECOS) ont par ailleurs depuis longtemps limité l'âge des donneurs de sperme* à 45 ans et de nombreuses études montrent l'impact de l'âge paternel sur la descendance.

Mais en septembre 2008, une femme de 59 ans a accouché de triplés à la suite d'un don d'ovocytes effectué à l'étranger, ce qui a relancé le débat.

Des praticiens avancent que permettre la naissance d'un enfant dans un couple âgé ou porteur d'une maladie grave en cas de recueil préventif des gamètes, peut participer à « une maltraitance programmée » si l'enfant devient orphelin²².

→ Peut-on définir un âge limite pour être parents ?

B- Revoir l'anonymat et la gratuité du don de gamètes ?

- **L'anonymat²³ du don est un principe inscrit dans le code civil et repris dans le code de la santé publique**, au titre des principes généraux du droit* applicables au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain : 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. Le principe trouve toute sa portée dans le don d'organe lorsque le prélèvement est réalisé sur une personne décédée. Les gamètes, en tant que cellules issues du corps humain sont soumis à ces mêmes dispositions²⁴.
- **Le don de gamètes est soumis au régime d'anonymat, comme tout produit ou élément du corps humain prélevé sur donneur décédé dans le cadre du don d'organes.** Toutefois, en dehors de l'anonymat, le don de gamètes est encadré par des dispositions spécifiques du code de la santé publique, compte tenu de leur fonction particulière de cellules de la reproduction. Est-il donc souhaitable de prévoir une disposition spécifique également en matière d'anonymat ?
→ Certaines associations de personnes nées d'une AMP revendiquent leur droit à connaître leurs origines, au motif que génétique* et histoire sont intrinsèquement liées et qu'elles ont besoin de connaître leur « père » ou « mère » biologique pour construire leur identité.

²² Ibid., p.128

²³ Le principe d'anonymat du donneur décédé est consacré par la loi : article 16-8 du code civil et article L.1211-5 du code de la santé publique.

²⁴ Voir la fiche « Prélèvements et greffes d'organes, de tissus et de cellules ».

→ En revanche des praticiens mettent en exergue le risque de faire chuter les dons de gamètes si les donneurs ne sont plus couverts par l'anonymat. En France il y aurait 50 000 personnes nées par IAD²⁵ et ne connaissant donc pas l'identité de leur « père » ou « mère » donneur.

→ Il convient par ailleurs de ne pas confondre levée du secret sur les circonstances de la conception (AMP avec IAD) et anonymat du donneur. De même, avant la levée de l'anonymat, on peut s'interroger sur la simple possibilité pour les enfants de disposer d'informations non identifiantes leur apportant un certain nombre de réponses et en particulier des précisions au plan médical.

→ Mais, la levée de l'anonymat peut introduire des questions nouvelles : comment conserver les données personnelles du donneur ? Comment considérer le donneur au regard d'autre champ de la bioéthique comme le don d'organe : faut-il considérer le lien génétique et élargir le champ des donneurs vivants ? et dans le domaine de la génétique , faut-il tenir compte de cette « parenté biologique et génétique » en présence de maladies génétiques graves mais pouvant donné lieu à prise en charge ?

→ La levée de l'anonymat pose enfin questions au regard de la notion de parentalité.

- **Eléments de droit comparé : une tendance à la levée de l'anonymat.** Selon une étude du Sénat²⁶, pour l'Allemagne et la Suisse la question concerne seulement le don de sperme car ces deux pays interdisent le don d'ovocytes. Quant à l'Italie, elle interdit tout don de gamètes. En Allemagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni en Suède et en Suisse, le principe de l'anonymat a été levé. Les enfants peuvent connaître l'identité du tiers donneur à leur majorité sans qu'il y ait de conséquences sur la filiation.
- **La gratuité du don est également un principe applicable au don d'éléments et produits du corps humain.** Toutefois, la particularité du don d'ovocytes appelle des conditions éthiques respectueuses de la donneuse qui devrait bénéficier d'un suivi médical et d'une indemnisation forfaitaire correspondant au temps passé en soin et en suivi médical. De même il serait question de limiter à un, voire deux le nombre de dons par femme pour éviter toute exploitation de cette dernière²⁷.

C- Limiter le nombre de créations et d'implantations d'embryons ?

Au 31 décembre 2006, **176 500 embryons congelés** étaient conservés dans les centres d'AMP en France.

53 % des couples concernés avaient à cette date confirmé par écrit leur projet, 27 % n'avaient pas répondu au courrier annuel ou étaient en désaccord sur le projet et 20 % avaient abandonné leur projet parental²⁸.

Pour éviter ce phénomène, certains pays comme l'Allemagne ont adopté une législation plus stricte tendant à établir une équivalence stricte entre le nombre d'embryons à créer et le nombre d'embryons transférés *in utero*.

L'arrêté du 11 avril 2008 du ministère de la santé, relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, recommande une limitation du nombre d'embryons constitués à la suite de tentatives de FIV et impose de ne chercher à recueillir que peu d'ovocytes lorsque le couple demande qu'il n'y ait pas de recours à la congélation.

→ Inscrire dans la loi le nombre d'embryons autorisé pouvant être constitué par tentative de FIV pour éviter les excès ou s'en remettre aux pratiques des centres d'AMP au cas par cas ?

→ Inscrire dans la loi un nombre maximum d'embryons pouvant être implantés par tentative d'AMP pour limiter les risques de grossesses multiples et les destructions, ou s'en remettre aux pratiques des centres d'AMP au cas par cas ?

²⁵ Ibid.

²⁶ L'anonymat de dons de gamètes- septembre 2008

²⁷ Rapport de l'OPECST, novembre 2008, p.137

²⁸ Rapport de l'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, p.29.

D- Traitement médical de l'infertilité versus nouvelle modalité de procréation : accès aux femmes célibataires et aux couples homosexuels ?

L'AMP est donc une technique complexe qui peut permettre à des couples atteints de stérilité*, au sens médical du terme, d'avoir des enfants. Le législateur a voulu réserver l'AMP aux couples engagés dans un projet parental. Le modèle retenu est celui du couple hétérosexuel.

Le recours à l'AMP est de ce fait interdit aux femmes célibataires ou veuves et aux couples homosexuels*.

L'accès à l'AMP pour les couples homosexuels est autorisé dans trois pays Européens sur 27 : aux Pays-Bas, Belgique et Espagne. L'interdiction de la gestation pour autrui* fait obstacle à ce type d'AMP pour les couples d'hommes homosexuels.

→ L'AMP a donc pour but de répondre au manque d'enfant quand existe un problème d'ordre médical. Peut-on légiférer sur tous les manques d'enfants qui ne relèvent pas de l'infertilité médicalement constatée ?

→ L'AMP qui implique donc un processus long à l'issue incertaine (17% de réussite) peut-elle être considérée comme une méthode de procréation et non comme un remède médical ?

E- Simplifier les modalités du don et de l'accueil d'embryon ?

On peut se demander si un régime juridique spécial pour l'accueil d'embryon (exceptionnalité, subsidiarité, modalités de consentement, intervention judiciaire), assimilable à une procédure d'adoption doit être maintenu ou s'il peut être considéré comme une des techniques d'AMP et, à ce titre, simplifié.

En effet, aujourd'hui l'accueil d'embryon se fait selon les modalités d'une adoption ce qui en allonge les délais.

F- Autoriser l'AMP post mortem ?

Les praticiens en AMP sont parfois confrontés, de la part de femmes dont le conjoint est décédé, à des demandes d'insémination ou de transfert *post mortem* alors que la loi interdit tout processus d'AMP *post mortem*.

L'interdiction de l'insémination *post mortem*, demande de loin la plus fréquente, ne semble pas remise en cause au regard des lourdes questions qu'elle soulève puisque d'une part, l'homme défunt n'aurait pas forcément donné son accord à ce geste s'il était vivant au moment de l'insémination, et d'une autre part, les conditions de venue au monde de l'enfant seraient difficiles à lui expliquer.

→ En revanche, certains professionnels s'interrogent sur le maintien de l'interdiction du **transfert d'embryon *post mortem***. En effet, les embryons ont été conçus dans le cadre d'un projet parental d'AMP, avec le consentement du conjoint. La femme se voit refuser le transfert de ces embryons, puisqu'ils sont considérés comme dépourvus de projet parental dès lors que son conjoint est décédé. Or dans le même temps, elle est appelée à se prononcer sur l'accueil de ces embryons par un couple tiers. Elle peut ainsi donner ses embryons à un autre couple mais non les porter elle-même, alors que la loi ne lui interdit pas d'adopter un enfant.

Cependant, la possibilité d'AMP après le décès du conjoint pose aussi des questions d'ordre éthique, avec le préjudice que peut subir l'enfant en naissant sans père, et d'ordre juridique, avec le droit des successions.²⁹

La cour de cassation dans l'arrêt Pires en 1996 a estimé que l'AMP ne pouvait avoir pour but légitime que de donner naissance à un enfant au sein d'une famille constituée.

²⁹ Rapport de l'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, *étude comparative de l'encadrement juridique international*, p. 14.

G- Légiférer sur la gestation pour autrui ?

La gestation pour autrui (GPA) est le fait pour une femme de porter l'embryon d'un autre couple puis de lui remettre le bébé après la naissance.

Une pratique prohibée en France. Cette pratique sévèrement condamnée par la cour de cassation a été interdite par la loi bioéthique de 1994, relative au respect du corps humain. Le code pénal réprime la provocation à l'abandon, l'entremise en vue d'adoption³⁰ et, depuis la loi de 1994, sur le plan civil, les conventions de maternité pour autrui sont prohibées et considérées comme nulles (la loi de bioéthique de 2004 a inséré dans le code civil l'article 16-7³¹) car mettraient à la disposition des demandeurs des fonctions reproductrices de la mère et ont pour objet l'enfant à naître. Il s'agit de dispositions d'ordre public³² car visent à protéger aussi bien les intéressés que la société, notamment au regard des conséquences sur la filiation puisque serait remis en cause notamment le principe selon lequel la mère est celle qui accouche³³.

Un manque de consensus au niveau européen. Elle n'est autorisée explicitement dans la loi que dans quatre pays de l'Union européenne sur 27 : Pays-Bas, Grande-Bretagne, Danemark, et Grèce.

Des points de vue partagés. Une mission d'information sénatoriale³⁴ a préconisé, en juin, de l'autoriser sous conditions strictes, pour les femmes privées d'utérus pour des raisons médicales.

A l'inverse, l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques s'est prononcé en novembre contre la GPA, au nom de l'intérêt de l'enfant à naître et du risque d'instrumentalisation du corps de la femme, mettant en exergue les difficultés juridiques et éthiques déjà soulevées par le rapport de la mission d'information sur la famille et les droits de l'enfant, de l'Assemblée nationale en 2006³⁵.

L'Office fait état d'une « **controverse médicale et scientifique** » portant sur les effets de la grossesse sur l'enfant à naître qui sera séparé de celle qui l'a porté ; l'accent est mis sur les liens mère-enfant qui s'établissent lors de la grossesse, le retentissement sur l'enfant à naître du comportement de la gestatrice*, sur les dangers de la grossesse pour celle-ci et sa famille. Le débat porte sur le primat du génétique*, le désir des femmes privées d'utérus d'avoir un enfant et les différents moyens de leur venir en aide³⁶.

Mais la **controverse est aussi éthique et juridique** au regard de la fragmentation de la parenté qui peut inclure jusqu'à cinq personnes³⁷ et l'intérêt de l'enfant à naître, le risque d'exploitation des femmes, la marchandisation de leur corps, l'atteinte à leur dignité. Il s'agit de protéger l'enfant à naître et la gestatrice, perçue comme pouvant être exploitée³⁸.

→ La GPA pose plus globalement la question des conditions de venue au monde que la société doit garantir à ses futurs membres de la définition de la parentalité qui est l'un des fondement de nos sociétés.

→ La GPA étant actuellement autorisés dans certains pays, se pose la question du sort réservé aux couples qui y auraient recours en toute légalité à l'étranger et aux enfants qui seraient nés dans ces conditions. Faut-il considérer qu'il y a fraude à la loi et sanctionner ? qui sanctionner ? l'enfant qui pourrait se voir privé de filiation maternelle, voire paternelle ? Comment trouver l'équilibre entre principe relevant de l'ordre public français et protection de l'enfant ?

³⁰ Article 227-12

³¹ « Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle. »

³² Article 16-9 du code civil

³³ *Mater semper certa est*

³⁴ *Contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui*, 25 juin 2008, n°421.

³⁵ Rapport n°2832 du 25 janvier 2006.

³⁶ Rapport de l'OPECST, p. 142.

³⁷ Le père biologique, la mère biologique, le père d'intention, la mère d'intention, la mère porteuse.

³⁸ Rapport de l'OPECST, p. 145

LEXIQUE

Embryon	Terme désignant les stades précoces de développement de l'être humain de la conception jusqu'à la huitième semaine de grossesse.
Eprouvette	Type de récipient utilisé en laboratoire en forme de tube et utilisé dans le cadre de la fécondation in vitro.
Fertilité	Capacité de procréer. Chez la femme, la fertilité est la capacité à être enceinte.
Filiation	La filiation est le lien juridique existant entre l'enfant et ses parents. A partir de ce lien de filiation, des droits et des obligations s'imposent.
FIV (fécondation in vitro)	C'est une fécondation qui se fait à l'extérieur du corps de la femme. Ce processus consiste à obtenir un embryon humain en provoquant la fusion des deux cellules reproductrices A l'origine, la fécondation se faisait dans des éprouvettes en verre ce qui explique le terme "in vitro". Aujourd'hui, les biologistes utilisent des éprouvettes en matière synthétique à usage unique.
Gamète	Cellule reproductrice de l'homme ou de la femme
Génétique	La génétique est l'étude des gènes.
Gestation	Temps pendant lequel le fœtus est porté dans l'utérus (grossesse).
Gestatrice	Femme qui porte un enfant dans son ventre.
GPA	Gestation pour autrui. Fait pour une femme de porter l'enfant d'un autre couple puis de lui remettre après la naissance.
Grossesse multiple	Développement simultané de plus de deux fœtus dans l'utérus.
Hétérosexuels (couples)	Couple formé de deux personnes de sexe différent.
Homosexuels (couples)	Couple formé de deux personnes de même sexe.
Hyperstimulation ovarienne (HSO)	Constitue une complication des traitements stimulants de l'ovulation qui arrive dans environ 3 à 4 % des FIV. Elle peut avoir des conséquences graves voire mortelles.
Incurable	Qui ne peut être guéri.
Infertilité	Incapacité de procréer.
Insémination artificielle	Technique qui consiste à déposer du sperme provenant du conjoint ou d'un donneur, dans les voies génitales féminines (au niveau du col de

	l'utérus ou de l'utérus lui-même).
Ovocyte	Cellule reproductrice de la femme, produite dans les ovaires.
Ovulation	L'ovulation est le processus d'expulsion par l'ovaire d'un ovocyte vers l'utérus.
Pathologique	Relatif à la maladie.
Pharmacologie	La pharmacologie est la science des médicaments en général. Elle étudie l'action de substances chimiques sur l'organisme depuis leur absorption et leur localisation dans les tissus, jusqu'à leur dégradation et leur élimination.
Post-mortem	Après la mort.
Principes généraux du droit (PGD)	Règles de droit à portée générale ayant un caractère obligatoire et dont la définition résulte de la jurisprudence. Le Conseil Constitutionnel rappelle l'obligation pour le législateur de respecter ces principes généraux.
Procréation	La procréation est le mécanisme qui permet à deux êtres vivants, un mâle et une femelle, de créer un troisième être vivant différent de son père et de sa mère.
Recherche cognitive	Recherche qui a pour but la connaissance.
Réduction embryonnaire	Consiste à supprimer un ou plusieurs embryons en cas de grossesse multiple.
Régime dérogatoire	Droit qui constitue ou permet une transgression (d'une loi, d'une règle ou d'un usage).
Spermatozoïde	Cellule reproductrice de l'homme, produite dans les testicules.
Sperme	Liquide produit par les glandes reproductrices mâles, qui contient les spermatozoïdes.
Stérilité	Impossibilité de procréer causée par un trouble du système reproductif mâle ou femelle.
Stimulation ovarienne	Traitement qui provoque l'ovulation et donc permet d'obtenir plusieurs ovocytes.
Thérapeutique	Qui a rapport au traitement des maladies.
Transfert d'embryons	Technique médicale qui consiste à déposer les embryons résultant d'une FIV dans l'utérus de la mère.