

« Lois de bioéthique,
penser ensemble nos choix,
anticiper notre futur »

Fiche Repère n° 1

L'ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCREATION

- I. GENERALITES
- II. LES DIFFERENTES TECHNIQUES D'AMP
- III. QUELQUES CHIFFRES DE L'ACTIVITE D'AMP EN FRANCE
- IV. GRANDES ETAPES JURIDIQUES ET SCIENTIFIQUES EN FRANCE
- V. EVOLUTION DE LA LEGISLATION FRANÇAISE
- VI. PRATIQUES À L'INTERNATIONAL
- VII. QUELQUES ENJEUX DE LA REVISION DE LA LOI DE BIOETHIQUE

I. GENERALITES

Dans le cadre de la concertation nationale concernant le projet de révision de la loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011, l'Espace éthique Île-de-France s'engage à informer le citoyen sur ces questions de bioéthique et à mobiliser largement la société sur les enjeux présents et futurs de cette révision.

L'assistance médicale à la procréation (AMP) est définie comme l'ensemble « des pratiques cliniques et biologiques permettant la **conception *in vitro***, la **conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons**, le **transfert d'embryons** et l'**insémination artificielle** » (article L. 2141-1 du code de la santé publique).

Ces techniques ont été rendues possibles grâce aux progrès de la connaissance dans le processus de procréation et la maîtrise de ses différentes étapes, depuis la fécondation jusqu'à la naissance d'un enfant.

L'étape de la **fécondation**, aboutissant à la conception de l'embryon, a lieu lors de la rencontre entre deux gamètes, un **ovocyte** et un **spermatozoïde**.

Cette rencontre est possiblement perturbée en raison d'une **infertilité**, qu'elle soit **féminine** (par exemple, une infertilité tubaire, c'est-à-dire une obstruction des trompes, ou une altération de la glaire cervicale) ou **masculine** (par exemple, une oligospermie, c'est-à-dire une faible production de spermatozoïdes, ou une asthénospermie, c'est-à-dire une mobilité réduite des spermatozoïdes).

Le développement des techniques d'AMP a permis, dans de nombreux cas, de remédier aux conséquences de ces affections.

Dans la législation actuelle, l'AMP est destinée à répondre à la demande d'un couple, formé d'un **homme** et d'une **femme**, pour pallier une **infertilité pathologique** médicalement diagnostiquée ou pour éviter de transmettre une **maladie d'une particulière gravité** à l'enfant ou à l'un des membres du couple.

Ces techniques d'AMP peuvent également impliquer l'intervention de tiers par le biais d'un **don de gamètes** (ovocyte ou spermatozoïde) ou d'**embryons** répondant aux principes d'**anonymat**, de **gratuité** et du **consentement**.

Il faut ainsi distinguer, parmi les techniques d'AMP, celles qui impliquent un don de matériaux génétiques et qui posent, par conséquent, la question de la **filiation**.

Le changement de terminologie, c'est-à-dire le passage du terme de **procréation médicalement assistée** à celui d'**assistance médicale à la procréation**, date de la loi du 29 juillet 1994. Il témoigne de la volonté du législateur de ne pas considérer ces techniques uniquement sous l'angle **médical** mais également sous l'angle **juridique**, en particulier pour traiter de la question de la filiation.

II. LES DIFFERENTES TECHNIQUES D'AMP

Insémination artificielle (IA)

L'IA est indiquée en cas d'**infertilité féminine** (altération de la glaire cervicale...) ou **masculine** (oligoasthénospermie modérée...). Elle consiste en l'**insémination de sperme directement dans l'utérus**.

Elle peut se faire avec le sperme du conjoint ou celui d'un donneur.

Fécondation *in vitro* (FIV) ou FIV avec transfert d'embryons (FIVETE)

La FIV est indiquée en cas d'**infertilité féminine** (infertilité tubaire) ou **masculine** (oligoasthénospermie sévère...).

Après stimulation de l'ovulation et recueil d'ovocytes, la FIV consiste à **féconder des ovocytes *in vitro*** en les mettant au contact de spermatozoïdes.

Ensuite, un ou plusieurs **embryons** sont **transférés dans l'utérus** de la femme.

La FIV peut se faire également avec un don de sperme ou d'ovocyte.

FIV avec injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI)

L'ICSI est indiquée lorsque l'**infertilité masculine** (oligoasthénospermie sévère...) ne permet pas de réaliser une insémination artificielle ou une FIV classique.

Elle consiste à injecter directement un spermatozoïde dans le cytoplasme d'un ovocyte.

Transfert d'embryons

Le **transfert d'embryons** consiste à introduire un ou des embryons dans la cavité utérine après une FIV.

Le **transfert d'embryons congelés** (TEC) consiste à déposer des embryons décongelés dans la cavité utérine. Il peut notamment être réalisé dans le cadre d'un **accueil d'embryon** pour les couples avec une **double infertilité** ou une double indication génétique a priori.

Conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons

La **conservation** de **gamètes** ou de **tissu germinaux** est proposée à toute personne dont « une **prise en charge médicale** est susceptible d'altérer sa fertilité, ou lorsque sa **fertilité** risque d'être **prématurément altérée** », en vue d'une AMP ultérieure ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité.

Cette conservation concerne une **personne** et se situe en amont d'une IA, d'une FIV ou d'une greffe de tissus germinaux. Elle ne doit pas être confondue avec la conservation de gamètes au cours d'une IA ou d'une FIV qui concerne un **couple**.

La **congélation ultra-rapide des ovocytes** ou **vitrification** (technique de congélation avec baisse ultrarapide de la température) permet de simplifier la procédure liée au **don d'ovocytes** (pour l'appariement donneuse-receveuse) et également de préserver la fertilité des femmes soumises à un **traitement stérilisant** (anticancéreux...).

L'autoconservation de gamètes est désormais possible pour un **donneur de gamètes n'ayant pas encore procréé**, en vue d'une AMP ultérieure à son bénéfice.

La **congélation** des **embryons « surnuméraires »** est proposée aux couples qui font une FIV lorsque le nombre d'embryons obtenus est supérieur au nombre d'embryons transférés. Leur transfert ultérieur (transfert d'embryons congelés) pourra être réalisé en cas d'**échec** ou si le couple souhaite avoir un **autre enfant**.

Diagnostic préimplantatoire (DPI)

Le DPI est indiqué pour éviter de transmettre à l'enfant une maladie grave dont est porteur un membre du couple. Le DPI permet de **sélectionner un embryon** (fécondé *in vitro*) **indemne** de la maladie avant de le transférer dans l'utérus de la femme.

Le **DPI associé au typage HLA** permet la conception d'un enfant indemne de la maladie et susceptible de guérir son aîné malade grâce aux cellules souches prélevées dans le cordon ombilical à sa naissance.

Gestation pour autrui (GPA)

Dans la forme ancienne de GPA, dite « **maternité de substitution** », la femme qui porte l'enfant (après insémination avec le sperme du père) est la mère génétique de l'enfant qu'elle remet à la naissance au couple receveur.

Dans la **GPA** au sens **moderne** du terme, la **gestatrice** ou « mère porteuse » **n'est pas la mère génétique de l'enfant** : l'embryon est conçu *in vitro*, soit avec les gamètes du couple receveur, soit avec un ovocyte d'une autre femme et un spermatozoïde du père.

L'article 16-7 du code civil énonce que « toute convention portant sur la procréation ou la **gestation pour le compte d'autrui** est **nulle** » (article 16- 7), interdisant ainsi toutes les formes de maternité pour autrui.

III. QUELQUES CHIFFRES DE L'ACTIVITE D'AMP EN FRANCE

Les données étant recueillies avec une année de décalage, les chiffres présentés sont ceux de l'année 2015.

Activité d'AMP

- 145 255 tentatives d'AMP enregistrées (inséminations, FIV et transferts d'embryons congelés)
- 24 839 enfants nés vivants après une AMP, soit 3,1% des naissances (2,7% en 2010)
- 5 893 autoconservations (gamètes et/ou tissus germinaux) réalisées dans le cadre de la préservation de la fertilité

5% des enfants conçus par AMP sont nés grâce à un don (1 254 enfants) :

- 3,9% des enfants issus d'un don de spermatozoïdes (971 enfants)
- 1% d'un don d'ovocytes (256 enfants)
- 0,1% d'un accueil d'embryons (27 enfants)
- Près de 1 enfant sur 637 en population générale conçu grâce à un don (gamète ou embryon)

Don de gamètes

- 540 donneuses d'ovocytes (+8% par rapport à 2014)
- 255 donateurs de spermatozoïdes (+7%)
- Cependant, l'Agence de la biomédecine estime que 1 400 dons d'ovocytes (soit environ 900 donneuses supplémentaires) et 300 dons de spermatozoïdes seraient nécessaires pour répondre aux nouvelles demandes.

Accueil d'embryons

- 145 transferts d'embryons cédés à l'accueil réalisés conduisant à la naissance de 27 enfants
- Fin 2015, 12 686 embryons cédés à l'accueil conservés dans les centres d'AMP

Conservation des embryons et projet parental

Au 31 décembre 2015, 221 538 embryons congelés conservés pour 74 144 couples :

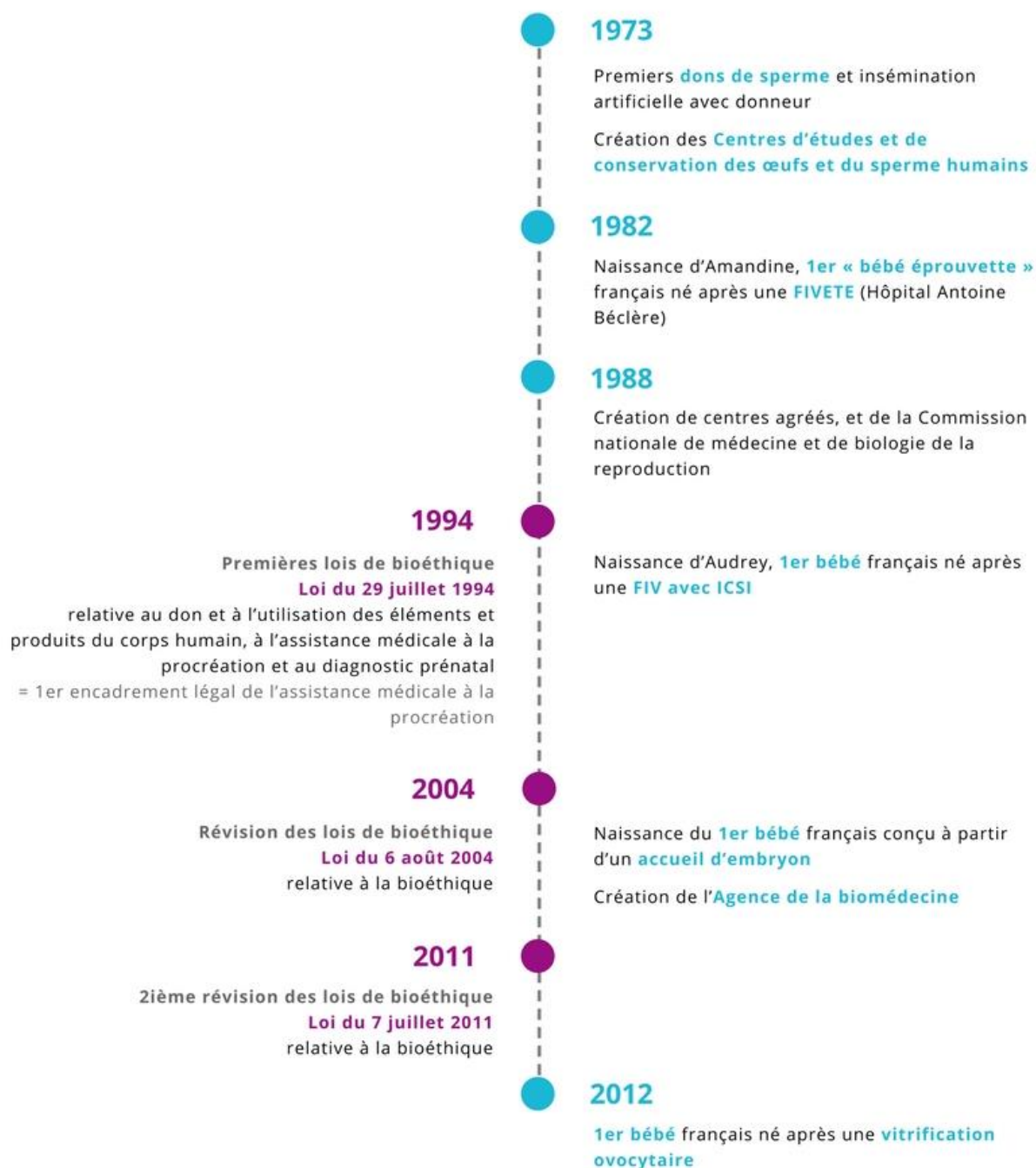
- 70,7% des couples → projet parental en cours
- 14,6% → pas de réponse aux relances annuelles ou désaccord sur le projet
- 14,6% → abandon du projet parental → accueil des embryons par un autre couple ou don à la recherche (avec le consentement du couple)

IV. GRANDES ETAPES JURIDIQUES ET SCIENTIFIQUES EN FRANCE

L'encadrement et la mise en œuvre des techniques d'AMP est assuré par les lois relatives à la bioéthique, ses dispositions réglementaires (principalement incluses dans le code de la santé publique) et les règles de bonnes pratiques.

Les premières lois de bioéthique de 1994 constituent le premier encadrement légal de l'AMP. Elles ont notamment permis de définir l'AMP et de préciser les conditions d'accès à ces techniques.

Depuis la loi du 6 août 2004, l'Agence de biomédecine est la structure nationale en charge de l'encadrement de l'AMP. Elle vise à améliorer les pratiques et les conditions de prise en charge des couples.



V. ÉVOLUTION DE LEGISLATION FRANÇAISE

CADRE JURIDIQUE ET MISE EN ŒUVRE DE L'AMP

Indications de l'AMP

L'AMP est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple dans 3 situations :

- **Infertilité pathologique** médicalement diagnostiquée (loi du 29 juillet 1994) ;
- Risque de transmission **à l'enfant** d'une **maladie d'une particulière gravité** (loi du 29 juillet 1994) ;
- Risque de transmission **à l'un des membres du couple** d'une **maladie d'une particulière gravité**, comme le VIH ou les hépatites B et C (loi du 6 août 2004).

Ainsi, depuis la loi du 29 juillet 1994, l'AMP est considérée comme une thérapeutique, réservée aux couples hétérosexuels, dont les **indications** sont **d'ordre médical**.

La question de savoir si l'AMP devrait aussi permettre de pallier les **impossibilités physiologiques ou sociales** de procréer (femmes célibataires, couples de femmes) fait actuellement débat.

Conditions de mise en œuvre de l'AMP

La loi du 29 juillet 1994 dispose qu'un **embryon** ne peut être **conçu in vitro** que dans le cadre et selon les objectifs d'une AMP.

La loi du 29 juillet 1994 a permis de préciser les conditions d'accès aux techniques d'AMP :

- couple formé d'un **homme** et d'une **femme** → **finalité thérapeutique** de l'AMP ;
- 2 membres du couple **vivants** → interdiction de la **procréation post mortem** ;
- 2 membres du couple **en âge de procréer** ;
- mariage ou « preuve d'une vie commune d'au moins deux ans ».

La loi du 7 juillet 2011 a supprimé toute référence au **statut juridique du couple** (mariage ou PACS) et l'exigence de « preuve d'une **vie commune d'au moins deux ans** » est abandonnée.

L'AMP est remboursée par la Sécurité sociale jusqu'aux **43 ans révolus** de la femme.

La loi du 6 août 2004 précise que font obstacle à la mise en œuvre d'une démarche d'AMP :

- le décès d'un membre du couple ;
- une requête en divorce ou en séparation de corps ;
- la cessation de la communauté de vie ;
- la révocation par écrit du consentement par un des membres du couple.

Le couple reçoit une **information**, préalable à la mise en œuvre de l'AMP, à l'occasion d'entretiens avec l'équipe médicale et un psychologue. Cette information porte notamment sur les possibilités de réussite et d'échec des techniques, les effets secondaires et les risques, les pénibilités et contraintes éventuelles.

Un premier **consentement** est recueilli à l'issue du dernier entretien. Ce consentement doit ensuite être confirmé après un délai de réflexion d'un mois.

Les praticiens de l'équipe médicale doivent vérifier la **motivation du couple** et leur rappeler les possibilités ouvertes en matière d'adoption. Par ailleurs, ils doivent vérifier que le couple remplit bien les **conditions légales d'accès à l'AMP**.

Ils doivent également s'assurer de l'**absence d'inconvénient grave** à la mise en œuvre de l'AMP dans l'intérêt de l'enfant à naître.

Interdiction de l'AMP *post mortem*

La loi interdit de réaliser une insémination ou un transfert d'embryons **après le décès du conjoint**. De plus, le conjoint étant décédé, ces **embryons** sont considérés comme étant **dépourvus de projet parental**, et la femme veuve est sollicitée pour savoir si elle consent à ce que ses embryons fassent l'objet d'un **don à un autre couple**.

La loi lui interdit donc de porter elle-même ces embryons, alors même qu'elle est autorisée à adopter un enfant.

Age de procréer

Même s'il existe une **limite de fait**, à savoir l'interruption de la prise en charge des FIV au **43^e anniversaire**, la loi ne définit pas avec précision l'âge de procréer (notamment chez l'homme).

Ce qui augmente le risque de **recours contentieux** contre les établissements de santé ou l'Agence de la biomédecine, lorsque les couples se voient refuser une **demande d'export de gamètes** (parfois sollicité pour passer outre la condition sur l'âge de procréer).

C'est pourquoi, dans un **avis du 8 juin 2017**, le conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine s'est montré favorable à la **définition d'une limite de l'âge pour procréer** :

- **43 ans** pour les **femmes** (discussion au cas par cas entre 43 et 45 ans en cas d'utilisation d'ovocytes préalablement conservés ou de donneuse) ;
- **60 ans** pour les **hommes** (pour la procréation intraconjugale ou avec don de spermatozoïdes).

Test génétique préimplantatoire en AMP

La loi du 29 juillet 1994 autorise le diagnostic préimplantatoire (DPI) pour des couples présentant « une **forte probabilité** de donner naissance à un enfant atteint d'une **maladie génétique** d'une **particulière gravité** reconnue comme **incurable au moment du diagnostic** ». Cette maladie doit avoir été préalablement identifiée chez l'un des parents.

Dans la loi du 6 août 2004, le DPI bénéficie d'une extension à **2 nouvelles indications** :

- un membre du couple a un **ascendant immédiat atteint d'une maladie génétique grave** (et ce membre du couple ne souhaite pas faire le dépistage pour lui-même) ;
- la légalisation du **DPI associé au typage HLA**.

En dehors des indications du DPI, la loi interdit la réalisation de tests génétiques visant à détecter une **anomalie du nombre de chromosomes** sur l'embryon préimplantatoire en vue de le sélectionner pour le transférer dans l'utérus.

Pour certains, cette interdiction contribue à protéger la société contre les risques de dérive eugéniste.

Pour d'autres, en raison des progrès scientifiques et de l'accès facilité à des tests génétiques performants, cette interdiction pourrait être remise en cause dans certaines indications (âge de la femme, fausses-couches ou échecs d'implantation embryonnaire à répétition, etc.).

CONSERVATION DES GAMETES, DES TISSUS GERMINAUX ET DES EMBRYONS

Conservation des gamètes et des tissus germinaux

La loi du 6 août 2004 dispose que toute personne peut bénéficier du recueil et de la **conservation** de ses **gamètes** ou de ses **tissus germinaux**, en vue de la **réalisation ultérieure d'une AMP**, si « une **prise en charge médicale** est susceptible d'altérer sa fertilité, ou lorsque sa **fertilité** risque d'être **prématurément altérée** ».

La loi du 7 juillet 2011 autorise la **congélation ultra-rapide des ovocytes** ou **vitrification** qui permet de simplifier la procédure liée au **don d'ovocytes** et également de préserver la fertilité des femmes soumises à un **traitement stérilisant**.

La loi du 7 juillet 2011 propose également, à tout donneur de gamètes **n'ayant pas encore procréé**, la possibilité d'une **conservation d'une partie de ses gamètes**, en vue d'une éventuelle AMP ultérieure à son bénéficiaire.

Conservation des embryons

La loi du 29 juillet 1994 autorise, avec l'accord écrit préalable du couple, la « fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la **conservation d'embryons** », dans l'objectif de réaliser le projet parental.

La loi du 7 juillet 2011 précise que la **conception d'embryons surnuméraires** doit être **limitée** à ce qui est strictement nécessaire à la réussite de l'AMP.

Les 2 membres du couple reçoivent chaque année un courrier leur demandant s'ils souhaitent maintenir ou non leur projet parental.

En cas d'**abandon du projet parental** (ou de décès), 3 possibilités s'offrent aux 2 membres du couple (ou au membre survivant) concernant le **devenir de leurs embryons surnuméraires**. Les 2 membres du couple (ou le membre survivant) peuvent consentir par écrit à :

- l'**accueil** de leurs embryons **par un autre couple** (loi du 29 juillet 1994) ;
- des **recherches** sur les embryons (loi du 6 août 2004) ;
- l'**arrêt de leur conservation**, c'est-à-dire leur destruction (loi du 6 août 2004).

Le consentement doit être confirmé après un délai de réflexion de 3 mois.

La loi prévoit la destruction de ces embryons en cas d'extinction du projet parental par défaut de réponse ou désaccord au sein du couple.

La loi du 7 juillet 2011 réaffirme l'interdiction de transférer à fin de gestation des embryons sur lesquels une recherche a été menée.

9

AMP AVEC TIERS DONNEUR

L'AMP avec tiers donneur est possible selon 2 modalités : le **don de gamètes** et l'**accueil d'embryon**.

Indications de l'AMP avec tiers donneur

Dans la loi du 29 juillet 1994, l'AMP avec tiers donneur n'était autorisée que comme « **ultime indication** », lorsque l'AMP au sein du couple ne pouvait aboutir.

Depuis la loi du 6 août 2004, l'AMP avec tiers donneur peut être mise en œuvre dans 3 situations :

- risque de transmission d'une **maladie d'une particulière gravité** à l'enfant ou à l'un des membres du couple ;
- les **techniques d'AMP au sein du couple ne peuvent aboutir** ;
- le couple (dûment informé) **renonce** aux techniques d'**AMP intraconjugales**.

Anonymat du don

Le **don de gamètes** est anonyme, au même titre que le don de tout élément ou produit 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 le donneur et le receveur ne peut être divulguée.

Le **don d'embryons** respecte également ce principe d'anonymat : les couples (donneur et receveur) ne peuvent connaître leurs identités respectives, et l'enfant issu de l'accueil d'embryons ne pourra pas connaître l'identité du couple donneur.

Ce principe d'anonymat du don a été souligné par une disposition réaffirmant l'impossibilité pour le couple receveur de désigner nominativement le donneur ou la donneuse. Cette **interdiction du don dirigé ou familial**, dans un contexte de pénurie d'ovocytes, n'est pas toujours comprise par les couples en attente d'un don. Toutefois, cette interdiction se justifie par le risque de pressions entre le couple receveur et la donneuse.

En cas de **nécessité thérapeutique** concernant l'enfant, le médecin peut accéder aux **informations médicales non identifiantes** relatives au donneur (ou au couple donneur s'il s'agit d'un accueil d'embryon).

Gratuité du don

Toute **rémunération du don du vivant** est donc **interdite** par la loi. Cependant, le don se doit d'être **financièrement neutre** pour la personne. Ce qui implique d'assurer le **remboursement de tous les frais** occasionnés par le don.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a étendu ce principe de neutralité financière au **secteur de l'assurance**, interdisant toute discrimination fondée sur un don de gamètes.

Le don d'embryons respecte également ce principe de gratuité.

Interdiction du double don de gamètes

La loi du 29 juillet 1994 interdit de concevoir des embryons à partir d'un **double don de gamètes** (ovocyte et spermatozoïde), c'est-à-dire qu'un embryon doit être conçu avec des gamètes provenant d'**au moins un des membres du couple**. La loi du 6 août 2004 réaffirme ce principe.

Cependant, la loi autorise l'accueil d'embryons dont la conception n'a fait intervenir les gamètes d'aucun des 2 membres du couple receveur.

Cette interdiction soulève donc des incompréhensions de la part des professionnels et des couples concernés par une double infertilité. En outre, l'activité d'accueil d'embryons n'est pas suffisante pour répondre à la demande des couples.

Don de gamètes

Dans la loi du 29 juillet 1994, le donneur devait faire partie d'un **couple ayant déjà procréé**.

Dans la loi du 6 août 2004, l'obligation pour le donneur d'avoir procréé était maintenue mais celle de faire partie d'un couple disparaissait.

Afin de développer et de rajeunir le vivier des donneurs potentiels, la loi du 7 juillet 2011 a ouvert la possibilité du don de gamètes aux personnes majeures **n'ayant pas encore procréé**. Le donneur ou la donneuse peut alors bénéficier du recueil et de la **conservation d'une partie de ses gamètes** ou tissus germinaux - **sous réserve que la quantité prélevée soit suffisante** - pour une éventuelle utilisation ultérieure, à son bénéfice, **dans le cadre réglementaire de l'AMP**.

Les textes d'application ont été publiés à la fin de l'année 2015 ; la mise en œuvre de cette nouvelle disposition n'a donc débuté qu'en 2016. Le nombre de donneurs et de donneuses recrutés semble avoir augmenté dans ce contexte mais il est encore trop tôt pour évaluer l'efficacité réelle de cette mesure.

Cette **autoconservation de gamètes** proposée aux donneurs et donneuses **n'ayant pas encore procréé** est susceptible de mettre les professionnels en difficulté : d'une part, pour s'assurer que les donneurs soient **motivés par le seul don** et, d'autre part, pour expliquer aux donneuses **ayant déjà procréé** que cette **autoconservation** ne leur soit **pas proposée**.

Pour prévenir des **risques de consanguinité**, la loi du 29 juillet 1994 prévoyait que le recours aux gamètes d'un **même donneur** ne pouvait délibérément mener à la naissance de plus de **cinq enfants**, et la loi du 6 août 2004 a étendu à un maximum de **dix enfants**.

Le **consentement du donneur**, ainsi que celui de l'**autre membre du couple** (si le donneur est en couple), sont recueillis par écrit et peuvent être **révoqués à tout moment jusqu'à l'utilisation des gamètes**.

Cette révocabilité du consentement au don n'est pas explicitement traitée pour les donneurs n'ayant pas encore procréé. Le consentement peut être révoqué « jusqu'à l'utilisation de ses gamètes » mais le sens du mot « utilisation » n'est pas précisé. En outre, il n'est pas spécifié si la révocation du consentement au don doit entraîner la fin de l'autoconservation des gamètes.

Par ailleurs, la loi du 6 août 2004 demande un **renforcement de l'information** communiquée aux **candidates au don d'ovocytes** qui se doit d'être détaillée (conditions de la stimulation ovarienne et du prélèvement des ovocytes, risques et contraintes liés à cette technique).

En raison du contexte de **pénurie d'ovocytes** et de la situation tendue concernant le don de spermatozoïdes, les besoins ne sont pas couverts de façon satisfaisante.

Cette situation engendre des **délais d'attente** de l'ordre de 1 à 3 ans. Ce qui amène certains couples à **se rendre à l'étranger**, créant ainsi une **inégalité de l'accès aux soins**.

Pour répondre à cette pénurie, des mesures visant à favoriser le don de gamètes ont été introduites dans la loi du 7 juillet 2011 :

- la **donneuse d'ovocytes** bénéficie d'une **autorisation d'absence de son employeur** pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires à son don ;
- les **médecins traitants** et les **gynécologues** sont tenus d'**informer régulièrement** leurs patients sur le don de gamètes.

Par ailleurs, l'Agence de la biomédecine organise des **campagnes d'information** sur le don de gamètes tous les ans depuis 2008.

Un des objectifs prioritaires du Plan 2017-2021 pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines est de promouvoir le **développement du don de gamètes** à la hauteur des besoins.

Accueil d'embryons

Dans la loi du 29 juillet 1994, l'accueil d'embryons n'était envisagé **qu'à titre exceptionnel**, lorsque les techniques d'AMP au sein du couple ne pouvaient aboutir.

La loi du 7 juillet 2011 a **supprimé le caractère exceptionnel** de la procédure d'accueil d'embryon. L'accueil d'embryons est désormais possible également lorsque le couple (dûment informé) renonce aux techniques d'AMP intraconjugales.

L'accueil de l'embryon est subordonnée à une **décision du juge**, qui reçoit le **consentement écrit** du **couple donneur** (ou du membre survivant) et du **couple demandeur**. Par ailleurs, le juge s'assure que le couple demandeur remplit toutes les conditions posées par le législateur et il apprécie les **conditions d'accueil** que ce couple est susceptible d'offrir à l'enfant à naître.

Pour donner ses embryons, le **couple donneur** doit :

- donner un **1^{ier} consentement écrit** à l'issue d'entretiens avec l'équipe médicale du centre d'AMP ;
- **confirmer son consentement** après un délai de réflexion d'au moins 3 mois. Le document signé sera transmis au président du tribunal de grande instance (TGI), qui peut procéder à l'audition du couple.

Pour bénéficier d'un accueil d'embryons, le **couple receveur** doit :

- recevoir une information spécifique de la part de l'équipe médicale (accompagnée d'un psychiatre ou psychologue) ;
- obtenir une **attestation médicale** certifiant que le couple remplit les conditions d'accès à l'AMP et qu'il ne présente pas de contre-indications médicales à cet accueil. Une copie sera transmise au président du TGI ;
- obtenir une **autorisation du président du TGI**.

Malgré le nombre d'embryons cédés à l'accueil par des couples (une fois leur projet parental réalisé), l'activité d'accueil d'embryon peine à se développer en France. La **lourdeur des procédures administratives** relatives à l'accueil d'embryon semble être le frein majeur au déploiement de cette activité.

Droit de la filiation

Aucun lien de filiation entre l'**auteur du don** et l'**enfant issu d'une AMP avec tiers donneur** ne peut être établi, et aucune action en responsabilité ne peut être exercée à l'encontre du donneur.

La **filiation** entre l'enfant et les 2 membres du couple ayant recours à l'AMP avec tiers donneur est sécurisée par la **déclaration solennelle de consentement** que le couple receveur doit faire **devant le juge** (ou éventuellement le notaire dans le cas du don de gamètes).

Concernant l'**accueil d'embryons**, la décision de l'autorité judiciaire équivaut à un acte de reconnaissance : les **2 membres du couple receveur** seront considérés comme les **parents légaux** des enfants nés.

VI. PRATIQUES A L'INTERNATIONAL

Conditions d'accès à l'AMP

Plusieurs pays autorisent l'AMP pour les **femmes célibataires** et les **couples de femmes homosexuelles**, notamment le Royaume-Uni, la Grèce, l'Espagne, la Belgique, les Pays-Bas, le Portugal, la Norvège, le Danemark, les États-Unis, le Canada ou l'Australie.

Au Royaume-Uni et en Belgique, il n'y a aucune limitation légale du recours à l'AMP. La Belgique est d'ailleurs le deuxième pays au monde, après les Pays-Bas, à avoir légalisé le mariage homosexuel.

L'AMP *post mortem*

Un **nombre équivalent** de pays dans l'Union européenne **interdisent** et **autorisent** l'AMP après le décès du conjoint.

Par exemple, des pays comme l'Allemagne, la Suède, le Portugal, l'Italie ou le Danemark interdisent l'AMP *post mortem* alors que le Royaume-Uni, l'Espagne, la Belgique, les Pays-Bas ou la Pologne l'autorisent.

Certains de ces derniers imposent une limite temporelle après la mort du conjoint ou le consentement du conjoint de son vivant.

Anonymat du don de gamètes

Contrairement à la France, certains pays ont choisi, à la suite de la Suède en 1984, de **lever le principe de l'anonymat** comme, par exemple, les Pays-Bas, la Suisse, le Royaume-Uni ou l'Allemagne.

En Belgique, depuis 2007, le donneur peut opter pour un don anonyme ou nominatif (principe du double guichet).

Gratuité du don

Certains pays, comme les États-Unis, rémunèrent le don de gamètes.

Cependant, le plus souvent, on parle de compensation financière ou « **indemnisation** », en particulier pour le **don d'ovocytes**. Et, parmi les États membres qui autorisent le don d'ovocytes, les pratiques sont très hétérogènes.

En **Espagne**, chaque don d'ovocytes s'accompagne d'une **indemnisation forfaitaire de 1 000 €** environ, ce don pouvant être réitéré plusieurs fois dans l'année.

En **Grande-Bretagne**, un **programme de partage d'ovocytes** a été mis en place : une femme peut bénéficier d'une AMP à moindre coût à condition de donner, pour d'autres femmes, une partie de ses ovocytes produits lors de la stimulation ovarienne.

VII. QUELQUES ENJEUX DE LA REVISION DE LA LOI DE BIOETHIQUE

Ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes célibataires

- Dans le champ de la procréation comme dans d'autres, la médecine est-elle dans ses missions en répondant aux **demandes sociétales** qui ne relèvent pas d'enjeux **thérapeutiques** ou de **prévention** ?
- Les critères de l'AMP doivent-ils évoluer pour satisfaire l'attente des **couples de femmes**, des **femmes célibataires** et des **couples d'hommes** ?
- Que serait une « **GPA éthique** » ?
- L'artificialisation de la procréation a-t-elle des limites ?

Droits de l'enfant à naître et questions relatives à la filiation

- L'**anonymat du don** de gamètes ou de l'accueil d'embryon est-il toujours justifié ?
- Les critères d'interdiction à l'**accès à ses origines** sont-ils encore soutenables ?
- La modification de cette règle de l'anonymat risquerait-elle de remettre en cause le **caractère social et affectif de la filiation** ?
- La modification de cette règle de l'anonymat risquerait-elle d'entraîner une **diminution du nombre de donneurs de gamètes** ?

Don de gamètes et conservation des gamètes

- La possibilité pour le **donneur n'ayant pas procréé** de bénéficier d'une **autoconservation de ses gamètes** est-elle un argument recevable pour répondre à la **pénurie des dons de gamètes** ?
- Cette possibilité d'autoconservation de gamètes peut-elle être considérée comme étant en contradiction avec le **principe de gratuité du don** ?
- Jusqu'à quelle limite le **consentement** au don du **donneur n'ayant pas procréé** peut-il être **révoqué** ? En cas de révocation du consentement au don, comment envisager le **devenir des gamètes autoconservés** ?
- Pour les **donneuses n'ayant pas procréé**, cette possibilité d'une autoconservation ovocytaire sans motif médical ne risque-t-elle pas d'encourager la **procréation tardive** ? De façon générale, faut-il autoriser l'autoconservation ovocytaire **sans indication médicale** ?
- Lorsque le donneur est en couple, faut-il supprimer le **consentement de l'autre membre du couple** au don de gamètes ?
- Pour répondre à la pénurie d'ovocytes, l'attribution aux donneuses d'une **indemnisation forfaitaire** au motif de la pénibilité et des contraintes serait-elle justifiable ?
- Pour favoriser le don d'ovocytes, faut-il étendre l'activité de don au **secteur privé lucratif** ?
- Faut-il lever l'interdiction du **double don de gamètes** ?

Autres enjeux

- Les nouvelles techniques d'analyse du génome risquent-elles de déboucher sur la réalisation de **tests génétiques chez les donneurs** de gamètes ?
- Faut-il définir plus précisément la notion d'« **âge de procréer** » dans le cadre de l'AMP ? Peut-on autoriser l'ouverture de l'AMP à des femmes qui ne sont plus en âge de procréer ? Faut-il autoriser l'autoconservation ovocytaire pour prévenir l'infertilité liée à l'âge ?
- Doit-on reconsidérer les possibilités de l'**AMP post-mortem** ? Peut-on faire naître un orphelin de père pour satisfaire le désir de la future mère ?
- Faut-il alléger les **procédures administratives** relatives à l'**accueil d'embryon** ?

Ces enjeux, susceptibles d'évoluer au fur et à mesure du déroulement des états généraux, ne prétendent pas à l'exhaustivité.

Références

Droit et bioéthique : 2e édition. Depadt-Sebag, Valérie. Éditeur : Larcier. Parution : 2012

<https://www.agence-biomedecine.fr>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://www.cecos.org>

<http://www.espace-ethique.org>