

LES FICHES REPÈRES DE L'ESPACE ÉTHIQUE ÎLE-DE-FRANCE

Pour mieux comprendre ce qui fait débat en matière de santé publique en France et dans le monde, l'Espace éthique de la région Île-de-France propose des clefs de compréhension afin de s'approprier ces questions et d'en débattre.

OUVERTURE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION AUX COUPLES DE FEMMES ET AUX FEMMES SEULES



OUVERTURE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION AUX COUPLES DE FEMMES ET AUX FEMMES SEULES

Sous la direction d'Anne-Caroline Clause-Verdreau

Médecin de santé publique, Responsable de l'Observatoire,
Espace éthique Île-de-France

SOMMAIRE

1. Contexte et bref historique

p. 3

2. Enjeux éthiques en débat

p. 4-7

3. Quelles perspectives pour demain ?

p. 7

1/ CONTEXTE ET BREF HISTORIQUE

Les premières lois de bioéthique du **29 juillet 1994** (1) constituent le premier encadrement légal de l'assistance médicale à la procréation (AMP)*. Ce cadre sera modifié une première fois par la loi du **6 août 2004** (2) puis par la loi du **7 juillet 2011** (3).

Dans le cadre d'une nouvelle phase de révision, les États généraux de la bioéthique se sont déroulés pendant le premier semestre 2018. L'Espace éthique Île-de-France s'est beaucoup investi dans leur organisation en se donnant pour mission de susciter la réflexion auprès d'un large public et de permettre à un maximum de citoyens de s'exprimer librement sur ces questions. À l'issue de ces débats, un travail de synthèse, réalisé par l'Espace éthique Île-de-France, a été adressé au Comité consultatif national d'éthique (4).

En parallèle, différentes instances se sont prononcées pour éclairer les politiques et le législateur :

- rapport de l'Agence de la biomédecine en janvier 2018 (5)
- étude du Conseil d'État en juin 2018 (6)
- avis n°129 du CCNE en septembre 2018 (7)
- rapport de l'OPECST (Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques) en octobre 2018 (8)
- rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale en janvier 2019 (9).

Par la suite, la procédure législative se décompose en trois grandes étapes : dépôt du projet de loi, examen au Parlement et promulgation de la loi.

LE DEPOT DU PROJET DE LOI

Après un long travail de consultation mené par l'exécutif, le projet de loi a été présenté en Conseil des ministres le 24 juillet 2019. L'étude d'impact, qui accompagne le projet de loi, a été publiée le 23 juillet 2019 (10).

Dans la perspective d'un élargissement de l'accès à l'AMP* aux couples de femmes et aux femmes célibataires, ce projet de loi prévoit notamment que :

- la prise en charge par l'assurance maladie concerne les couples hétérosexuels, les couples de femmes et les femmes célibataires
- les enfants conçus par AMP* puissent, à leur majorité, demander l'accès à des données non identifiantes du donneur (comme l'âge ou les caractéristiques physiques), voire à son identité
- les couples de femmes établissent une reconnaissance anticipée de l'enfant devant notaire afin que la double filiation puisse être juridiquement reconnue dès la naissance.

L'EXAMEN AU PARLEMENT

Le contenu du projet de loi, en particulier l'article 1er ouvrant l'AMP* aux couples de femmes et aux femmes seules, a suscité de vifs débats entre les députés et les sénateurs.

En première lecture, le texte a été adopté par l'Assemblée nationale le 15 octobre 2019, puis par le Sénat le 4 février 2020. Les députés ont modifié le texte à la marge. Ils ont rejeté l'AMP post-mortem*, la technique dite de la ROPA* ainsi que l'ouverture de l'AMP* aux femmes transgenres*. Les sénateurs ont ensuite apporté de nombreuses modifications au texte, notamment la limitation du remboursement de l'AMP* aux seuls couples hétérosexuels et la réécriture des règles d'établissement de la filiation en faisant intervenir l'adoption pour les couples de femmes.

En seconde lecture, le texte a été voté par l'Assemblée nationale le 31 juillet 2020, puis par le Sénat le 3 février 2021. Les députés ont rétabli les grandes lignes du texte voté en première lecture. Ils ont à nouveau rejeté l'AMP post-mortem*, la méthode ROPA* ainsi que l'ouverture de l'AMP* aux femmes transgenres*. Les sénateurs ont ensuite supprimé l'article 1er ouvrant l'AMP* aux couples de femmes et aux femmes seules.

Le 17 février 2021, la **commission mixte paritaire** ayant échoué à élaborer un texte de compromis, le projet de loi a dû faire l'objet d'une troisième lecture avant son adoption définitive par l'Assemblée nationale.

En troisième lecture, le texte a été voté par l'Assemblée nationale le 9 juin 2021, puis rejeté par le Sénat, sans examen, le 24 juin 2021.

Le 29 juin 2021, après presque 2 ans de navette parlementaire, et sans qu'un dialogue n'ait pu réellement avoir lieu entre les députés et les sénateurs, **l'Assemblée nationale a adopté définitivement le projet de loi** et sa mesure emblématique : l'ouverture de l'AMP* aux couples de femmes et aux femmes seules (11).

LA PROMULGATION DE LA LOI

Après que le Conseil constitutionnel l'ait déclarée conforme à la Constitution, la nouvelle loi a été promulguée le 2 août 2021 et publiée au Journal officiel du 3 août 2021 (12).

NOTIONS MÉDICALES ET TERMINOLOGIE

Assistance médicale à la procréation (AMP) ⁽¹³⁾

La législation française définit l'AMP 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 » (14). L'Organisation mondiale de la santé retient une définition plus large, incluant la gestation pour autrui (15). En 2018, en France, 25 120 enfants sont nés vivants après une AMP, soit 3,3% des naissances (16).

Fécondation *in vitro* (FIV)

La FIV consiste à féconder des ovocytes en laboratoire en les mettant au contact de spermatozoïdes. Ensuite, un ou plusieurs embryons sont transférés dans l'utérus de la femme. La FIV peut être réalisée avec un don de sperme ou d'ovocyte. En France, la naissance du premier "bébé éprouvette", Amandine, date de 1982. En 2018, parmi les 25 120 enfants nés vivants après une AMP, 13,9% (3 486 enfants) ont été conçus par FIV (17).

Insémination artificielle (IA)

L'IA consiste en l'insémination de sperme directement dans l'utérus de la femme. Elle peut se faire avec le sperme du conjoint ou celui d'un tiers donneur. En 2018, parmi les 25 120 enfants nés vivants après une AMP, 21,9% (5 495 enfants) ont été conçus par IA (18).

L'AMP post-mortem

Elle consiste à réaliser une AMP avec les gamètes d'un conjoint décédé ou à transférer dans l'utérus de la femme l'embryon conçu avec les gamètes du défunt.

La méthode ROPA (réception des ovocytes de la partenaire)

Également appelée "double maternité", cette technique permet à une femme de faire un don d'ovocyte à sa conjointe afin que cette dernière puisse porter l'embryon ainsi conçu.

Femme transgenre

Une personne, assignée au sexe masculin à la naissance, qui se reconnaît dans l'identité de genre féminine.

Gestation pour autrui (GPA)

Lorsque la gestatrice ou "mère porteuse", c'est-à-dire la femme qui porte l'enfant, est aussi la mère biologique de l'enfant qu'elle remet à la naissance au couple d'intention, il faudrait alors parler de "procréation pour autrui". Mais, le plus souvent, dans nos sociétés modernes, la gestatrice n'est pas la mère biologique de l'enfant : l'embryon est conçu *in vitro*, soit avec l'ovocyte de la future mère légale de l'enfant, soit avec l'ovocyte d'une donneuse.

2/ ENJEUX ÉTHIQUES EN DEBAT

ASSISTANCE MÉDICALE VERSUS SOCIÉTALE A LA PROCRÉATION ?

Jusqu'à présent, en France, la finalité de l'AMP* ne pouvait être que médicale, avec un accès réservé aux seuls couples hétérosexuels.

Dans cette perspective, le cadre légal posé il y a plus de 25 ans définissait les situations susceptibles de donner lieu à une prise en charge :

- une infertilité pathologique médicalement diagnostiquée
- un risque de transmission à l'enfant ou à l'autre membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité.

Pour une partie de l'opinion, la médecine ne peut être convoquée pour répondre aux désirs d'enfant de femmes non stériles. Si le CCNE est favorable à l'ouverture de l'AMP* pour « pallier une souffrance ressentie du fait d'une infécondité secondaire à des orientations personnelles » et affirme que « cette souffrance doit être prise en compte » (19), d'autres s'interrogent : « Certes, il faut toujours répondre à l'expression d'une souffrance, mais comment et jusqu'où ? » (20).

En outre, les opposants à l'extension de l'AMP* craignent une généralisation de la procréation artificielle, y compris pour les couples hétérosexuels fertiles. Dès lors que le critère thérapeutique est abandonné, « ce pourrait être la porte ouverte à la sélection des individus ou à un eugénisme légal » (21).

Toutefois, aujourd'hui, il apparaît que la possibilité de répondre aux demandes sociétales relève également des missions possibles de la médecine. La distinction entre le "sociétal" et le "médical" est d'ailleurs moins simple qu'il n'y paraît.

En effet, le caractère pathologique de l'infertilité n'est pas toujours objectivé chez les couples hétérosexuels pourtant actuellement admis en parcours d'AMP* (dans environ 15% des cas, aucune cause médicale n'est retrouvée (22)). Il s'agit alors d'une stérilité idiopathique dont on constate les symptômes sans connaître les causes.

De plus, toutes les techniques d'AMP* contournent l'infertilité mais aucune ne la soigne. La personne infertile reste infertile. Ainsi, comme le souligne la Commission nationale consultative des droits de l'homme, « pour les couples à qui l'on propose les gamètes d'un tiers, la médecine de la reproduction ne remédie pas à une infertilité au sein du couple mais elle organise le recours aux gamètes d'un tiers pour la pallier » (23).

Autrement dit, lorsqu'un couple hétérosexuel n'a pas d'autre solution que de recourir à un tiers donneur, qu'est-ce qui différencie leur situation de celle d'un couple de femmes ou d'une femme célibataire ?

De même, lorsque l'indication de l'AMP* est uniquement liée à l'âge de la femme (sans autre cause médicale), ces deux dimensions du sociétal et du médical tendent à se recouper.

EVOLUTIONS SOCIETALES ET NOUVELLES CONFIGURATIONS FAMILIALES

La diversification des modèles familiaux et l'évolution des mentalités ont conduit à questionner à nouveau les choix retenus par le législateur en 1994. En outre, la question de la légitimité d'un projet d'enfant dans un foyer homoparental a déjà été tranchée dans les textes puisque la loi du 17 mai 2013 autorise le mariage et la parenté adoptive aux couples de même sexe (24). Depuis lors, une femme a le droit d'adopter l'enfant de son épouse. À ce propos, la Cour de cassation a été interrogée sur la question de savoir si le recours à l'insémination artificielle* avec donneur à l'étranger pouvait faire obstacle à l'adoption de l'enfant par l'épouse de la mère. Dans deux avis rendus le 22 septembre 2014 (25), la Cour de cassation a répondu par la négative. Il a donc été considéré que la situation actuelle – suivi de la grossesse et naissance de l'enfant en France, filiation légalement établie en France, mais IA* à l'étranger – manquait de cohérence (26).

Aujourd'hui, il y a plusieurs façons de devenir parent, et la parenté dite "sociale" (l'affection, l'éducation) occupe une place de plus en plus importante aux côtés de la parenté dite "biologique" (les liens du sang). Si, dans le débat contemporain, ces deux modes de parenté sont sans cesse opposés, certains auteurs invitent à dépasser cette opposition en formulant l'hypothèse que « *ce qui se passe aujourd'hui n'est ni une biologisation ni une mentalisation de la filiation* » mais plutôt une "dématrimonialisation" de la filiation, c'est-à-dire que le mariage n'est plus la seule institution permettant de fonder la paternité. La disparition de cette conception matrimoniale de la famille va de pair avec une « *remise en cause du principe de complémentarité hiérarchique des sexes* » et « *l'affirmation de leur égalité* » (27).

LES MERES CELIBATAIRES "PAR CHOIX"

Même si la monoparentalité est reconnue en matière d'adoption depuis la loi du 11 juillet 1966, les opposants à l'ouverture de l'AMP* pour les femmes célibataires dénoncent le fait de créer volontairement par la loi - et non du fait des aléas de la vie - une situation où l'enfant serait privé de l'inscription dans une double lignée.

Ils insistent sur les difficultés auxquelles font souvent face les foyers monoparentaux : difficultés financières, solitude dans l'éducation des enfants, difficultés scolaires, etc.

Toutefois, il convient d'insister sur le fait que les familles monoparentales "par choix" sont dans des situations très différentes de celles résultant d'une séparation. En effet, les difficultés des enfants élevés au sein d'une famille monoparentale apparaissent moins directement liées à la monoparentalité en tant que telle qu'à des facteurs tels que la précarité socioéconomique, les conflits entre les parents, etc. Or, les mères célibataires par choix ne sont a priori pas concernées par ces facteurs de risque. Les études (28), notamment anglaises, menées auprès de ces familles aboutissent toutes au même constat : la monoparentalité en elle-même ne semble pas avoir de conséquences psychologiques préjudiciables pour ces enfants.

LA "DISPARITION" DU PERE ?

Les opposants à l'AMP* pour toutes les femmes dénoncent la privation de père dès la conception. Ce qui serait, selon eux, préjudiciable pour l'enfant et inconciliable avec le respect de ses droits (29). Ils invoquent ici l'article 7-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui stipule que l'enfant a, "*dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux*". Une partie de la communauté psychanalytique s'inquiète des conséquences possibles pour l'enfant de cet "effacement du père" (30). Certains membres du CCNE ont également défendu ce point de vue : « *le rôle d'un père, en interaction et coopération avec celui de la mère, est essentiel dans la construction de la personnalité de l'enfant et de son rapport à la diversité de la société, dont l'altérité masculin-féminin* » (31).

Toutefois, au sein d'une famille, la fonction paternelle n'est pas nécessairement assumée par un homme et le rôle maternel, par une femme. En effet, comme le souligne le CCNE : « *Dans l'inconscient de l'enfant, le couple parental est formé d'un père et d'une mère plutôt que d'un homme et d'une femme. L'absence d'homme dans le foyer ne veut pas dire que l'enfant exclut la représentation symbolique du père, pas plus que la représentation de l'autre sexe* » (32).

Par ailleurs, si les militants de *La Manif Pour Tous* considèrent qu'un enfant a besoin pour son épanouissement de la complémentarité d'un père et d'une mère, pour une partie des opposants à l'extension de l'AMP*, ce n'est pas tant l'évolution des schémas familiaux ou la création « d'orphelins de père » qui pose problème mais plus largement l'ensemble des techniques dans le champ de la procréation. L'Église catholique en particulier condamne la quasi totalité de ces techniques - qu'il y ait ou non un père.

Seule la technique d'insémination intraconjugale est autorisée et uniquement si « *le moyen technique ne se substitue pas à l'acte conjugal, mais apparaît comme une facilité et une aide pour que celui-ci rejoigne sa fin naturelle* » (33).

L'INTERET DE L'ENFANT

En l'état actuel des connaissances, aucun élément probant ne permet d'étayer l'idée selon laquelle le bien-être de l'enfant serait menacé s'il ne grandit pas dans un cadre familial traditionnel. À cet égard, le CCNE insiste sur le fait que « *la structure de la famille compte beaucoup moins que le soutien de l'environnement, la dynamique familiale, la qualité des relations entre parents et enfants ainsi qu'entre les parents eux-mêmes* » (34).

Par ailleurs, depuis la loi de 2014, les couples de femmes ayant eu recours à une AMP* à l'étranger peuvent faire une demande d'adoption a posteriori. Avec ce mécanisme juridique, l'enfant n'est pas protégé dès la naissance par une double filiation et, en cas de séparation ou de décès d'un des membres du couple avant le prononcé de l'adoption, sa protection juridique devient encore plus précaire. C'est pourquoi les couples de femmes passeront désormais par une reconnaissance conjointe anticipée de l'enfant devant notaire. Si ce mode d'établissement de la filiation sécurisera mieux qu'auparavant les enfants concernés, il est malgré tout critiqué en tant qu'il stigmatise toujours les couples homoparentaux au lieu d'établir la même règle pour tous les couples qui bénéficient d'une AMP* avec tiers donneur.

En définitive, comme le souligne Unicef France dans son rapport tiré de la consultation nationale des 6-18 ans réalisée en 2014, « *ce n'est donc pas du modèle familial lui-même que naît la souffrance, mais de la manière dont il est vécu et regardé par la société et par les tensions, l'isolement et la solitude qu'il génère* » (35).

LE PRINCIPE D'EGALITE OU DE NON-DISCRIMINATION

Le Conseil d'État a estimé qu'il n'existe pas de droit à l'enfant (36) et qu'ainsi, revendiquer un tel droit au nom du principe d'égalité n'a pas de sens d'un point de vue juridique.

Il a également considéré que les couples de femmes et les femmes célibataires se trouvaient dans des "situations différentes" de celles des couples hétérosexuels infertiles (au sens où leur impossibilité de procréer n'est pas liée à une pathologie).

Par conséquent, le Conseil d'État a estimé qu'elles ne pouvaient pas revendiquer un traitement similaire (que ce soit en termes d'accès aux techniques d'AMP*, de remboursement par l'assurance maladie ou d'établissement de la filiation) au nom du principe d'égalité. Toutefois, comme nous l'avons vu, cette différence de situation n'apparaît pas si évidente et, dans cette perspective, l'absence d'atteinte au principe d'égalité ou de non-discrimination est à nuancer.

Quoi qu'il en soit, seules les femmes les plus aisées peuvent se rendre à l'étranger pour réaliser leur projet parental (37), tandis que les autres ont recours à des banques de sperme privées ou à des inséminations artificielles* "artisanales". À cet égard, ouvrir l'AMP* à toutes les femmes apparaît autant comme une question de justice sociale que de sécurité sanitaire.

Concernant le remboursement par la Sécurité sociale, si une partie de l'opinion considère qu'il est injuste de prendre en charge ces techniques alors que certains médicaments sont régulièrement déremboursés, le Conseil d'État a souligné que : « *la solidarité étant une composante importante du modèle bioéthique français, l'équité commande de ne pas écarter les personnes les plus démunies de la prise en charge des techniques d'AMP** » (38).

LES CONSEQUENCES SUR LE DON DE GAMETES

L'ouverture de l'AMP* à de nouvelles bénéficiaires risque d'aggraver la pénurie des dons de gamètes. Certains s'inquiètent qu'une telle pénurie ne puisse remettre en question le principe de gratuité du don et conduire à rémunérer les donneurs et/ou acheter des gamètes à l'étranger.

Par ailleurs, à l'égard du secret entourant les circonstances de la conception, les couples de femmes ne peuvent évidemment pas faire comme s'ils avaient conçu l'enfant, contrairement aux couples hétérosexuels qui, lorsqu'ils ont bénéficié d'un don, peuvent taire à tous, y compris l'enfant, l'intervention d'un tiers dans la conception. Ainsi, l'ouverture de l'AMP* aux couples de femmes dévoile « *le pot au rose du don, qui dès lors devient visible* » (39).

Concernant le principe d'anonymat du don, la technique dite de la ROPA* a été refusée notamment au motif qu'elle allait à l'encontre de ce principe. Pourtant, pour un couple hétérosexuel, les gamètes du père seront toujours privilégiées à celles d'un donneur anonyme.

LA GESTATION POUR AUTRUI*

Certains mettent en garde contre une potentielle réaction en chaîne qui aboutirait, au nom du principe de l'égalité des sexes, à la légalisation de la GPA* pour les couples d'hommes et les hommes célibataires.

Toutefois, ce raisonnement de la "pente glissante" est contestable en raison d'une différence de nature entre les deux techniques. En effet, si l'ouverture de l'AMP* questionne la structure familiale et ne fait qu'ouvrir à de nouvelles catégories de personnes une technique depuis longtemps autorisée, la GPA* est une technique strictement interdite en ce qu'elle remet en cause les grands principes éthiques, notamment ceux de non-patrimonialité et d'indisponibilité du corps humain.

3/ QUELLES PERSPECTIVES POUR DEMAIN ?

À court terme, un des principaux enjeux va concerner la probable aggravation de la pénurie de gamètes. Une telle pénurie ne saurait être résolue par la rémunération des donneurs, le principe de non-commercialisation du corps humain et de ses éléments étant l'un des piliers des lois de bioéthique. En outre, la rupture du principe de gratuité sur les gamètes risquerait d'interroger ce même principe sur les autres produits et éléments du corps humain, y compris les organes. Une telle pénurie ne saurait non plus justifier une hiérarchisation des demandes potentiellement discriminatoire pour les couples de femmes ou les femmes célibataires. Les critères de priorisation pour être pris en charge devront être neutres, comme par exemple l'âge de la femme ou la durée de parcours en AMP*.

Pour répondre à cette potentielle pénurie, le gouvernement prévoit un renforcement des campagnes de dons de gamètes. En outre, il n'est pas exclu que l'adoption d'une nouvelle loi davantage en adéquation avec l'évolution des mentalités soit susceptible de susciter de nouvelles vocations. Enfin, l'autorisation de l'autoconservation ovocytaire devrait permettre, lorsque les projets parentaux auront pu être menés à terme, de faire don des ovocytes surnuméraires.

Par ailleurs, le débat sur les conditions d'accès à l'AMP* ne manquera pas de se poursuivre dans les mois et années qui viennent, notamment puisque cette ouverture législative ne concerne ni les veuves, ni les femmes transgenres*.

En effet, dès lors que les femmes célibataires ont accès à l'AMP*, maintenir longtemps l'interdiction de l'AMP post-mortem* apparaît quelque peu délicat. Car il en résulte qu'une femme veuve se verra refuser l'utilisation des gamètes de son mari décédé pour poursuivre son projet parental alors qu'elle sera autorisée à recourir à une AMP* en utilisant les gamètes d'un donneur anonyme potentiellement décédé.

Et concernant les femmes transgenres*, pourquoi l'accès à l'AMP* leur est-il refusé ? Dès lors que les femmes transgenres* sont des femmes, comment ne pas considérer cette exclusion comme une discrimination ?

NOTES

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000549618>
2. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000441469>
3. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024323102>
4. https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/rapport_eeidf_suite_aux_egb18_0.pdf
5. Agence de la biomédecine, Rapport sur l'application de la loi de bioéthique, janvier 2018, URL : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_complet_lbe_2017_vde_f_12-01-2018.pdf
6. Étude du Conseil d'État : « Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ? », 28 juin 2018, URL : <https://www.conseil-etat.fr/ressources/etudes-publications/rapports-etudes/etudes/revision-de-la-loi-de-bioethique-quelles-options-pour-demain>
7. CCNE, avis n° 129, Contribution du CCNE à la révision de la loi de bioéthique, septembre 2018, URL : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_vf.pdf
8. Rapport au nom de l'OPECST sur l'évaluation de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, octobre 2018, URL : <https://www.senat.fr/rap/r18-080/r18-0801.pdf>
9. Rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale, janvier 2019, URL : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/bioethique/l15b1572_rapport-information.pdf
10. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2187_etude-impact.pdf
11. Valérie Depadt, "Loi de bioéthique : les apports d'une révision majeure pour la biomédecine", The Conversation, 22 juillet 2021
12. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384>
13. Le changement de terminologie - le passage de l'expression "procréation médicalement assistée" (PMA) à celle d'AMP - date de la loi du 29 juillet 1994. Il souligne le fait que la loi vise à encadrer des techniques médicales mais pas la procréation elle-même.
14. Article L. 2141-1 du Code de la santé publique
15. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009
16. <https://rams.agence-biomedecine.fr/principaux-chiffres-de-lactivite>
17. Ibid.
18. Ibid.
19. CCNE, avis n° 126, 15 juin 2017
20. Bruno Saintôt, « Jusqu'où assister médicalement la procréation ? Les réponses paradoxales des avis du CCNE », Études, 2017/9, pp. 33-44.
21. Conférence des évêques de France, fiches du groupe de travail "bioéthique", 2018
22. <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/comprendre-sterilite>
23. Commission nationale consultative des droits de l'homme, avis relatif à l'AMP, 20 novembre 2018
24. À cet égard, il convient de noter que, si l'adoption par les couples homosexuels est permise en droit, elle demeure quasi impossible dans les faits, en raison du faible nombre d'enfants à adopter et du refus de certains pays de confier leurs enfants à des couples de même sexe.
25. Avis n° 15010 et 15011 du 22 septembre 2014
26. Valérie Depadt, « Assistance médicale à la procréation. Vers la conquête d'une liberté procréative réaffirmée? », Emmanuel Hirsch éd., Traité de bioéthique. IV - Les nouveaux territoires de la bioéthique, Érès, 2018
27. Irène Théry et Anne-Marie Leroyer (dir.), Filiation, origines, parentalité - Le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle, Paris : Odile Jacob, 2014
28. Susan Golombok, Modern Families, UK : Cambridge University Press, 2015
29. Aude Mirkovic, « L'élargissement de l'assistance médicale à la procréation », Médecine et droit, février 2018
30. Jean-Pierre Winter, L'avenir du père : réinventer sa place ?, Albin Michel, 2019
31. CCNE, avis n° 126, 15 juin 2017, avis minoritaire signé par 11 membres sur 40
32. CCNE, avis n° 126, 15 juin 2017
33. Ce positionnement de l'Église catholique, déjà exprimé en 1987 dans l'instruction Donum Vitae, a été actualisé en 2008 dans l'instruction Dignitas Personae.
34. CCNE, avis n° 126, 15 juin 2017
35. https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/Consultation_2014.pdf
36. "Une telle notion n'ayant pas de consistance juridique dès lors qu'un enfant est une personne, un sujet de droit, et qu'il ne saurait être envisagé comme l'objet du droit d'un tiers", Étude du Conseil d'État, "Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?", 28 juin 2018
37. Les associations mentionnent des coûts de plusieurs milliers d'euros.
38. Étude du Conseil d'État : « Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ? », 28 juin 2018
39. Caroline Mecary, PMA et GPA, Que sais-je ?, n° 4163, 2019

CREDITS

Rédaction : Anne-Caroline Clause-Verdreau, Médecin de santé publique, Responsable de l'Observatoire, Espace éthique Île-de-France

Mise en page : Soline Sénépart, Chargée de mission, Espace éthique Île-de-France

L'ESPACE ETHIQUE ILE-DE-FRANCE

L'Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France est un lieu de diffusion, de réflexion et de formation aux questions éthiques et sociétales de la santé, du soin, et de l'accompagnement. Il travaille en réseau avec les institutionnels, professionnels et associatifs en Île-de-France. Soucieux de contribuer au débat public, il a également pour mission d'accompagner une recherche en éthique qui puisse éclairer les choix. L'Espace éthique de la région Île-de-France est un lieu ouvert qui propose à chacun de s'associer à ses groupes de réflexion et de participer directement à la concertation éthique.

LES FICHES REPERES DE L'ESPACE ETHIQUE ILE-DE-FRANCE

Pour mieux comprendre ce qui fait débat en matière de santé publique en France et dans le monde, l'Espace éthique de la région Île-de-France propose des clefs de compréhension afin de s'appropriier ces questions et d'en débattre. Ces fiches repères s'intègrent notamment dans la dynamique d'un travail de suivi de la nouvelle loi de bioéthique récemment adoptée. Après une mise en contexte et quelques rappels historiques, il s'agit d'identifier et d'analyser les principaux enjeux éthiques présents dans le débat avant de conclure sur les perspectives futures. Pour guider la lecture et la compréhension, les termes médicaux sont explicités dans un encadré.

RETROUVEZ NOS RESSOURCES ET NOS PUBLICATIONS SUR LE SITE [ESPACE-ETHIQUE.ORG](https://www.espace-ethique.org)

Plus de 1300 articles, dossiers thématiques, témoignages, vidéos de cours en ligne, couvrant les champs de l'éthique hospitalière et du soin pour favoriser l'acquisition des savoirs, le partage d'expériences, les concertations professionnelles et le débat public.

PARTAGEZ ET ECHANGEZ AVEC NOUS

