

**RAPPORT DE RECHERCHES SUR L'AIDE MÉDICALE À
LA PROCRÉATION
L'ACCÈS À L'AMP
2023-2025**

Étudiants de la Clinique du Droit de Bordeaux
Master Droit des personnes et des familles
Projet de Recherche en actions
Sous la Direction de Madame Marie LAMARCHE

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : LE CONTEXTE	8
I- L'encadrement du recours à l'Assistance Médicale à la Procréation	8
II- La diversité des techniques d'assistance médicale à la procréation	20
PARTIE 2 : LES DIFFICULTÉS	42
I- L'information des patients et la formation des professionnels	42
II- L'intégration des parents dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation	53
III- Le projet parental	57
IV - L'approfondissement de la notion de « patient expert »	62
V- Garanties de l'anonymat du tiers donneur et droit de l'enfant né d'une AMP à connaître ses origines	65
PARTIE 3 : LES ÉVOLUTIONS ÉVENTUELLES	72
I- La technique de la Réception d'ovocytes de la partenaire (ROPA)	72
II- L'Assistance Médicale à la Procréation post-mortem	78
III- L'exclusion des couples d'hommes transgenres ayant conservé leurs organes génitaux féminins	82
IV - La rémunération des donneurs ou la rétribution symbolique	87
Bibliographie	96
Table des matières	110
AUTEURS	113

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude.

Nous remercions Madame Marie LAMARCHE, directrice de la Clinique du droit et Professeur de droit à l'Université de Bordeaux qui nous a encadrés tout au long de la réalisation de ce projet de recherche. Par sa présence à chaque étape de ce projet, sa patience et sa confiance, elle a été un véritable soutien tout au long de notre projet de recherche.

Nous adressons également nos remerciements à Madame Sophie JAVERZAT, Professeur de génétique à l'Université de Bordeaux et Madame Astrid BRUNSWICK, Psychologue clinicienne dans le Service de biologie de la reproduction et CECOS au CHU de Bordeaux pour le temps qu'elles ont consacré à notre formation sur le sujet. Nous les remercions également pour leurs interventions lors de la table ronde que nous avons animée qui était consacrée à la thématique de l'élargissement de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Nos remerciements sont également adressés à l'ensemble des professionnels et associations qui nous ont accordé des entretiens très précieux afin d'alimenter notre étude.

Pour finir, nous tenons à remercier particulièrement la Clinique du droit, partenaire de ce projet du Master 2 Droit des personnes et des familles, ainsi que le CERFAPS et Madame Adeline GOUTTENOIRE, sa directrice adjointe.

INTRODUCTION

Qui sommes-nous ? Chaque année, des étudiants de la Clinique du droit travaillent sur des projets de recherche « Recherche en actions », en collaboration avec des professionnels extérieurs à l'Université. Ils mettent leurs connaissances au profit de questions sociétales confrontées à la théorie.

Cette année, en partenariat avec le Master 2 Droit des Personnes et des Familles de l'Université de Bordeaux, les étudiants mènent un projet de recherche sur le thème de l'aide médicale à la procréation (AMP). Cette étude est dirigée par Madame Marie LAMARCHE Professeur de droit à l'Université de Bordeaux.

Le Master 2 Droit des Personnes et des Familles, codirigé par Madame Adeline GOUTTENOIRE et Madame Marie LAMARCHE, est une formation pluri-et interdisciplinaire. L'objectif de cette formation est d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques en droit des personnes et des familles, tant au niveau interne qu'au niveau européen et international. Cette année nous avons été amenés à réaliser diverses recherches tant juridiques, que d'ordre sociologique et médical, dans des domaines variés du droit de la famille.

Qu'est-ce que la Clinique du droit ? Ouverte depuis novembre 2013, la Clinique du droit est un service de l'université de Bordeaux, à vocation pédagogique et sociale, qui propose des enseignements cliniques à partir d'activités en lien avec la réalité sociale. Les activités cliniques répondent à des besoins sociétaux et conduisent à placer les étudiants en « situation authentique », c'est-à-dire en situation réelle et non de simulation.

La particularité de cet enseignement clinique réside dans le fait que les situations, auxquelles les étudiants sont confrontés, ne sont pas prévues et planifiées en amont. L'étudiant est ainsi mis à l'épreuve face aux situations authentiques et est amené à mobiliser ses connaissances théoriques en situation en s'adaptant au problème rencontré. La Clinique du droit est dirigée par Marie Lamarche, Professeur de droit.

Parmi les enseignements cliniques, la « Recherche en actions » donne la possibilité aux étudiants de Master 2 de s'emparer d'un sujet issu de la société et de mener une enquête de terrain, de rédiger un rapport qui est soumis aux professionnels intéressés.

Pourquoi ce projet ? Cette année, le choix de notre sujet d'étude a été motivé par des interrogations que le milieu associatif a pu faire remonter auprès de la Clinique du droit sur la thématique de l'assistance médicale à la procréation.

L'AMP est « 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'embryon et l'insémination artificielle » permettant de concevoir un enfant¹. Le terme « d'assistance médicale à la procréation » a remplacé le terme de « procréation médicalement assistée » (PMA) dans le Code civil par l'effet de la Loi bioéthique du 2 août 2021². Ce changement de terminologie juridique reflète l'évolution de la conception de ces techniques dans nos sociétés. En effet, en insistant davantage sur le soutien médical apporté et moins sur le fait qu'il s'agisse d'une méthode de procréation en elle-même, l'AMP est perçue comme étant plus ouverte, accessible et commune³.

Ainsi, l'assistance médicale à la procréation a fait l'objet d'une réforme importante par la Loi bioéthique de 2021 élargissant notamment l'accès à de nouveaux publics. Toutefois, malgré ces avancées, certains interdits demeurent, soulevant ainsi des interrogations éthiques et légales. La mise en œuvre concrète de ces évolutions et la connaissance par le public de l'AMP constituent des enjeux majeurs, notamment pour garantir un accès effectif à cette méthode. Par ailleurs, ce procédé questionne la filiation et le rapport aux origines biologiques. Enfin, les contraintes liées aux parcours d'AMP, souvent longs et éprouvants, posent la question de leur conciliation avec la vie professionnelle et personnelle des individus concernés.

Toutes ces réflexions et interrogations nous ont conduit à orienter nos travaux autour de la problématique suivante : **les freins à l'accès à l'assistance médicale à la procréation.**

Méthodes utilisées : nous avons mené cette étude en se fondant sur la méthodologie dite de la « Recherche-action ». Il s'agit d'une méthode d'analyse fréquemment utilisée pour collecter des informations lors de travaux de recherches. Cette technique requiert de rester en contact permanent avec le terrain et la réalité. C'est en ce point que cette méthode vise à

¹DEBARD Thierry, GUINCHARD Serge, « Lexique des termes juridiques 2022-2023 », *Dalloz*.

²L. n° 2021-1018, 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, JO, n°0178, 3 août 2021.

³Rapp. annuel de l'Agence de biomédecine de 2021, Du don à la vie.

confronter le sujet et les recherches théoriques associées avec la réalité de la pratique. Notre rapport n'a cependant pas de visée représentative. En effet, les enquêtes que nous avons pu réaliser ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif.

- **Cerner les enjeux du sujet** : nous avons commencé par identifier tous les aspects de notre sujet. Le caractère pluridisciplinaire de l'AMP en fait un sujet vaste qui réunit de nombreux intérêts et problématiques. Cette activité nous a permis d'avoir une conception claire de notre champ d'étude et cerner concrètement les enjeux d'un sujet pouvant apparaître abstrait au départ.

- **Rédiger des contextes dans lesquels le sujet s'insère** : cinq contextes se sont dégagés. Les contextes juridique, médical, économique, psychologique et sociologique et philosophique. L'idée était de replacer cette notion d'« assistance médicale à la procréation » au sein d'un contexte pluridisciplinaire, au-delà de la seule question d'ordre juridique.

- **Besoins de formations** : Madame Sophie JAVERZAT, Professeur de génétique à l'Université de Bordeaux est intervenue pour nous délivrer un complément d'information sur les aspects médicaux de l'Aide Médicale à la Procréation. De plus, Madame BRUNSWICK, psychologue clinicienne dans le Service de biologie de la reproduction et CECOS au CHU de Bordeaux, a rencontré plusieurs étudiants de notre équipe pour nous donner des éléments supplémentaires dans le domaine de la psychologie.

- **Confronter la théorie à la pratique** : nous avons mené notre étude en contactant des professionnels concernés par ces difficultés et qui ont accepté de partager leurs connaissances et leur expérience. Pour cela, des entretiens furent organisés avec des professionnels d'horizons divers.

Nous avons ainsi rencontré les acteurs suivants :

Professions	Nombre d'entretiens
Membre du Service de Biologie de la Reproduction-CECOS	1 entretien
Gynécologue AMP en milieu hospitalier	2 entretiens
Gynécologue AMP en clinique privée	2 entretiens
Membre du Conseil de l'ordre des médecins	1 entretien
Psychologue	1 entretien
Association	1 entretien

À la suite de chaque entretien, le suivi et la collecte d'informations ont pu être réalisés au moyen d'un compte-rendu.

Les développements qui suivent distinguent le contexte de notre étude clinique (partie I), le résultat de notre étude clinique et nos recommandations (partie II), ainsi que nos réflexions sur les évolutions juridiques possibles (partie III).

PARTIE 1 : LE CONTEXTE

I- L'encadrement du recours à l'Assistance Médicale à la Procréation

« Depuis la naissance, le 24 février 1982, d'Amandine, premier « bébé-éprouvette » né en France, plus de 400 000 enfants nés vivants ont été conçus ainsi en France, par fécondation in vitro (FIV), et 8 millions dans le monde. »⁴.

Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), créé par le décret du 23 février 1983, a permis d'initier des propositions de loi qui ont pour objectif d'adapter le droit, alors en vigueur, aux problèmes éthiques et moraux que posent les nouvelles techniques médicales, et notamment celle de l'Assistance Médicale à la Procréation. La première loi dite bioéthique qui comporte des dispositions relatives à l'AMP est promulguée le 29 juillet 1994⁵.

Depuis 1994, différentes lois bioéthiques ont été promulguées dont la dernière en date est celle du 2 août 2021, loi n° 2021-1017. Il s'agit de la quatrième loi bioéthique. Cette dernière a marqué un véritable tournant. Elle « crée des droits nouveaux et dessine, comme avec chaque loi de bioéthique, un nouveau point d'équilibre entre l'accueil des promesses technologiques et les valeurs collectives, en plaçant au cœur des évolutions sociétales le projet parental »⁶.

Au fil du temps « De nouvelles demandes sont nées alors même qu'aucune infertilité n'est en cause. Elles mettent en cause des limites que la nature avait imposées : l'âge (enfanter après la ménopause), la mort (demande d'insémination post-mortem), la différence des sexes (couples homosexuels en demande de PMA), la nécessité d'une altérité pour enfanter (le clonage) »⁷. Ces différentes demandes ont nécessité un réel encadrement législatif afin de limiter l'accès à l'AMP.

⁴DE LA ROCHEBROCHARD Elisa, « 40 ans après la naissance du premier « bébé-éprouvette » français, plus de 400 000 enfants conçus par FIV », *The Conversation*, 2022.

⁵L. n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, Journal officiel, n°175, 30 juillet 1994.

⁶SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *La lettre juridique*, septembre 2021.

⁷DAYAN J. et TROUVÉ C., « Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques », *Spirale - La grande aventure de bébé*, 2004, no 32(4), p. 27-32.

Par le biais de ces lois bioéthiques, le législateur a créé un encadrement juridique pour la technique de l'Assistance Médicale à la Procréation. Pour ce faire, d'une part, le législateur régule l'accès des usagers à l'AMP. D'autre part, il détermine les professionnels intervenant dans le parcours d'AMP et encadre leurs missions.

A) L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation

Initialement, la Loi bioéthique de 1994 prévoyait que seuls les couples hétérosexuels infertiles pouvaient prétendre à une Assistance Médicale à la Procréation⁸. L'ouverture de cette technique « pour les femmes seules et les couples de femmes » avait été promise par Emmanuel Macron durant sa campagne en vue de l'élection présidentielle de 2017⁹.

Cette annonce s'inscrit dans un contexte particulier, comme le rappelle Dominique Mehl, « l'entrée en scène du mariage pour tous en 2013 représente le bouleversement majeur des représentations concernant les mœurs, la conjugalité, la parentalité. Les conjoints vont pouvoir devenir parents par adoption. Pourquoi pas par recours à la procréation médicalement assistée ? La question se pose avec d'autant plus d'acuité que, pendant ce temps, des pays voisins plus libéraux que le nôtre autorisent la procréation médicalement assistée (PMA) pour des couples de même sexe et des femmes seules »¹⁰.

Cette promesse présidentielle est désormais accomplie. En effet, l'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation a été élargi par la Loi bioéthique du 2 août 2021, loi n° 2021-1017. Depuis, les femmes seules ou en couple, avec un homme ou une femme, peuvent recourir à cette méthode¹¹.

Au cours de notre atelier de restitution, un professionnel a mis en évidence une conséquence de l'ouverture de l'AMP à un public plus large. Il s'agit de l'évolution du public concerné par l'AMP. Il souligne que le profil des personnes ayant recours à l'AMP s'est élargi, incluant désormais des personnes avec moins de ressources financières.

⁸MEHL Dominique, « La loi bioéthique de 2021 », *AJ famille*, 2021, p. 520.

⁹SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *La lettre juridique*, septembre 2021.

¹⁰MEHL Dominique, « La loi bioéthique de 2021 », *AJ famille*, 2021, p. 520.

¹¹Art. 1, L. n° 2021-1018, 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, Journal officiel, n°0178 du 3 août 2021.

Depuis cette loi, le nouvel article L. 2141-2 du Code de la santé publique dispose que l'Assistance Médicale à la Procréation « est destinée à répondre à un projet parental » et que « tout couple formé d'un homme et d'une femme, de deux femmes ou toute femme non mariée ont accès à l'assistance médicale à la procréation après les entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire effectués selon les modalités prévues à l'article L. 2141-10 ».

Cette loi a eu pour conséquence de faire disparaître le critère d'infertilité qui était auparavant le critère décisif permettant de recourir à l'Assistance Médicale à la Procréation. Dorénavant, l'AMP est possible pour toutes les femmes seules ou en couple et les couples de personnes de sexes différents dès lors que ces derniers démontrent un projet parental. Selon Claire Legras, « le concept de projet parental consacré par le législateur français en 1994 – lors des premières lois dites « de bioéthique » – n'a en fait rien d'évident »¹². Elle précise également que « la notion de projet parental, placée par la loi au cœur de l'Assistance Médicale à la Procréation, est ici conçue plutôt comme un verrou : elle ne renvoie pas seulement à la demande des adultes, au fait de leur offrir la possibilité d'avoir un enfant. Elle renvoie aussi à l'intérêt de l'enfant, qui a toujours été placé au premier rang des préoccupations du législateur ».

Dorénavant « Enfanter ne serait plus se soumettre aux lois de nature, ni répondre à une exigence économique, mais assouvir un souhait. L'enfant établit aussi l'engagement social d'un couple »¹³.

Concernant le projet parental, les professionnels que nous avons rencontrés nous ont appris qu'il était apprécié en collégialité avec les différents acteurs de la procédure, tels que les gynécologues ou les psychologues. L'appréciation de ce projet a un impact sur les personnes qui souhaitent bénéficier d'une AMP, en effet « Un ou plusieurs entretiens psychologiques et des délais d'attente dits de « réflexion » lui donnent bien souvent le sentiment d'être jugé sur sa capacité à être parent »¹⁴.

Mais comme le précise Caroline Siffrein-Blanc, dans son article « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la Loi bioéthique du 2 août 2021 », permet au « critère médical, qui

¹²LEGRAS Claire, « Le projet parental suffit-il ? », *Laennec*, 2012, p. 24 à 30.

¹³DAYAN J. et TROUVÉ C., « Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques », *Spirale - La grande aventure de bébé*, 2004, no 32(4), 27-32.

¹⁴DAYAN J. et TROUVÉ C., « Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques », *Spirale - La grande aventure de bébé*, 2004, no 32(4), 27-32.

constituait un rempart objectif pour certains à l'absolutisme des volontés individuelles, disparaît purement et simplement ». L'ancien critère médical objectif laisse place à l'appréciation subjective d'un projet parental dont la loi ne définit pas les critères. Cela signifie que le projet parental est apprécié différemment selon la ou les personnes par lesquelles il est porté. En effet, l'appréciation du projet parental pour une femme seule ou un couple de femmes se distingue de celle d'un couple de personnes de sexes différents. Les femmes seules ou en couples ne peuvent pas procréer sans avoir recours à cette assistance médicale. Ce recours semble donc être la seule possibilité pour elles d'avoir un enfant. « Le projet des mères célibataires étant un choix mûrement réfléchi, il semble exclure les risques liés à la situation sociale, affective et psychologique évoqués pour les situations de monoparentalité subies. »¹⁵. En revanche, les couples de sexes différents ont généralement recours à l'AMP en raison d'une difficulté à procréer. Même si aujourd'hui, le critère d'infertilité n'existe plus comme condition d'accès, c'est en pratique ce qui va être apprécié pour les couples de personnes de sexes différents.

L'appréciation du projet parental se fait au regard des multiples informations recherchées par les professionnels dont certaines pourraient constituer un obstacle pour accéder à l'AMP. Par exemple, les professionnels rencontrés nous ont indiqué que la domiciliation dans un foyer pourrait constituer un empêchement. Ces professionnels vérifient également les documents administratifs pour s'assurer que la personne est en règle sur le territoire, ou que cette dernière n'est pas mariée à un tiers. L'appréciation par des professionnels d'un tel projet peut questionner puisque « sans l'obstacle de la stérilité, ils auraient conçu un enfant sans requérir l'avis de personne, et sans que quiconque se permette d'intervenir dans leur décision »¹⁶.

La loi encadre la vérification de l'adhésion du couple ou de la personne à son projet parental. Comme le rappelle Laurence Brunet, pour un couple demandeur, « tous doivent consentir préalablement à l'Assistance Médicale à la Procréation et réitérer ce consentement dans un délai d'un mois à compter des entretiens avec l'équipe médicale (CSP, art. L. 2141-10; v. infra). Lorsque les demandeurs sont en couple, l'équipe s'assure à chaque étape du protocole que leur projet parental commun est maintenu »¹⁷. De telle sorte que « la révocation du consentement en cours de traitement ou la séparation conjugale (dont les différentes

¹⁵SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *La lettre juridique*, septembre 2021.

¹⁶DAYAN J. et TROUVÉ C., « Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques », *Spirale - La grande aventure de bébé*, 2004, no 32(4), 27-32.

¹⁷BRUNET Laurence, « Les dispositions de la nouvelle loi bioéthique sur l'AMP et la filiation des enfants qui en sont issus », *AJF*, 2021, p. 522.

hypothèses sont mises à jour dans les dernières réformes, v. CSP, art. L. 2141-2, al. 4, 1° à 6°, nouv. et C. civ., art. 342-10, al. 3, nouv.) font toujours obstacle à la poursuite du traitement, tout comme le décès d'un des membres du couple »¹⁸. En effet, la situation parentale n'étant plus la même pour l'enfant à naître, ce projet doit alors être réévalué à la lumière de la situation actuelle.

Le projet parental n'est pas la seule condition permettant d'accéder à l'assistance médicale à la procréation. Le législateur a précisé, en 2021, l'âge maximal à partir duquel il n'était plus possible d'y avoir recours. Auparavant, la loi de 1994 précisait qu'il fallait « être en âge de procréer ». Pour autant, aucun âge n'était donné. « Aucun texte réglementaire n'ayant jamais précisé une telle notion alors que les risques médicaux et sociaux des paternités et des maternités tardives sont désormais documentés, une large marge d'appréciation était de fait laissée aux équipes médicales, les pratiques variaient d'un centre à l'autre et l'Agence de la biomédecine qui délivre des autorisations d'exportation de gamètes avait été confrontée à des contentieux de la part de couples à qui elle avait opposé un refus en raison de l'âge de l'homme »¹⁹.

« Afin d'éclairer les centres d'assistance médicale à la procréation, le conseil d'orientation de l'agence a rendu un avis le 8 juin 2017 par lequel il recommandait un âge maximal de 43 ans pour les femmes (avec possibilité d'aller jusqu'à 45 ans en cas d'utilisation d'ovocytes conservés ou issus d'un don) et de 60 ans pour les hommes. Pour parvenir à ce résultat, le conseil s'était appuyé sur des considérations médicales (diminution de la fertilité, risques pour le fœtus et la mère) mais également sociétales (difficultés liées à une parentalité tardive, distorsions des liens intergénérationnels) et économiques »²⁰.

Désormais grâce à la Loi bioéthique de 2021, loi n°2021-1017, « le décret n°2021-1243 du 28 septembre 2021 fixe des critères d'âge pour le prélèvement et le recueil de gamètes et leurs utilisations en assistance médicale à la procréation, l'autoconservation en vue de la préservation de la fertilité ou en l'absence de raisons médicales. Le prélèvement des ovocytes est possible jusqu'au jour du 43ème anniversaire pour la femme et le recueil des spermatozoïdes jusqu'au 60ème anniversaire pour l'homme. L'utilisation des gamètes et

¹⁸BRUNET Laurence, « Les dispositions de la nouvelle loi bioéthique sur l'AMP et la filiation des enfants qui en sont issus », *AJF*, 2021, p. 522.

¹⁹BRUNET Laurence, « Les dispositions de la nouvelle loi bioéthique sur l'AMP et la filiation des enfants qui en sont issus », *AJF*, 2021, p. 522.

²⁰Cour des comptes, « Les missions de l'agence de la biomédecine après la dernière loi bioéthique », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Janvier 2024.

embryons est possible jusqu'au jour du 45ème anniversaire pour les femmes et du 60ème anniversaire pour les hommes ou l'autre membre du couple s'il s'agit d'un couple de femmes»²¹. Cette disposition législative est venue confirmer la position qui avait initialement été soumise par le conseil d'orientation²².

« En revanche, toute mise en œuvre d'une assistance médicale à la procréation demeure conditionnée par les résultats de l'appréciation médicale individuelle réalisée par l'équipe clinico-biologique pluridisciplinaire du centre²³. Des refus de prise en charge sont donc possibles pour des femmes âgées de moins de 43 ou 45 ans selon les cas en raison par exemple de chances de grossesse réussie jugées trop faibles ou encore des délais moyens d'accès à l'assistance médicale à la procréation au sein du centre. Les motifs du report ou du refus doivent par contre être communiqués par écrit dès lors qu'il en est fait la demande »²⁴.

Le nombre de personnes pouvant recourir à l'AMP a augmenté avec la Loi bioéthique de 2021, ce qui a conduit à une augmentation du nombre d'AMP pratiquées en France. « En tout état de cause, ce surcroît d'activité pour les centres s'est traduit par la constitution d'une liste d'attente pour obtenir un don de sperme (près de 5 650 personnes tous publics confondus fin 2022, en progression de + 88,3 % sur six mois) s'ajoutant à celle relative au don d'ovocytes (environ 2 100 personnes tous publics confondus) ainsi que par un allongement des délais d'accès, qui sont passés entre décembre 2021 et 2022 de 12 à 14,4 mois (+ 20 %). Bien qu'elles concernent quasi-exclusivement des couples hétérosexuels, les assistances médicales à la procréation avec don d'ovocytes ont également connu, de manière *incidente*, un allongement de leurs délais sur la même période (de 22 à 23 mois, soit + 4,5 %) »²⁵.

Cela reflète désormais une plus grande diversité des modèles conjugaux et parentaux. Toutefois, le législateur n'a pas pu se contenter d'encadrer l'accès à l'AMP, il a fallu déterminer les acteurs, et les missions de ces derniers au cours du parcours.

²¹Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation, Journal officiel, n°0227, 29 septembre 2021.

²²Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation, Journal officiel, n°0227, 29 septembre 2021.

²³CSP, Art. L. 2141-10.

²⁴Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation, Journal officiel, n°0227, 29 septembre 2021.

²⁵Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation, Journal officiel, n°0227, 29 septembre 2021.

B) Les acteurs du parcours d'Assistance Médicale à la Procréation

De nombreux acteurs interviennent dans le parcours d'AMP. Certains sont des professionnels comme c'est le cas de ceux qui travaillent dans les centres d'AMP ou encore des notaires. Il faut également citer les donneurs de gamètes qui, sans être des acteurs à proprement parler, contribuent au déroulé du parcours d'AMP.

1- Les professionnels des centres d'Assistance Médicale à la Procréation

Tout d'abord, les couples ou les femmes seules qui souhaitent avoir un enfant se tournent vers des centres d'assistance médicale à la procréation. Il peut s'agir de centres privés ou publics selon la volonté du patient²⁶. Le choix de l'établissement va influencer sur le montant qui sera pris en charge pour rembourser les patients. En effet « la prise en charge des soins par l'assurance maladie relève toujours de deux échelles tarifaires différentes, notamment parce que le coût des soins dispensés dans les établissements du secteur public et du secteur privé sans but lucratif intègre la rémunération des médecins salariés alors que, dans le secteur privé à but lucratif, les honoraires des médecins exerçant à titre libéral sont pris en charge séparément »²⁷.

Le recours à une assistance Médicale à la procréation a un coût, « le financement d'un centre d'AMP (quel que soit son statut) est ainsi constitué de deux composantes complémentaires : (actes cliniques, biologiques, d'imagerie, consultations, séjours d'hospitalisation) (liée à l'exécution de différentes missions). La composante non facturable, ou dotation MIG, a pour vocation de financer des charges de personnel et d'équipements »²⁸. En France l'Assurance maladie prend en charge la totalité des frais pour la réalisation d'une AMP, la sécurité sociale estime le coût d'un cycle de FIV complet à 4100€, toutefois la sécurité sociale ne prend pas en charge les coûts des déplacements, et les dépassements d'honoraires qu'il peut y avoir dans les centres privés²⁹.

²⁶CSP, Art. L2142-1.

²⁷Cour des comptes, « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », *Rapport public thématique*, Octobre 2023.

²⁸Agence de la biomédecine, « Rapport financement AMP génétique 2023 », Avril 2024

²⁹BEYDON Charlotte, « Prise en charge de la PMA en France et à l'étranger : prix et montant du remboursement, conditions et démarches », 29 décembre 2023 <https://www.aide-sociale.fr/remboursement-pma/>.

Cela signifie que lorsque les patients choisissent le centre d'AMP vers lequel ils souhaitent avoir recours, ils prennent en compte le financement de cette assistance.

Toutefois le coût n'est pas la seule différence entre les centres privés et publics. Après les rencontres avec différents centres publics, ou privés il s'avère que leurs missions ne sont pas les mêmes, les centres privés n'ont pas d'agrément pour recevoir les dons, ils doivent donc se tourner vers des structures publiques pour bénéficier de ces gamètes.

Au sein de ces centres, qu'ils soient publics ou privés, il y a divers professionnels qui agissent chacun dans leur domaine de compétence pour que l'AMP puisse aboutir à la naissance d'un enfant dans de bonnes conditions.

Les centres d'AMP sont nombreux et comprennent différents établissements, comme cela a pu être indiqué par l'Agence de biomédecine dans son rapport « Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2022 », « en tenant compte des centres ayant adressé un rapport annuel d'activité à l'Agence de la biomédecine :

- 170 laboratoires ont assuré les préparations de spermatozoïdes en vue d'insémination intra-utérine. Cela concerne à la fois les laboratoires des centres clinico-biologiques et les laboratoires de biologie médicale qui pratiquent uniquement les préparations de spermatozoïdes en vue d'insémination intra-utérine,
- 104 centres clinico-biologiques ont assuré les activités de fécondation in vitro,
- 1 centre clinico-biologique a eu pour seule activité le recueil, la conservation et la mise à disposition de gamètes en vue de don sans réaliser de fécondation in vitro »³⁰.

Selon l'Agence de biomédecine, dans un centre d'AMP, les patients sont pris en charge « par une équipe multidisciplinaire constituée de médecins, techniciens de laboratoire, sages-femmes, infirmières, psychologues ». « Parmi eux, deux professionnels sont les référents du patient : le gynécologue et le biologiste ». La pluridisciplinarité des équipes est un atout au succès du parcours d'AMP puisque « La confrontation de chacune permet de bâtir une vision plus globale de la situation « complexe ». Maznevski (1994) vient conforter ce

³⁰Agence de la biomédecine, « Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2022 », Rapport médical et scientifique, 2022.

propos « les gens différents notent et perçoivent différemment les mêmes informations provoquant l'exploration d'un plus grand nombre de solutions »³¹.

De plus, il est possible que les patients soient suivis par d'autres professionnels médicaux. C'est un long parcours qui peut engendrer des fragilités psychologiques et, de ce fait, nécessiter un accompagnement pour les potentiels futurs parents. Ainsi, si un processus d'AMP peut être encadré par un psychologue, cela n'est pas une formalité obligatoire. Cet encadrement est proposé de manière systématique mais la prise en charge psychologique se fera à la demande du patient. Ce suivi aura lieu, la plupart du temps, au début du parcours d'AMP et a surtout un but préventif afin d'assurer un soutien aux patients dès le début de l'AMP. En effet, la procédure d'AMP étant une procédure lourde et intrusive dans la vie des patients, le soutien psychologique est surtout préconisé à titre de prévention.

2- Les donneurs de gamètes

Les professionnels ne sont pas les seuls acteurs extérieurs qui vont intervenir dans le parcours d'AMP des futurs parents. Parfois, l'intervention d'un donneur est nécessaire. Depuis la Loi bioéthique de 2021, loi n°2021-1017, le cadre législatif qui encadre le don a été modifié. Pour autant, comme le rappelle l'Agence de biomédecine sur son site internet, « l'anonymat, la gratuité et le volontariat sont les grands principes sur lesquels reposent le don de gamètes et l'accueil d'embryons. Ces 3 grands principes restent inchangés suite à la révision de la loi de bioéthique en 2021 »³².

Toutefois, le donneur n'est plus anonymisé automatiquement et de façon irréversible. La Loi bioéthique de 2021 a organisé la levée de l'anonymat du donneur. Comme le précise Isabelle Corpart, « afin de permettre aux enfants d'accéder à leurs origines au moment de leur majorité s'ils en font la demande, le législateur impose aux donneurs de transmettre leur identité et des données non identifiantes au moment du don. À compter du 1^{er} septembre 2022, il devient obligatoire pour les personnes qui aimeraient faire naître des enfants grâce à leurs spermatozoïdes ou à leurs ovocytes d'accepter de communiquer leur identité ainsi que des données non identifiantes, éléments qui seront nécessairement révélés aux enfants nés

³¹LAURENT-BROCHET Aline, « La diversité professionnelle : un atout au service de l'intelligence collective ? », *Projectique*, 2020, p. 139 à 164.

³²Agence de la biomédecine, « Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2022 », Rapport médical et scientifique, 2022.

grâce à ces dons si ces derniers veulent connaître leurs origines, ce qui sera possible une fois qu'ils auront atteint l'âge de la majorité »³³.

Concernant l'établissement de la filiation d'un enfant né à l'aide d'un don de gamète, les règles diffèrent selon le statut de son ou de ses parents. Toutefois, quel que soit le mode de filiation, le Code civil précise en son article 342-9 qu'aucun lien de filiation n'est établi entre le tiers donneur et l'enfant qui né. S'agissant de ses parents, tout d'abord, pour les couples de personnes de sexes différents, il s'agit des dispositions générales prévues par le titre VII du livre Ier du Code civil. Ces dernières prévoient que la filiation maternelle est établie à l'égard de la femme qui a accouché de l'enfant par sa désignation dans l'acte de naissance de l'enfant, en application de l'article 311-25 du Code civil. La filiation paternelle s'établit soit par la présomption de paternité, soit par la reconnaissance volontaire. De plus, lorsqu'une femme non mariée a recours seule à l'AMP avec tiers donneur, la filiation maternelle est établie par sa désignation dans l'acte de naissance de l'enfant lorsqu'elle a accouché de l'enfant, par application de l'article 311-25 du Code civil. Enfin s'agissant d'un couple de femmes ayant recours à l'AMP avec tiers donneur, la filiation maternelle s'établit également, à l'égard de la femme qui a accouché de l'enfant, par sa désignation dans l'acte de naissance en application des mêmes dispositions. Pour permettre et sécuriser l'établissement du second lien de filiation maternelle, l'article 6 de la loi de bioéthique de 2021 a créé, aux articles 342-11 et 342-12 du Code civil, un nouveau mode d'établissement de la filiation : la reconnaissance conjointe anticipée devant un notaire. Cette reconnaissance conjointe établit la filiation à l'égard de l'autre femme. Elle « doit avoir lieu avant que le couple ait initié le processus d'AMP avec tiers donneur et donc avant même que l'enfant soit conçu »³⁴. Cette reconnaissance conjointe sera ensuite inscrite en marge de l'acte de naissance de l'enfant sur instructions du procureur de la République qui s'assure du respect des conditions prévues au premier alinéa du IV de l'article 6 de cette loi.

³³CORPART Isabelle, « Levée de l'anonymat du don de gamètes en AMP : les modalités précisées », *Dalloz actualité*, 12 septembre 2022.

³⁴DUBOST Clément, « Futurs parents, avant toute PMA, lisez cet article », publié le 06 décembre 2022, <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.

3- Le notaire

Depuis la Loi bioéthique de 2021, lorsqu'un couple ou une femme seule veut recourir à une AMP nécessitant un don, un notaire doit recueillir leur consentement au don³⁵. Il va alors être « garant de l'authenticité et de l'efficacité de ses actes, entouré de ses conseils avisés »³⁶.

Lors de la réalisation de l'acte de consentement, le notaire devra alors s'assurer que la femme ou les potentiels parents sont informés sur les conséquences d'un don³⁷. Parmi les différentes informations, seule figure notamment le fait que « l'enfant issu de l'AMP pourra à sa majorité, à sa demande, accéder aux données non-identifiantes du donneur », « l'interdiction d'exercer une action aux fins d'établissement ou de contestation de la filiation au nom de l'enfant, à moins qu'il ne soit soutenu que celui-ci n'est pas issu de la procréation médicalement assistée ou que le consentement a été privé d'effet »³⁸. De plus, le notaire devra signifier aux futurs parents « la possibilité de faire déclarer judiciairement la paternité hors mariage de celui qui, après avoir consenti à l'AMP, ne reconnaît pas l'enfant qui en est issu et d'exercer contre lui une action en responsabilité de ce chef »³⁹. Enfin, les couples de femmes devront être informées que « la femme qui fait obstacle à la remise de la reconnaissance conjointe engage sa responsabilité » ainsi que « de la possibilité de faire apposer cette reconnaissance sur l'acte de naissance de l'enfant sur instruction du procureur de la République à la demande de l'enfant majeur, de son représentant légal s'il est mineur ou de toute personne ayant intérêt à agir en justice »⁴⁰.

Le notaire informe également les parents que le lien de filiation n'est jamais établi avec le tiers donneur⁴¹. Le notaire est également celui qui reçoit l'acte de reconnaissance

³⁵C. civ., Art. 1157-2.

³⁶JACQUOT Jean-Philippe, « Le notaire dans le parcours de la procréation médicalement assistée », publié le 28 novembre 2023, <https://www.village-justice.com/articles/notaire-dans-parcours-procreation-medicalement-assistee-pma,48009.html#:~:text=Pour%20accompagner%20les%20couples%20et,des%20informations%20pr%C3%A9cises%20et%20pertinentes.>

³⁷C. civ., Art. 1157-3.

³⁸DUBOST Clément, « Futurs parents, avant toute PMA, lisez cet article », publié le 06 décembre 2022, <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.

³⁹DUBOST Clément, « Futurs parents, avant toute PMA, lisez cet article », publié le 06 décembre 2022, <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.

⁴⁰DUBOST Clément, « Futurs parents, avant toute PMA, lisez cet article », publié le 06 décembre 2022, <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.

⁴¹C. civ., Art. 1157-3.

conjointe anticipée d'un couple de femmes. Cela se fait « en même temps qu'il recueille le consentement du couple au recours à la PMA avec un tiers donneur »⁴². La reconnaissance préalable⁴³, créée par la loi de 2021, est confiée uniquement au notaire contrairement à la reconnaissance préalable (dite classique) qui peut également être réalisée devant un officier d'état civil.

L'AMP connaît donc des règles juridiques qui évoluent au cours du temps et qui ont permis de définir autant les conditions auxquelles doivent répondre les futurs parents, que d'encadrer le rôle des acteurs auxquels ils seront confrontés.

Ce cadre juridique est également accompagné d'un encadrement médical qui définit les méthodes qui peuvent être envisagées dans le but d'avoir un enfant.

II- La diversité des techniques d'assistance médicale à la procréation

L'AMP consiste à manipuler un ovule et/ou un spermatozoïde afin de favoriser l'obtention d'une grossesse. Elle permet de pallier certaines difficultés de conception sans nécessairement traiter la cause de l'infertilité⁴⁴.

Avant la loi de 2021, pour avoir accès à l'AMP, il fallait qu'un membre du couple soit infertile. Un couple était considéré comme étant infertile à l'issue d'un délai de 12 à 24 mois de tentatives sans contraception⁴⁵. Cette définition a moins d'intérêt depuis la loi du 2 août 2021⁴⁶ qui a ouvert l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules et ainsi supprimé le critère de l'infertilité.

Néanmoins, cette loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 ne permet pas un accès total à l'AMP puisque toutes les techniques ne sont pas autorisées et que certaines personnes ne peuvent toujours pas y avoir recours. Il convient donc de se pencher sur les techniques autorisées en France (A) et celles qui sont proscrites (B).

⁴²DUBOST Clément, « Futurs parents, avant toute PMA, lisez cet article », publié le 06 décembre 2022, <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.

⁴³Ministère de la Justice, Circulaire du 21 septembre 2021 de présentation des dispositions en matière d'assistance médicale à la procréation issues de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, 21 septembre 2021.

⁴⁴Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medecale-procreation-amp/>.

⁴⁵Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medecale-procreation-amp/>.

⁴⁶L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, Journal officiel, n°0178, 3 août 2021.

A) Les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation autorisées en France

1- Une diversité de techniques hiérarchisées

Concernant le recours à l'AMP, le couple ou la femme seule non mariée ne peut pas choisir seul la technique qui lui permettra d'avoir un enfant. En effet, les différentes techniques sont hiérarchisées. Il faudra d'abord avoir recours à une insémination artificielle (a). Lorsque la ou les personnes se retrouvent face à des difficultés de procréation et donc, à des échecs successifs après des essais de plusieurs mois (3 à 6 mois en fonction des centres), il leur sera possible d'avoir recours à une fécondation in vitro (b). C'est alors uniquement pour les cas dans lesquels ces deux premières techniques ont échoué, en raison d'une qualité trop altérée des spermatozoïdes ou en cas de mauvais taux de fécondation en FIV « conventionnelle », qu'il sera possible de réaliser une fécondation in vitro avec micro-injection⁴⁷ (c). Il convient donc de présenter ces différentes techniques médicales.

a) L'insémination artificielle

L'insémination artificielle est la première technique utilisée, car elle est présentée comme la plus simple et la moins coûteuse. C'est une technique commune dont le but est de recueillir et de préparer les spermatozoïdes du conjoint ou du donneur afin de le déposer dans l'utérus de la femme dans lequel l'embryon va pouvoir s'implanter⁴⁸.

L'injection doit coïncider avec la période d'ovulation de cette dernière pour permettre à l'ovule d'être fécondé.

Durant cette période, un traitement hormonal, se présentant sous la forme d'une stimulation ovarienne, est conseillé à la femme ayant recours à cette technique. Cela permet d'obtenir le développement d'un ou de deux (voire plus) follicules matures. Ces follicules constituent « le lieu d'accueil » des ovocytes ou des ovules. Ils arrivent à maturation et sont libérés lors de l'ovulation dans le but d'être fécondés. Des échographies et des prises de sang permettront de surveiller le développement folliculaire afin de détecter si la stimulation hormonale est excessive, ce qui pourrait entraîner des grossesses multiples.

⁴⁷Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medecale-procreation-amp/>.

⁴⁸Agence de la biomédecine, « Tout savoir sur l'insémination artificielle », <https://www.procreation-medecale.fr/insemination-artificielle-ia/>.

L'insémination artificielle est réalisée lors de la maturation. Ainsi, le donneur ou le conjoint doit se rendre dans un lieu spécialisé (banque de sperme ou laboratoire spécialisé) afin de recueillir ses spermatozoïdes. Ils sont ensuite préparés et déposés à l'intérieur de la cavité utérine de la femme grâce à un cathéter. Les spermatozoïdes que l'on appelle « mobiles » se dirigent vers les trompes de Fallope et viennent rencontrer l'ovule créé en amont par des follicules ovariens matures.

L'insémination artificielle constitue donc une fécondation naturelle dans le sens où elle se fait directement à l'intérieur du corps de la future mère. Elle permet de reproduire les conditions d'un rapport sexuel naturel, mais sous contrôle médical en optimisant les chances de fécondation.

Il existe des variantes dans la réalisation de l'insémination artificielle. D'abord, concernant la localisation de l'implantation, il peut s'agir soit d'une insémination intra utérine lorsque les spermatozoïdes sont introduits directement dans l'utérus, soit d'une insémination intra-cervicale lorsque les spermatozoïdes sont introduits dans le col de l'utérus. Ensuite, concernant l'origine du sperme, il convient également de distinguer l'IAC qui désigne une insémination artificielle avec le sperme du conjoint qui peut-être frais ou congelé et l'IAD qui désigne quant à elle une insémination artificielle réalisée avec un don de spermatozoïdes provenant d'un donneur⁴⁹. Ce donneur doit déjà avoir eu au moins un enfant et son sperme est systématiquement congelé⁵⁰.

Lorsqu'aucun résultat n'est obtenu à la suite de l'insémination artificielle et que la femme seule non mariée ou le couple rencontre des échecs successifs, il est alors possible d'avoir recours à une fécondation *in vitro* (FIV)⁵¹.

⁴⁹Agence de la biomédecine, « Tout savoir sur l'insémination artificielle », <https://www.procreation-medicale.fr/insemination-artificielle-ia/>.

⁵⁰LE LANNOU Dominique, « Journal gynécologie obstétrique et fertilité », *ScienceDirect*, volume 32, issue 10, Octobre 2004, p. 894-897.

⁵¹Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicale-procreation-amp/>.

b) La fécondation *in vitro* (FIV)

Cette seconde méthode apparue en 1984 représente une technique plus invasive. Elle peut-être proposée lorsque l'infertilité est liée à une anomalie des trompes empêchant la rencontre naturelle des gamètes mais peut également en cas « d'infertilité inexplicée, de certaines infertilités masculines modérées et après échec des autres techniques telles que stimulations et des inséminations »⁵².

Il s'agit ici de provoquer la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde, non pas directement dans l'utérus de la femme, mais au sein d'un laboratoire. Pour cela, il est possible d'utiliser les gamètes de deux conjoints, ou bien les gamètes d'un tiers (donneuse d'ovocytes ou donneur de sperme)⁵³.

La fécondation *in vitro* présente une certaine particularité. Celle-ci permet en effet de mettre en présence un nombre constant de spermatozoïdes mobiles par ovocyte (100 000 spermatozoïdes mobiles par ovocyte en culture en puits)⁵⁴.

Là encore, comme pour l'insémination artificielle, la femme a recours à un traitement hormonal contenant des hormones « folliculo-stimulante ». Il s'agit d'un traitement consistant à « tromper les ovaires » dans le but de les stimuler et ainsi de donner naissance à des follicules matures⁵⁵.

S'agissant du sperme, il est prélevé et préparé au laboratoire. Le prélèvement d'ovocyte, quant à lui, s'effectue par ponction vaginale échoguidée des follicules. Une fois matures, c'est-à-dire lorsqu'ils atteignent un diamètre de 16 à 20 mm, ces follicules sont prélevés par ponction sous anesthésie locale ou générale. C'est ce que l'on appelle la ponction folliculaire. Le liquide est ensuite transmis au laboratoire. Le laboratoire contribuera à la recherche par microscope de la présence d'ovocytes. Les ovocytes trouvés sont placés dans une boîte de culture⁵⁶.

⁵²Agence de la biomédecine, « La fécondation *in vitro* ».

⁵³Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medecale-procreation-amp/>.

⁵⁴LE LANNOU Dominique, « La gynécologie obstétrique et fertilité », *ScienceDirect*, volume 32, issue 10, Octobre 2004, p. 894-897.

⁵⁵Agence de la biomédecine, « Le guide de l'assistance médicale à la procréation », publié le 13 février 2025, p. 19 https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/bd_biom24-5_maj_broch_patients_amp_a5_40p_pap.pdf.

⁵⁶Agence de la biomédecine, « Le guide de l'assistance médicale à la procréation », publié le 13 février 2025, p. 19 https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/bd_biom24-5_maj_broch_patients_amp_a5_40p_pap.pdf.

Contrairement à l'insémination artificielle, la fécondation a lieu à l'extérieur du corps de la femme. Ainsi, les ovocytes sont placés au contact des spermatozoïdes dans une boîte de culture placée à 37°C. Les ovocytes fécondés deviennent des zygotes et, par la suite, des embryons. Quelques jours après la fécondation *in vitro* (généralement entre 2 à 5 jours après), le transfert a lieu dans le corps de la femme. Il s'agit d'un transfert au sein de l'utérus de la femme qui se fait sous analgésie ou anesthésie locale. Cette transmission est réalisée à l'aide d'un cathéter introduit sous contrôle échographique⁵⁷.

Enfin, il existe une dernière technique utilisée en dernier recours. Elle présente l'avantage de résoudre les différents problèmes d'infertilité masculine⁵⁸.

c) La FIV avec micro-injection

La fécondation *in vitro* avec micro-injection, autrement dit la FIV-ICSI (pour intracytoplasmic sperm injection) constitue la dernière technique d'AMP autorisée en France. Cette technique permet de résoudre la majorité des problèmes d'infertilité masculine en raison d'une sélection des spermatozoïdes réalisée en fonction de leur mobilité⁵⁹. Il s'agit ici d'injecter directement un spermatozoïde sélectionné dans l'ovule. Cela nécessite ainsi une préparation spécifique des ovocytes et des spermatozoïdes⁶⁰. Ainsi, des micro-injections sont effectuées par un biologiste sous le contrôle d'un microscope. Une fois les ovocytes arrivés à maturation, ils sont fécondables et le processus peut-être renouvelé⁶¹. Les étapes qui suivent concernant la stimulation hormonale de la femme jusqu'au transfert des embryons sont semblables à celles réalisées pour la fécondation *in vitro*⁶².

Dans les protocoles clinique de Port-Royal pour la prise en charge de l'infertilité, Valérie Blanchet et Jacques de Mouzon précisent concernant le recours à une FIV ICSI que

⁵⁷ Évolution des techniques de l'Assistance Médicale à la procréation, Pierre Jouannet, Sciencedirect.

⁵⁸Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicales-procreation-amp/>.

⁵⁹Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicales-procreation-amp/>.

⁶⁰Agence de la biomédecine, « La fécondation *in vitro* avec ICSI », <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicales-procreation-amp/>.

⁶¹Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, publié le 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicales-procreation-amp/>.

⁶²Agence de la biomédecine, « La fécondation *in vitro* avec ICSI », <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicales-procreation-amp/>.

« poser une indication de FIV/ICSI doit répondre à un projet parental et la balance bénéfices attendus et risques prévisibles doit toujours rester présente à l'esprit. La prise en charge est initiée après avoir réalisé un bilan complet d'infertilité, et s'être assuré que l'âge et la réserve ovarienne sont compatibles avec une stimulation ovarienne pour FIV »⁶³.

En conclusion, lorsqu'une femme seule, un couple de femmes ou un couple composé d'un homme et d'une femme souhaitent se lancer dans un parcours d'AMP, plusieurs techniques médicales sont possibles en France. Néanmoins, ces techniques ne seront pas choisies librement par les demandeurs puisqu'une hiérarchie est imposée. Ainsi, il reviendra aux professionnels médicaux de déterminer si les patients peuvent recourir à une FIV ou une FIV-ICSI en raison des échecs de l'insémination artificielle. Il est ressorti de nos entretiens que certains patients regrettaient parfois ce principe de hiérarchie car cela les empêchait d'accéder directement à une technique plus invasive. Ils ont donc l'impression de devoir « cocher certaines cases » pour pouvoir accéder à l'étape suivante malgré la très faible chance de réussite d'une insémination artificielle par exemple. Cette hiérarchie est néanmoins justifiée par des interventions médicales pouvant être invasives et entraînant des conséquences sur le corps de la femme.

Après avoir présenté les différentes techniques médicales autorisées en France pour réaliser une AMP, il convient de s'intéresser à l'encadrement législatif du diagnostic préimplantatoire (DPI).

2- La possibilité restreinte du diagnostic préimplantatoire

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) est un diagnostic qui permet de faire naître un enfant indemne d'une pathologie générale en évitant de transférer dans l'utérus des embryons atteints par une maladie.⁶⁴ Dans son ouvrage intitulé « Le diagnostic prénatal en pratique »⁶⁵, Dominique BONNEAU définit le diagnostic préimplantatoire comme « la recherche d'anomalies génétiques ou cytogénétiques sur des embryons obtenus par fécondation in vitro.

⁶³BLANCHET Valérie, DE MOUZON Jacques, « Protocoles cliniques de Port-Royal pour la prise en charge de l'infertilité, FIV/ICSI : indications et résultats », *ScienceDirect*, Octobre 2004, p. 82-84.

⁶⁴Agence de la biomédecine, « Le diagnostic préimplantatoire et vous », 2015, https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_brochure_dpi_vdef.pdf.

⁶⁵BONNEAU Dominique, « Le diagnostic prénatal en pratique, génétique médicale et diagnostic prénatal », *ScienceDirect*, 2011, Chapitre 6, p. 55-63.

Les embryons non porteurs de l'anomalie sont alors transférables dans l'utérus ». Il s'agit donc d'une analyse génétique de cellules embryonnaires avant le transfert d'embryons dans l'utérus⁶⁶.

Il est prévu par le Code de la santé publique aux articles L. 2131-1 à L. 2131-5. Il s'entend, au regard de l'article L. 2131-4 comme « le diagnostic biologique réalisé à partir de cellules prélevées sur l'embryon *in vitro* ». En effet, dans le cas où l'un des parents est porteur d'une maladie génétique grave pour l'embryon ou d'une maladie d'une extrême gravité, ils peuvent demander ce diagnostic préimplantatoire pour connaître la possibilité de transmission de cette anomalie génétique pour l'embryon.

Ainsi, dans le cas d'une AMP, ce diagnostic va permettre de prélever une ou plusieurs cellules embryonnaires (appelés blastomères) sur l'embryon résultant d'une fécondation *in vitro*. Cela est fait dans le but de choisir ceux qui sont sains et de les considérer comme « candidats au transfert ». Le DPI est donc utilisé dans le cadre de la prévention de maladies génétiques graves qui pourraient compromettre la santé de l'enfant à naître⁶⁷.

Enfin, la loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 autorise la technique dite du « bébé médicament ». Il s'agit de « la sélection d'un embryon parfaitement compatible immunologiquement avec un frère ou une soeur aînée et atteinte par une maladie qui nécessiterait une greffe »⁶⁸. Le recours à l'utilisation du « bébé médicament » a donc pour objectif de faire naître un enfant qui serait doté de caractéristiques permettant de soigner son frère ou sa sœur atteint d'une maladie grave. Ainsi, pour les « bébés médicaments », la méthode utilisée est la même que pour le DPI. La différence se trouve dans le fait que les embryons à réimplanter suite au diagnostic doivent également être immunologiquement compatibles avec le frère ou la sœur malade⁶⁹.

⁶⁶FRYDMAN R., ACHOUR-FRYDMAN N., « Le diagnostic prénatal en pratique, diagnostic génétique préimplantatoire », *ScienceDirect*, 2011, Chapitre 8, p. 73-78.

⁶⁷TESTART Jacques, SELE Bernard, « Le diagnostic préimplantatoire n'est pas un diagnostic prénatal précoce », *Médecine/Sciences*, 1996, volume 12, p. 1398-1401.

⁶⁸Inserm, Assistance médicale à la procréation, des techniques pour aider les couples infertiles, 11 juillet 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medecale-procreation-amp/>.

⁶⁹BIENVAULT Pierre, HOFFNER Anne-Bénédicte, DE SAUTO Martine, MARTIN Sébastien, « Génétique, Diagnostic préimplantatoire et "bébé médicament" », *La Croix*, 19 mars 2009.

Le DPI reste strictement réglementé en France. Les lois bioéthiques viennent établir un cadre législatif afin que le DPI soit utilisé de manière éthique et médicalement justifiée, tout en prévenant une forme de discrimination ou d'abus eugénique.

L'article L. 2131-4 du Code de la santé publique prévoit donc les conditions dans lesquelles ce diagnostic peut être réalisé. Selon cet article, un médecin exerçant dans un centre pluridisciplinaire de DPI doit attester que le couple ou la femme non mariée « a 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 ».

L'Agence de la biomédecine réalise une liste des maladies génétiques qui sont dans leur grande majorité des maladies rares, voire très rares. Il existe selon elle plus de 6 000 maladies génétiques différentes. Cependant, Anne Sophie Giraud affirme qu'il n'existe pas réellement de consensus légal ou social sur ce que l'on entend par une maladie génétique dite grave⁷⁰. En effet, les demandes de DPI sont évaluées, notamment par les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) au niveau local et sont donc indépendantes même si le but reste une harmonisation au niveau national. Ainsi, il est possible de relever une flexibilité pour les couples qui peuvent voir leur demande acceptée dans un centre alors qu'elle avait été refusée dans un autre.⁷¹ Néanmoins, la gravité s'apprécie souvent selon plusieurs critères tels que l'espérance de vie, l'autonomie, la qualité de vie, la variabilité des symptômes, l'existence de traitements efficaces ou encore l'âge d'apparition de la maladie. Il est alors possible de remarquer que certaines demandes sont presque systématiquement acceptées, comme la mucoviscidose ou la chorée de Huntington qui sont des maladies létales influençant fortement la qualité de vie des personnes atteintes. D'autres maladies suscitent quant à elles des négociations entre professionnels et personnes demandeuses.

Ainsi, chaque demande de diagnostic préimplantatoire est évaluée au cas par cas par différentes instances (équipes, de génétique clinique et d'AMP). Le dossier est ensuite

⁷⁰GIRAUD Anne-Sophie, « Sous le régime de l'exception : accéder à la parentalité grâce au diagnostic préimplantatoire en France », *R.F.A.S*, 2023.

⁷¹GIRAUD Anne-Sophie, « Sous le régime de l'exception : accéder à la parentalité grâce au diagnostic préimplantatoire en France », *R.F.A.S*, 2023.

transmis et étudié par le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) présent dans chaque région qui doit valider l'indication du DPI⁷².

De plus, la réalisation du DPI nécessite le consentement exprimé par écrit des deux membres du couple ou de la femme non mariée⁷³.

L'alinéa 7 de l'article L.2131-4 prévoit également que le DPI « ne pourra être réalisé que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet par l'Agence de la Biomédecine ». En France, seuls cinq centres existent. Ils se trouvent à Grenoble, Montpellier, Nantes, Paris et Strasbourg⁷⁴.

Dans le but de prévenir tout abus eugénique et de protéger la dignité humaine, l'article L. 2131-4, alinéa 6 du CSP prévoit que « le diagnostic ne peut avoir d'autre objet que de rechercher cette affection ainsi que les moyens de la prévenir et de la traiter ». La loi interdit donc expressément l'utilisation du DPI à des fins qui ne seraient pas médicales, telles que la sélection du sexe de l'enfant, la couleur des yeux ou tout critère esthétique de préférence personnelle. Ce texte vient empêcher toute forme de discrimination fondée sur des caractéristiques génétiques.

Il convient de préciser que le DPI se distingue du diagnostic prénatal (DPN) même s'il s'en rapproche. Celui-ci est en effet un processus permettant de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une anomalie grave⁷⁵. Le diagnostic prénatal est donc réalisé une fois que l'embryon ou le fœtus se trouve dans l'utérus de la femme. Ce diagnostic permettra de proposer aux parents de soigner l'enfant à naître ou de les aider à se préparer à l'accueillir. Dans les situations les plus graves, comportant un caractère incurable, le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) pourra délivrer une attestation de gravité rendant licite une interruption médicale de grossesse. Le diagnostic préimplantatoire, quant à lui, consiste à rechercher les maladies génétiques graves et incurables pouvant être transmises

⁷²GIRAUD Anne-Sophie, « Sous le régime de l'exception : accéder à la parentalité grâce au diagnostic préimplantatoire en France », *R.F.A.S.*, 2023.

⁷³CSP, Art. L2131-4, al. 5.

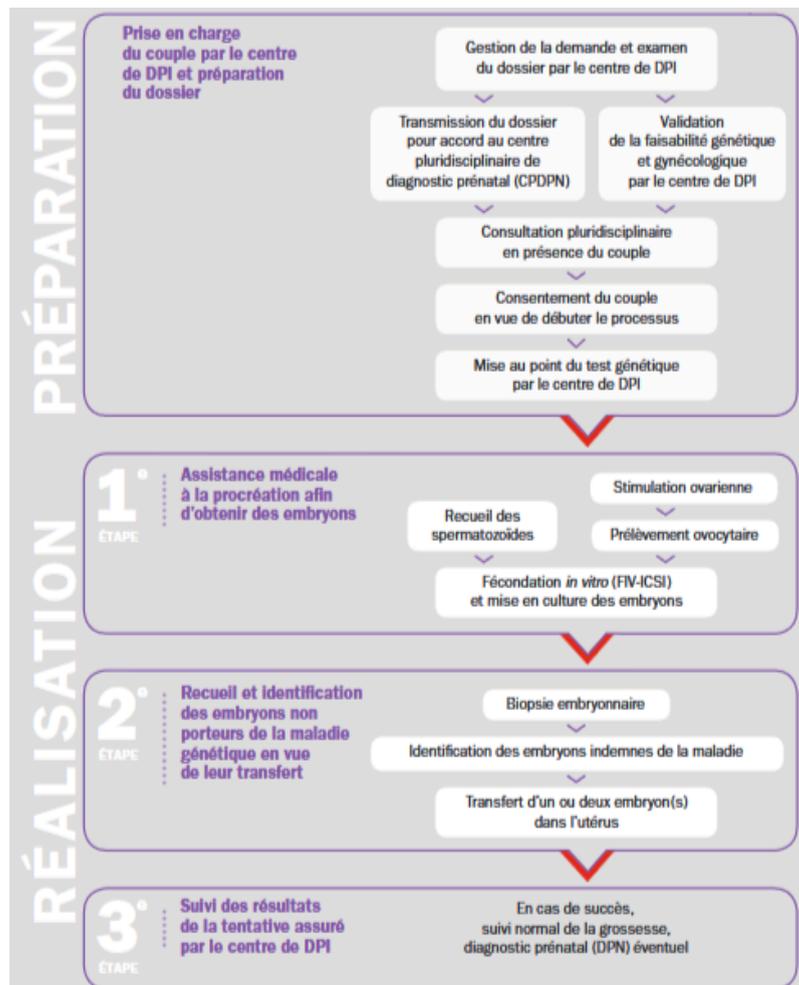
⁷⁴Agence de la biomédecine, « Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France », 2017, <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/diag-prenat/03-preimpl/synthese.htm>.

⁷⁵TESTART Jacques, SELE Bernard, « Le diagnostic préimplantatoire n'est pas un diagnostic prénatal précoce », *Médecine/Sciences*, 1996, volume 12, p. 1398-1401.

par les parents uniquement sur les embryons conçus *in vitro*, c'est-à-dire avant qu'ils ne soient implantés dans le corps de la femme⁷⁶.

En conclusion, la loi française autorise le diagnostic préimplantatoire dans des circonstances particulières prévues par le Code de la santé publique. À l'issue de nos rendez-vous avec des professionnels de santé, il ressortait que le DPI était une technique qui pouvait en effet être utile dans certains dossiers pour lesquels il y avait beaucoup d'embryons à transférer. Cela permettait ainsi selon lui d'éviter des fausses couches et des déséquilibres chromosomiques. Il précisait néanmoins la nécessité de restreindre la possibilité du recours à ce diagnostic seulement dans des cas bien particuliers.

Schéma réalisé par l'Agence de la Biomédecine retraçant les différentes étapes du Diagnostic Préimplantatoire⁷⁷ :



⁷⁶Agence de la biomédecine, « Diagnostic prénatal, diagnostic préimplantatoire et génétique postnatale », 2 avril 2020,

<https://www.agence-biomedecine.fr/Diagnostic-prenatal-diagnostic-preimplantatoire-et-genetique-postnatale>.

⁷⁷Agence de la biomédecine, « Le diagnostic préimplantatoire et vous », 2015, https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_brochure_dpi_vdef.pdf.

3- Les taux de réussite de l'Assistance Médicale à la Procréation en fonction des techniques utilisées

Les chiffres de l'activité 2022 obtenus au sein du rapport médical et scientifique de la procréation et de la génétique humaine concernant l'assistance médicale à la procréation permettent de distinguer, à l'aide de deux graphiques, le taux de grossesse échographiques par tentative d'AMP avec le taux d'accouchement par tentative d'AMP.⁷⁸

Selon le rapport de l'Agence de la Biomédecine relatif à l'assistance médicale à la procréation en 2022⁷⁹: « Les différences observées sur les taux de grossesse et d'accouchement en fonction des techniques et de l'origine des gamètes (figures [AMP1](#) et [AMP2](#)) sont liées aux indications de ces différentes techniques d'AMP (causes de l'infertilité, pathologies associées, etc.), aux procédés eux-mêmes et aux caractéristiques des patients (âge, indice de masse corporelle...) ».

⁷⁸Agence de la biomédecine, « Le rapport médical et scientifique de la procréation et de la génétique humaines. Assistance médicale à la procréation: principaux chiffres de l'activité », 2022, <https://www.agence-biomedecine.fr/Le-rapport-medical-et-scientifique-2022est-en-ligne>.

⁷⁹Agence de la biomédecine, « Diagnostic prénatal, diagnostic préimplantatoire et génétique postnatale », 2 avril 2020, <https://www.agence-biomedecine.fr/Diagnostic-prenatal-diagnostic-preimplantatoire-et-genetique-postnatale>.

	Nombre de centres actifs*	Tentatives* *	Grossesses échographiques	Accouchements	Enfants nés vivants	Statut vital des nouveau-nés inconnu
Intraconjugal	-	-	-	-	-	-
Insémination intra-utérine	169	37807	4698	4030	4317	26
FIV hors ICSI	103	19851	3169	2785	2845	25
ICSI	104	38635	6241	5369	5556	55
Décongélation d'embryons	104	51595	13942	11936	12131	71
donneur	-	-	-	-	-	-
Insémination intra-utérine	93	4765	891	811	844	4
FIV hors ICSI	24	184	22	20	20	0
ICSI	94	1551	256	225	232	1
Décongélation d'embryons	90	1052	268	223	220	4
Don d'ovocytes	-	-	-	-	-	-
FIV hors ICSI	4	22	4	3	4	0
ICSI	30	1426	280	231	243	13
Décongélation d'embryons	33	1370	364	310	315	5
Accueil d'embryons	-	-	-	-	-	-
Décongélation d'embryons	18	172	48	39	41	0
Non renseignée***	-	-	-	-	-	-
FIV hors ICSI	0	-	-	-	-	-
ICSI	2	11	0	0	-	-
Décongélation d'embryons	1	26	4	4	4	0
Non renseignée	1	1	0	0	-	-
Total	-	158468	30187	25986	26772	204

μ Les données d'activité 2022 ne sont pas exhaustives (cf. Matériel et méthodes). Certains centres ou laboratoires ayant eu une activité n'ont pas transmis leur rapport : 1 centre clinico-biologique n'a pas transmis l'intégralité de ses données d'activité (fécondation in vitro, inséminations)

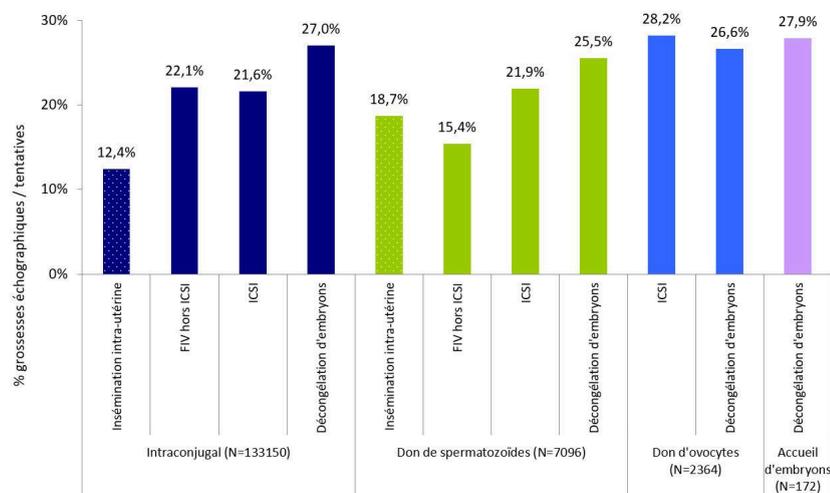
*Les centres actifs sont les centres ayant déclaré une activité et envoyé leur rapport d'activité de l'année 2022 à l'Agence de la biomédecine

**Tentatives : inséminations intra-utérines, ou ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations in vitro (FIV, ICSI), ou décongélation d'embryons en vue de transferts d'embryons congelés, ou mises en fécondation (don d'ovocytes) et ou décongélation d'ovocytes (ICSI).

***Non renseignée : origine des spermatozoïdes non renseignée

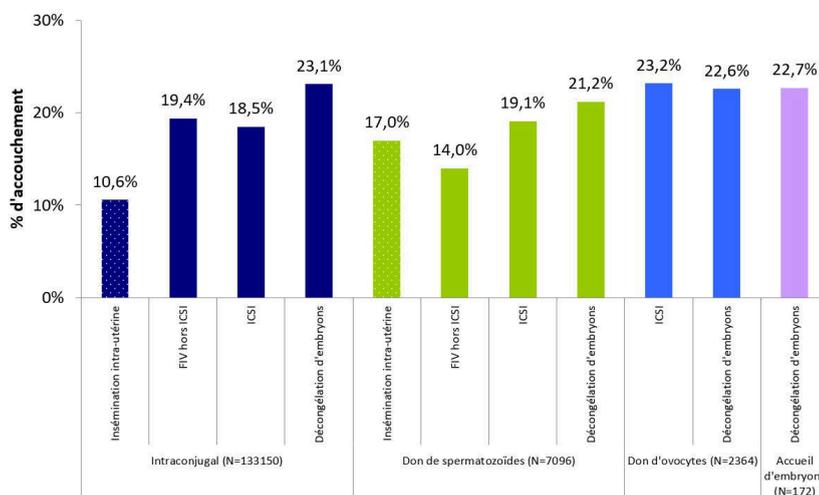
Source : « Le rapport médical et scientifique de la procréation et de la génétique humaines. Assistance médicale à la procréation: principaux chiffres de l'activité 2022 »
[https://rams.agence-biomedecine.fr/sites/default/files/pdf/2024-08/ABM_PEGH RAMS A MP_2023_0.pdf](https://rams.agence-biomedecine.fr/sites/default/files/pdf/2024-08/ABM_PEGH_RAMs_A_MP_2023_0.pdf)

Figure AMP1. Taux de grossesses échographiques par tentative* d'AMP selon le type d'AMP et l'origine des gamètes en 2022



*Tentatives : cycles d'insemination intra-utérines ; ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations *in vitro* (FIV, ICSI), à l'exclusion des ponctions suivies de la congélation de la totalité de la cohorte embryonnaire transférable ou congelable, ou de la totalité de la cohorte ovocytaire ; décongélation d'embryons en vue de TEC ; mises en fécondation (don d'ovocytes) ; décongélation d'ovocytes (ICSI) ; N : nombre de tentatives

Figure AMP2. Taux d'accouchements par tentative* d'AMP selon le type d'AMP et l'origine des gamètes en 2022



*Tentatives : cycles d'insemination intra-utérines ; ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations *in vitro* (FIV, ICSI), à l'exclusion des ponctions suivies de la congélation de la totalité de la cohorte embryonnaire transférable ou congelable ; transferts d'embryons congelés (TEC) ; N : nombre de tentatives

Ainsi, si le droit français prévoit les techniques d'AMP autorisées sur son territoire et réglemente l'accès au DPI, il interdit également expressément certaines techniques.

B) Les techniques proscrites en France

En France, certaines techniques sont actuellement proscrites. C'est le cas de l'AMP post-mortem (1) et de la ROPA (Réception des Ovocytes de la Partenaire) (2). De plus, si la loi relative à la Bioéthique du 2 août 2021 a permis d'ouvrir l'accès à l'AMP aux couples de femmes ainsi qu'aux femmes seules non mariées, les hommes transsexuels ayant conservé leurs organes féminins n'ont pas accès à l'AMP (3).

1- L'interdiction de l'Assistance Médicale à la Procréation post-mortem

a) Le cadre juridique actuel

L'interdiction de la procréation post-mortem a été instaurée dans le droit français par les premières lois relatives à la bioéthique en 1994 suite à une affaire très médiatisée. Les tribunaux ont rendu des décisions contradictoires, notamment dans l'affaire Parpalaix, dans laquelle un homme atteint d'un cancer avait fait conserver son sperme au CECOS. Après son décès, son épouse a demandé la restitution du sperme de son époux décédé pour réaliser une insémination artificielle, mais le CECOS a refusé. Le Tribunal de grande instance de Créteil⁸⁰ a autorisé cette insémination post-mortem en se basant sur la volonté de l'homme d'avoir un enfant commun avec son épouse⁸¹. A la suite de cette affaire, la loi relative à la bioéthique de 1994 a mis fin aux débats en prononçant l'interdiction de l'Assistance Médicale à la Procréation post-mortem.

Depuis lors, le Code de la santé publique pose cette interdiction⁸² de manière explicite en précisant que le décès de l'un des membres du couple fait obstacle à l'insémination ou au transfert d'embryons. En cas de décès, l'article L. 2141-4, II° CSP prévoit le devenir des embryons du couple. Le membre du couple survivant peut choisir de donner les embryons conservés à un autre couple, à la recherche, ou d'en demander la destruction.

⁸⁰TGI Créteil, 1^{er} août 1984.

⁸¹Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, avis n°113, « La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple », 10 février 2011.

⁸²Articles L. 2141-2 et L. 2141-11-1 CSP.

b) Les fondements juridiques de cette interdiction

Ainsi, pour comprendre les fondements juridiques de cette interdiction, il convient d'examiner successivement : le respect du corps humain et du consentement, la protection de l'enfant à naître, et enfin l'adaptation nécessaire du droit de la filiation et du droit des successions.

Le respect du corps humain et du consentement au projet parental

L'article 16-1 du Code civil prévoit que « chacun a droit au respect de son corps », principe fondamental qui régit la liberté individuelle et la protection de l'intégrité physique de chaque personne. L'utilisation des gamètes d'une personne décédée sans son consentement explicite est perçue comme une atteinte à la dignité humaine et à l'intégrité du corps humain. Le respect dû au corps humain après la mort justifie cette interdiction, selon l'article 16-1-1 du Code civil.

L'interdiction de l'AMP post-mortem peut également se justifier au regard du consentement au projet parental puisque, selon l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique, l'AMP doit répondre à un projet parental du couple. Le décès fait obstacle à la poursuite de ce projet et reflète une volonté de respecter l'intégrité physique et la dignité du défunt. C'est la raison pour laquelle lorsque le décès d'un partenaire met fin à un projet d'AMP réalisé en couple, la femme désirant poursuivre son projet de maternité doit recommencer et initier un nouveau projet parental en tant que femme seule⁸³.

La protection de l'enfant à naître

La doctrine⁸⁴ a mis en évidence le fait que cette interdiction était justifiée, notamment afin de préserver l'intérêt de l'enfant à naître en évitant « qu'il naisse dans un contexte de deuil de son père, risquant de marquer son récit identitaire, et qu'il soit susceptible d'être instrumentalisé en tant que figure de remplacement du père disparu »⁸⁵.

⁸³DUPONT Jean, « PMA post-mortem : compatibilité de l'interdiction avec le droit européen », *Dalloz Actualité*, 18 décembre 2024

⁸⁴MANET Martial, « L'article 8 de la CEDH et l'interdiction de la procréation post mortem par le droit français. A propos de l'affaire CourEDH, 14 sept. 2023, Baret et Caballero c. France, n° 22296/20 et n° 37138/20 », *Revue des droits et libertés fondamentaux*, 2023.

⁸⁵CEDH, 14 septembre 2023, *Baret et Caballero c. France*, req. n° 22296/20 et 37138/20, §55.

Dans le cadre d'une AMP post-mortem, l'enfant serait né d'un père décédé avant sa naissance. Cette situation résulte du choix de la mère et, éventuellement, du défunt père avant son décès et diffère des situations où l'enfant serait orphelin à la suite d'un décès inopiné du parent. L'issue est connue à l'avance et a été délibérément planifiée. L'intérêt de l'enfant se trouve ainsi confronté à la question de la privation d'un père, ce qui peut entraîner des répercussions sur son développement psychologique, social et affectif. Ce raisonnement peut être remis en question en raison de l'ouverture de l'AMP à une femme seule⁸⁶.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) souligne que l'enfant pourrait ressentir la souffrance de ne pas connaître son père biologique⁸⁷ et que cette absence pourrait influencer sa construction personnelle. Le CCNE ajoute qu'il existe un risque « d'une éventuelle instrumentalisation de l'enfant dont la venue pourrait être souhaitée comme substitut à la perte du défunt, est le même dans les deux circonstances »⁸⁸.

Par ailleurs, la décision de recourir à une AMP post-mortem ne concerne pas uniquement l'enfant à naître, mais également la mère qui se trouve dans une situation de deuil et doit faire face à un choix difficile dans des circonstances émotionnellement intenses. En effet, la perte d'un conjoint ou partenaire peut altérer sa capacité à prendre des décisions éclairées et libres.

En définitive, la question de l'AMP post-mortem soulève des enjeux importants concernant l'intérêt de l'enfant et de la mère, même si l'interdiction reste principalement liée au principe de la dignité humaine ainsi qu'aux conditions relatives à l'accès à l'AMP.

Une incompatibilité avec le droit de la filiation

L'AMP post-mortem soulève de nombreux problèmes en ce qui concerne le droit de la filiation, ce qui constitue un obstacle majeur à son ouverture en France.

⁸⁶Agence de la biomédecine, « Le diagnostic préimplantatoire et vous », 2015, https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2015_brochure_dpi_vdef.pdf.

⁸⁷Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, avis n°113, « La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple », 10 février 2011, p.10.

⁸⁸Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, avis n°113, « La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple », 10 février 2011, p.10.

Actuellement, le Code civil français prévoit plusieurs règles relatives à la filiation en cas de décès du père. Tout d'abord, l'article 312 du Code civil établit la présomption de paternité en cas de mariage. Selon cet article, le mari de la mère est présumé être le père de l'enfant né pendant le mariage, même si ce dernier décède avant la naissance de l'enfant. Cette présomption s'applique dans la limite des 300 jours après la dissolution du mariage.

Lorsqu'il n'y a pas de présomption de paternité, le père peut reconnaître l'enfant y compris de façon prénatale⁸⁹. Cette démarche est rendue impossible en cas de décès du père avant cette reconnaissance. En effet, selon l'article 316 du Code civil, la reconnaissance de l'enfant doit se faire de manière volontaire et de son vivant. Si le père est décédé, il n'est donc plus possible de procéder à cette reconnaissance.

En cas de décès du père avant la naissance de l'enfant, lorsque ni la présomption de paternité ni la reconnaissance prénatale n'ont pu s'appliquer, la filiation paternelle peut être établie par la possession d'état. Ainsi, le droit français reconnaît une filiation posthume en utilisant le mécanisme de la possession d'état⁹⁰. Il repose sur un faisceau d'indices, qui démontrent que le défunt s'est comporté comme le père de l'enfant à naître, par exemple en manifestant sa volonté de l'élever ou en préparant son accueil. L'arrêt *Law King*⁹¹ rendu en 1982 par la Cour de cassation a illustré cette évolution, en reconnaissant la possibilité d'établir la filiation paternelle par possession d'état, même en l'absence de lien biologique direct, en cas de décès du père avant la naissance de l'enfant. La Cour de cassation continue d'utiliser ce mécanisme pour reconnaître l'établissement post-mortem de la filiation par la possession d'état⁹².

Une action en recherche de paternité peut également être intentée⁹³. Cependant, l'article 16-11 du Code civil prévoit la nécessité de l'accord préalable de la personne concernée de son vivant afin de recueillir son consentement dans le but d'exercer une expertise génétique en vue d'établir un lien de filiation.

⁸⁹C. civ., Art. 316.

⁹⁰C. civ., Art. 311-1.

⁹¹Civ. 1re, 9 juillet 1982, *Law King*, n° 81-13.199.

⁹²Civ. 1re, 19 septembre 2007, n° 06-21.061.

⁹³C. civ., Art. 327.

c) Textes et positions jurisprudentielles

L'interdiction de l'AMP post-mortem prévue par les lois relatives à la bioéthique de 1994⁹⁴ a été réaffirmée par la Loi bioéthique de 2021⁹⁵.

En septembre 2023, la Cour européenne des droits de l'homme a examiné cette interdiction dans les affaires *Baret et Caballero c. France*⁹⁶. Les requérantes, veuves de leurs époux décédés, demandaient l'exportation des gamètes ou embryons de leurs conjoints pour réaliser une AMP post-mortem à l'étranger, notamment en Espagne. Les autorités françaises ont refusé ces demandes en raison de l'interdiction de l'AMP post-mortem et de l'exportation de gamètes ou embryons à des fins prohibées par la loi française.

La Cour européenne a conclu à une absence de violation de l'article 8 de la Convention. Ainsi le refus d'exporter les gamètes du mari défunt et les embryons d'un couple dont le mari est décédé, vers l'Espagne, pays qui autorise la procréation post-mortem, ne porte pas atteinte au droit au respect de la vie privée des deux femmes requérante. La CEDH a jugé que ces refus constituaient une ingérence dans le droit au respect de la vie privée et familiale des requérantes, protégé par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Néanmoins, cette ingérence était justifiée par la protection d'intérêts généraux, tels que les considérations d'ordre moral et éthique liées à la procréation post-mortem et notamment « cette interdiction relève d'un choix politique remontant à la première Loi bioéthique de 1994 et qui a été constamment réitéré à l'occasion des révisions périodiques de celle-ci et, récemment, en 2021, dans le cadre de débats législatifs approfondis »⁹⁷. La Cour a reconnu la large marge d'appréciation dont disposent les États en matière de bioéthique et a conclu que la France n'avait pas outrepassé cette marge en maintenant l'interdiction de la AMP post-mortem⁹⁸.

Parallèlement, le Conseil d'État a réaffirmé la validité de l'interdiction de l'AMP post-mortem en France⁹⁹. Il a notamment affirmé que l'interdiction de permettre l'exportation

⁹⁴L. n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, Journal officiel, n°175 du 30 juillet 1994.

⁹⁵L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, Journal officiel, n°0178 du 3 août 2021.

⁹⁶CEDH, 14 sept. 2023, *Baret et Caballero c/ France*, nos 22296/20 et 37138/20.

⁹⁷CEDH, 14 sept. 2023, *Baret et Caballero c/ France*, nos 22296/20 et 37138/20, §84.

⁹⁸CEDH, 14 sept. 2023, *Baret et Caballero c/ France*, nos 22296/20 et 37138/20, §89.

⁹⁹CE, 28 novembre 2024, n° 497323.

des gamètes ou embryons à l'étranger n'est pas incompatible avec la Convention européenne des droits de l'homme¹⁰⁰. Cependant, certains tribunaux administratifs admettent parfois dans des cas exceptionnels l'exportation des gamètes. Dans une affaire en date du 11 octobre 2016¹⁰¹, l'administration avait refusé d'exporter les gamètes du mari défunt de la requérante afin qu'elle puisse procéder à une insémination post-mortem, mais le tribunal de Rennes a écarté l'interdiction de l'AMP post-mortem et le transfert des gamètes à cette fin. Selon le tribunal de Rennes¹⁰², les circonstances exceptionnelles de l'affaire justifient qu'il soit enjoint au centre hospitalier régional universitaire de Rennes de prendre toutes mesures utiles afin de permettre l'exportation dans un établissement européen acceptant de procéder à une insémination post-mortem, des gamètes d'un époux décédé. En effet, l'époux mais également l'enfant de la requérante, au terme de sa grossesse, sont décédés.

Le tribunal considère que si les dispositions des articles L. 2141-2 et 2141-11-1 du Code la santé publique interdisant l'insémination post-mortem et l'exportation des gamètes ne sont pas, en principe, contraires aux stipulations de l'article 8 de la ConvEDH et ne porte donc pas une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée et familiale. Malgré que le tribunal administratif de Rennes admette que la compatibilité de la loi avec les stipulations de la convention européenne des droits de l'homme ne fait pas obstacle à ce que, « dans certaines circonstances particulières », l'application de dispositions législatives puisse constituer une ingérence disproportionnée dans les droits garantis par cette convention et qu'il appartient par conséquent au juge d'apprécier concrètement si, au regard des finalités des dispositions législatives en cause, l'atteinte aux droits et libertés protégés par la convention qui résulte de la mise en œuvre de dispositions, par elles-mêmes compatibles avec celle-ci, n'est pas excessive¹⁰³.

Le recours à une assistance médicale à la procréation post-mortem reste donc pour le moment interdite en France. Il en va de même pour la ROPA qui est une technique spécifique d'AMP utilisée dans certains pays tels que l'Espagne par exemple.

¹⁰⁰« PMA post-mortem : l'interdiction posée par la loi française n'est pas incompatible avec la convention européenne des droits de l'homme », communiqué de presse du Conseil d'État, 28 novembre 2024.

¹⁰¹TA Rennes, 11 octobre 2016, n°1604451.

¹⁰²TA Rennes, 11 octobre 2016, n°1604451

¹⁰³Éditions Législatives, « L'insémination post-mortem à l'européenne ». *Éditions Législatives*, Droit public, 25 octobre 2016.

2- L'interdiction de la Réception des Ovocytes de la Partenaire (ROPA)

La réception des ovocytes de la partenaire (ROPA) est une technique d'AMP ouverte aux couples de femmes, dans certains pays, qui consiste à utiliser les ovocytes de l'une des partenaires pour la conception in vitro d'un embryon, puis à transférer cet embryon dans l'utérus de l'autre partenaire qui portera l'enfant¹⁰⁴. Cette méthode inclut ainsi les deux femmes dans le processus de procréation, la génitrice, qui donne ses ovules, et la gestatrice, qui portera l'enfant. Les deux femmes participent ainsi à la procréation.

Cette méthode de procréation n'est pas autorisée en France car si une femme utilise un ovocyte qui n'est pas le sien, la loi considère qu'il s'agit d'un don. Partant de ce principe, l'Agence de la Biomédecine explique que cette technique est en contradiction avec le principe de l'anonymat obligatoire en France entre donneuse et receveuse, ainsi qu'avec l'obligation d'utiliser les ovocytes prélevés par ponction uniquement pour la femme à laquelle ils appartiennent ou dans le cadre d'un don anonyme¹⁰⁵.

Le Conseil d'État a rappelé dans un arrêt rendu le 19 juin 2024¹⁰⁶ que la pratique de la « réception d'ovocytes de la partenaire » n'est pas autorisée en France malgré l'absence d'une interdiction formelle par la loi. Il a justifié sa décision en se fondant sur le principe de l'anonymat du don d'ovocytes posé par l'article L. 1211-5 du Code de la santé publique qui prévoit également que « le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique ». Cette interdiction aboutit à exclure la parenté biologique des femmes qui ne portent pas l'enfant, cette parenté ne pouvant reposer que sur la seule manifestation de volonté¹⁰⁷.

Récemment, la Cour Européenne des Droits de l'Homme s'est également prononcée sur cette question dans une décision du 12 novembre 2024, rendue dans une affaire qui

¹⁰⁴VIGNEAU Daniel, « L'Agence de la biomédecine peut-elle mentionner sur son site internet l'interdiction de la ROPA ? Réponse du Conseil d'État », *Dalloz actualité*, 25 septembre 2024

¹⁰⁵L. n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, Journal officiel, n°175, 30 juillet 1994.

¹⁰⁶CE, 19 juin 2024, n° 472649.

¹⁰⁷GRANAT Johanna, « La réception d'ovocytes de la partenaire est interdite en France », *Dalloz actualité*, 2 juillet 2024.

concernait l'Allemagne¹⁰⁸. Dans cette affaire, deux femmes avaient eu recours à une ROPA en Belgique et voulaient se voir reconnaître le double lien de filiation en Allemagne. La filiation maternelle n'avait cependant été établie qu'avec la mère gestatrice de l'enfant. La « mère ovarienne » avait alors sollicité les services de l'état civil pour être inscrite comme deuxième mère biologique dans l'acte de naissance de l'enfant. Cela a été refusé par l'Allemagne car le législateur allemand a sciemment interdit la ROPA dans le but d'éviter une dissociation de la maternité. La génitrice a finalement adopté l'enfant en 2015 mais le couple a tout de même saisi la Cour Européenne des Droits de l'Homme invoquant le fait que le refus des autorités allemandes de reconnaître la maternité biologique de la « mère ovarienne » constituait une violation de l'article 8 de la Convention protégeant le droit à la vie privée et familiale, combiné à l'article 14 de la Convention relatif à l'interdiction des discriminations¹⁰⁹. La Cour Européenne des Droits de l'Homme a alors considéré que le refus de dissocier maternité légale et maternité génétique ne constituait pas une violation du droit au respect de la vie privée ni de la mère génétique, partenaire enregistrée de la mère gestatrice, ni de l'enfant. En effet, le juge européen exige seulement que la filiation du parent d'intention et de l'enfant puisse être établie par d'autres moyens qu'une reconnaissance juridique en droit interne, avec pour standard minimal l'adoption de l'enfant. Les juges ont souligné que les États membres disposent d'une large marge d'appréciation sur des questions ne faisant pas consensus, comme la ROPA, qui soulève des enjeux moraux et éthiques complexes. Les Etats peuvent librement réserver l'exclusivité de la filiation maternelle en faveur de celle qui accouche¹¹⁰.

Enfin, si l'AMP post-mortem et la ROPA constituent des techniques interdites en France, la loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 exclut implicitement la possibilité pour les hommes transsexuels, ayant conservé leurs organes féminins, d'avoir recours à une assistance médicale à la procréation.

¹⁰⁸CEDH, 12 novembre 2024, *R.F et a. c/ Allemagne*, req. no 46808/16.

¹⁰⁹PIERRE Michel, « CEDH : conformité de l'adage « *Mater semper certa* » », *Jurisclasseur*, 2025, p.40-41.

¹¹⁰MEHL Dominique, « La nouvelle donne: la révision de la loi bioéthique du 2 août 2021 », *Journal international de la bioéthique et d'éthique des sciences*, 2023, Chapitre 4, p. 55-70.

3- La situation des hommes transsexuels ayant conservé leurs organes féminins

L'accès des personnes transgenres à l'AMP est un point discuté car la loi modifiant l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique n'a pas directement cité ces personnes. En effet, l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique donne accès à l'AMP à « tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée », à cet égard, seule compte la mention du sexe à l'état civil.

L'AMP est ainsi fermée aux couples d'hommes dont l'un d'eux est transgenre, quand bien même il aurait conservé ses capacités gestationnelles, ainsi qu'aux hommes transgenres seuls. Cette hypothèse de conservation des organes génitaux d'origines pour les personnes ayant changé de sexe à l'état civil est envisageable depuis la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice, qui permet de changer la mention du sexe à l'état civil, sans avoir subi de traitements médicaux, d'opération chirurgicale et donc de stérilisation préalable. En effet, selon l'article 61-5 du Code civil, il suffit de démontrer la réunion suffisante de faits que la mention de notre sexe à l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel on se présente et dans lequel on est connue.

Une question prioritaire de constitutionnalité a été posée par l'association « Groupe d'Information et d'Action sur les questions de Procréation et Sexuelles ». L'association reprochait à l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique d'introduire une différence de traitement entre des personnes sur le seul fondement de la mention de leur sexe à l'état civil, méconnaissant ainsi le principe d'égalité entre les sexes¹¹¹. Le Conseil constitutionnel a répondu en jugeant les dispositions contestées conformes à la Constitution le 8 juillet 2022¹¹². En l'espèce, le Conseil Constitutionnel considère que le législateur a « estimé, dans l'exercice de sa compétence, que la différence de situation entre les hommes et les femmes, au regard des règles de l'état civil, pouvait justifier une différence de traitement, en rapport avec l'objet de la loi, quant aux conditions d'accès à l'assistance médicale à la procréation »¹¹³.

M. Adrien Taquet, ancien secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, relevait durant les débats à l'Assemblée nationale que : « Dans la vie civile, seule l'identité à l'état

¹¹¹CORDIER Solène, « L'exclusion des hommes transgenres de la PMA jugée conforme par le Conseil constitutionnel », *Le Monde*.

¹¹²Cons. const., 8 juillet 2022, n° 2022-1003, QPC.

¹¹³Cons. const., 8 mars 2022, n° 2022-1003 QPC.

civil d'une personne est prise en considération : ainsi, une femme devenue un homme à l'état civil, même ayant conservé son appareil reproducteur féminin, est un homme. En conséquence, il est également un homme au regard de l'assistance médicale à la procréation. Dans le projet de loi, un homme à l'état civil ne peut pas avoir accès à l'AMP ni en couple avec un autre homme ; il pourra bien sûr y avoir accès s'il est en couple avec une femme qui portera l'enfant après insémination ou transfert de l'embryon. [...] Ainsi, le fait de changer de sexe n'est pas un obstacle en tant que tel »¹¹⁴.

L'accès à l'AMP est ainsi fermé à certains transgenres dont le sexe juridique ne correspond pas au sexe anatomique. Par exemple, un couple de deux femmes à l'état civil qui étaient antérieurement des hommes ne pourront pas recourir à l'AMP car aucune ne pourra porter l'enfant. Le sexe inscrit à l'état civil, ne suffit pas à garantir l'accès à l'AMP¹¹⁵.

L'assistance médicale à la procréation s'inscrit dans un contexte juridique mais également médical, économique, sociologique, et psychologique dont émerge plusieurs difficultés. Si certaines interrogations ou problématiques ont été résolues par la loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 certaines difficultés persistent concernant l'accès à l'AMP. Nous avons constaté lors de nos recherches que la législation française limite l'accès à certaines techniques et nécessite parfois d'importants délais. Certains patients abandonnent alors leur projet parental tandis que d'autres se tournent vers des pays voisins dans lesquels les conditions d'accès peuvent être plus souples et les délais réduits. Ce phénomène se nomme par les auteurs « le tourisme procréatif »¹¹⁶. Ainsi, nous nous sommes demandé quels sont les freins rencontrés par les personnes souhaitant avoir accès à une AMP en France et quelles solutions peuvent être mises en place pour y remédier.

¹¹⁴Compte-rendu des débats à l'Assemblée nationale, 1er lecture, première séance du jeudi 26 septembre 2019.

¹¹⁵LEROYER V. A.-M., « L'accès des personnes transgenres à l'AMP, quelle lecture de la loi ? », *RTD civ.*, 2022, p. 597 - LE MAIGAT Patrice, « Lost in transition : entre ignorance et arrogance, le Conseil constitutionnel valide l'interdiction de la PMA pour les hommes transgenres », *Gazette du palais*, n°29 du 20 septembre 2022.

¹¹⁶LEMOULAND J.J., « Le tourisme procréatif », *Actualité du droit international privé de la famille*, Petites affiches, 28 mars 2001, p. 24

PARTIE 2 : LES DIFFICULTÉS

L'assistance médicale à la procréation offre de nouvelles perspectives, tant pour les personnes confrontées à l'infertilité que pour celles désireuses de concrétiser un projet parental, qu'il s'agisse de couples de femmes ou les femmes seules. Pourtant, son accès demeure entravé par de nombreux obstacles d'ordre médical, administratif, économique et sociétal.

Il nous semble que, parmi ces freins, l'information insuffisante des patients et la formation inégale des professionnels de santé jouent un rôle déterminant, contribuant à des prises en charge tardives qui réduisent à la fois les chances de succès et l'éligibilité aux protocoles d'AMP (I). Par ailleurs, l'intégration du partenaire dans la procédure soulève des enjeux à la fois juridiques et psychologiques, nécessitant une approche adaptée à chaque situation (II). De plus, la cohérence et la solidité du projet parental sont souvent scrutées, interrogeant la place de l'intention parentale dans les décisions médicales et légales (III). Enfin, la reconnaissance du patient en tant qu'« expert » de son propre parcours de soin émerge comme un enjeu fondamental, mettant en perspective la relation entre le savoir profane et l'expertise médicale (IV).

Face à ces difficultés, il est essentiel d'ajuster le cadre juridique, de renforcer l'accompagnement social et d'améliorer les pratiques médicales pour assurer un accès plus juste et efficace à l'AMP. Ainsi, nous formulons des recommandations visant à surmonter ces obstacles, tout en renforçant l'information, la formation et la prise en charge des patients dans un cadre plus cohérent et inclusif.

I- L'information des patients et la formation des professionnels

Dans le prolongement de la loi relative à la bioéthique de 2021, un rapport de 2022 sur les causes d'infertilité¹¹⁷ commandé par le Ministère de la Santé préconise une stratégie nationale de prévention et de recherche sur l'infertilité. Il précise qu'« à ce jour, la question de l'infertilité tient une place très paradoxale dans le débat public. Peu de sujets ont autant

¹¹⁷HAMAMAH Samir, BERLIOUX Salomé, « Rapport sur les causes d'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », , Février 2022.

d'implications à la fois individuelles et collectives dans la société française. L'infertilité touche en effet à l'intimité des femmes et des hommes qui la subissent. Elle pose aussi des défis inédits à l'ensemble du système de santé, tant en matière de prévention que de prise en charge curative »¹¹⁸.

L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) reste entravé par de nombreux obstacles parmi lesquels, la prise en charge tardive de la fertilité constitue un enjeu majeur (A). Cette situation s'explique en grande partie par un manque d'information et de sensibilisation des patients sur les questions de fertilité et les parcours possibles (B), mais aussi par une formation insuffisante des professionnels de santé, nécessitant la mise en place de bonnes pratiques adaptées (C).

A) Le constat : la prise en charge tardive de l'infertilité

Selon l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique, le prélèvement d'ovocytes chez la femme est autorisé jusqu'à son 43^e anniversaire, tandis que le recueil de spermatozoïdes chez l'homme peut être effectué jusqu'à son 60^e anniversaire¹¹⁹. De plus, l'utilisation des gamètes et des embryons est possible jusqu'au jour du 45^e anniversaire pour les femmes et du 60^e anniversaire pour l'autre membre du couple¹²⁰.

Ces limites temporelles nécessitent que les patients aient connaissance suffisamment tôt de ses difficultés à procréer et donc de son besoin d'avoir recours à l'AMP. Cette problématique est d'autant plus importante que le désir de maternité est de plus en plus tardif dans nos sociétés, un phénomène qui nous a été expliqué lors de nos entretiens avec plusieurs gynécologues. Ainsi, la limite de l'âge des patients constitue une difficulté dans l'accès à l'AMP.

¹¹⁸HAMAMAH Samir, BERLIOUX Salomé, « Rapport sur les causes d'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », , Février 2022.

¹¹⁹CSP, Art. R.2141-36.

¹²⁰CSP, Art. R.2141-38.

B) L'information et la sensibilisation des patients

En France, l'infertilité touche environ 3,3 millions de personnes, soit un couple sur quatre¹²¹ ayant déjà eu un projet parental. De plus, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'infertilité concerne environ 17,5 %¹²² de la population adulte mondiale, soit une personne sur six. L'information et la sensibilisation à l'infertilité revêtent une importance particulière, car une meilleure connaissance de l'infertilité peut réduire le temps nécessaire pour concevoir et aider les couples à identifier rapidement les problèmes potentiels. De plus, une information précoce permet de prendre des mesures préventives et de consulter des spécialistes en temps utile. **C'est la raison pour laquelle notre première recommandation consiste à investir davantage et dans différents champs, le travail d'information et de sensibilisation des patients.**

Plusieurs acteurs peuvent intervenir dans cette démarche et leurs actions doivent être renforcées. L'information des patients est avant tout le rôle des professionnels de santé (1). Toutefois, les associations mènent également des projets visant à rendre accessible l'information sur l'infertilité (2). De plus, le gouvernement, à travers la mise en œuvre des politiques publiques, a un rôle clé à jouer pour favoriser une meilleure compréhension des enjeux liés à la fertilité (3). Enfin, il convient de rendre plus accessibles les consultations spécialisées en AMP (4) ainsi que l'information relative à la conservation des ovocytes (5).

1- L'obligation d'information des patients sur la fertilité par les professionnels de santé

Dans un premier temps, les professionnels de santé ont la responsabilité d'informer les patients sur les procédures d'AMP, y compris les conditions d'âge, les risques et les alternatives disponibles.

Cette information doit être donnée de manière claire et adaptée, conformément aux recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par l'Agence de la biomédecine, cette dernière précise que l'information délivrée en amont, doit être « loyale, claire et appropriée sur toutes les étapes de la prise en charge est donnée aux personnes concernées leur

¹²¹HAMAMAH Samir, BERLIOUX Salomé, « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », *Rapport sur les causes d'infertilité*, Février 2022.

¹²²OMS, « Selon l'OMS, dans le monde, une personne sur six est touchée par l'infertilité », 4 avril 2023.

permettant de participer à la proposition de prise en charge envisagée et de prendre les décisions qui les concernent », selon l'article L. 1111-2 du CSP.

Cette information doit donc couvrir les procédures d'AMP avec une description détaillée des techniques utilisées, des étapes du processus et des délais à respecter. Mais également les conditions d'âge : « Le couple ou la femme non mariée sont informés des dispositions de la loi encadrant l'accès à l'AMP notamment sur les conditions d'âge »¹²³¹²⁴.

Dans un second temps, les médecins doivent également jouer un rôle crucial dans la sensibilisation et l'éducation à la santé reproductive. Ils abordent la question de la fertilité avec les patients en consultations pré-conceptionnelles avec des discussions sur les habitudes de vie, les antécédents médicaux et les facteurs environnementaux influençant la fertilité. Ils fournissent des conseils pour améliorer les chances de conception naturelle ou pour se préparer aux traitements d'AMP. Pour enfin les orienter vers des spécialistes, en cas de difficultés persistantes. Par exemple, un article publié dans la revue *Médecine et Santé*¹²⁵ souligne que les médecins généralistes jouent un rôle primordial à chaque niveau de prévention en santé sexuelle, notamment en abordant la question de la fertilité lors des consultations pré-conceptionnelles. Pour mettre en lumière cette prévention de la part de la médecine générale, l'ouvrage a utilisé une méthode d'étude transversale auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse. Un questionnaire a été élaboré pour collecter des données démographiques, évaluer les connaissances et pratiques en matière de santé sexuelle, et identifier les obstacles rencontrés par les médecins pour aborder ce sujet. Ce questionnaire a été diffusé par courriel et via les conseils de l'ordre des deux départements. Cette approche proactive et informée vise à optimiser les chances de conception et à soutenir les patients tout au long de leur parcours reproductif. Si elle est déjà mise en œuvre par certains médecins, elle convient d'être renforcée et davantage répandue.

¹²³CSP, Art. R. 2141-36 à 38.

¹²⁴Arrêté du 5 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et abrogeant l'arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008, Document de travail – Comité médical et scientifique – 30 janvier 2023.

¹²⁵NEHME Laurie, AGOSTINI Aubert, PICLET Hélène, BARGIER Jacques, « Place de la santé sexuelle en médecine générale », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Volume 52, Issue 2, 2024, Pages 86-94.

Cependant, il faut « être attentif à ce que l'information délivrée ne soit pas perçue comme une injonction pro-nataliste. Touchant un sujet encore tabou pour beaucoup, l'information délivrée dans le cadre d'une campagne grand public devra éviter certains écueils. Elle ne devra être perçue ni comme anxiogène ni comme culpabilisante ou moralisatrice »¹²⁶. « À ce jour, la question de l'infertilité tient une place très paradoxale dans le débat public. Peu de sujets ont autant d'implications à la fois individuelles et collectives dans la société française. L'infertilité touche en effet à l'intimité des femmes et des hommes qui la subissent. Elle pose aussi des défis inédits à l'ensemble du système de santé, tant en matière de prévention que de prise en charge curative »¹²⁷.

C'est ce que plusieurs professionnels de santé ont relevé au cours de nos entretiens. Ils mènent un travail de sensibilisation sur la baisse de la fertilité liée à l'âge auprès des femmes qu'ils reçoivent en dehors d'un parcours d'AMP, lorsque cela est opportun (par exemple, âgées d'environ 35 ans et en couple depuis plusieurs années). Mais ils ont exprimé le fait que cela peut parfois être mal perçu par ces femmes, qui peuvent éprouver un sentiment de pression sociale.

2- Des initiatives associatives de sensibilisation

Les associations peuvent également permettre de diffuser plus largement l'information autour de l'infertilité et de l'AMP. Elles peuvent être aussi importantes dans le soutien et l'accompagnement des personnes touchées par l'infertilité. Toutefois, ce domaine n'est pas assez investi par le milieu associatif et les associations sont peu nombreuses à être spécialisées sur ce sujet. À titre d'exemple, le collectif BAMP est une association regroupant des patients et ex-patients de l'AMP¹²⁸. Le collectif organise des groupes de parole, des actions de sensibilisation, rédige des articles et participe à des colloques médicaux pour informer le public sur l'infertilité et l'AMP. Il a été mis en place la semaine de sensibilisation à l'infertilité dont l'objectif est de donner de la visibilité à l'infertilité. Pour cela, des chaînes de télévision sont mises à disposition (Les Maternelles, France 5 et France 3

¹²⁶HAMAMAH Samir, BERLIOUX Salomé, « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », *Rapport sur les causes d'infertilité*, Février 2022.

¹²⁷HAMAMAH Samir, BERLIOUX Salomé, « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », *Rapport sur les causes d'infertilité*, Février 2022.

¹²⁸Gandee, « Bienvenue Collectif BAMP », *Blog Gandee*, 21 octobre 2021, <https://blog.gandee.com/2021/10/21/bienvenue-collectif-bamp/>.

BasseNormandie), des radios (TSF, RMC, FranceBleu), des articles de presse écrite régionale sont diffusés (Ouest-France, TendancesOuest) ainsi que des articles sur internet (SantéMagazine). D'autres actions peuvent également être réalisées telles que des tables rondes dans des CHU ou des expositions d'œuvres d'art¹²⁹.

D'un autre côté, une association a mis en place une plateforme d'information¹³⁰. Il s'agit du Collectif Info Fertilité qui a pour mission d'informer, d'éduquer et de sensibiliser sur le thème de la fertilité. Cette plateforme cible les jeunes de 15 à 25 ans, les adultes, les parents, ainsi que les professionnels de santé et de l'éducation¹³¹.

Enfin, il nous a semblé opportun d'aborder le sujet de l'information du jeune public qui peut être réalisé notamment par l'intervention d'association dans des lycées ou des universités. Cette recommandation va de paire avec celle de l'inclusion dans les programmes scolaires et universitaires de modules sur la santé reproductive et l'infertilité pour sensibiliser aux enjeux liés à la fertilité.

3- Les politiques gouvernementales et les campagnes de sensibilisation

La politique gouvernementale joue un rôle crucial dans la lutte contre l'infertilité. Le Plan national de lutte contre l'infertilité, annoncé par le président Emmanuel Macron en janvier 2024, vise à répondre à ce défi de santé publique majeur.¹³²

Ce plan a trois grands axes, d'abord la sensibilisation et la prévention afin d'informer le grand public sur les facteurs influençant la fertilité et de promouvoir des comportements favorables à la santé reproductive. D'améliorer l'accès aux soins pour faciliter le parcours des patients en AMP et garantir une prise en charge de qualité. Enfin soutenir la recherche dans l'objectif de financer des études sur les causes de l'infertilité et développer de nouvelles approches thérapeutiques.

¹²⁹Collectif BAMP, « Nos actions, Info Fertilité », <https://www.bamp.fr/nos-actions/info-fertilite/>.

¹³⁰Collectif Info Fertilité, « Fertilité féminine », *Info Fertilité*, <https://info-fertilite.fr/fertilite-feminine/>.

¹³¹Collectif BAMP, « Nos actions, Info Fertilité », <https://www.bamp.fr/nos-actions/info-fertilite/>.

¹³²MACRON Emmanuel, « Conférence de presse du Président Emmanuel Macron », *Vie publique*, 16 janvier 2024.

Cependant, malgré ces annonces, les mesures concrètes se font attendre. Selon un article du *Le Monde* de janvier 2025, les actions promises peinent à se concrétiser, suscitant des inquiétudes parmi les professionnels et les associations concernées.¹³³ En somme, une politique gouvernementale proactive est essentielle pour structurer et amplifier les efforts de sensibilisation et de soutien liés à l'infertilité, en synergie avec les initiatives associatives et les campagnes publiques.

Par ailleurs, il convient de souligner le rôle des campagnes publiques qui visent à informer le grand public sur les enjeux liés à l'infertilité. C'est notamment le cas de l'Agence de la biomédecine qui a lancé en 2021 une campagne de sensibilisation sur le don de gamètes. Cette campagne revêt deux volets : une nouvelle campagne à destination des donneurs potentiels ainsi qu'une campagne de communication spécifique sur le droit d'accès aux origines¹³⁴.

Il convient de développer ces campagnes, car elles sont très efficaces pour sensibiliser le grand public à ces enjeux. En effet, un laboratoire pharmaceutique, Merck France, a lancé sa propre campagne « Protège ta Fertilité » qui cible les 18-24 ans pour les sensibiliser aux principaux facteurs affectant la fertilité et les encourager à adopter des comportements favorables à leur santé reproductive.¹³⁵ Pour l'occasion, Nicolas Chevalier, gynécologue au centre AMP Saint-Roch de Montpellier, « en France, on sensibilise les jeunes dès le collège pour leur apprendre comment ne pas avoir d'enfant, notamment au travers des différentes techniques de contraception. Mais finalement, à aucun moment nous ne leur enseignons que leur fertilité est précieuse et qu'il faut la protéger »¹³⁶.

¹³³STROMBONI Camille, « Lutte contre l'infertilité : le "grand plan" promis par Macron toujours attendu », *Le Monde*, 14 janvier 2025, https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/01/14/lutte-contre-l-infertilite-le-grand-plan-promis-par-macron-toujours-attendu_6497327_3224.html.

¹³⁴Agence de la biomédecine, « Campagne d'information et de sensibilisation autour du don de gamètes », 20 octobre 2021, <https://www.agence-biomedecine.fr/Campagne-d-information-et-de-sensibilisation-autour-du-don-de-gametes>.

¹³⁵« Protège ta fertilité : une campagne de sensibilisation pour les 18-24 ans », *La Maison des Maternelles*, France 2, 1 min 26 s, diffusé le 19 janvier 2023, disponible jusqu'au 19 janvier 2038, <https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/5509614-protège-ta-fertilité-une-campagne-de-sensibilisation-pour-les-18-24-ans.html>.

¹³⁶Merck KGaA, Darmstadt, Allemagne, « Le collectif "Protège ta Fertilité" lance une campagne de sensibilisation à destination des 18-24 ans », 25 novembre 2019.

4- L'accessibilité des consultations spécialisées

Avant d'entreprendre une AMP, une évaluation approfondie de la fertilité est requise. Cette évaluation comprend, un bilan médical : examen de l'historique médical des partenaires, identification des facteurs de risque et des pathologies sous-jacentes pouvant affecter la fertilité. Et une étude génétique : réalisation de tests génétiques, tels que le caryotype, pour détecter d'éventuelles anomalies chromosomiques pouvant impacter la fertilité ou la santé de l'enfant à naître.

Ces bilans permettent de personnaliser le parcours de soins, d'identifier les causes potentielles d'infertilité et d'orienter vers les traitements les plus appropriés.

Source : Agence de la biomédecine, « Assistance médicale à la procréation », mise à jour le 1^{er} septembre 2021

UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE À CHAQUE CAS

LE BILAN MÉDICAL PRÉALABLE À L'AMP EST UTILE POUR

- faire une recherche étiologique à l'infertilité des couples composés d'un homme et d'une femme
- choisir la technique d'AMP adaptée : l'insémination ou la fécondation *in vitro*
- déterminer les chances de succès de l'AMP et le délai souhaitable pour la prise en charge.

Le bilan sera réalisé également avant toute AMP pour les femmes célibataires et les couples de femmes.

LES EXAMENS PARACLINIQUES DU BILAN DE FERTILITÉ



EXAMENS CONCERNANT LES FEMMES

- Dosages hormonaux
- Échographie pelvienne et compte des follicules antraux
- Examen vérifiant la perméabilité tubaire (hystérosalpingographie par ex.)
- Selon le centre, d'autres examens peuvent être prescrits.



EXAMENS CONCERNANT LES HOMMES

- Spermogramme et spermoculture
- Test de migration-survie des spermatozoïdes
- Selon le centre, d'autres examens peuvent être prescrits.

Face aux difficultés d'accès à l'AMP liées à une prise en charge tardive, il conviendrait de faciliter l'accès au diagnostic et à l'accompagnement médical. En effet, si les consultations spécialisées étaient davantage préconisées et accessibles, cela permettrait un diagnostic précoce de l'infertilité et une orientation rapide vers les traitements appropriés, même en l'absence de problèmes de fertilité avérés chez les patientes.

Il est ressorti de nos entretiens avec des professionnels de santé que cette information relative à ces consultations spécialisées pourrait être davantage étudiée et délivrée par les médecins généralistes notamment lorsqu'ils réalisent un renouvellement de contraception pour une longue durée. Des bilans d'infertilité peuvent également être réalisés allant de tous les 6 mois à 1 an et sans considération de l'âge de la patiente.

5- La conservation des ovocytes

L'une des plus grandes causes d'infertilité chez la femme est liée à l'âge. Par conséquent, certains professionnels de santé que nous avons rencontrés ont insisté sur la solution de la congélation des ovocytes qui est la meilleure possibilité d'anticiper tout problème de fertilité détecté tardivement.

Ainsi, il serait opportun de renforcer l'information faite au public quant à la possibilité de congeler ses ovocytes pour les femmes pour des raisons non médicales. Depuis la Loi bioéthique du 2 août 2021, les femmes âgées de 29 à 37 ans peuvent congeler leurs ovocytes en l'absence d'indication médicale. Cette possibilité permet d'anticiper au maximum une détection tardive de l'infertilité si une femme souhaite avoir des enfants à un âge plus avancé.

L'étude d'impact du projet de loi relatif à la bioéthique de 2021 est venue souligner que cette autorisation a « pour double effet, d'une part de réduire la demande de dons d'ovocytes (puisque les propres ovocytes de la femme conservés antérieurement seraient utilisés) et, d'autre part, d'augmenter le nombre d'ovocytes disponibles pour le don, dans

l'hypothèse où, n'en ayant pas eu besoin, la femme les donnerait finalement pour qu'ils bénéficient à d'autres femmes »¹³⁷.

Par conséquent, cette conservation d'ovocyte a pour finalité de s'inscrire dans la réalisation ultérieure d'une AMP¹³⁸. Leur permettant de se libérer d'une contrainte liée à « l'horloge biologique » sans pour autant inciter les femmes à se confronter à une norme sociale selon laquelle une femme ne peut se réaliser sans devenir mère¹³⁹. Cette solution mérite donc d'être davantage mise en avant et proposée par les professionnels de santé.

Cela s'inscrit dans le cadre des dispositions l'article 4 de la Loi bioéthique qui prévoit la mise en place d'un plan national pour lutter contre l'infertilité passant par la sensibilisation de plusieurs professionnels, mais aussi du public en sensibilisant dès le plus jeune âge le public sur la question de l'infertilité¹⁴⁰.

C) La formation des professionnels de santé et les bonnes pratiques

Les professionnels de santé jouent un rôle central dans l'accompagnement des patients en parcours d'AMP. Leur expertise et leurs pratiques influencent directement la qualité de la prise en charge et l'accès aux soins. Afin d'améliorer ces pratiques, nous proposons plusieurs pistes de réflexion et d'actions pour optimiser l'accompagnement des patients et renforcer l'efficacité du dispositif. **Ces axes d'amélioration s'articulent autour de la recommandation suivante : renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé dans le domaine de l'AMP afin qu'ils puissent informer, orienter et prendre en charge les patients à temps.**

La médecine et la biologie de la reproduction, comme de nombreuses disciplines récentes, ont d'abord évolué par spécialisation à partir d'autres domaines avant d'offrir des formations spécifiques. Le diplôme d'études spéciales complémentaires en médecine de la

¹³⁷Assemblée nationale, « Étude d'impact sur le projet de loi relatif à la bioéthique (n° 2187) », 2019, page 113.

¹³⁸CSP, Art. L. 2141-11-1.

¹³⁹Assemblée nationale, « Étude d'impact sur le projet de loi relatif à la bioéthique (n° 2187) », 2019, page 111.

¹⁴⁰L. n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, article 4, Journal officiel, 3 août 2021 : « *Les mesures nationales et pluriannuelles d'organisation concernant la prévention et l'éducation du public, l'information sur la fertilité féminine et masculine, la formation des professionnels de santé et la coordination en matière de recherche et de protocolisation pour lutter contre toutes les causes d'infertilité, notamment comportementales et environnementales, sont définies par arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation nationale, de la santé, de la recherche et de l'écologie* ».

reproduction est désormais proposé à l'échelle nationale, dans le cadre des cursus de gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, endocrinologie et urologie, sur une période de deux ans, avec une validation à la fin de l'année post-internat. De plus, les formations pour les médecins et pharmaciens-biologistes incluent la possibilité d'une spécialisation en biologie de la reproduction, après les deux premières années, dans le cadre d'un master professionnel national. Ces formations sont désormais un critère essentiel dans les procédures d'agrément des cliniciens et biologistes en AMP¹⁴¹.

Pour autant, on voit apparaître des formations qui visent à préparer les professionnels de santé à prendre en charge les couples infertiles et à intégrer des centres d'Assistance Médicale à la Procréation, comme le Diplôme d'Université (D.U) en Approfondissement du Traitement de l'Infertilité, proposé par la Faculté de Médecine de l'Université Paris-Saclay, dirigé par Monsieur Michaël GRYNBERG et Madame Charlotte SONIGO¹⁴².

Le collège santé de l'Université de Bordeaux a également mis en place un D.U intitulé « Prise en charge en infertilité et assistance médicale à la procréation », dirigé par le professeur Claude HOCKE et co-dirigé par le docteur Lucie CHANSEL¹⁴³.

Ainsi, bien que des formations spécifiques sur l'AMP soient proposées, elles demeurent souvent fragmentées et optionnelles, même dans le cadre des études de médecine. Il serait pertinent de revoir ce modèle en créant un tronc commun qui intègre les bases fondamentales de l'AMP, afin d'assurer une formation complète et homogène pour tous les professionnels de santé concernés.

De plus, les professionnels de santé doivent être continuellement informés des dernières avancées en matière d'AMP et des meilleures pratiques en matière de conseil et de traitement. Il serait donc opportun de proposer des formations continues spécialisées pour les professionnels de santé. C'est d'ailleurs ce que préconisait la loi de 2021 dans son article 4 relatif à la mise en place d'un plan national pour lutter contre l'infertilité en garantissant par ailleurs une meilleure formation et sensibilisation des professionnels de santé au sujet de l'AMP.

¹⁴¹Haut Conseil de la santé publique, « L'AMP : une activité strictement encadrée », 3 août 2010.

¹⁴²Université de Paris-Saclay, D.U. Approfondissement du traitement de l'infertilité.

¹⁴³Bordeaux santé event, DU Prise en charge en infertilité et assistance médicale à la procréation.

II- L'intégration des parents dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation

Le parcours d'AMP nécessite un nombre très important de rendez-vous. Cette procédure engendre donc des absences fréquentes et souvent peu programmables en raison de différents facteurs liés au cycle menstruel de la femme ou bien à l'accessibilité des centres. En moyenne, le parcours d'AMP peut être plus ou moins long, la durée d'un parcours d'AMP en France est de 7,7 ans, incluant différentes phases du processus¹⁴⁴.

Au regard de cet enchaînement de rendez-vous, le droit du travail a prévu des mesures de protections de la femme salariée. Mais qu'en est-il de son ou sa partenaire dans le parcours?

Il serait donc pertinent de mettre en avant la mise en place de protections salariales pour la femme ayant recours à l'AMP (A) avant de soulever le cœur du problème, que représente l'intégration du partenaire dans la procédure d'AMP (B).

A) Les protections salariales de la femme ayant recours à l'Assistance Médicale à la Procréation

Le parcours d'AMP engendre des absences à répétitions et qui sont, pour la plupart, difficilement prévisibles. Ces absences entraînent alors des difficultés pour les femmes à concilier leur parcours d'AMP avec leurs obligations professionnelles.

Le droit du travail a néanmoins mis en place des mesures de protections salariales pour la femme. Au regard de l'article L. 1225-3-1 dudit Code, toutes salariées, ayant recours à l'AMP ou bien les femmes enceintes par procréation naturelle, bénéficient de la même protection.

De plus, l'article L.1225-16 du même Code établit une liste non exhaustive applicable aux femmes ayant recours à l'AMP. Son second alinéa prévoit une protection particulière en leur accordant des autorisations d'absence pour les actes médicaux nécessaires à la procédure, en

¹⁴⁴Rapp. Sénat n° 780, 12 juillet 2023, « Santé des femmes au travail : des maux invisibles ».

indiquant que « la salariée bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du Code de la santé publique bénéficie d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires ». Cette disposition vise à faciliter leur parcours en leur permettant d'effectuer les soins requis sans impact négatif sur leur situation professionnelle.

Ces absences donnent lieu au maintien de la rémunération et sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits liés à l'ancienneté. Évidemment, cela ne doit pas entraîner une baisse de rémunération.

Le Code du travail prévoit également des obligations et des interdictions pour l'employeur qui peuvent être accompagnées de sanctions lorsque celui-ci refuse d'embaucher ou rompt le contrat de travail en raison de l'état de grossesse de la salariée¹⁴⁵. Celle-ci n'est pas non plus tenue de révéler son état de grossesse à son employeur¹⁴⁶. A la survenance d'un litige, lorsqu'un doute persiste, il profite à la femme enceinte¹⁴⁷. Et toutes ces mesures s'appliquent à la femme ayant recours à la procédure d'AMP¹⁴⁸.

Par conséquent, le droit du travail prévoit une protection légale de la patiente ayant recours à l'AMP. Le problème se pose alors quant à son ou sa partenaire avec qui elle partage le projet parental.

B) L'intégration insuffisante du partenaire dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation

La femme ayant recours à l'AMP reste l'actrice principale de ce parcours. Toutefois, les membres du couple devraient pouvoir être intégrés de la même manière, car ils portent le projet familial à deux.

Actuellement, l'article L. 1225-16, alinéa 3 du Code du travail prévoit que le conjoint, qu'il soit marié, pacsé ou en concubinage, d'une femme ayant recours à une AMP, peut également

¹⁴⁵C. trav., Art. L.2225-1.

¹⁴⁶C. trav., Art. L.1225-2.

¹⁴⁷C. trav., Art. L.1225-3.

¹⁴⁸C. trav., Art. L.1225-3-1.

bénéficiaire d'autorisations d'absence pour trois actes médicaux nécessaires à la procédure. Le partenaire a l'obligation d'être présent à la première consultation avec le docteur biologiste. Cela signifie qu'il ne dispose que de deux autres congés autorisés sur une liste de rendez-vous médicaux parfois très longue en fonction de la technique utilisée et du parcours d'AMP du couple. Ainsi, il existe une réelle inégalité de traitement entre la femme ayant recours à la procédure d'AMP et son ou sa partenaire qui n'aura le droit d'être absent que pour trois des rendez-vous nécessaires à la procédure.

Ainsi, la difficulté est que le nombre d'autorisations d'absence accordées par le Code du travail apparaît insuffisant au regard des contraintes spécifiques du parcours d'AMP. En effet, contrairement à une procréation naturelle, l'AMP impose un suivi médical rigoureux, avec un nombre de rendez-vous bien plus important. Il serait donc pertinent d'envisager l'octroi de jours d'absences supplémentaires afin d'adapter le droit aux réalités du parcours d'AMP. Néanmoins, une telle mesure soulèverait la question de l'égalité entre les salariés, puisqu'elle introduirait un régime spécifique pour les couples engagés dans un processus d'AMP ainsi qu'une atteinte à la vie privée puisque les couples seraient obligés de révéler le processus d'AMP à leur employeur afin d'en bénéficier. Il conviendrait alors de trouver un équilibre entre la nécessité d'un accompagnement renforcé et le respect du principe d'égalité entre les travailleurs et du respect de leur vie privée.

Cette inégalité a plusieurs conséquences négatives. Tout d'abord, elle engendre un sentiment d'exclusion du partenaire, car celui-ci est alors souvent relégué au rôle « d'aidant » ou « accompagnant » alors qu'il fait partie « intégrante » du parcours d'AMP. Par exemple, lors des entretiens avec des professionnels, ces derniers estimaient que le partenaire était présent lors du don seulement dans environ 20% des cas. L'autre parent rencontre ainsi des difficultés à se sentir acteur du parcours. D'autre part, l'absence du partenaire crée un sentiment de solitude pour la femme, qui doit suivre seule les rendez-vous médicaux du parcours d'AMP, parfois difficiles¹⁴⁹.

Enfin, ce qui est prévu par le droit du travail semble ne pas être adapté avec l'évolution sociétale dont il ressort une meilleure implication du partenaire dans la procédure d'AMP. De nombreux couples font le choix, quand ils le peuvent, de la présence

¹⁴⁹Entretien avec l'association Nouveaux Cycles.

systematique du partenaire à tous les rendez-vous en dépit de l'absence de congés autorisés pour le partenaire.

Ainsi, nous recommandons de faire évoluer les dispositions du droit du travail concernant les absences autorisées pour le partenaire dans le parcours d'AMP. Il conviendrait d'autoriser les mêmes droits d'absence aux membres du couple ayant recours à une AMP dans le but de favoriser l'équité entre les membres du couple et de leur permettre de s'investir de la même manière dans leur projet parental. En effet, cette procédure étant plus longue et éprouvante qu'une grossesse naturelle, l'accompagnement du partenaire se doit d'être pris en considération. Cette prise en considération se justifie par le fait que depuis la loi du 2 août 2021, au regard de l'article L. 2141-2 du Code de santé publique, l'AMP est destinée à répondre à un projet parental, qui, la plupart du temps est mené à deux.

Au cours de notre atelier de restitution, un professionnel a pu faire remarquer que l'intégration du partenaire dans le parcours d'AMP est une préoccupation bien présente notamment au sein des séminaires tenus par les CECOS.

III- Le projet parental

Le critère du projet parental est une des nouveautés de la Loi bioéthique de 2021. Ce projet, prévu par les parents ou la femme seule, justifie le recours à la procédure d'AMP au lieu de s'appuyer strictement sur un problème de fertilité. Cependant, ce projet parental peut soulever des difficultés au regard de son appréciation (A) mais également dans l'hypothèse de sa disparition (B).

A) L'appréciation du projet parental

Depuis la Loi bioéthique de 2021, « l'assistance médicale à la procréation a pour objet de répondre à un projet parental »¹⁵⁰. Ainsi, « tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée ont accès à l'assistance médicale à la procréation après les entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe

¹⁵⁰CSP, Art. L.2141-2.

médicale clinicobiologique pluridisciplinaire »¹⁵¹. L'AMP n'est désormais plus accessible seulement au regard d'un critère d'infertilité, mais bien au regard de l'appréciation d'un projet parental. Le projet parental peut se définir comme « le désir tourné en volonté, en prévisions et calculs quant au choix de concevoir, aux conditions idéales de la naissance et aux moyens qui garantiront la réussite dans le temps de ce qu'ont planifié les parents »¹⁵².

Lors de nos entretiens, des professionnels de santé spécialisés en AMP nous ont expliqué que ce projet parental est apprécié dans sa globalité. Il demeure possible pour l'équipe médicale, en collégialité, de refuser un parcours d'AMP dans les limites fixées par la loi et dans l'intérêt de l'enfant à naître. Ces critères sont très variés. Ils peuvent être psychologiques, sociaux ou relatifs à la santé des futurs parents. Il est possible de citer l'exemple hypothétique d'une femme qui souhaiterait avoir recours à l'AMP en étant sans domicile fixe. Cependant à l'issue de nos rendez-vous, les professionnels de santé nous ont indiqué qu'en pratique, il est rare d'observer des refus au projet parental. En raison du caractère récent de La Loi bioéthique de 2021, il n'est pas possible de comptabiliser des données statistiques relatives au taux de refus du projet parental.

Les demandeurs à l'AMP doivent passer plusieurs entretiens avec une équipe médicale afin de vérifier la motivation du couple et de les informer sur les possibilités de réussite et d'échec des techniques.¹⁵³ La loi de 2021 est venue introduire dans le Code de santé publique le nouvel article L. 2141-10 du CSP qui précise que « la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation est précédée d'entretiens particuliers de la femme ou du couple demandeur avec un ou plusieurs médecins et d'autres professionnels de santé de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire du centre, composée notamment d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un infirmier ayant une compétence en psychiatrie, le cas échéant extérieur au centre ». Le législateur est venu apporter la garantie de la présence d'au moins un médecin et la possibilité de rencontrer d'autres professionnels de santé. La composition de cette équipe sera par ailleurs fixée par décret. La mission première du

¹⁵¹CSP, Art. L.2141-2.

¹⁵²LEGRAS Claire, « Le projet parental suffit-il ? », *Laennec*, 2012, p. 24 à 30 - DE GAUDEMONT Christelle, « La PMA pour tous », *Dalloz actu étudiant*, 13 septembre 2021.

¹⁵³SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *La lettre juridique*, septembre 2021.

médecin sera alors de vérifier « la motivation des deux membres du couple ou de la femme non mariée » et non « la volonté à poursuivre leur projet parental »¹⁵⁴.

Il est intéressant de souligner que le projet de la Loi bioéthique de 2021 évoquait la possibilité de procéder à une évaluation médicale et psychologique. Le Sénat avait par ailleurs modifié le texte en deuxième lecture pour inclure « une évaluation médicale, psychologique et, en tant que de besoin, sociale », de nombreux amendements ont été proposés pour supprimer ces évaluations psychologiques et éventuellement sociales.¹⁵⁵ Or, il est possible de considérer qu'une évaluation sociale serait opportune pour une appréciation pluridisciplinaire du projet parental. En effet, le travailleur social évalue les conditions de vie, les ressources disponibles et les réseaux de soutien du couple ou de la personne seule. Cette analyse permet de détecter d'éventuelles vulnérabilités ou besoins spécifiques nécessitant un accompagnement particulier au regard de l'article D. 142-1-1 du Code de l'action sociale et des familles qui définit le rôle d'un travailleur social. Une évaluation sociale permettrait de considérer l'ensemble du contexte de vie de l'enfant à naître, au-delà des seuls aspects médicaux, assurant ainsi une prise en charge complète et adaptée des demandeurs à l'AMP. En identifiant les besoins spécifiques des parents, l'évaluation sociale faciliterait l'accès à des ressources et des services de soutien, contribuant à leur préparation et à leur adaptation à leur futur rôle de parent. Ainsi, permettre à un travailleur social d'apprécier le projet parental permettrait aux demandeurs à l'AMP de disposer d'un suivi durant leur parcours et de disposer de ressources nécessaires notamment en cas de difficultés rencontrées au cours du processus d'AMP voir en cas d'échec. **C'est la raison pour laquelle nous recommandons l'introduction d'une évaluation sociale par un travailleur social dans le cadre d'un parcours d'AMP.**

Au cours de notre atelier de restitution, il a pu être mis en lumière un potentiel risque de dérive de cette évaluation sociale. Elle pourrait se rapprocher de l'évaluation destinée à l'obtention de l'agrément à une adoption. Il s'agit de "l'autorisation légale d'adopter un enfant pupille de l'État, un enfant confié à un Organisme Autorisé pour l'Adoption (OAA) ou

¹⁵⁴SIFFREIN-BLANC Caroline, « Formule proposée par le Sénat en deuxième lecture - L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi de Bioéthique », *Lexbase*, 23 septembre 2021

¹⁵⁵Amendement n° 1455 du rapporteur et amendements n° 107 du groupe Écologie Démocratie Solidarité, n° 792 de M. Jacques Marilossian et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, n° 857 du groupe Socialistes et apparentés, n° 1041 de Mme Anne-France Brunet, n° 1118 du groupe Libertés et Territoires et n° 1372 de M. Jean François Mbaye.

un enfant étranger”¹⁵⁶. Cette évaluation “porte sur la situation juridique, sociale, médicale et psychologique des postulants à l'adoption”. Il faut le rappeler, cet agrément “n’a pas pour but de dire que vous êtes potentiellement de “bons parents”, mais que vous offrez un foyer qui convient pour les enfants qui sont aujourd’hui à la recherche d’une famille. En aucun cas il ne s’agit d’un “droit à se voir confier un enfant”, il vous faudra ensuite faire les démarches nécessaires pour trouver un enfant à adopter”¹⁵⁷.

Ainsi, le danger de faire intervenir un travailleur social est qu'il pourrait juger que les conditions de vie ne sont pas adaptées à l'accueil d'un enfant. Une analyse sociale soumettrait les parents à un avis non médical, ce qui risquerait de modifier la procédure d'agrément.

Un psychologue clinicien a cependant souligné que l'intervention d'une assistante sociale peut être nécessaire pour apporter un soutien et aider à mettre en place des aides, notamment pour les femmes seules en parcours d'AMP. Toutefois, cette assistance ne devrait ni être systématique ni banalisée, mais rester complémentaire et optionnelle à la prise en charge habituelle.

Un lien peut être fait avec l'évolution du public concerné par l'AMP, en particulier avec l'ouverture de l'AMP aux femmes seules. Ces dernières peuvent se retrouver dans des situations de fragilité économique ou sociale, nécessitant un accompagnement spécifique pour garantir leur bien-être ainsi que celui de leur futur enfant.

De plus, en cas du prononcé d'un refus de recourir à une AMP, il n'existe pas de recours spécifique pour contester cette décision. L'article L. 2141-10 du Code de santé publique précise seulement qu'en cas de refus, les motifs sont communiqués par le centre d'AMP par écrit aux demandeurs dès lors qu'ils en font la demande.

Un recours administratif existe toutefois. Il s'agit de la saisine de la commission médicale de recours amiable (CMRA)¹⁵⁸ qui est possible dans un délai de 2 mois à la suite de la notification de la décision médicale. Si la demande est rejetée par la CMRA, il est possible

¹⁵⁶Enfance & Familles d'Adoption (EFA), « L'agrément », (en ligne)
<https://www.adoptionefa.org/ladoption/les-demarches/lagrement/deroulement-agrement/>

¹⁵⁷Enfance & Familles d'Adoption (EFA), « L'agrément », (en ligne)
<https://www.adoptionefa.org/ladoption/les-demarches/lagrement/deroulement-agrement/>

¹⁵⁸Arrêté du 28 décembre 2018 relatif au fonctionnement de la Commission Médicale de Recours Amiable prévue à l'article R. 142-8 du Code de la Sécurité Sociale

dans un délai de deux mois de saisir le tribunal judiciaire (pôle social) afin de contester cette décision¹⁵⁹.

Jusqu'en 2021, l'absence de recours spécifique pouvait se justifier par le fait que l'équipe de professionnels prenait une décision au regard du critère médical lié à l'infertilité ou à la transmission d'une maladie grave. Cependant, depuis la loi de 2021, nous sommes passés d'un critère objectif médical lié à l'infertilité pathologique médicalement constatée ou à la transmission d'une maladie d'une particulière gravité à un critère subjectif de l'appréciation d'un projet parental¹⁶⁰. Le refus de recourir à une AMP peut ne pas être fondé sur un critère médical, mais sur des critères sociaux et moraux appréciés chez les patients. **Par conséquent, une de nos recommandations est d'introduire un recours juridictionnel spécifique à l'encontre de la décision de refus de procéder à une AMP afin de contrôler l'appréciation du projet parental par l'équipe médicale.**

En effet, la réforme législative de 2021 a introduit un critère d'évaluation du projet parental, ce qui signifie que le médecin et l'équipe de professionnels de santé ne se basent plus uniquement sur des facteurs médicaux, mais aussi sur l'appréciation d'un projet de vie parental¹⁶¹. Ce changement, bien qu'apportant une plus grande souplesse et reconnaissance des désirs parentaux, crée également un espace de subjectivité qui peut nuire à la transparence et à la prévisibilité du processus décisionnel. En effet, ce critère subjectif pourrait être interprété de manière variable d'une équipe à l'autre, voire d'un professionnel à l'autre, ce qui peut engendrer des situations d'inégalité ou d'arbitraire dans l'accès à l'AMP.

L'introduction d'un recours spécifique contre le refus d'accès à l'AMP devient donc crucial pour garantir la légitimité et la transparence de cette évaluation subjective du projet parental. Ce recours permettrait aux patients de contester une décision qui pourrait leur paraître injustifiée ou discriminatoire. Un recours juridictionnel permettra non seulement de garantir l'égalité de traitement entre les demandeurs, mais aussi de s'assurer que les critères sociaux et moraux pris en compte par l'équipe médicale sont clairement définis et appliqués de manière cohérente.

¹⁵⁹Association des parents et futurs parents gays et lesbiens, 2022, (en ligne), <https://www.apgl.fr/fr/homoparentalites/iad/refus-prise-en-charge-amp-france>.

¹⁶⁰BINET Jean-René, « Bioéthique et Filiation: La guerre des Chambres », mars 2021, p. 1.

¹⁶¹CSP, Art. L2141-2.

Enfin, il nous semble essentiel que le recours soit examiné par un tribunal compétent, qui pourrait faire appel à des experts spécialisés dans l'AMP pour évaluer les aspects médicaux et éthiques du projet parental. Ces experts apporteraient leur expertise pour garantir que les critères appliqués lors de l'évaluation du projet parental respectent les normes scientifiques et éthiques les plus récentes. Ce recours juridictionnel permettrait ainsi d'introduire un contrôle judiciaire sur l'appréciation d'un projet parental, afin d'assurer qu'aucun critère discriminatoire, subjectif ou moral ne soit utilisé de manière abusive pour limiter l'accès à l'AMP.

Le législateur a parallèlement prévu la communication des motifs du report ou du refus d'accès à l'AMP, si les couples ou les femmes non mariées en font la demande¹⁶². Le but poursuivi était notamment de rendre plus transparentes les décisions des centres d'AMP afin d'harmoniser le traitement de leurs demandes et d'éviter toute discrimination¹⁶³.

B) L'hypothèse de la disparition du projet parental

Depuis la Loi bioéthique du 2 août 2021, l'AMP est destinée à répondre à un projet parental. Le consentement du couple ou de la femme seule ayant recours à une procédure d'AMP est dès lors fondamental afin de pouvoir en bénéficier.

Ainsi, constituent des obstacles à l'AMP, l'introduction d'une demande en divorce, d'une demande en séparation de corps, la signature d'une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 du Code civil et la cessation de la communauté de vie¹⁶⁴. En effet, la séparation du couple entraînera la disparition du projet parental et l'impossibilité de mener à terme un parcours d'AMP.

Dès lors, une des difficultés qui peut se poser est que le professionnel de santé peut ne pas être informé de la séparation du couple durant le processus d'AMP. **Ainsi, une de nos recommandations consiste à prévoir juridiquement l'existence d'un consentement réitéré des deux partenaires durant toute la procédure d'AMP afin que les professionnels de santé restent informés du fait que ce projet demeure commun jusqu'à**

¹⁶² Amendement n° 1120 de la Loi Bioéthique du 2 août 2021.

¹⁶³ SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *La lettre juridique*, septembre 2021.

¹⁶⁴ CSP, Art. L2141-2.

la fin. Cette obligation de réitérer leur consentement assurerait que le professionnel de santé reste informé en temps réel des intentions de chacun. Cela offrirait une sécurité juridique tant pour les partenaires que pour les professionnels impliqués dans la procédure.

De plus, la question se pose également de l'information des patients des conséquences de leur séparation sur la poursuite du projet parental et donc du parcours d'AMP. Ce sujet n'est pas souvent évoqué selon les informations que nous avons recueillies. Cela peut être compliqué si une femme souhaitait continuer le parcours seule elle ne pourra pas continuer son projet avec les gamètes de son ex-partenaire. En effet, conformément au principe d'anonymat du don de gamètes¹⁶⁵¹⁶⁶, le projet devra repartir au point de départ pour la femme seule qui devra bénéficier d'un don de sperme de la part d'un tiers anonyme, avec tous les délais d'attente que cela implique. Ainsi, il nous semble important que les conséquences de la séparation du couple soient mieux abordées et explicitées en amont aux patients.

IV - L'approfondissement de la notion de « patient expert »

Au cours de nos recherches, une notion est apparue comme un soutien intéressant et innovant pour les patients, qui se distingue de celui qui peut être proposé par les psychologues et le corps médical. Il s'agit de la notion de « patient expert ». Il s'agira de se pencher sur la définition de cette notion innovante (A) pour ensuite s'intéresser à son établissement (B).

A) La définition de la notion de « patient expert »

Ce terme « a été développé durant ces deux dernières décennies afin de définir un patient qui possède une connaissance significative de sa maladie et de son traitement en plus de ses compétences d'autogestion »¹⁶⁷. Les « patients experts » ont alors la faculté de communiquer avec les professionnels de santé, mais sont aussi considérés comme éducateurs et comme ressources pour les autres patients. Par conséquent, le « patient expert » qui a déjà

¹⁶⁵C. civ., Art. 16-8.

¹⁶⁶CSP, Art. L. 2143-6.

¹⁶⁷BOULET Louis Philippe, « Le patient expert et les maladies respiratoires chroniques », *PubMed*, 14 avril 2016.

eu recours à la procédure d'AMP peut apporter une nouvelle approche du fait de son expérience.

Tout d'abord, des initiatives et des formations dédiées ont été mises en place. Ainsi, il existe une université des patients, fondée en 2009 à la Pitié-Salpêtrière (Paris) par Catherine TOURETTE-TURGIS. Cette institution offre des formations diplômantes aux patients atteints de maladies chroniques. Les programmes incluent des diplômes universitaires en éducation thérapeutique, démocratie sanitaire et accompagnement du patient en cancérologie. L'objectif est de valoriser leur savoir expérientiel et de les intégrer activement dans le conseil en parcours de santé¹⁶⁸. Ensuite, des associations ont été créées, notamment les associations agréées de santé qui forment des représentants des usagers (RU) pour siéger dans les instances hospitalières et de santé. Ces formations sont encadrées par des textes tels que la loi du 4 mars 2002 et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, visant à garantir la qualité et la sécurité des soins¹⁶⁹.

Le droit français reconnaît également cette notion, même si le mot de « patient expert » n'apparaît pas clairement. Par exemple, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé, a créé une Union Nationale des Associations Agréées du Système de Santé (UNAASS), renforçant le rôle des associations de patients dans les instances de santé. Dans un rapport de l'Institut de recherche et de documentation de la santé sur cette loi, il fait l'objet, dans le titre préliminaire, d'un rassemblement des acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée et illustrée par la « création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé : cette union est habilitée à donner ses avis aux pouvoirs publics, à animer un réseau des associations agréées d'usagers au niveau national et régional, à agir en justice, à représenter les usagers auprès des pouvoirs publics »¹⁷⁰.

Ainsi, les « patients experts » jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins. D'abord par le biais de l'éducation thérapeutique. Leur expérience permet de développer des programmes d'éducation adaptés, favorisant une meilleure compréhension et gestion de la maladie au quotidien. Ensuite, leur implication dans la conception et la

¹⁶⁸Université des Patients - Sorbonne., « Transformer l'expérience des malades en expertise ».

¹⁶⁹France Assos Santé au sein des instances et organisations, « RU et missions de représentation ».

¹⁷⁰Institut de recherche et de documentation de la santé, « La loi de modernisation de notre système de santé », mai 2021, p.11.

réalisation de projets de recherche garantit que les études reflètent les réalités vécues, améliorant ainsi leur pertinence et leur applicabilité. Enfin, en tant que porte-parole, ils défendent les droits et les besoins des patients, contribuant à l'évolution des politiques de santé et à la réduction de la stigmatisation associée à certaines pathologies.

B) Le développement de la place du « patient expert » dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation

Nous recommandons d'intégrer aux équipes médicales des « patients experts » qui pourront répondre à certaines questions et revenir sur leur parcours et leur expérience qu'eux seuls ont vécu. Ce point de vue pourrait enrichir celui du professionnel qui est le premier à être confronté aux couples et aux femmes seules souhaitant avoir recours à l'AMP. En effet, lors de nos entretiens avec des professionnels de santé, le sentiment de « solitude » et « d'errance » ressenti par les patients tout le long du parcours a été souvent évoqué. Le témoignage et l'accompagnement d'un « patient expert » pourrait permettre de soutenir les patients et d'améliorer leur parcours d'AMP.

Le « patient expert » pourrait intervenir en tant que source d'information et de soutien auprès des patients, mais également des proches. Il joue un rôle polyvalent, « pair-aidant », « pair-formateur », « ressource » d'informations auprès des patients, des professionnels de santé et des associations ou des instances publiques¹⁷¹.

Suivant cette idée, certaines associations souhaitent créer des groupes de paroles de « paire-aidance » dans le but de créer un aspect « communauté » pour regrouper les personnes qui ont vécu un parcours d'AMP. Cela leur permettrait de discuter avec d'autres personnes qui débutent ce parcours afin de les prévenir et soutenir, mais également de les informer sur les conséquences de ce parcours et peut être, pallier ce sentiment de solitude. Cependant, ces dispositifs sont encore très rarement mis en place.

Ce rôle de « patient expert » est pourtant difficile à mettre en place dans la pratique, car il doit s'accompagner de garanties et de protection de ces mêmes patients. De surcroît, il

¹⁷¹FRICONNEAU Marguerite, ARCHER Annie, MALATERRE Jeanne, SALAMA Françoise, OUILLADE Marie-Christine, « Le patient-expert - Un nouvel acteur clé du système de santé », https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2020/12/medsci200206s/medsci200206s.html#:~:text=Le%20patient%2Dexpert%20approfondit%20sans.doit%20%C3%AAtre%20reconnue%20par%20tous..

se réalisera sûrement de manière bénévole. De plus, il s'agit d'une mission complexe qui nécessite d'évoquer leur intimité et leurs difficultés en fonction de l'impact personnel et psychologique du parcours qu'elles ont vécu. Ils pourraient toutefois être représentés et protégés par des associations.

A plus petite échelle, la multiplication des groupes de paroles et de soutien au sein desquels interviendraient des couples ou des femmes seules ayant eu recours à une AMP serait intéressante¹⁷².

Au cours de notre atelier de restitution, les professionnels ont notamment pu mettre en avant le rôle du patient expert en considérant qu'il apporte une véritable richesse en reliant le savoir médical à la réalité des patients. Son discours possède une crédibilité unique que les praticiens ne peuvent pas avoir.

V- Garanties de l'anonymat du tiers donneur et droit de l'enfant né d'une AMP à connaître ses origines

La réforme de l'assistance médicale à la procréation (AMP) prévue par la Loi bioéthique du 2 août 2021 a introduit un droit nouveau pour les enfants nés d'un don de gamètes ou d'embryons. Désormais, « toute personne conçue par assistance médicale à la procréation avec tiers donneur peut, si elle le souhaite, accéder à sa majorité à l'identité et aux données non identifiantes du tiers donneur définies à l'article L. 2143-2 ». ¹⁷³ Ce nouveau droit est reconnu de manière générale quelle que soit la nature du don prévue à l'article L.2143-1 et bénéficie aux enfants nés de dons de gamètes ou d'embryons après le 1er septembre 2022.

Ainsi, à partir du 1er septembre 2022, il devient obligatoire pour les donneurs de gamètes de consentir à communiquer leur identité ainsi que des données non identifiantes aux enfants nés grâce à ces dons s'ils en font la demande à leur majorité.

La mise en œuvre de ce droit est assurée par le médecin qui recueille le consentement du donneur et veille à la collecte de ces informations¹⁷⁴.

¹⁷²BALEZ Eric, « Le patient partenaire », Ordre national des médecins, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1k5eyzv/cnom_rapport_cor_ap_-_patient_partenaire.pdf.

¹⁷³CSP, Art. L. 2143-2.

¹⁷⁴CSP, Art. L. 2143-3.

Les fortes revendications exprimées contre cette interdiction ont conduit le législateur à reconsidérer sa position. « En effet, les gamètes ne peuvent être assimilés à n'importe quel autre élément ou produit du corps humain. Porteurs d'une hérédité, ils renvoient à la question des origines »¹⁷⁵.

Le droit de connaître ses origines est intrinsèquement lié à l'identité et au développement personnel. Il englobe l'accès à des informations permettant de connaître ses racines, de comprendre les circonstances de sa naissance et de confirmer sa filiation parentale. Cette revendication croissante a conduit à sa reconnaissance, de manière explicite ou implicite, dans plusieurs textes internationaux¹⁷⁶.

La Cour européenne des droits de l'homme a reconnu l'importance du droit des enfants de connaître leurs origines dans son interprétation extensive de la notion de vie privée prévue à l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme¹⁷⁷. Elle a précisé que « l'intérêt vital des individus à obtenir les informations nécessaires à la découverte de la vérité concernant un aspect important de leur identité personnelle » tel que l'identité des géniteurs¹⁷⁸.

A) Les difficultés liées à la levée partielle de l'anonymat

Cette réforme, bien que fondée sur la protection du droit de l'enfant à connaître ses origines, soulève de nombreuses difficultés.

1- Un frein au nombre de don de gamètes

L'une des principales difficultés soulevées concerne les conséquences de cette mesure sur la volonté des donneurs potentiels. Le principe d'anonymat total constituait historiquement une garantie pour les tiers donneurs, leur permettant de participer à l'AMP sans crainte d'implication future. Or, la possibilité, pour l'enfant, d'obtenir des informations

¹⁷⁵DESCHAMPS Victor, « Réglementation des activités d'assistance médicale à la procréation », *Droit de la famille* / § 1 — — 2023-2024 chapitre 217 Filiation des enfants conçus par assistance médicale à la procréation.

¹⁷⁶CHIU Victoria, « le droit de connaître ses origines dans la jurisprudence des cours constitutionnelles européennes », site conseil constitutionnel, Titre VII n°11, Octobre 2023.

¹⁷⁷CEDH, 26 mai 1994, *Keegan c/ Irlande*, req. n° 16969/90, § 50 et s.

¹⁷⁸CEDH, 7 février 2002, *Mikulic c/ Croatie*, req. n° 53176/99, § 64.

sur le donneur peut en dissuader certains, aggravant ainsi la pénurie actuelle de dons. En effet, le droit à la connaissance des origines reconnu à l'enfant ne fait pas obstacle au principe de l'anonymat du don comme énoncé à l'article 16-8 du Code civil et à la protection accordée au statut du donneur.

2- Une méconnaissance du dispositif par le public

La société conserve une perception erronée de l'anonymat en matière d'AMP. Bien qu'en droit français, la révélation de l'identité ne puisse pas conduire à établir un lien de filiation, la levée de l'anonymat fait l'objet de malentendus en raison d'un manque d'information. Le principe de l'anonymat s'applique au moment du don. Cependant, cet anonymat est levé lorsque l'enfant atteint l'âge de pouvoir demander des informations sur ses origines. Ces deux temps distinct peuvent engendrer une certaine incompréhension chez les personnes en attente d'une AMP¹⁷⁹.

La volonté du donneur occupe une place centrale. En réalité, le consentement du donneur est un préalable à la divulgation d'informations, cela est précisé dans l'article L. 2143-2 du Code de santé publique. L'article précise que l'enfant né d'AMP devenu majeur peut obtenir deux types de données. D'abord des données identifiantes, puis des données non identifiantes listées par l'article L. 2143-3 du Code de santé publique : l'âge, l'état général, les caractéristiques physiques, ainsi que la situation familiale et professionnelle, le pays de naissance et les motivations de leur don¹⁸⁰.

Le manque de précision dans la rédaction de l'article L. 2143-3 du Code de la santé publique de ce qu'il entend par « identité du donneur » pourrait constituer un obstacle à la bonne compréhension des informations du donneur devant être fournies. En effet, « s'agit-il uniquement de son nom et de ses prénoms, ou faut-il y ajouter sa date et son lieu de naissance ? La question est loin d'être anodine car la connaissance de ces informations peut permettre à l'enfant d'entrer en contact avec le donneur »¹⁸¹. Ces interrogations qui planent

¹⁷⁹LAMARCHE Marie, « Bioéthique - Cherche donneurs de gamètes pour l'AMP », *Droit de la famille*, n° 9, septembre 2024.

¹⁸⁰Article L. 2143-3 du CSP - PMA : « premier bilan de la CAPADD, la commission d'accès aux origines », L'université de la Sorbonne Paris Nord, <https://www.univ-spn.fr/pma-premier-bilan-de-la-capadd-la-commission-dacces-aux-origines/>

¹⁸¹DESCHAMPS Victor, « Réglementation des activités d'assistance médicale à la procréation », *Dalloz action*, Droit de la famille / § 1 - 2023-2024 chapitre 217 Filiation des enfants conçus par assistance médicale à la procréation.

devraient être résolues pour une meilleure compréhension du dispositif par les parties concernées.

Les enfants nés d'un don peuvent faire une demande pour obtenir ces informations auprès de la Commission d'accès des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation aux données des tiers donneurs (CAPADD)¹⁸² à leur majorité. De plus, une méconnaissance du public et une mauvaise interprétation de la réforme peuvent laisser croire aux donneurs qu'un lien juridique pourrait être créé entre l'enfant et le donneur. Or, il est très important de rappeler qu'aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'enfant et le donneur¹⁸³. Le donneur n'a aucun lien juridique vis-à-vis de l'enfant né de son don. Selon l'article 342-9 du Code civil, « en cas d'assistance médicale à la procréation nécessitant l'intervention d'un tiers donneur, aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant issu de l'assistance médicale à la procréation ». Par ailleurs, « aucune action en responsabilité ne peut être exercée à l'encontre du donneur » (autrefois prévu à l'article 311-19 du Code civil abrogé).

Enfin, la levée partielle de l'anonymat pose des questions éthiques quant à la nature du lien symbolique qui pourrait se créer entre l'enfant et le donneur. Certaines personnes craignent que cette information ne génère des attentes ou des déceptions chez les enfants issus de dons¹⁸⁴.

De plus, la gestion de l'information et le moment de la révélation aux enfants peuvent poser problèmes : certains parents pourraient choisir de ne pas divulguer le recours à un tiers donneur à leurs enfants à leurs conceptions les privant ainsi de leur droit d'accéder à ces données à leur majorité. Une garantie de la délivrance de cette information pourrait être envisagée pour s'assurer de l'effectivité de ce droit.

¹⁸²Article L2143-6 du CSP - « Né(e) d'une AMP avec tiers donneur, tiers donneur, bénéficiaire d'une AMP : réponses à vos questions sur l'accès aux origines et fiches d'information et d'accompagnement psychologique », Ministère du Travail, de la santé, des solidarités et des familles: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-origines-AMP/article/ne-e-d-une-amp-avec-tiers-donneur-tiers-donneur-beneficiaire-d-une-amp-reponses>

¹⁸³LAMARCHE Marie, « Bioéthique - Recherche donneurs de gamètes pour l'AMP », *Droit de la famille*, n° 9, septembre 2024

¹⁸⁴« Levée de l'anonymat du don de gamètes », *Site Génétique*, 09 février 2011, <https://www.genethique.org/lever-lanonymat-des-donneurs-de-gametes/>.

B) La nécessaire précision du régime de l'anonymat du don de gamète

Face à ces difficultés, des mesures devraient être mises en place pour mieux informer les parties concernées et rassurer les donateurs potentiels et éviter une baisse dramatique du nombre de dons.

Il est primordial d'expliquer clairement aux donateurs et aux bénéficiaires de l'AMP que l'anonymat demeure la règle au moment du don, et que la levée partielle ne se fait que sous certaines conditions bien encadrées par le Code de santé publique. Il conviendrait donc de développer des campagnes d'information sous divers formats telles que des campagnes d'affichages et de publicité afin d'améliorer le système d'information des donateurs.

Il convient toutefois d'être attentif car, en France, la loi interdit la publicité en faveur du don d'éléments ou de produits du corps humain, notamment pour des dons au profit de personnes déterminées ou en vue d'une compensation financière. Ainsi l'article L. 1211-3 du Code de la santé publique prévoit que « la publicité en faveur d'un don d'éléments ou de produits du corps humain au profit d'une personne déterminée ou au profit d'un établissement ou organisme déterminé est interdite. Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'information du public en faveur du don d'éléments et produits du corps humain »¹⁸⁵.

Néanmoins, il existe une nuance dans cette interdiction, un rapport du Sénat souligne que l'article L. 665-12 du Code de la santé publique (devenu L. 1211-3 du Code de la santé publique) interdit la publicité tout en autorisant l'information en faveur du don, bien que la distinction entre les deux ne soit « pas toujours d'un maniement aisé »¹⁸⁶. L'association France Fédération des Associations pour le Don d'Organes et de Tissus humains (ADOT) précise que cette interdiction « ne fait pas obstacle aux actions de sensibilisation du public et de promotion du don »¹⁸⁷.

Ainsi, l'Agence de la biomédecine est autorisée à mener des campagnes d'information et de sensibilisation concernant le don de gamètes pour l'assistance médicale à la procréation. Ces campagnes ont pour objectif d'informer le public sur les évolutions législatives récentes et de sensibiliser aux enjeux liés au don de gamètes. Par exemple, entre octobre et décembre

¹⁸⁵CSP, Art. L.1211-3.

¹⁸⁶Sénat français, CLAEYS Alain, HURIET Claude, « Rapport d'information n° 232 (1998-1999) », février 1999

¹⁸⁷ADOT France, « La législation en matière de don d'organes ».

2023, l'Agence a lancé une campagne nationale visant à augmenter le nombre de dons et à diversifier les profils des donneurs¹⁸⁸.

Bien que la publicité commerciale pour le don de gamètes soit interdite, les campagnes menées par l'Agence de la biomédecine sont conformes à la réglementation en vigueur, car elles relèvent de missions d'intérêt public visant à informer et sensibiliser la population sans contrevenir aux principes éthiques du don.

Il serait également possible de mettre en place des « guides pédagogiques du donneur » lui permettant d'être clairement informé sur le processus d'AMP, mais également sur les suites du don notamment lorsque l'individu né du don souhaite accéder à l'identité et des données non identifiantes du donneur. Les guides seraient réalisés par les différents professionnels qui interviennent dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation. Ils auraient pour objectif d'expliquer le régime juridique de la levée partielle de l'anonymat du don de gamètes en France. Ils seraient destinés aux professionnels des centres d'assistance médicale à la procréation (AMP), aux structures privées, ainsi qu'aux donneurs et futurs parents. Ce document préciserait les obligations légales, les modalités de consentement, et les conséquences pour les donneurs et les enfants issus d'un don.

Il pourrait être composé de plusieurs volets, juridique, médical, financier.

- Un volet juridique

Ce volet devrait contenir une bonne explication du régime juridique du don de gamètes réalisée par des juristes, précisant la levée partielle de l'anonymat. Il devrait également être expliqué que les donneurs doivent consentir à la collecte de leurs données, qu'elles soient identifiantes (nom, prénom) ou non identifiantes (caractéristiques générales). Il serait toutefois indiqué qu'ils n'ont ni droits ni obligations envers l'enfant né de leur don. La loi garantit leur protection et préserve l'absence de lien juridique avec l'enfant.

- Un volet médical

Ce volet serait rédigé par des professionnels de l'AMP tel que des médecins travaillant au sein de CECOS. Les informations entourant le processus du don de gamètes y

¹⁸⁸ Agence de la biomédecine, « Campagne d'information et de sensibilisation autour du don de gamètes », 20 octobre 2021.

seraient détaillées : une consultation initiale, des tests médicaux, l'expression du consentement du donneur, le recueil des gamètes et un suivi post-don. Les critères d'éligibilité seraient également précisés : âge limite, bonne santé et absence de maladies héréditaires.

- Un volet financier

Dans cette étape, les professionnels pourraient revenir sur la gratuité du don. En revanche, il serait indiqué que tous les coûts sont pris en charge par la sécurité sociale. Ainsi, aucun frais n'est supporté par le donneur.

Il serait par ailleurs essentiel d'insister sur le fait que le tiers donneur n'a aucun lien de filiation avec l'enfant et qu'en aucun cas, un enfant né d'un don ne pourra engager une action pour être reconnu comme descendant du donneur. Cette information devrait être affichée clairement dans les centres de dons et relayée par les professionnels de santé.

Si certains freins à l'accès à l'AMP peuvent faire l'objet de recommandations et d'ajustements, d'autres subsistent en raison des interdictions juridiques. Certaines de ces restrictions semblent toutefois en voie d'évolution, tandis que d'autres demeurent intangibles, car elles reposent sur des principes fondamentaux du droit français. C'est dans cette perspective que nous analyserons les évolutions possibles et les limites persistantes de l'AMP en France.

Au cours des débats durant l'atelier de restitution, beaucoup de questions ont pu être posées, notamment au regard des informations transmises à l'enfant, aux examens préalables au don, au nombre de dons possibles pour un donneur et à la conservation des gamètes (un professionnel a pu préciser que les gamètes peuvent être conservés pendant 100 ans).

Des interrogations ont également été soulevées sur le nombre possible d'enfants issus d'un seul donneur. Il a ainsi été précisé que les gamètes d'un même donneur ne peuvent pas être utilisées pour plus de 10 enfants conçus par AMP.

Enfin, concernant l'anonymat du donneur, une psychologue a expliqué qu'il y a moins de pression pour retrouver les donneurs, puisque les données identifiantes sont suffisantes pour répondre à de nombreuses questions, bien que les coordonnées du donneur ne soient pas accessibles.

PARTIE 3 : LES ÉVOLUTIONS ÉVENTUELLES

Bien que certaines évolutions en matière d'Assistance Médicale à la Procréation soient parfois envisagées, telles que la Réception d'ovocytes de la partenaire (ROPA), l'AMP post-mortem, la rémunération du don de gamètes ou l'accès à l'AMP pour les couples transgenres, elles contreviennent pour l'instant à des principes fondamentaux du droit français. Ces propositions, bien qu'intéressantes, nécessiteraient une réforme profonde du cadre juridique actuel, un processus complexe qui soulève des questions éthiques et juridiques importantes. C'est à cet égard que nous mettrons en lumière les perspectives offertes par le droit comparé, afin d'explorer les évolutions possibles.

I- La technique de la Réception d'ovocytes de la partenaire (ROPA)

La méthode ROPA (Réception des Ovocytes de la Partenaire) permet à deux femmes en couple de partager biologiquement une maternité, l'une fournissant les ovocytes et l'autre portant l'enfant. Si cette pratique reste interdite en France, elle soulève d'importants enjeux juridiques et éthiques. L'étude du droit comparé permet d'analyser les choix d'autres pays ayant légalisé la ROPA et d'en tirer des enseignements pour une éventuelle reconnaissance en France, notamment au regard des décisions que la CEDH a pu rendre à l'encontre de ces pays (A). Ainsi, l'introduction de la ROPA en droit français fait l'objet de débats et pourrait évoluer à l'avenir (B).

A- Droit comparé

Au Danemark, depuis le 1er janvier 2025, une modification législative autorise la méthode ROPA pour tous les couples de femmes, sans nécessité de justification médicale. Auparavant, cette procédure n'était permise que pour des raisons médicales spécifiques¹⁸⁹.

¹⁸⁹WALES Dorothy, « *FIV Danemark - Traitement FIV Danemark* », Cliniques de fertilité à l'étranger, 2024.

En Espagne, l'AMP est régie par la loi n° 14 du 26 mai 2006 sur les techniques de reproduction humaine assistée qui définit les principales règles relatives à l'assistance médicale à la procréation¹⁹⁰.

Cette législation autorise l'accès aux techniques d'AMP à toute femme majeure, indépendamment de son état civil ou de son orientation sexuelle. Bien que la méthode ROPA ne soit pas explicitement mentionnée dans cette loi, elle est couramment pratiquée et acceptée dans le pays. Une condition à l'accès à cette technique existe toutefois, l'Espagne exigeant que les deux femmes soient mariées¹⁹¹. Depuis 2007, la législation espagnole reconnaît l'existence d'une co-maternité au sein des couples de même sexe dans le cadre de la ROPA, permettant la reconnaissance des deux mères comme mères légales au-delà de leur statut de mères biologiques¹⁹². Il n'est ainsi pas nécessaire de passer par une procédure d'adoption pour la mère n'ayant pas accouché.

Ainsi, lorsque le couple de femmes est marié, l'article 7.3 de la loi 26 mai 2006 permet à la conjointe non porteuse, d'exprimer auprès du fonctionnaire de l'État civil du domicile conjugal son consentement pour qu'elle soit également reconnue en tant que mère et pour qu'une double filiation maternelle soit ainsi établie. Si le couple n'est pas marié, la mère non gestante doit commencer une procédure d'adoption pour être inscrite légalement sur l'État Civil comme la mère¹⁹³.

Au Portugal, l'accès à la ROPA est soumis à plusieurs conditions. Un âge limite de 50 ans est fixé pour la femme mais, contrairement à l'Espagne, aucune condition relative à l'état civil de la personne n'est nécessaire, il n'y a pas d'obligation de mariage entre les deux personnes souhaitant recourir à la ROPA¹⁹⁴.

¹⁹⁰Sénat, Étude de législation comparée n° 193, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », janvier 2009.

¹⁹¹« La méthode de la ROPA : Tout ce qu'il faut savoir », *Dexeus Mujer*, 28 juin 2023.

¹⁹²Dr KATHARINA, « PMA en Espagne : réglementation, options et taux de réussite », *Vida Fertility*, 11 octobre 2024.

¹⁹³Instituto Bernabeu, « Méthode ROPA Maternité lesbienne bisexuelle et transgenre »

¹⁹⁴Dr. VLADIMIRO Silva, « PMA pour les couples de femmes : La ROPA au Portugal », Clinique de fertilité à l'étranger.

B) Les perspectives d'évolution du droit français

Au regard des différents entretiens menés au cours de nos recherches, un élément ressort concernant la ROPA. Son interdiction en France ne repose pas uniquement sur des difficultés médicales, il s'agit plus de problématiques liées à l'éthique, aux mœurs et aux considérations sociales établies en France.

Une proposition de loi n°1570, déposée le 20 juillet 2023 visait à autoriser cette pratique « en cas de nécessité médicale »¹⁹⁵. Il était envisagé d'autoriser le don intra-couple entre les femmes en cas de problèmes médicaux chez une des femmes qui impliquaient qu'elle ne puisse pas porter l'enfant, mais qu'elle puisse donner des ovules à sa partenaire pour réaliser un projet parental commun.

Par exemple, en présence d'une femme qui présente une malfonction ovarienne, et d'une autre qui ne peut pas porter l'enfant, cela pourrait être une solution intéressante. Il serait ainsi envisageable de limiter cette pratique aux couples de femmes infertiles. Cela reviendrait toutefois à conditionner le recours à la ROPA aux anciennes conditions d'infertilité auxquelles étaient soumis les couples hétérosexuels pour recourir à l'AMP.

La ROPA présente l'avantage de permettre à un couple de femmes de concrétiser son désir commun d'enfant sans avoir besoin d'un don lorsque les ovocytes de l'une d'elles sont défaillants. Cela peut être précieux étant donné le nombre assez faible de dons d'ovocytes et donc le délai d'attente moyen de 24 mois en France¹⁹⁶. Utiliser les ovocytes de la partenaire permettrait ainsi de réduire considérablement les délais de toute la procédure d'AMP.

Dans le cadre d'un texte de la Commission spéciale sur le projet de loi relatif à la bioéthique (n° 2187), un amendement n° 2297, déposé le 20 novembre 2019, a proposé d'autoriser la ROPA en France¹⁹⁷. L'amendement proposait un cadre spécifique pour la ROPA avec une dérogation exceptionnelle au principe de l'anonymat du don et une autorisation de la pratique limitée à l'existence de complications médicales particulières (infertilité)¹⁹⁸.

¹⁹⁵Assemblée nationale, Proposition de loi n° 1570, 20 juillet 2023.

¹⁹⁶Agence de la biomédecine, « Donnez vos ovocytes vous ferez des heureux ».

¹⁹⁷Assemblée nationale, Texte adopté par la commission n° 2243, 20 septembre 2019.

¹⁹⁸SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *Lexbase*, 23 septembre 2021.

Le texte a été adopté en seconde lecture par la Commission spéciale de l'Assemblée nationale. Mais le Gouvernement, dont l'opposition était affirmée depuis septembre 2019 par la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, finira par avoir gain de cause. L'autorisation de la technique n'a finalement pas été admise par la loi au « motif décisif que la ROPA conduirait à pratiquer des actes médicaux lourds et injustifiés comme la stimulation ovarienne suivie d'une FIV et d'un transfert d'embryon »¹⁹⁹, là où une simple insémination artificielle peut suffire²⁰⁰. Sur cette idée, autoriser la ROPA reviendrait en effet à pratiquer des actes médicaux non nécessaires.

Un autre principe entoure l'AMP exogène (avec tiers donneur), il s'agit de l'interdiction de l'établissement d'un lien de filiation entre le donneur et l'enfant. Le risque de la ROPA serait que les couples demandent l'établissement de la filiation envers les deux femmes, soit une double reconnaissance de maternité. Cette technique ne respecterait pas le principe d'interdiction d'établissement d'un lien de filiation entre la donneuse d'ovocyte (génitrice) et l'enfant. Tant la génitrice que la gestatrice (femme qui porte l'enfant) souhaiteraient que soit reconnue leur lien de filiation maternel envers l'enfant.

Dans une décision du 12 novembre 2024, la CEDH est venue confirmer cela en donnant raison à l'Allemagne dans une affaire concernant un couple de femmes ayant eu recours à la ROPA en Belgique²⁰¹. L'enfant, né en 2013, n'avait sur son acte de naissance que la mention de la mère gestatrice, tandis que la mère génétique (fournisseuse des ovocytes) n'était pas reconnue comme parent légal. La justice allemande avait refusé l'établissement automatique d'un second lien de filiation maternel, arguant du besoin de prévenir la « dissociation de maternité » et de préserver des règles claires de filiation fondées sur l'accouchement. Les requérantes invoquaient une atteinte à leur droit au respect de la vie privée et familiale (article 8 CEDH)²⁰², combiné avec l'interdiction des discriminations (article 14)²⁰³. Toutefois, la Cour a estimé que le refus allemand ne constituait ni une atteinte à la vie familiale ni une discrimination injustifiée. Elle a souligné que les États conservent

¹⁹⁹MURAT Pierre, CIMAR Laurence, BERNARD-XEMARD Clara, « Respect et protection du corps humain, Assistance médicale à la procréation », *Jurisclasseur*, 08 avril 2022.

²⁰⁰BRUNET Laurence, « Les dispositions de la nouvelle loi sur l'AMP et la filiation des enfants qui en sont issus. Splendeurs et misères du principe de non-discrimination », *AJ famille*, 2021, p. 522 s.

²⁰¹CEDH, 12 novembre 2024, *R.F. et autres c. Allemagne*, n° 46808/16.

²⁰²CEDH, Art. 8.

²⁰³CEDH, Art. 14.

une large marge d'appréciation sur ces sujets sensibles, d'autant plus qu'il n'existe pas de consensus européen sur l'établissement de la filiation dans le cadre d'une ROPA, statuant que « compte tenu du fait que l'affaire soulève des questions morales et éthiques sensibles relatives aux techniques de procréation médicalement assistée et qu'il n'existe pas de consensus parmi les États contractants quant aux réponses à donner à ces questions (paragraphe 64 ci-dessus), la Cour se doit de faire preuve de réserve dans l'exercice de son contrôle de conventionnalité »²⁰⁴. La Cour a également noté que la mère génétique pouvait bénéficier de prérogatives parentales ou entamer une procédure d'adoption, ce qui avait été le cas ici. Elle relève ainsi que « dans l'attente de la conclusion de la procédure d'adoption, la première requérante disposait de certaines prérogatives à l'égard du requérant, lesquelles, même si elles dériveraient non pas de son lien génétique avec l'intéressé mais de son union légale avec la seconde requérante, limitaient l'insécurité juridique invoquée par le requérant (paragraphe 44 ci-dessus) et avaient à tout le moins pour effet de l'autoriser à exercer à l'égard de l'enfant des droits et devoirs qui se rattachent à la parentalité (paragraphe 51 ci-dessus)»²⁰⁵. Par cette décision, la CEDH a réaffirmé le principe traditionnel « mater semper certa est » – la mère est toujours celle qui accouche – et validé l'approche prudente des États en matière de filiation dans les cas de procréation assistée non encadrée par leur droit national. Ce raisonnement renforce les réserves déjà exprimées en France sur la reconnaissance automatique d'un double lien maternel dans le cadre d'une ROPA.

La mise en place d'un régime d'autorisation de la ROPA en France serait donc également subordonnée à la prise en compte du régime entourant la filiation des deux mères concernées. Sur ce point, au regard de la jurisprudence de la CEDH, la simple possibilité pour la mère donneuse d'ovocytes d'avoir accès à l'adoption de l'enfant suffirait²⁰⁶. Étant toutefois un projet parental mené à deux et où les deux mères ont un rapport biologique avec l'enfant, il est possible de penser que la mise en place d'une reconnaissance de l'enfant également par la mère donneuse pourrait être judicieuse, même si au regard de l'état actuel du droit français, cela impliquerait des révisions conséquentes.

²⁰⁴CEDH, 12 novembre 2024, *R.F. et Autres c. Allemagne*, n°46808/16, § 95.

²⁰⁵CEDH, 12 novembre 2024, *R.F. et Autres c. Allemagne*, n°46808/16, § 94.

²⁰⁶CEDH, 12 novembre 2024, *R.F. et autres c. Allemagne*, n° 46808/16.

Pour s'opposer à la ROPA, des députés ont invoqué le risque d'ouverture de la gestation pour autrui que pourrait engendrer cette méthode. « Ce sont les arguments de la « pente glissante » » analyse Marie Mesnil : « Dès qu'on permet quelque chose de nouveau, il y a toujours l'ombre de la GPA qui plane, mais c'est une lecture malaisante de la ROPA. Le principe de la GPA, c'est que la femme qui porte n'est pas le parent. Dans la ROPA, les deux femmes ont vocation à être mères de l'enfant, donc on n'est pas du tout dans un dispositif de GPA »²⁰⁷. L'assimilation à la technique de la GPA n'est pas une évidence, l'existence d'un projet parental commun redistribuant complètement les cartes sur les questions éthiques. Là où la GPA est fortement critiquée du fait des risques de marchandisation du corps humain pour autrui, la ROPA est limitée au cadre strictement conjugal et à un projet parental commun aux deux personnes impliquées dans la procédure.

En conclusion, afin d'évoluer vers une ouverture légale de la technique de la ROPA dans le cadre de l'Assistance Médicale à la Procréation en France, plusieurs mesures juridiques et éthiques devraient être intégrées dans le droit français. Tout d'abord, il serait nécessaire d'introduire une reconnaissance légale explicite de la ROPA, en modifiant le Code de la santé publique pour encadrer cette pratique. Cette évolution devrait inclure la définition de critères d'éligibilité stricts, en précisant le statut juridique du couple, en fixant des limites d'âge pour les patientes et en imposant des critères médicaux rigoureux pour garantir leur aptitude à la procédure. Par ailleurs, un encadrement rigoureux de la procédure serait essentiel, notamment en matière de consentement éclairé de chacune des partenaires, ainsi que par l'instauration d'une limitation du nombre de tentatives afin de protéger la santé des femmes concernées. Si l'interdiction actuelle de la ROPA ne constitue pas un frein général à l'accès à l'AMP pour les couples de femmes, elle restreint néanmoins la possibilité d'un projet parental partagé sur le plan biologique. Ces propositions visent donc à adapter la législation française aux enjeux contemporains, avec la reconnaissance des divers modèles familiaux qui ont vu le jour ces dernières années, et à l'adaptation du droit aux avancées médicales et sociales.

²⁰⁷Maëlle Le Corre, « Loi bioéthique : la ROPA, entre maternité et filiation », *Slate.fr*, 30 mars 2021, <https://www.slate.fr/story/193452/loi-bioethique-ropa-maternite-filiation-pma-gpa-fiv-couple-lesbien-adoption>.

II- L'Assistance Médicale à la Procréation post-mortem

L'AMP post-mortem, qui permet l'utilisation des gamètes ou un embryon d'une personne décédée pour concevoir un enfant, est strictement interdite en France, soulevant ainsi des questions éthiques et juridiques complexes. Cependant, cette pratique est autorisée dans certains pays, ce qui offre un cadre intéressant d'un point de vue du droit comparé (A). En France, les perspectives d'évolution de la législation sont également un sujet de débat, notamment en ce qui concerne les possibilités d'assouplissement des règles actuelles (B).

A- Droit comparé

1- La loi espagnole

En Espagne, la procréation médicalement assistée (PMA) post-mortem est encadrée par la loi du 26 mai 2006 sur les techniques de reproduction humaine assistée²⁰⁸. Cette législation autorise l'insémination post-mortem sous deux conditions essentielles : le consentement explicite du défunt²⁰⁹. La seconde condition réside dans la réalisation de l'insémination dans un délai de douze mois suivant le décès²¹⁰.

Un exemple récent illustre l'application de cette législation. En décembre 2024, un tribunal de la province de Biscaye a refusé la demande d'une femme souhaitant utiliser le sperme de son compagnon décédé dans un accident de la route. Le refus était motivé par l'absence de consentement explicite de l'homme pour une utilisation post-mortem de ses gamètes, malgré des preuves attestant de leur intention de fonder une famille de leur vivant²¹¹.

²⁰⁸L. n°14/2006 du 26 mai 2006 portant sur les techniques de reproduction humaine assistée, Journal officiel, n° 126, 27 mai 2006.

²⁰⁹VIGEAN Daniel, « Déplacement d'embryons pour une PMA post mortem à l'étranger : c'est interdit par la loi ! », Dalloz Actu Étudiant, 7 février 2020.

²¹⁰CE, 31 mai 2016, *Mme C. A. c/ Ministre des Affaires sociales et de la Santé*, n° 396848.

²¹¹Redacción HuffPost / Agencias, « Muere en un accidente de tráfico y un juez desautoriza el uso del esperma por parte de su pareja », *Huffington Post España*, 19 mars 2024.

2- La loi belge

En Belgique, la PMA post-mortem est régie par la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes²¹². Selon cette loi, l'utilisation des gamètes ou embryons d'un partenaire décédé est autorisée si cela a été prévu dans la convention de PMA établie avant le décès. De plus, un délai de six mois après le décès est requis avant de procéder à la PMA, avec un maximum de cinq ans après le décès²¹³. Cette période a été prolongée de deux à cinq ans par une loi du 9 juillet 2023²¹⁴, permettant au partenaire survivant de réaliser le projet parental dans ce laps de temps.

B- Les perspectives d'évolution du droit français

La question de l'insémination artificielle post-mortem n'est pas récente. Elle a été abordée dès 1985 avec le dépôt de la proposition de loi n° 257 au Sénat, présentée par M. Francis Palmero²¹⁵. Cette proposition visait à encadrer les modalités d'insémination artificielle, y compris dans le contexte post-mortem.

Il est important de noter que la réforme bioéthique de 2021²¹⁶, a modifié l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique, en supprimant le terme « vivants » qui figurait dans la version précédente : « l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants »²¹⁷. Cette modification a suscité des discussions lors des débats parlementaires, reflétant une volonté d'adapter la législation aux évolutions sociétales et technologiques.

Pendant les travaux parlementaires, des avis divergents ont émergé concernant l'AMP post-mortem. Certains parlementaires ont proposé d'interdire cette pratique, invoquant des considérations éthiques et la nécessité de protéger les droits des enfants à naître.

Par exemple, un amendement visait à ajouter une phrase à l'article L.2141-2, prévoyant que

²¹²L. du 6 juillet 2007 portant sur la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, Moniteur belge, 17 juillet 2007.

²¹³L. du 6 juillet 2007 portant sur la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, Moniteur belge, 17 juillet 2007, article 16.

²¹⁴L. du 9 juillet 2023 modifiant la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, Moniteur belge le 25 juillet 2023.

²¹⁵PALMERO Francis, proposition de loi n° 257 relative aux conséquences juridiques de l'insémination artificielle post-mortem, déposée le 24 avril 1985.

²¹⁶L. n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, publiée au Journal officiel, 3 août 2021.

²¹⁷CSP, Art. L.2141-2, version antérieure à la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021.

« l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons humains ou à l'insémination »²¹⁸. Cependant, cet amendement n'a pas été retenu et la version finale de l'article ne contient pas cette précision. Tandis que d'autres ont plaidé pour l'ouverture de l'AMP post-mortem, par exemple l'amendement n° 1905²¹⁹, déposé dans le cadre de l'examen du projet de Loi bioéthique le 5 septembre 2019 demandait à ce que soit ajouté « par écrit, ils consentent ou non, en cas de décès de l'un des membres du couple, à la poursuite au projet parental avec les gamètes issus du défunt ou des embryons conçus en application de l'article L. 2141-3 ». Un second amendement²²⁰ soutenant l'ouverture à l'AMP post-mortem précise son encadrement, en autorisant l'utilisation des gamètes de l'homme décédé ou des embryons conservés, à condition que le couple ait consenti, par acte notarié, à la poursuite du projet parental en cas de décès de l'homme. Néanmoins, cette proposition ne fut pas retenue.

Par ailleurs, d'autres institutions prônent une possible évolution telles que le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) qui s'est déjà plusieurs fois prononcé en faveur de l'autorisation de l'AMP post-mortem, du moins concernant les embryons. Dans son avis n° 113 du 10 février 2011²²¹, le CCNE estime que, lorsque le couple a entamé une procédure d'assistance médicale à la procréation ayant abouti à la cryoconservation d'embryons, il est légitime que la femme puisse décider du transfert de ces embryons après le décès de son conjoint, sous réserve d'un accompagnement médical et psychologique approprié. Le CCNE réitère cette position en 2018 dans son avis 129²²², soulignant que le transfert d'embryons post-mortem devrait être autorisé, à condition que la femme reçoive un soutien médical et psychologique adéquat.

De plus, l'ouverture de l'AMP aux femmes seules depuis la Loi bioéthique de 2021 a suscité des interrogations sur la cohérence de l'interdiction de l'AMP post-mortem. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), dans son arrêt du 14 septembre 2023, a relevé que cette ouverture pourrait remettre en question la justification du maintien de l'interdiction

²¹⁸Assemblée nationale, « *Compte rendu de réunion n° 2 - Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique* », déposé le 7 juin 2021.

²¹⁹Assemblée nationale, Amendement n° 1905 au projet de loi bioéthique, déposé le 7 juin 2021.

²²⁰NAEGELEN Christophe, BRINDEAU Pascal, Assemblée nationale, Amendement n° 1713 au projet de loi relatif à la bioéthique, déposé le 19 septembre 2019.

²²¹Comité consultatif national d'éthique (CCNE), avis n° 113 : La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple, 10 février 2011.

²²²Comité consultatif national d'éthique (CCNE), avis n° 129 : Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019, septembre 2018.

de l'AMP post-mortem. La Cour a rappelé que, malgré la large marge d'appréciation des États en matière de bioéthique, le cadre juridique doit être cohérent²²³.

Au regard des évolutions récentes et des débats en cours, il est envisageable que l'AMP post-mortem soit un jour autorisée en France. Une telle réforme nécessiterait l'établissement de critères spécifiques, inspirés des pratiques internationales. Les principales propositions sont celles retenues par les législations étrangères, ainsi il peut être imaginé de soumettre l'AMP post-mortem à la reconnaissance d'un projet parental antérieur attesté par le biais de preuves tangibles, tels que des documents médicaux ou des déclarations officielles. Il s'agirait d'exiger un consentement préalable écrit et éclairé de la part du parent décédé, exprimant la volonté de recourir à l'AMP en cas de décès. Enfin, tout comme en Belgique, une limitation temporelle est nécessaire.

En s'inspirant de pratiques étrangères, comme celles observées en Belgique, ces propositions visent à encadrer strictement l'AMP post-mortem tout en répondant aux évolutions sociétales et aux avancées médicales. Toutefois, une telle réforme aura des répercussions sur le droit de la filiation.

L'introduction d'une limitation temporelle pour l'AMP post-mortem pourrait modifier les conditions d'accès à cette pratique, influençant ainsi la reconnaissance de la filiation de l'enfant né post-mortem. Initialement la filiation de l'enfant né d'AMP s'établit par le biais d'abord par le consentement à l'AMP donné²²⁴ de la présomption de paternité dans le cadre du mariage²²⁵. Mais, si une période spécifique est définie durant laquelle l'AMP post-mortem est autorisée après le décès, cela pourrait affecter la reconnaissance de la filiation du parent décédé. En l'absence de dispositions légales claires, la filiation pourrait être contestée, notamment en ce qui concerne le parent dont le décès précède la conception de l'enfant.

La question de l'AMP post-mortem représente un véritable défi pour le droit français, car son autorisation pourrait profondément perturber le régime de filiation. Une telle évolution nécessiterait une révision des principes actuels de la filiation, avec des conséquences sociales et juridiques considérables.

²²³CEDH, 14 septembre 2023, §80, *Baret et Caballero c. France*, req. n° 22296/20 et 37138/20.

²²⁴C. civ., Art. 311-19 à 311-201.

²²⁵C. civ., Art. 312.

Au cours de notre atelier de restitution, il a notamment pu être évoqué par un biologiste que l'interdiction de l'AMP post mortem repose sur des arguments éthiques visant à prioriser « un droit de l'enfant et non un droit à l'enfant ». Cela reflète une perspective éthique qui place l'intérêt supérieur de l'enfant au centre des préoccupations, en s'assurant que sa naissance s'inscrit dans un projet parental respectueux de ses droits fondamentaux.

III- L'exclusion des couples d'hommes transgenres ayant conservé leurs organes génitaux féminins

L'AMP n'est actuellement pas ouverte aux hommes transgenres qui auraient conservé leurs organes reproducteurs féminins. En revanche, certains pays européens permettent aux personnes transsexuelles en capacité de gestation d'accéder à l'AMP (A). Bien que reconnus en tant qu'hommes à l'état civil, ces personnes peuvent avoir conservé leur capacité gestationnelle. L'ouverture de l'AMP aux hommes transgenres a déjà été discutée par les parlementaires et pourrait être autorisée à l'avenir, à l'instar de l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes en 2021 (B). En revanche, cette évolution implique nécessairement la prise en compte de la question de l'établissement de la filiation postérieure à un changement de sexe à l'état civil.

A- Droit comparé

Une vingtaine de pays européens, tels que la Belgique, l'Espagne, ou encore les Pays-Bas ont ouvert l'AMP aux hommes transgenres²²⁶. En revanche, l'Italie exige que la transition sexuelle soit d'abord achevée et six pays l'interdisent, voire ne reconnaissent pas légalement la transidentité, tels que la Hongrie²²⁷.

Le 10 novembre 2021, le gouvernement du socialiste Pedro Sanchez a restauré l'accès gratuit à l'AMP, droit qui avait été supprimé en 2014, pour les femmes célibataires, lesbiennes et l'étend « aux personnes transsexuelles en capacité de gestation ». Autrement dit,

²²⁶ROZÉE Virginie, DE LA ROCHEBROCHARD Elise, « L'aide à la procréation en dehors du cadre légal et médical français : quels enjeux aujourd'hui ? », *Population & Sociétés*, octobre 2021 n°593(9).

²²⁷MAUPIN Emmanuelle, « Quelles preuves fournir à l'appui d'une demande de rectification de données relatives au genre ? », *Dalloz actualité*, 20 mars 2025.

l'accès à l'AMP est désormais ouvert pour les hommes transgenres qui n'ont pas reçu d'opération de réassignation et ont conservé leurs organes génitaux féminins²²⁸.

En Belgique, l'AMP est ouverte à tous et à toutes depuis 2007. En revanche, bien que le parcours d'AMP pour une personne trans soit autorisé, il dépendra des pratiques des centres d'AMP. En effet, les centres de procréation peuvent décider librement quelles sont les techniques qu'ils acceptent ou non. Les centres peuvent invoquer la clause de conscience à l'égard de leurs actes et ainsi refuser certains patients²²⁹.

B- Les perspectives d'évolution du droit français

La volonté de changer de sexe à l'état civil et d'avoir recours à une AMP sont incompatibles pour les hommes transgenres en droit français. Une personne inscrite comme étant un homme à l'état civil ne peut pas avoir accès à l'AMP seul, ni en couple avec un autre homme, même si elle a conservé son appareil génital féminin. En revanche, elle pourra y avoir accès, si elle est en couple avec une femme. Autrement dit, l'homme trans ayant conservé ses organes génitaux reproducteurs féminins aura accès à l'AMP, seulement s'il ne porte pas l'enfant.

Le Conseil constitutionnel, le 8 juillet 2022, a jugé conforme à la Constitution l'exclusion des hommes transgenres de l'accès à l'AMP, une disposition contestée par une association de défense du droit des personnes trans²³⁰.

Si le législateur décidait d'ouvrir l'accès à l'AMP aux hommes transgenres, plusieurs choix s'offriraient à lui. Il pourrait envisager de modifier l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique qui dispose actuellement que « tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée ont accès à l'assistance médicale à la procréation ».

²²⁸« Espagne : PMA redevient gratuite pour les célibataires, les lesbiennes et les personnes transgenres », *Le Monde*, 10 novembre 2021.

²²⁹Institut Européen de Bioéthique, « Procréation médicalement assistée, Encadrement législatif en Belgique », 17 juillet 2020.

²³⁰Association Groupe d'information et d'action sur les questions procréatives et sexuelles [Accès à l'assistance médicale à la procréation], décision n° 2022-1003 QPC, Conseil constitutionnel, 8 juillet 2022.

Il serait possible d'indiquer que « tout couple comportant au moins une personne ayant des capacités gestationnelles ou toute personne ayant des capacités gestationnelles non mariée ont accès à l'assistance médicale à la procréation » afin d'ouvrir l'AMP aux couples d'hommes transgenres ayant conservé leurs organes génitaux reproducteurs féminins, ainsi qu'aux hommes transgenres seuls. Cette modification supprimerait la différence de sexe et inclurait les couples, formés d'un homme et d'une femme, de deux femmes ou encore de deux hommes dont l'un serait trans, tant que l'un d'eux peut porter l'enfant. De plus, cette formulation conserverait la distinction entre femme mariée et non mariée, tout en ouvrant l'AMP aux hommes transgenres seuls, non mariés.

Il est aussi envisageable, non pas de modifier l'article précédemment évoqué, mais de reprendre l'amendement n° 1434, refusé par l'Assemblée nationale en 2021, qui prévoyait que « le changement de la mention du sexe à l'état civil ne fait pas obstacle à l'aide médicale à la procréation »²³¹. Cela permettrait de reconnaître légalement l'accès aux couples hétérosexuels comprenant un homme transgenre et par la même, d'ouvrir l'accès aux couples d'hommes trans ayant conservé leurs organes génitaux féminins. L'exposé sommaire de l'article 1er de cet amendement argue que l'AMP est déjà pratiquée avec des couples hétérosexuels comprenant un homme transgenre, avec don de gamète, comme pour n'importe quel autre couple hétérosexuel. Il relève qu'une loi d'égalité ne peut introduire de nouvelles discriminations, il serait ainsi légitime de permettre le recours à l'AMP à toutes les personnes qui en ont la capacité.

Se pose ainsi la question de l'établissement de la filiation de l'enfant d'un homme transgenre qui accoucherait.

La modification de l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique ou l'adoption de cet amendement pourraient-elles conduire à la reconnaissance d'une filiation monosexuée masculine ?

Lorsque paraît le projet de loi « bioéthique », les difficultés rencontrées par des personnes trans ayant conçu un enfant dans un couple homosexuel au regard de leur état civil sont déjà connues.

²³¹Assemblée nationale, Amendement n° 1434, Projet de loi relatif à la bioéthique, Assemblée nationale, n° 3833, 2021.

Si l'article 61-8 du Code civil²³² reste silencieux sur les filiations établies après la modification du sexe à l'état civil, les juges ont eu à se prononcer sur cette question²³³.

La femme trans qui avait modifié son état civil mais conservé ses facultés reproductrices, avait conçu un enfant avec son épouse. C. demande la transcription à l'état civil de la reconnaissance prénatale « déclarée être de nature maternelle, non gestatrice » qu'elle avait opérée. L'officier d'état civil ayant refusé la transcription, elle conteste ce refus et assigne le procureur devant le TGI de Montpellier. Par un jugement du 22 juillet 2016, le tribunal rejette sa demande de transcription et, par là même, l'établissement d'une filiation maternelle entre l'enfant et la demanderesse, et suggère à la requérante de renoncer à son changement de sexe pour établir sa filiation paternelle avec l'enfant, ou d'adopter son enfant biologique par la voie de l'adoption de l'enfant du conjoint.

La Cour d'appel de Montpellier²³⁴ a infirmé le jugement et a ordonné judiciairement l'établissement du lien de filiation entre l'enfant et la demanderesse désignée comme « parent biologique » de l'enfant.

La Cour de cassation a cassé partiellement l'arrêt de la Cour d'appel de Montpellier en ce qu'il crée une nouvelle catégorie à l'état civil, celle de « parent biologique » au visa notamment de l'article 57 du Code civil²³⁵. Après avoir refusé la mention de « sexe neutre » sur l'acte de naissance de la personne intersexe²³⁶, la Cour de cassation s'est logiquement opposée à l'inscription d'une « filiation neutre » sur l'acte de naissance d'un enfant.

Pendant le premier temps de la discussion parlementaire, l'attente de la solution de la Cour de cassation dans cette affaire a servi de justification à un refus récurrent d'inclure dans le texte des dispositions permettant de faire établir la filiation des personnes trans lorsqu'elles sont effectivement les géniteurs et génitrices de leurs enfants²³⁷.

²³²C. civ., Art. 61-8.

²³³Civ. 1e, 16 septembre 2020, n° 18-50.080.

²³⁴Montpellier, 14 nov. 2018, n° 16/06059.

²³⁵C. civ., Art. 57.

²³⁶Civ. 1re, 4 mai 2017, *M. Y. c. Ministère public*, n° 16-17.189.

²³⁷CARAYON Lisa, « *Personnes trans et loi de bioéthique : histoire d'un silence* », AJ famille 2021, p.543.

En revanche, le 9 février 2022, la Cour d'appel de renvoi de Toulouse²³⁸ a reconnu le droit, pour une femme transgenre, née homme, d'être désignée comme mère dans l'acte de naissance de sa fille biologique, admettant ainsi, contra legem, la double filiation maternelle de l'enfant. Les juges toulousains consacrent ainsi l'existence d'une maternité non gestatrice à côté de la maternité gestatrice. Leur motivation est directement contraire à celle de la Cour de cassation qui avait écarté une telle possibilité. Cette dernière devra donc prendre de nouveau position²³⁹.

La Cour européenne des droits de l'Homme s'est également prononcée sur ce sujet dans deux décisions du 4 avril 2023, rendues contre l'Allemagne²⁴⁰²⁴¹. Les requérants demandaient que soit reconnu leur lien de filiation vis-à-vis de leur enfant né suite à la modification de leur sexe à l'état civil, conformément à celle-ci²⁴². Les autorités allemandes ont refusé de faire droit à ces demandes. La Cour conclut à l'absence de violation de l'article 8, eu égard à la marge nationale d'appréciation des États, et fait prévaloir le lien biologique sur l'identité de genre des parents, au nom de l'intérêt de l'enfant²⁴³.

Il convient de noter qu'une proposition de loi (n° 1570), déposée par plusieurs députés de la NUPES le 20 juillet 2023, envisage d'« universaliser l'assistance médicale à la procréation ». Elle souligne que, si une intervention stérilisante n'est plus requise pour obtenir un changement de genre à l'état civil, « la Loi bioéthique de 2021 a fait passer les personnes transgenres d'une stérilisation médicale à une stérilisation légale », l'accès à la parenté leur étant toujours refusé²⁴⁴. Les députés avancent « qu'une mention de sexe à l'état civil ne doit pas faire obstacle à l'accès à la parenté »²⁴⁵.

²³⁸Toulouse, 9 févr. 2022, n° 20/03128.

²³⁹CARAYON Lisa, « *Personnes trans et histoire d'un silence* », AJ fam. 2021, p. 543.

²⁴⁰CEDH, 4 avril 2023, *A.H. et a. c/ Allemagne*, req. n° 7246/20.

²⁴¹CEDH, 4 avril 2023, *O.H. et G.H. c/ Allemagne*, req. n° 53568/18 et 54741/18.

²⁴²« La prééminence de la stabilité du lien biologique pour l'enfant d'un parent transgenre selon la CEDH », *LexisNexis*, 1er Juin 2023.

²⁴³LEROYER Anne-Marie, « Le temps de la parenté transgenre », *Répertoire civil Dalloz*, 30 octobre 2023.

²⁴⁴CAYOL Amandine, « Quelles limites pour l'AMP ? », *Dalloz étudiant*, 6 novembre 2023.

²⁴⁵BRUNET Laurence, REIGNÉ Philippe, « Filiation - Déclaration judiciaire d'une maternité non gestatrice : un camouflet pour la Cour de cassation », *Jurisclasseur*, 9 Mai 2022

IV - La rémunération des donneurs ou la rétribution symbolique

La question de la rémunération des donneurs de gamètes et d'embryons en France suscite un débat complexe entre éthique, droit et pratiques médicales. Actuellement, le cadre juridique français interdit toute rémunération directe, mais prévoit une compensation des frais (A). À l'international, certains pays adoptent des approches différentes, autorisant des compensations financières plus importantes (B), ce qui permet d'ouvrir une réflexion sur des perspectives d'évolution du droit français (C).

A- Cadre juridique actuel du don de gamètes et d'embryons en France

Le cadre juridique français encadre strictement le don de gamètes et d'embryons, en mettant en place des principes visant à protéger l'éthique et le respect de la dignité humaine. L'interdiction de la rémunération du don garantit que celui-ci reste un acte altruiste (1), tandis que l'interdiction de la publicité assure que ces pratiques ne soient pas commercialisées ou instrumentalisées à des fins de promotion (2).

1- L'interdiction de la rémunération du don

Depuis les premières lois de bioéthique adoptées dans les années 1990, la France a établi que le don de gamètes et d'embryons devait être gratuit. Cette orientation vise à prévenir toute marchandisation du corps humain et à maintenir l'altruisme au cœur de ces pratiques médicales. Ainsi, la loi interdit toute rémunération en contrepartie du don d'ovocytes ou de spermatozoïdes²⁴⁶.

Le principe de gratuité du don est étroitement lié au respect de la dignité humaine. En interdisant toute transaction commerciale concernant le corps humain et ses éléments, ce principe empêche leur marchandisation et leur instrumentalisation, garantissant ainsi que la personne ne soit jamais traitée comme un simple moyen ou objet de profit. Cette approche reflète la reconnaissance de la valeur intrinsèque de chaque individu et de son corps.

²⁴⁶Agence de la Biomédecine, « L'encadrement juridique du don de gamètes en France et les nouveaux enjeux de la loi de bioéthique », 11 novembre 2024.

La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'UNESCO affirme en son article 3 intitulé Dignité humaine et droits de l'homme, que « la dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectés »²⁴⁷, et que les intérêts et le bien-être de l'individu devraient primer sur le seul intérêt de la science ou de la société. De même, la Convention d'Oviedo²⁴⁸ prévoit que le corps humain et ses parties ne doivent pas être, en tant que tels, source de profit, renforçant ainsi le respect de la dignité de l'être humain²⁴⁹.

Il faut remarquer que le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a publié plusieurs avis traitant de la dignité humaine et de la question de la rémunération du don d'organes. Dans son avis n°115²⁵⁰, le CCNE aborde les enjeux éthiques liés au prélèvement et au don d'organes, en insistant sur le principe de gratuité et en écartant la possibilité de rémunérer les donateurs. À l'inverse dans son avis n°146²⁵¹ datant de 2024, il examine la question de la rémunération des donateurs de plasma, en appelant à une réflexion sur la mise en place d'une compensation financière sans remettre en cause le caractère altruiste du don. Ces avis reflètent la position du CCNE sur la question de la rémunération du don, mettant en avant la nécessité de concilier respect de la dignité humaine et besoins médicaux.

Des principes fondamentaux viennent encadrer la gratuité du don en France. D'abord la non patrimonialité du corps humain, le corps humain et ses éléments ne peuvent faire l'objet d'une transaction commerciale (selon l'article 16-5 du Code civil qui prévoit que « Les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles »). Ensuite, l'absence de rémunération vise à prévenir l'exploitation et la marchandisation du corps. La rémunération d'un don, qu'il soit d'organes, de sang ou de tissus, introduit un risque direct de transformation de l'acte en une transaction commerciale. Cela pourrait amener des individus à donner leurs organes ou leurs tissus non pas par solidarité ou altruisme, mais par intérêt financier, ce qui compromettrait leur autonomie et leur liberté de décision. De plus, la marchandisation du corps humain, facilitée

²⁴⁷UNESCO, Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, article 3, 2005.

²⁴⁸Conseil de l'Europe, Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo), 1997.

²⁴⁹Conseil de l'Europe, Don d'organes et de tissus : un guide pour mieux comprendre le principe d'interdiction du profit, Division Droits de l'Homme et Biomédecine, 26 avril 2018.

²⁵⁰Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n°115 : Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation, 7 avril 2011.

²⁵¹Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n°146, « Enjeux éthiques relatifs au don de plasma et aux médicaments dérivés du plasma en période de pénurie », 15 janvier 2024.

par la rémunération des dons, représente un risque de déshumanisation. En transformant le don en une marchandise échangeable contre de l'argent, on réduit l'acte de don à une simple transaction économique, en effaçant sa dimension morale et sociale.

Bien que la rémunération soit interdite, les donneurs peuvent se voir rembourser les frais directement liés au don, tels que les frais de transport ou d'hébergement, afin de ne pas les pénaliser financièrement. Cette mesure garantit que le don reste accessible à tous, indépendamment de leur situation économique. C'est ce que l'Agence de la Biomédecine appelle le principe de neutralité financière : « De leur côté, les établissements de santé en charge du prélèvement des donneurs ont pour obligation de garantir la neutralité financière de leur don, de sorte que l'ensemble de la démarche de don ainsi que le suivi médical qui en découle n'occasionne aucune dépense à leur charge »²⁵².

²⁵² Agence de la Biomédecine, « Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain ».

2.4 Modalités de prise en charge des frais médicaux de la donneuse d'ovocytes

Tableau 3. Modalités de prise en charge des FRAIS MÉDICAUX de la donneuse d'OVOCYTES en fonction des étapes du don

ÉTAPES	ACTIVITÉS MÉDICOTECHNIQUES	RÈGLES DE PRISE EN CHARGE
Bilan pré-don	<p>Vérification d'absence de contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> → Consultations de spécialistes → Echographie pelvienne → Prise de sang pour examens bactériologiques et sérologiques → Prise de sang pour dosage AMH → Bilan hormonal 	<p>Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (établissement de santé préleveur ou cabinet libéral).</p> <p>La donneuse bénéficie d'une prise en charge à 100 % qui l'exonère du ticket modérateur pour une période de 6 mois.</p> <p>Le ticket modérateur est à la charge du centre clinicobiologique.</p>
Don	<ul style="list-style-type: none"> → Consultations → Prise de sang pour examens bactériologiques et sérologiques → Prise de sang pour dosage AMH → Phase de préparation : injection d'hormones de croissance délivrées par la pharmacie hospitalière → Actes infirmiers → Echographie pelvienne → Hospitalisation de jour pour la ponction (GHS) 	<p>Les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (centre clinicobiologique ou cabinet libéral).</p> <p>L'hospitalisation pour la ponction d'ovocytes (GHS) est facturée à l'Assurance maladie par le centre clinicobiologique.</p> <p>La donneuse bénéficie d'une prise en charge à 100 % qui l'exonère du ticket modérateur pour une période de 6 mois.</p> <p>Le ticket modérateur est à la charge du centre clinicobiologique.</p>
Suivi post-don	Traitements, soins, hospitalisation (le cas échéant)	<p>Les hospitalisations (GHS) et les actes médicotechniques et de laboratoire de biologie sont facturés à l'Assurance maladie par le prestataire de soins (centre clinicobiologique ou cabinet libéral).</p> <p>La donneuse bénéficie d'une prise en charge à 100 % qui l'exonère du ticket modérateur pour une période de 6 mois.</p> <p>Le ticket modérateur est à la charge de l'établissement de santé.</p>

Remarque : le ticket modérateur à la charge des établissements de santé est compensé par la dotation MIG « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité » (voir le chapitre 5).

Source : « Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain », Agence de la Biomédecine.

2- Interdiction de la publicité et campagne de sensibilisation

L'Agence de la biomédecine mène régulièrement des campagnes afin de promouvoir le don de gamètes. Par exemple, entre le 11 octobre et la fin décembre 2023, l'Agence de la biomédecine a mené une campagne auprès du grand public, intitulé « #faitesdesparents : donnez vos gamètes, vous ferez des heureux ». Elles ont pour objectif d'informer le public sur les évolutions légales concernant le don de gamètes mais également pour « recruter rapidement et massivement de nouveaux donneurs de gamètes aux profils diversifiés pour faire face à la hausse des demandes de prise en charge en AMP avec don de gamètes »²⁵³.

Campagne #FaitesDesParents à destination des 18-44 ans déjà parents



Campagne #FaitesDesParents à destination des 18-24 ans



Source : Campagne de l'agence de la biomédecine (#Faitesdesparents)

²⁵³ Agence de la biomédecine, Dossier de presse 2023 : Campagne d'information sur le don de gamètes : sensibiliser le grand public au don de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes), octobre 2023.

Cependant, en France, la loi interdit la publicité en faveur du don d'éléments ou de produits du corps humain, notamment pour des dons au profit de personnes déterminées ou en vue d'une compensation financière. C'est ce que dispose l'article L. 1211-3 du Code de la santé publique. Cette interdiction vise à préserver le principe de gratuité et d'anonymat des dons, essentiels dans le domaine de la santé publique.

Toutefois, cela n'empêche pas les campagnes d'information et de sensibilisation relatives au don de gamètes pour l'assistance médicale à la procréation.

B- Droit comparé

Le droit comparé permet d'examiner les différentes pratiques en matière de don de gamètes et d'embryons à travers le monde. En Autriche, le don est interdit, ce qui en fait un cas particulier intéressant à analyser (1). À l'inverse, les États-Unis et le Royaume-Uni permettent la rémunération des donneurs, ce qui soulève des questions sur les aspects éthiques et juridiques de ces pratiques (2). Ces différences offrent un cadre de réflexion pour comprendre les choix faits dans chaque pays.

1- L'Autriche : l'interdiction du don

Il est intéressant d'évoquer le cas de l'Autriche, où la législation relative à l'assistance médicale à la procréation est particulièrement restrictive en ce qui concerne le don de gamètes. L'article 3§1 de la loi autrichienne sur la procréation artificielle²⁵⁴ interdit le don de sperme à des fins de fécondation in vitro et le §3 du même article interdit le don d'ovule en toutes circonstances²⁵⁵.

Pour autant, cette même loi autorise toutefois d'autres méthodes de procréation assistée, en particulier la FIV à partir des ovules et du sperme de personnes mariées l'une à l'autre ou vivant maritalement (techniques de procréation homologues) et, dans des circonstances exceptionnelles, le don de sperme aux fins de la fécondation in utero²⁵⁶.

²⁵⁴Loi sur la procréation médicalement assistée « Fortpflanzungsmedizingesetz », le Journal officiel fédéral « *Bundesgesetzblatt* » BGBl. N. 275/1992, 14 mai 1992.

²⁵⁵Institut européen de bioéthique, Affaire S.H. et autres c. Autriche : fécondation in vitro, 15 novembre 2011.

²⁵⁶CEDH, 3 novembre 2011, *S.H. et autres c. Autriche*, no 57813/00, 2011, §23, §24.

Ces restrictions ont été validées par la Cour européenne des droits de l'homme. Dans l'affaire *S.H. et autres c. Autriche*, la CEDH a jugé que l'interdiction autrichienne du don d'ovules et les restrictions sur le don de spermatozoïdes ne violaient pas l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme relatif au respect de la vie privée et familiale. La Cour estime en effet qu'il faut laisser en cette matière une large marge d'appréciation aux États, étant donné que la fécondation in vitro avec donneur « continue à susciter de délicates interrogations d'ordre moral, éthique et sociétales dans lesquelles il faut faire entrer la dignité humaine, le bien-être des enfants ainsi que la prévention des abus possibles »²⁵⁷.

En dépit de ces interdictions, la Cour constitutionnelle autrichienne²⁵⁸ a élargi en 2013 l'accès au don de sperme, aux couples de femmes, estimant que les restrictions fondées sur l'orientation sexuelle constituaient une discrimination injustifiée. La Cour a jugé que la distinction opérée entre couples de même sexe et couples hétérosexuels en matière d'accès au don de sperme était contraire au principe d'égalité, car elle se basait sur l'orientation sexuelle des requérantes sans justification suffisante. Ainsi, les couples de femmes peuvent désormais bénéficier du don de sperme, à l'instar des couples hétérosexuels²⁵⁹.

Ainsi, tout comme en France, la loi autrichienne interdit la rémunération des donneurs de gamètes. Cette interdiction vise à prévenir les risques potentiels de sélection eugénique et à éviter les utilisations abusives du don de gamètes²⁶⁰.

2- Le Royaume-Uni

A l'inverse de la France, le Royaume-Uni autorise une indemnisation des donneurs de gamètes, visant à compenser les frais et le temps consacré au don. Cette pratique est encadrée par des textes juridiques spécifiques : notamment le « Human Fertilisation and Embryology Act » de 1990 et le « HFEA²⁶¹ Guidelines ». Le HFEA est l'organisme de régulation supervisant les pratiques de fertilisation et de don de gamètes. Selon les directives de la HFEA, les centres de fertilité peuvent indemniser les donneurs de gamètes avec un montant

²⁵⁷CEDH, 3 novembre 2011, *S.H. et autres c. Autriche*, no 57813/00, 2011, §97.

²⁵⁸Cour constitutionnelle autrichienne (Verfassungsgerichtshof), décision du 10 décembre 2013, G 16/2013-18, G 44/2013-13.

²⁵⁹OLLIVIER S., « L'assistance médicale à la procréation (AMP) en France, soins de reproduction transfrontaliers : état des lieux en Europe », thèse de doctorat en pharmacie, Université de Rennes 1, 2021, p.99.

²⁶⁰CEDH, 3 novembre 2011, *S.H. et autres c. Autriche*, Req. N° 57813/00.

²⁶¹Human Fertilisation and Embryology Authority.

fixe couvrant les pertes financières directement liées au don. Les types de dépenses remboursables comprennent : les frais de déplacement ou d'hébergements, la perte de revenus, les frais médicaux et autres dépenses²⁶².

Tout d'abord, concernant le montant de l'indemnisation, les donneurs de sperme reçoivent une indemnisation de 15 £ par don, en plus du remboursement des dépenses engagées.

Ensuite, concernant la limite imposée du nombre de dons, un donneur de sperme ne peut être associé à plus de 10 familles, afin de préserver l'anonymat et limiter les liens génétiques multiples.

Enfin concernant les conditions d'âge, les donneurs de sperme doivent être âgés de 18 à 45 ans, tandis que les donneuses d'ovocytes doivent avoir entre 18 et 35 ans²⁶³.

3- Les États-Unis

Aux États-Unis, la FDA²⁶⁴ réglemente les dons de sperme comme ceux d'autres tissus, mais ne prévoit pas les rémunérations.

L'ASRM²⁶⁵ a publié un rapport intitulé « Financial compensation of ovocyte donors : an ethics committee opinion », qui précise que la compensation financière des femmes qui donnent des ovocytes à des fins de reproduction ou de recherche est justifiée par des raisons éthiques. Ainsi, « la compensation doit reconnaître le temps, les désagréments et l'inconfort du donneur associés au dépistage, à la stimulation ovarienne, à la récupération des ovocytes et à la récupération post-trépidielle. La compensation ne doit pas varier en fonction de l'utilisation prévue des ovocytes (reproducteurs ou de recherche) ou du nombre ou de la qualité des ovocytes récupérés ²⁶⁶».

²⁶²Human Fertilisation and Embryology Authority, code of Practice 9th Edition – Consultation Version, Londres, HFEA, octobre 2018.

²⁶³Institut européen de bioéthique, Procréation médicalement assistée : encadrement législatif au Royaume-Uni, 17 juillet 2020.

²⁶⁴Food and Drug Administration.

²⁶⁵American society for reproductive medicine.

²⁶⁶American Society for Reproductive Medicine (ASRM), Financial compensation of oocyte donors, 2016.

Par exemple, il est donné l'équivalent de 3 000 euros environ pour un don d'ovule, alors que pour les hommes, entre 35 et 70 euros pour un échantillon de sperme²⁶⁷.

C- Les perspectives d'évolution du droit français

À ce jour, le don de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation est strictement encadré par la loi. Les donneurs peuvent se voir rembourser les frais directement liés au don, garantissant ainsi la neutralité financière de l'opération.

L'introduction d'une indemnisation forfaitaire encadrée, qui serait distincte du remboursement des frais actuels, pourrait être proposée. Cette indemnisation viserait à compenser le temps et l'engagement liés au don, tout en respectant les principes éthiques fondamentaux. Il faudrait pour autant instaurer des modalités d'indemnisation ; notamment un montant forfaitaire fixe (montant standardisé pour chaque don) mais également des plafonds (plafond annuel pour chaque donneur, afin d'éviter toute incitation financière excessive).

Actuellement, seuls les frais directs liés au don sont remboursés. L'introduction d'une indemnisation forfaitaire reconnaît explicitement le temps et l'engagement des donneurs, mais cela pourrait soulever des risques et des préoccupations. Notamment en ce qui concerne la marchandisation potentielle du corps humain et la traçabilité des donneurs.

Cependant, bien que la rémunération des dons en France puisse être envisagée comme un moyen de pallier certains freins à l'AMP, il convient de nuancer cette proposition. En effet, une telle démarche risquerait d'entrer en contradiction avec le principe fondamental de la gratuité du don, pierre angulaire de la législation française. De plus, aucune corrélation sérieuse n'a pu être établie entre la rémunération et l'augmentation significative du nombre de dons.

²⁶⁷Xavier Molénat, Sciences Humaines, « Don d'ovule, don de sperme : le prix des stéréotypes », 18 septembre 2007.

Bibliographie

Liste des lois applicables

ESPAGNE. L. n° 14/2006 du 26 mai 2006 portant sur les techniques de reproduction humaine assistée, publiée au Boletín Oficial del Estado (BOE) n° 126, 27 mai 2006.

FRANCE. Roselyne Bachelot, L. n° 2007-1270 du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, Journal officiel de la République française, n° 157, 7 juillet 2007, SANX0700151L, p. 11210.

FRANCE. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, loi relative à la bioéthique, Journal Officiel, n°2021-1017, 2 août 2021, article 4, SSAX1917211L

BRUXELLES. CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS, L. du 9 juillet 2023 modifiant la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, publiée au Moniteur belge le 25 juillet 2023.

FRANCE. ASSEMBLÉE NATIONALE, proposition de L. n° 1570, 20 juillet 2023, proposition de loi visant à universaliser l'assistance médicale à la procréation.

Décret

FRANCE, décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation, Journal officiel de la République française, n° 233, 29 septembre 2021, SSAZ2119733D, p. 14835.

Arrêté

FRANCE, arrêté du 5 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et abrogeant l'arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008, Journal officiel de la République française, n° 238, 7 octobre 2023, SSAZ2330527A, p. 20945.

Liste des entretiens oraux

Entretien avec l'association Nouveaux Cycles.

Liste des amendements

- FRANCE, Assemblée nationale, Amendement n° 1713 présenté par M. Naegelen et M. Brindeau le 19 septembre 2019, Projet de loi relatif à la bioéthique, Assemblée nationale, n° 3432, 2019.
- FRANCE, Assemblée nationale, Amendement n° 2297, Assemblée nationale, 20 septembre 2019.
- FRANCE, Assemblée nationale, Amendement n° 1905 au projet de loi bioéthique, 7 juin 2021.
- FRANCE, Assemblée nationale, Amendement n° 1455 du rapporteur, amendements n° 107 du groupe Écologie Démocratie Solidarité, n° 792 de M. Jacques Marilossian et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, n° 857 du groupe Socialistes et apparentés, n° 1041 de Mme Anne-France Brunet, n° 1118 du groupe Libertés et Territoires et n° 1372 de M. Jean François Mbaye, Projet de loi relatif à la bioéthique, Assemblée nationale, n° 3833, 2021.
- FRANCE, Assemblée nationale, Amendement n° 1120 de la loi n° 2021-1010 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, Journal officiel de la République française, n° 181, 7 août 2021, SSAX2105759A, p. 12200.
- FRANCE, Assemblée nationale, Amendement n° 1434, Projet de loi relatif à la bioéthique, Assemblée nationale, n° 3833, 2021.

Dispositions codifiées dans le Code de la santé publique

- Art. L. 1111-4
- Art. L. 1211-3
- Art. L. 1211-5
- Art. L. 2131-4, alinéa 5
- Art. L. 2141-2 (avant la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique)
- Art. L. 2141-2 (issus de la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique)
- Art. L. 2141-11-1
- Art. L. 2143-2
- Art. L. 2143-6
- Art. R. 2141-36
- Art. R. 2143-1

Dispositions codifiées dans le Code civil

- Art. 16-5
- Art. 16-8
- Art. 57
- Art. 61-8
- Art. 311-1
- Art. 311-19
- Art. 311-20
- Art. 327

Dispositions codifiées dans le Code du travail

- Art. L. 1225-2
- Art. L. 1225-3
- Art. L. 1225-3-1
- Art. L. 2225-1

Première instance

- France, Tribunal de grande instance de Créteil, décision du 1er août 1984.

Cour européenne des droits de l'homme

- CEDH, 3 novembre 2011, *S.H. et autres c. Autriche*, req. n° 57813/00.
- CEDH, 14 septembre 2023, *Baret et Caballero c. France*, req. n° 22296/20 et 37138/20.
- CEDH, 12 novembre 2024, *R.F. et autres c. Allemagne*, req. n° 46808/16.

Conseil de l'Europe

- Conseil de l'Europe, Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo), 1997.
- Conseil de l'Europe, Don d'organes et de tissus : un guide pour mieux comprendre le principe d'interdiction du profit, Division Droits de l'Homme et Biomédecine, 26 avril 2018.

Cour d'appel

- Montpellier, 14 novembre 2018, *M. Z. et Mme A. c. Ministère public*, req. n°16/06059.
- Toulouse, 9 février 2022, n° 20/03128.

Conseil d'Etat

- CE, 31 mai 2016, *Mme C. A. c. Ministre des Affaires sociales et de la Santé*, req. n°396848.
- CE, 19 juin 2024, *Groupe d'information et d'action sur les questions procréatives et sexuelles (GIAPS) c. Agence de la biomédecine*, req. n°472649.
- CE, 28 novembre 2024, *Mme A. c. Agence de la biomédecine*, req. n° 497323.

Cour de cassation

- Civ. 1re, 19 septembre 2007, *M. François X. c. M. Jean-François Y.*, n°06-21.061.
- Civ. 1re, 4 mai 2017, *M. Y. c. Ministère public*, n°16-17.189.
- Civ. 1re, 16 septembre 2020, *Mme X. c. Procureur général près la cour d'appel de Montpellier*, n° 18-50.080.

Conseil constitutionnel

- Cour constitutionnelle autrichienne (Verfassungsgerichtshof), décision du 10 décembre 2013, G 16/2013-18, G 44/2013-13.
- Association Groupe d'information et d'action sur les questions procréatives et sexuelles [Accès à l'assistance médicale à la procréation], décision n° 2022-1003 QPC, Conseil constitutionnel, 8 juillet 2022.

Liste des ouvrages

- BAILLON-WIRTZ Nathalie, « L'établissement posthume de la filiation par la possession d'état », *Lexbase Droit privé*, n°278, 25 octobre 2007.
- BIENVAULT Pierre, HOFFNER Anne-Bénédicte, DE SAUTO Martine, MARTIN Sébastien, « Génétique, Diagnostic préimplantatoire et « bébé médicament » », *La Croix*, 19 mars 2009.
- BINET Jean-René, « Bioéthique et Filiation : La guerre des Chambres », *Droit de la famille*, n°3, 1 mars 2021, p. 41-45.
- BLANCHET Valérie, DE MOUZON Jacques, « Protocoles cliniques de Port-Royal pour la prise en charge de l'infertilité, FIV/ICSI : indications et résultats », *ScienceDirect*, Octobre 2004, p. 82-84.
- BONNEAU Dominique, « Le diagnostic prénatal en pratique, génétique médicale et diagnostic prénatal », *ScienceDirect*, 2011, Chapitre 6, p. 55-63.
- BOULET Louis Philippe, « Le patient expert et les maladies respiratoires chroniques », *PubMed*, 14 avril 2016.

- BRUNET Laurence, « Les dispositions de la nouvelle loi sur l'AMP et la filiation des enfants qui en sont issus. Splendeurs et misères du principe de non-discrimination », *AJ famille*, 2021, p. 522 s.
- BRUNET Laurence, REIGNÉ Philippe, « Filiation - Déclaration judiciaire d'une maternité non gestatrice : un camouflet pour la Cour de cassation ».
- CARAYON L., « Personnes trans et histoire d'un silence », *AJ famille*, 2021, p. 543.
- CAYOL Amandine, « Quelles limites pour l'AMP ? », *Dalloz étudiant*, 6 novembre 2023.
- CORDIER Solène, « L'exclusion des hommes transgenres de la PMA jugée conforme par le Conseil constitutionnel », *Le Monde*, 8 juillet 2022.
- CORPART Isabelle, « Levée de l'anonymat du don de gamètes en AMP : les modalités précisées », *Dalloz actualité*, 12 septembre 2022.
- DE LA ROCHEBROCHARD Élise, « 40 ans après la naissance du premier « bébé-éprouvette » français, plus de 400 000 enfants conçus par FIV », *The Conversation*, 2022.
- DUPONT Jean, « PMA post-mortem : compatibilité de l'interdiction avec le droit européen », *Dalloz Actualité*, 18 décembre 2024
- FRYDMAN R., ACHOUR-FRYDMAN N., « Le diagnostic prénatal en pratique, diagnostic génétique préimplantatoire », *ScienceDirect*, 2011, Chapitre 8, p. 73-78.
- DE GAUDEMONT Christelle, « Déplacement d'embryons pour une PMA post-mortem à l'étranger : c'est interdit par la loi ! », *Dalloz Actu Étudiant*, 7 février 2020.
- DE GAUDEMONT Christelle, « La PMA pour tous », *Dalloz Actu Étudiant*.
- GIRAUD Anne Sophie, « Sous le régime de l'exception : accéder à la parentalité grâce au diagnostic préimplantatoire en France », *Revue française des affaires sociales*, 2023.
- GRANAT Johanna, « La réception d'ovocytes de la partenaire est interdite en France », *Dalloz actualité*, 2 juillet 2024.
- HAMAMAH Samir, BERLIOUX Salomé, « Rapport sur les causes d'infertilité : Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », février 2022, p. 120
- JOUANNET Pierre, « Évolution des techniques de l'Assistance Médicale à la procréation », *ScienceDirect*, 2009.

- LAMARCHE Marie, « Bioéthique - Recherche donneurs de gamètes pour l'AMP », *Droit de la famille*, n° 9, septembre 2024, alerte 96.
- LAMARCHE Marie, « La prééminence de la stabilité du lien biologique pour l'enfant d'un parent transgenre selon la CEDH », *Droit de la famille*, n°6, 1 Juin 2023, p. 3.
- LAURENT-BROCHET Aline, « La diversité professionnelle : un atout au service de l'intelligence collective ? », *Projectique*, 2020, p. 139 à 164.
- LEGRAS Claire, « Le projet parental suffit-il ? », *Laennec*, 2012, p. 24 à 30.
- LE LANNOU Dominique, « Journal gynécologie obstétrique et fertilité », *ScienceDirect*, volume 32, issue 10, Octobre 2004, p. 894-897.
- LE MAIGAT Patrice, « Lost in transition : entre ignorance et arrogance, le Conseil constitutionnel valide l'interdiction de la PMA pour les hommes transgenres », *Gazette du palais*, n°29 du 20 septembre 2022.
- LEROYER Anne-Marie, « Le temps de la parenté transgenre », *Répertoire civil Dalloz*, 30 octobre 2023.
- LEROYER Anne-Marie, « L'accès des personnes transgenres à l'AMP, quelle lecture de la loi ? », *RTD civ.*, 2022, p. 597.
- MEHL Dominique, « La loi bioéthique de 2021 », *AJ famille*, 2021, p. 520.
- MESNIL Marie, « La CEDH sonne le glas de l'interdiction de la procréation post-mortem », *Dalloz Actualité*, Civil, Famille, Personne, édition 4 mars 2025.
- MICHEL Pierre, « CEDH : conformité de l'adage Mater semper certa est ».
- MOLENAT Xavier, « Don d'ovule, don de sperme : le prix des stéréotypes », *Sciences Humaines*, 18 septembre 2007.
- MURAT Pierre, CIMAR Laurence, BERNARD-XÉMARD Clara, « Respect et protection du corps humain - Assistance médicale à la procréation », *Jurisclasseur*, 8 avril 2022.
- OLLIVIER S., L'assistance médicale à la procréation (AMP) en France, soins de reproduction transfrontaliers : état des lieux en Europe. Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Rennes 1, 2021, p.99.
- PASTOR Jean-Marc, 5 juillet 2021, AJDA 2021.1356.
- SIFFREIN-BLANC Caroline, « L'accès à la parenté pour tous, consacré par la loi bioéthique du 2 août 2021 », *La lettre juridique*, septembre 2021, p. 520.

- TESTART Jacques, SÈLE Bernard, « Le diagnostic préimplantatoire n'est pas un diagnostic prénatal précoce », *Médecine/Sciences*, volume 12, numéro 12, pages 1398 à 1401, 1996.
- VIGNEAU Daniel, « L'Agence de la biomédecine peut-elle mentionner sur son site internet l'interdiction de la ROPA ? Réponse du Conseil d'État », *Dalloz actualité*, 25 septembre 2024.

Autres sources

- Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, article 3, 2005.
- Les documents de travail du Sénat, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *série législation comparée*, janvier 2009.
- Haut Conseil de la santé publique, « L'AMP : une activité strictement encadrée », 3 août 2010.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n°115 : Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation, 7 avril 2011.
- Institut de recherche et de documentation de la santé, « La loi de modernisation de notre système de santé », mai 2021, p. 11.
- Assemblée nationale, « Compte rendu de réunion n° 2 - Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique », déposé le 7 juin 2021.
- Agence de la biomédecine, « Campagne d'information et de sensibilisation autour du don de gamètes », 20 octobre 2021.
- Ministère de la santé, rapport sur les causes d'infertilité : « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », 2022.
- Cour des comptes, « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », Rapport public thématique, Octobre 2023.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n°146 : Enjeux éthiques relatifs au don de plasma et aux médicaments dérivés du plasma en période de pénurie, 15 janvier 2024.
- Conférence de presse de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur les priorités du nouveau gouvernement en matière d'école, d'ordre public, d'économie, de

natalité, d'égalité des chances, d'écologie, de services publics et de santé, Paris, 16 janvier 2024.

- Cour des comptes, « Les missions de l'agence de la biomédecine après la dernière loi bioéthique », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Janvier 2024.
- Agence de la biomédecine, « Rapport financement AMP génétique 2023 », Avril 2024.
- « PMA post-mortem : l'interdiction posée par la loi française n'est pas incompatible avec la convention européenne des droits de l'homme », communiqué de presse du Conseil d'État, 28 novembre 2024.
- « Lutte contre l'infertilité : le « grand plan » promis par Macron toujours attendu », *Le Monde*, 14 janvier 2025.
- Agence de la biomédecine, « Assistance médicale à la procréation : Parlons-en ! ».
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis n°113 : La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple.
- Université des patients, « Transformer l'expérience des malades en expertise », Université de la Sorbonne.
- France Assos Santé, « RU et missions de représentation ».
- Étude d'impact du projet de loi relatif à la Bioéthique de 2021, pp. 111-113.

Sitographie

- Agence de la biomédecine, « Brochure sur la loi bioéthique et PMA », URL : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/bd_biom24-2_maj_broch_pds_loi_bioethique_170x245_8p.pdf.
- Agence de la biomédecine, « Campagne d'information et de sensibilisation autour du don de gamètes », URL : <https://www.agence-biomedecine.fr/Campagne-d-information-et-de-sensibilisation-au-tour-du-don-de-gametetes>.
- Agence de la biomédecine, « Dossier de presse 2023 : Campagne d'information sur le don de gamètes : sensibiliser le grand public au don de gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) », octobre 2023, URL :

https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/dossier-de-presse_agence-de-la-biomedecine_octobre-2023-vf.pdf.

- Agence de la biomédecine, « Synthèse sur le diagnostic préimplantatoire », 2017, URL : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/diag-prenat/03-preimpl/synthese.htm>.
- Agence de la biomédecine, « Tarification des dons vivants », URL : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/tarification_dons_vivant.pdf.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM), « Financial compensation of oocyte donors », URL : <https://www.asrm.org/practice-guidance/ethics-opinions/financial-compensation-of-oocyte-donors-an-ethics-committee-opinion/>.
- Association des parents et futurs parents gays et lesbiens, Homoparentalités : refus de prise en charge de l'AMP en France, <https://www.apgl.fr/fr/homoparentalites/iad/refus-prise-en-charge-amp-france>.
- Assurance Maladie (Ameli), « Procréation médicalement assistée » (PMA, AMP), URL : <https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/devenir-parent/concevoir-un-enfant/procreation-medicalement-assistee-pma-amp>.
- BDOC, « Index des documents liés à la fertilité », URL : https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=bulletin_display&id=8237.
- BEYDON Charlotte, « Prise en charge de la PMA en France et à l'étranger : prix et montant du remboursement, conditions et démarches », 29 décembre 2023 <https://www.aide-sociale.fr/remboursement-pma/>.
- Chambre des Notaires de la Gironde, « Démarches PMA », 6 décembre 2022, URL : <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.
- Cliniques de Fertilité à l'Étranger, « La ROPA au Portugal pour les couples de femmes », URL : <https://www.cliniquesdefertiliteaetranger.fr/des-experts/pma-pour-les-couples-de-femmes-la-ropa-au-portugal/>.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Rapport sur le patient partenaire », URL:

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1k5eyzv/cnom_rapport_corap_-_patient_partenaire.pdf.

- Don d'Ovocytes, Don d'ovocytes : informations et démarches, URL : <https://www.dondovocytes.fr>.
- DUBOST Clément, « Futurs parents, avant toute PMA, lisez cet article », publié le 06 décembre 2022, <https://chambre-gironde.notaires.fr/2022/12/06/demarches-pma/>.
- Collectif BAMP, « HelloAsso : collectif BAMP », URL : <https://www.helloasso.com/associations/collectif-bamp>.
- Conseil national de la santé, « AMP et missions d'encadrement », URL : <https://www.asrm.org/practice-guidance/ethics-opinions/financial-compensation-of-oo-cyte-donors-an-ethics-committee-opinion/>.
- Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), Affaire S.H. et autres c. Autriche : fécondation in vitro, URL : <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-310%22%5D%7D>.
- Dexeus Mujer, « La méthode de la ROPA : Tout ce qu'il faut savoir », *Dexeus Mujer*, publié le 28 juin 2023, URL : <https://www.dexeus.com/blog/fr/maternite/la-methode-ropa-tout-ce-quil-faut-savoir/>.
- Enfance & Familles d'Adoption (EFA), « L'agrément », URL : <https://www.adoptionefa.org/ladoption/les-demarches/lagrement/deroulement-agrement/>
- JACQUOT Jean-Philippe, « Le notaire dans le parcours de la procréation médicalement assistée », publié le 28 novembre 2023, <https://www.village-justice.com/articles/notaire-dans-parcours-procreation-medicalement-assistee-pma,48009.html#:~:text=Pour%20accompagner%20les%20couples%20et%20des%20informations%20pr%C3%A9cises%20et%20pertinentes>.
- Huffington Post, « Décès lors d'un accident et désaccord judiciaire sur l'utilisation des gamètes du défunt », URL : <https://www.huffingtonpost.es/politica/muere-accidente-trafico-juez-desautoriza-esperma-parte-pareja.html>.
- Info Fertilité, « Information sur la fertilité et l'infertilité », URL : <https://info-fertilite.fr>.
- Inserm, « Assistance médicale à la procréation (AMP) », URL : <https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicale-procreation-amp/>.

- Institut européen de bioéthique, « Affaire S.H. et autres c. Autriche : fécondation in vitro », URL : <https://www.ieb-eib.org/fr/justice/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/affaire-s-h-et-autres-c-autriche-fecondation-in-vitro-272.html>.
- Institut européen de bioéthique, « Procréation médicalement assistée : encadrement législatif au Royaume-Uni », URL : <https://www.ieb-eib.org/fr/loi/#:~:text=Procréation%20médicalement%20assistée%20%2D%20Encadrement%20législatif%20au%20Royaume%2DUni>.
- Instituto Bernabeu, « Maternité lesbienne et méthode ROPA », URL : <https://www.institutobernabeu.com/fr/maternite-lesbienne-ropa-reception-des-ovules-de-la-partenaire/>.
- Invitra, « Procréation assistée », URL : <https://www.invitra.fr/procreation-assistee/>.
- Le Monde, « Espagne : la PMA redevient gratuite pour les célibataires, lesbiennes et personnes trans », 10 novembre 2021, URL : https://www.lemonde.fr/international/article/2021/11/10/espagne-la-pma-redevient-gratuite-pour-les-celibataires-les-lesbiennes-et-les-personnes-transsexuelles_6101661_3210.html.
- JACQUOT Jean-Philippe, « Le notaire dans le parcours de la procréation médicalement assistée (PMA) », 28 novembre 2023, URL : <https://www.village-justice.com/articles/notaire-dans-parcours-procreation-medicalement-assistee-pma%2C48009.html?utm>.
- Dr Katharina, « PMA en Espagne : réglementation, options et taux de réussite », *Vida Fertility*, publié le 11 octobre 2024, URL : <https://vidafertility.com/fr/pma-espagne/>.
- Le Monde, « L'Autriche étend l'accès à la PMA aux lesbiennes », 18 janvier 2014, URL : https://www.lemonde.fr/europe/article/2014/01/18/l-autriche-etend-aux-lesbiennes-l-access-a-un-don-de-sperme_4350514_3214.html.
- Médecine/Sciences, « Patient expert et reconnaissance des savoirs », décembre 2020, URL : https://www.medecinesciencesv.org/en/articles/medsci/full_html/2020/12/medsci200206s/medsci200206s.html.

- Merck Group, « Protège ta fertilité : campagne de sensibilisation », URL : <https://www.merckgroup.com/fr-fr/news/protège-ta-fertilite-campagne-sensibilisation.html>.
- Ministère de la Santé, « AMP : accès aux origines », URL : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-origines-AMP/article/ne-e-d-une-amp-avec-tiers-donneur-tiers-donneur-beneficiaire-d-une-amp-reponses>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « 1 personne sur 6 dans le monde touchée par l'infertilité », URL : <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>.
- Redacción HuffPost / Agencias, « Muere en un accidente de tráfico y un juez desautoriza el uso del espermatozoides por parte de su pareja », *Huffington Post España*, publié le 19 mars 2024, URL : <https://www.huffingtonpost.es/politica/muere-accidente-trafico-juez-desautoriza-espermatozoides-parte-pareja.html>.
- ROZEE Virginie, DE LA ROCHEBROCHARD Elise, « L'aide à la procréation en dehors du cadre légal et médical français : quels enjeux aujourd'hui ? », *Population & Sociétés*, octobre 2021 n°593(9), URL : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/aide-a-la-procreation-en-dehors-du-cadre-legal-et-medical-francais-quels-enjeux-aujourd'hui/>.
- RTBF, « PMA en France : la Belgique restera-t-elle un eldorado pour les couples LGBTQIA+ ? », URL : <https://www.rtf.be/article/pma-en-france-la-belgique-restera-t-elle-un-eldorado-pour-les-couples-lgbtqia-10809674>.
- Sciences Humaines, « Don d'ovule, don de sperme : le prix des stéréotypes », URL : https://www.scienceshumaines.com/don-d-ovule-don-de-sperme-le-prix-des-stereotypes_fr_21311.html.
- Université Sorbonne Paris Nord, « PMA : premier bilan de la CAPADD », URL : <https://www.univ-spn.fr/pma-premier-bilan-de-la-capadd-la-commission-dacces-aux-origines/>.
- Vida Fertility, « PMA en Espagne », URL : <https://vidafertility.com/fr/pma-espagne/>.
- Dr. VLADIMIRO Silva, « PMA pour les couples de femmes : La ROPA au Portugal », Clinique de fertilité à l'étranger, URL :

<https://www.cliniquesdefertiliteaetranger.fr/des-experts/pma-pour-les-couples-de-femmes-la-ropa-au-portugal/>.

- Xavier Molénat, « Don d'ovule, don de sperme : le prix des stéréotypes », Sciences Humaines, 18 septembre 2007, URL : https://www.scienceshumaines.com/don-d-ovule-don-de-sperme-le-prix-des-stereotypes_fr_21311.html.
- WALES Dorothy, « FIV Danemark - Traitement FIV Danemark », sur Cliniques de fertilité à l'étranger, mise à jour 2024, URL : <https://www.ivfbabble.com/fr/le-danemark-devient-le-premier-pays-europeen-a-reprendre-les-traitements-de-fertilité/?noamp=mobile>.

Liste des principales abréviations

- **AMP/PMA** : assistance médicale à la procréation/procréation médicalement assistée.
- **CAPADD** : Commission d'accès des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation aux données des tiers donneurs.
- **CCNE** : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.
- **CMRA** : Commission médicale de recours amiable.
- **D.U** : Diplôme d'Université.
- **FIV** : fécondation *in vitro*.
- **GPA** : gestation pour autrui.
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- **PACS** : Pacte civil de solidarité.
- **ROPA** : Réception des Ovocytes de la Partenaire.
- **RU** : Représentants des usagers.
- **UNAASS** : Union Nationale des Associations Agréées du Système de Santé.

Table des matières

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : LE CONTEXTE	8
I- L'encadrement du recours à l'Assistance Médicale à la Procréation	8
A) L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation	9
B) Les acteurs du parcours d'Assistance Médicale à la Procréation	14
1- Les professionnels des centres d'Assistance Médicale à la Procréation	14
2- Les donneurs de gamètes	16
II- La diversité des techniques d'assistance médicale à la procréation	20
A) Les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation autorisées en France	20
1- Une diversité de techniques hiérarchisées	20
a) L'insémination artificielle	21
b) La fécondation in vitro (FIV)	22
2- La possibilité restreinte du diagnostic préimplantatoire	25
3- Les taux de réussite de l'Assistance Médicale à la Procréation en fonction des techniques utilisées	29
B) Les techniques proscrites en France	32
1- L'interdiction de l'Assistance Médicale à la Procréation post-mortem	32
a) Le cadre juridique actuel	32
b) Les fondements juridiques de cette interdiction	33
c) Textes et positions jurisprudentielles	36
2- L'interdiction de la Réception des Ovocytes de la Partenaire (ROPA)	38
3- La situation des hommes transsexuels ayant conservé leurs organes féminins	40

PARTIE 2 : LES DIFFICULTÉS	42
I- L'information des patients et la formation des professionnels	42
A) Le constat : la prise en charge tardive de l'infertilité	43
B) L'information et la sensibilisation des patients	44
2- Des initiatives associatives de sensibilisation	46
3- Les politiques gouvernementales et les campagnes de sensibilisation	47
4- L'accessibilité des consultations spécialisées	49
5- La conservation des ovocytes	50
C) La formation des professionnels de santé et les bonnes pratiques	51
II- L'intégration des parents dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation	53
A) Les protections salariales de la femme ayant recours à l'Assistance Médicale à la Procréation	53
B) L'intégration insuffisante du partenaire dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation	54
III- Le projet parental	57
A) L'appréciation du projet parental	57
B) L'hypothèse de la disparition du projet parental	61
IV - L'approfondissement de la notion de « patient expert »	62
A) La définition de la notion de « patient expert »	62
B) Le développement de la place du « patient expert » dans le parcours d'Assistance Médicale à la Procréation	63
V- Garanties de l'anonymat du tiers donneur et droit de l'enfant né d'une AMP à connaître ses origines	65
A) Les difficultés liées à la levée partielle de l'anonymat	66
1- Un frein au nombre de don de gamètes	66
B) La nécessaire précision du régime de l'anonymat du don de gamète	
	68
PARTIE 3 : LES ÉVOLUTIONS ÉVENTUELLES	72

I- La technique de la Réception d'ovocytes de la partenaire (ROPA)	72
A- Droit comparé	72
B) Les perspectives d'évolution du droit français	74
II- L'Assistance Médicale à la Procréation post-mortem	78
A- Droit comparé	78
1- La loi espagnole	78
2- La loi belge	79
B- Les perspectives d'évolution du droit français	79
III- L'exclusion des couples d'hommes transgenres ayant conservé leurs organes génitaux féminins	82
A- Droit comparé	82
B- Les perspectives d'évolution du droit français	83
IV - La rémunération des donneurs ou la rétribution symbolique	87
A- Cadre juridique actuel du don de gamètes et d'embryons en France	87
1- L'interdiction de la rémunération du don	87
Source : « Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain », Agence de la Biomédecine.	90
2- Interdiction de la publicité et campagne de sensibilisation	91
B- Droit comparé	92
1- L'Autriche : l'interdiction du don	92
2- Le Royaume-Uni	93
3- Les États-Unis	94
C- Les perspectives d'évolution du droit français	95
Bibliographie	96
Table des matières	110
AUTEURS	113

AUTEURS

Cette étude sur l'aide médicale à la procréation a été réalisée par les étudiants du Master II - Droit des Personnes et des Familles de la faculté de droit science politique de l'université de Bordeaux, pour l'année universitaire 2023-2025.

Marine Vaubourg, Marie Bizeray, Madenn Guitton, Justine Cormont, Marie Destizons,
Juliette Lemoine, Philippine Gouges d'Agincourt, Jade Constant, Elisa Noël, Hadrien
Benhamou, Estelle Andreani, Marième Barry.

Sous la direction de Madame Marie LAMARCHE