L'assistance médicale à la procréation

Dossier thématique élaboré par l'Espace de Réflexion Ethique d'Aquitaine dans le cadre des états généraux de la bioéthique de 2018 (www.chu-bordeaux.fr/erea).

Introduction

Informations issues de : « Ethique, bioéthique et espace de réflexion éthique », Bernard Bioulac, Passerelles N°81, juillet 2016, journal d'informations internes du CHU de Bordeaux.

« L'éthique médicale est née avec le code de Nuremberg en 1947. Après les dévoiements engendrés par la folie totalitaire, il est mis fin à l'instrumentalisation de l'humain et rappelé la primauté de la personne et le respect de sa dignité. Ces concepts s'appuient, au plan philosophique, sur l'éthique. Celle-ci relève d'une réflexion critique sur l'homme, son esprit, ses comportements et tente de définir, comme le dit Aristote, « les actions belles et bonnes, conformes à la vertu, que doit pratiquer l'homme beau et bon » ».D'une manière plus pratique, l'éthique a été récemment été définie comme « une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées » (*Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*).

« L'accroissement des connaissances dans le champ du vivant et les dangers qui en découlent, contribuent à forger, dans les années 1970, le concept de bioéthique » par Van Rensselaer Potter. En effet, on assiste à ce moment-là à une inquiétude sociale grandissante vis à vis de la recherche médicale avec :
- cette évolution importante et rapide des sciences et des techniques,
- et la séparation de la culture scientifique et technique, d'avec la culture humaniste.

La bioéthique concerne la médecine et la recherche sur les parties du corps humain et vise à réfléchir aux limites des interventions de cette médecine et de cette recherche sur l'Homme pour toujours préserver la dignité de la personne humaine. Elle « sous-entendra ce qui est bon pour l'homme et la société dans l'application des connaissances du domaine des sciences du vivant. La bioéthique n'est pas une discipline au sens strict. Il s'agit d'une dynamique de réflexion qui intègre des approches

multidisciplinaires (philosophie, sciences du vivant, sciences et techniques, histoire des civilisations…). »

« Lors de l'installation en 1983 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) », en partie dû aux réactions suscitées par la naissance du premier bébé éprouvette l'année précédente, « a été mis en exergue le fait que le progrès scientifique ou biologique devançait la réflexion morale et a fortiori la décision juridique ». A partir de cette époque, on a ainsi essayé de faire intervenir la réflexion éthique lorsque des questions de posent à application dans la société de technologies ou techniques nouvelles.

« Il existe déjà à cette époque dans notre corpus législatif des lois à valeur éthique : Loi Veil (1975), Loi Cavaillet (1976), Loi Huriet-Serusclat (1988), mais la nécessité de lois plus extensives sur la bioéthique se fait jour. Ainsi de 1993 à 1994, le Parlement vote les premières lois dites « bioéthiques » qui encadrent la procréation médicalement assistée, les dons et transplantations d'organes et l'utilisation des données nominatives ».

Depuis, ces lois ont subi plusieurs révisions et c'est encore le cas en 2018. Selon une note du ministère de la santé datant de novembre, un projet de loi bioéthique sera finalisé « à l'été 2018 » pour un dépôt au Parlement « à l'automne » en vue d'une adoption d'une nouvelle loi « dans le courant du premier semestre 2019 ».

Pour préparer ce projet de loi, le président de la République a chargé le CCNE de conduire une consultation citoyenne. Ce dernier est ainsi chargé de recueillir un large panorama d'opinions de la société sur les sujets qui pourraient faire l'objet d'une modification de la loi. Cela prend ainsi la forme d'états généraux de la bioéthique et dans ce contexte, les Espace de Réflexion Ethique Régionaux ont été missionnés par le CCNE pour mener ces débats citoyens.

En Nouvelle-Aquitaine, les sujets traités sont la « procréation médicalement assistée » (PMA) ou « assistance médicale à la procréation » (AMP), les Big Data, la précarité, la santé-environnement et la fin de vie.

L'AMP désigne les techniques médicales consistant à manipuler spermatozoïdes et/ou ovules pour aboutir à une fécondation et concevoir un enfant. Depuis ses débuts, l'AMP a évolué vers une série de techniques permettant de faire naître plusieurs dizaines de milliers d'enfants par an en France. Aujourd'hui, l'éthique est interpellée dans le cadre de demandes sociétales. Les techniques sont en effet bien maitrisées et aucune évolution majeure n'a eu lieu récemment. Cependant, une partie de la société demande que les contextes d'utilisation de ces techniques soient repensés. La question que doit alors se poser le citoyen puis le législateur est : lorsque l'on peut, est-ce que l'on doit ?

Contexte règlementaire : les lois de bioéthique

Informations issues de www.vie-publique.fr.

Les premières lois de bioéthique ont été adoptées en France en 1994, au nombre de trois. La loi du 1er juillet 1994 est relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le

domaine de la santé (règles de création des fichiers informatiques nominatifs, droits individuels des personnes fichées, procédures de mise en œuvre des traitements informatifs...). Les deux lois du 29 juillet 1994 sont pour la première relative au respect du corps humain et repose sur trois fondements éthiques (inviolabilité du corps humain, impossibilité pour le corps humain d'être l'objet d'un droit patrimonial évaluable en argent, obligation du consentement), et pour la seconde 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 (consentement préalable ou présumé et révocable à tous moments, gratuité, anonymat, respect des règles de sécurité sanitaire). A partir de cette époque, les textes ont été revus plusieurs fois, en corrélation avec les évolutions de la science et de la recherche mais aussi de la société dans son ensemble.

La loi du 6 août 2004 apporte des modifications et des innovations : l'Agence de la Biomédecine est créée, le consentement présumé est généralisé en matière de don d'organes, le clonage est interdit, que cela soit à visée thérapeutique ou reproductive, la recherche sur les embryons est ouverte de façon limitée, le diagnostic préimplantatoire est interdit mais son usage est néanmoins encadré lorsqu'il a pour objectif d'apporter un espoir de traitement à un aîné atteint d'une maladie, un crime contre l'espèce humaine est défini… Les couples bénéficiant d'assistance médicale à la procréation doivent toujours justifier d'au moins 2 ans de vie commune. Deux ans de vie commune sont également requis pour les dons d'organes entre conjoints.

Tel que prévu dans la loi de 2004 bien qu'ayant 2 ans de retard, la loi du 7 juillet 2011 correspond à la révision de la loi. Le recours à des tests génétiques est alors encadré, le don croisé d'organes est introduit en cas d'incompatibilité avec son donneur potentiel, la congélation ovocytaire ultra rapide (ou vitrification) est autorisée, le don de gamètes est ouvert aux personnes n'ayant pas encore procréé et ces gamètes peuvent être conservées à leur profit, le caractère exceptionnel du don d'embryon est supprimé… La condition de 2 ans de vie commune est supprimée pour l'accès à l'assistance médicale à la procréation. Le médecin a l'obligation d'informer le patient porteur d'une maladie génétique des risques qu'il fait courir à sa famille en ne l'informant pas.

La loi du 6 août 2013 modifie la loi de 2011 en autorisant la recherche sur l'embryon sous certaines conditions. Ainsi les embryons surnuméraires ne faisant plus l'objet d'un projet parental peuvent être utilisés pour la recherche (jusqu'au 7ème jour de l'embryon), après consentement des parents.

Les dispositions concernant la fin de vie sont exposées dans une loi propre : la loi « Leonetti Claeys » du 2 février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie, qui fait suite à la loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

La loi de 2011 prévoit que « la présente loi fait l'objet d'un nouvel examen d'ensemble par le Parlement dans un délai maximal de sept ans après son entrée en vigueur » et que « tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'états généraux. Ceux-ci sont organisés à l'initiative du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ». Le 18 janvier 2018 sont en effet lancés les états généraux de la bioéthique, qui précèdent le prochain projet de loi bioéthique.

Histoire de la reproduction artificielle

Informations issues du livre de Emmanuel Betta paru aux éditions Hermann « L'autre genèse » et de son interview du 28/11/2017 sur France Culture : « Procréation : histoire de la reproduction artificielle », et de l'interview de Pierre Jouannet du 25/04/2017 sur France Culture : «Filiation sans gênes ».

L'histoire de la reproduction artificielle commence il y a environ 200 ans et elle est donc assez récente. Pourtant elle remet en question l'ordre naturel en dissociant la sexualité et la procréation et a donc fait couler beaucoup d'encre.

Cette histoire débute à la fin du 18ème siècle grâce à Lazzaro Spallanzani qui réalise une expérience en équipant des grenouilles mâles de culottes, permettant ainsi de mettre en évidence que la fécondation nécessite le contact entre les gamètes. Il réalise alors la première fécondation in vitro fécondation chez ces mêmes animaux et le « sacré » de la conception commence alors à s'étioler : alors que l'on pensait que l'humain préexistait déjà dans les spermatozoïdes ou les ovules, on comprend que le contact est nécessaire.

A partir du début du 19ème siècle, la reproduction artificielle commence avec pour seule technique l'injection de sperme au sein de couples mariés (en France cela aurait commencé vers 1838). Etant donné que cela posait un grand problème moral car cela nécessitait la masturbation, on pouvait aussi faire intervenir le médecin après un rapport sexuel au sein du couple. Malgré cela, cela a fait énormément réfléchir les autorités religieuses. Pour l'Eglise cela posait problème que la décision de la conception ne soit plus entre ses mains ou celles de Dieu mais entre celles des médecins. Malgré cela, l'insémination trouvait aussi grâce aux yeux de l'Eglise en rendant possible la concrétisation du but du mariage, c'est-à-dire de faire des enfants. Petit à petit, le débat public a ainsi commencé à être possible sur ce thème et la technique a fini par être acceptée pour qu'en 1970, Georges David introduise « officiellement » en France le don de sperme de couple à couple, expression rassurante pour les opposants à cette technique qui l'assimilait à de l'adultère

Pendant cette première période, l'histoire de la reproduction artificielle a été entachée de quelques évènements indésirables. Au début du 20ème siècle, des expériences ont été menées par le biologiste russe Ilia Ivanov, avec le soutien de pasteuriens, d'insémination inter-espèces homme-chimpanzés jusqu'à ce que le refus des autorités de poursuivre cette recherche mette fin à cette voie. La reproduction artificielle a aussi été pendant un temps un des supports de la perspective eugéniste (mondiale mais surtout en Angleterre et USA), par la sélection des ceux qui seront « aptes » à se reproduire, avec un courant assez fort qui a vu sa fin au moment du procès des médecins nazis. Enfin, la première entrée dans les tribunaux se situe en 1980, pour un médecin bordelais qui promettait une insémination miracle et qui a été attaqué pour les dommages psychologiques qu'il a entrainé sur ses patientes.

Suite à la découverte des possibilités de congélation et conservation du sperme dans l'azote, qui n'altère pas ou peu la vitalité des gamètes après décongélation, Georges David a ouvert la première banque de sperme en France en 1973 (aux Etats-Unis en 1953) sous la forme d'une association loi 1901. Cette banque n'était en rien contrainte juridiquement et fixait ses propres règles (dons

rémunérés ou pas, anonymat, couples mariés ou pas…) qu'elle pouvait éventuellement respecter de façon aléatoire. Certaines même ont fait se développer des embryons à visée diagnostic, pour comprendre les causes de l'infertilité du couple. Malgré cela, cette nouvelle organisation du don a permis de mettre fin à une époque où les inséminations se pratiquaient dans les cabinets médicaux, sans aucun encadrement. En 1982, la fédération des banques de sperme voyait le jour et adoptait une charte éthique. Ces banques pratiquaient l'insémination bien sûr mais ont aussi commencé à conserver des spermatozoïdes pour des hommes dont le traitement médical mettait en péril leur fertilité.

C'est la loi du 12 juillet 1978 qui a officialisé la pratique de l'insémination artificielle (prise en charge par la sécurité sociale). Puis de nombreuses tentatives de propositions de lois ont été faites mais aucune n'a vu le jour avant les premières lois de bioéthique en 1994 qui ont introduit une réglementation sur l'assistance médicale à la procréation.

En 1978 dans une maternité de Manchester naissait Louise Brown, le premier bébé éprouvette, par fécondation in vitro. En France c'est en 1982 que naissait Amandine. En 1986 le premier enfant issu d'une congélation (lente à cette époque) d'ovocytes voyait le jour. En 1992 apparaissait la technique ICSI, puis l'utilisation d'ovocytes congelés en 1997. Depuis 2008, les techniques de congélation rapide (vitrification) des ovocytes ont été développées. La procréation médicalement assistée était ainsi entrée dans le quotidien des couples désireux de fonder une famille.

Les techniques

Informations issues des « Listes des procédés biologiques régulièrement utilisés en AMP et des techniques visant à améliorer les procédés biologiques autorisés », ABM, 6 novembre 2013.

Depuis la loi du 7 juillet 2011, la liste des procédés biologiques régulièrement utilisés en AMP est législative, sur les propositions de l'Agence de la Biomédecine (ABM). Elle était initialement composée de :

1. Préparation de sperme en vue d'assistance médicale à la procréation.

2. Fécondation in vitro sans micromanipulation : FIV, la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde se fait dans l'éprouvette.

3. Fécondation in vitro avec micromanipulation : ICSI (micro-injection intra-cytoplasmique), un seul spermatozoïde est choisi et il est injecté dans l'ovule.

4. Congélation des gamètes.

5. Congélation des tissus germinaux.

6. Congélation des zygotes et des embryons.

7. Maturation in vitro des ovocytes.

Cette liste a été amendée en 2013 en incluant les techniques suivantes :

1. IMSI (technique d'amélioration du procédé de fécondation in vitro avec micromanipulation).

2. Eclosion assistée dans le cadre de la fécondation in vitro avec micromanipulation.

3. Culture embryonnaire prolongée en milieu défini dans le cadre de la fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation.

4. Sélection des spermatozoïdes vivants avant fécondation in vitro avec micromanipulation.

5. Vitrification des gamètes (technique d'amélioration du procédé de congélation des gamètes).

6. Vitrification des embryons et zygotes.

7. Prélèvement du globule polaire (technique d'amélioration du procédé de fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation).

Les chiffres

Informations issues du « Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France » de l'ABM, 2016.

La loi de bioéthique de 2004 a confié à l'ABM la mission de suivre et d'évaluer qualitativement et quantitativement les activités cliniques et biologiques d'AMP. Depuis novembre 2006, l'Agence a donc repris l'activité de recueil des données individuelles relatives aux tentatives de fécondation in vitro (FIV) en France, auparavant assurée par l'association FIVNAT. Il existe aussi un registre national des FIV. Le dernier rapport est celui de 2016 : « Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France », dont voici quelques chiffres.

En 2015, 145 255 tentatives d'AMP ont été recensées, regroupant les inséminations, les fécondations in vitro et les transferts d'embryons congelés (TEC) (congélation lente ou vitrification). Ces chiffres sont assez stables depuis 2012 sauf pour les TEC qui augmentent en cohérence avec les pratiques de réduction des grossesses multiples accompagnant la prévention de leurs complications maternelles et fœtales. En effet, le nombre d'embryons transféré tend à diminuer (les transferts mono-embryonnaires passant de 34% en 2012 à 42.3% en 2015) et les embryons surnuméraires sont ainsi congelés (principalement vitrifiés) pour être réutilisés au sein du couple. Les tentatives d'AMP sont malgré tout plutôt en hausse (+8.3% entre 2009 et 2017).

En 2015, 24 839 enfants sont nés d'une AMP, soit 3.1% des enfants nés en France cette année-là. Parmi ces enfants, près d'un quart est né suite à une insémination intra utérine, technique la plus simple, qui confirme sa place, et près de 22% sont nés d'une congélation embryonnaire. Pour 97% des AMP, les tentatives sont réalisées avec les gamètes des deux membres du couple et seulement 145 accueils d'embryons suite à un don ont été effectués aboutissant à 27 naissances. Au total, 540 femmes ont fait un don d'ovocytes, permettant ainsi la naissance de 256 enfants et 255 hommes ont fait un don de sperme entraînant la naissance de 971 enfants. Les fausses couches spontanées après AMP sont de l'ordre de 19,3% et dépassent les 20% après TEC.

Au total, la France compte près de 60 000 enfants issus de la FIV. A l'échelon mondial, 40 000 enfants naissent chaque année de l'AMP.

Les grands thèmes en lien avec l'AMP

Dons de gamètes

Le don de gamètes, c'est-à-dire le don de cellules reproductrices mâles (les spermatozoïdes) ou femelles (les ovocytes) a été encadré par la loi de bioéthique du 6 août 2004 et figure à l'article L1244-1 du Code de la santé publique comme suit : « Le don de gamètes consiste en l'apport par un tiers de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation. »

En France le don de gamètes est gratuit. L'article 16-6 du Code civil précise que : « Aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci ». Les donneurs sont par contre remboursés de tous leurs frais et le traitement hormonal des donneuses est entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

L'article 16-8 du Code civil stipule que l'anonymat doit être respecté, dans les deux sens : « 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. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci ». La traçabilité existe donc et les professionnels de santé peuvent avoir accès à des « informations médicales non identifiantes » (article L1244-6 du Code de la santé publique). Il n'est donc pas possible d'utiliser par exemple les ovocytes d'une proche (sœur) quand bien même celle-ci souhaiterait en faire don. Par contre, le don croisé existe, c'est-à-dire que si une proche fait un don, la patiente reçoit alors immédiatement des ovocytes provenant d'une donneuse anonyme. Les sanctions correspondant au non-respect de cet anonymat sont rappelées dans l'article 511-10 du code pénal : « le fait de divulguer une information permettant à la fois d'identifier une personne ou un couple qui a fait don de gamètes et le couple qui les a reçus est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende ».

Alors que la loi du 22 janvier 2002 reconnait à l'enfant né d'un accouchement sous X le droit de connaître ses origines, ce droit n'est pas reconnu à l'enfant issu du don de gamètes. Un avis récent du Conseil d'Etat du 28 décembre 2017 le confirme en rejetant la demande d'une personne née d'un don de gamètes d'avoir accès à l'identité de son donneur. Il confirme aussi que la loi française n'est pas en contradiction avec la convention européenne des droits de l'Homme qui « reconnait un droit à la connaissance de ses origines personnelles, y compris génétiques ». A l'inverse, plusieurs pays ont déjà été condamnés par la cour européenne des droits de l'Homme pour avoir refusé d'établir la filiation de requérants. Si toutefois une personne née de don de gamète retrouvait son donneur, il ne pourrait en aucun cas revendiquer d'être reconnu par lui, sauf dans le cas d'une auto-insémination (qui n'est pas illégale) faite en dehors de tout circuit organisé et légal.

Un consentement doit bien sûr être fourni par les donneurs mais aussi par les personnes avec qui ils vivent en couple. Depuis la loi de 2011, les personnes qui ne vivent pas en couple sont aussi autorisées à donner mais le consentement du conjoint le cas échéant, reste obligatoire. Il peut être retiré à tout moment avant l'utilisation des gamètes. Les donneurs sont consultés chaque année par écrit pour savoir s'ils consentent toujours à la conservation de leurs gamètes. S'ils ne le souhaitent plus, ils peuvent décider que leurs gamètes fassent l'objet d'un don, qu'elles servent à la recherche médicale ou qu'elles soient détruites. Il est mis fin à la conservation des gamètes en cas de décès de la personne, si elle n'est plus en âge de procréer ou si elle n'a pas répondu à la consultation par écrit.

La loi de 2011 indique que les donneurs peuvent ne pas avoir procréé, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le décret d'application ne date par contre que du 13 octobre 2015, assorti d'un arrêté en date du 24 décembre 2015. Depuis ce même décret, les donneuses d'ovocytes peuvent en conserver certains pour leur propre bénéfice.

Pour donner, les hommes doivent avoir entre 18 et 45 ans, les femmes entre 18 et 37 ans. Le nombre d'enfants nés d'un(e) même donneur/euse ne peut dépasser 10 pour ne pas risquer de consanguinité si ces personnes se rencontraient par hasard et avaient des enfants. Les donneurs ne savent pas si leur don a été suivi d'une procréation.

Afin de ne pas créer des situations difficiles en introduisant des différences visibles entre l'enfant et son parent d'intention, les donneurs sont « appariés » aux receveurs sur des caractéristiques physiques (ethnie, couleur de la peau, couleur des yeux, couleur des cheveux, taille, etc.). L'appariement concerne aussi le groupe sanguin et le système Rhésus. Les CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperme humains) essayent aussi de minimiser les risques de maladies génétiques en ne choisissant pas de donneurs dont les risques génétiques pourraient s'additionner avec ceux de la mère de façon délétère pour l'enfant à naître. Par contre, les critères qui ne sont pas génétiques ne peuvent en aucun cas diriger le choix du donneur (religion, QI…).

Le 28 décembre 2017, le conseil d'Etat a refusé la levée de l'anonymat du donneur d'un requérant né d'une PMA pour les raisons suivantes : « la sauvegarde de l'équilibre des familles », le « risque majeur de remettre en cause le caractère social et affectif de la filiation », le « risque d'une baisse substantielle des dons de gamètes » et encore la « remise en cause de l'éthique qui s'attache à toute démarche de don d'éléments ou de produits du corps humain ».

Aujourd'hui, des possibilités croissantes de séquençage de notre ADN par des sociétés privées existent (99USD pour un test de la société 23andMe), bien que leur utilisation en France soit illégale. Une fois séquencé, notre génome peut alors être diffusé sur des bases de données publiques et les enfants nés de donneurs peuvent ainsi retrouver des membres de la famille de leur donneur voire leur donneur lui-même. Le 15 janvier 2018 en France, un enfant né par IAD a ainsi retrouvé à 34 ans son donneur en utilisant un tel service. A l'ère des Big Data, il est donc évident que l'anonymat n'est aujourd'hui plus garanti à 100% et avec de l'argent, il est possible de faire sauter ce verrou législatif. La question de justice peut ainsi être posée si ceux qui en ont les moyens financiers et qui sont prêts à entrer dans un processus illégal en France peuvent avoir cet accès aux origines qui est interdit aux autres.

AMP

L'AMP est définie dans les lois de bioéthique comme suit : « L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle ».

La loi en vigueur concernant l'AMP est la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique dont voici les principaux éléments. Aujourd'hui, l'AMP est réservée à des couples hétérosexuels : un homme et une femme, vivants, en âge de procréer, en cas d'infertilité médicalement diagnostiquée. L'AMP doit « remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. Elle peut aussi avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité ». De façon pratique, si un couple échoue à concevoir un enfant sur une longue période, l'accès à l'AMP sera possible même si aucun diagnostic ne peut être établit. La notion de mariage ou même de couple « en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans … » en vigueur dans les précédentes versions de la loi a été supprimée en 2011. La notion de consentement est la suivante : le couple doit « consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ». Il est interdit d'avoir recours au double don de gamètes : au moins un des deux parents doit fournir ses gamètes. Pourtant, l'accueil d'embryon issu d'un don résulte en un double don.

La loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe n'a aujourd'hui pas apporté de modifications concernant l'AMP. Ainsi, la législation française n'autorise pas l'accès à l'AMP aux couples homosexuels, ni aux personnes célibataires et aux couples ayant dépassé l'âge de procréer.

Les couples admissibles à l'AMP peuvent être pris en charge à 100% par l'assurance maladie avec certaines limites :

- La femme doit avoir moins de 43 ans pour la prise en charge par l'assurance maladie mais il n'y a pas de limite règlementaire (pour les hommes non plus) pour bénéficier d'une AMP. L'article L2141-2 du code de la santé publique fixe que « l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer ». En pratique ce sont les professionnels de santé et l'ABM qui fixent les limites.

- Le nombre maximal d'inséminations artificielles est de six.

- Le nombre maximal de tentatives fécondation in vitro est de quatre.

A plusieurs occasions, l'ABM a donné son accord pour l'exportation de gamètes à l'étranger pour des couples qui ne respectaient pas les critères français (ex. âge). Il peut même y avoir dans certains cas une prise en charge par l'assurance maladie pour des AMP réalisées à l'étranger.

Depuis la loi de bioéthique de 1994, l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique précise que pour bénéficier de l'AMP, « l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants ». La révision de 2004 a même ajouté : « font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple,… ». Dans d'autres pays d'Europe tel que La Belgique, l'Espagne, les Pays-

Bas, le Royaume-Uni, l'insémination post-mortem est légale, tant que le conjoint décédé avait donné son consentement et que le transfert n'intervient pas après une certaine durée définie (quelques années). Selon les pays, la filiation peut-être reconnue (*Dibie-Krajcman D. La procréation post-mortem. Rev Sage-Femme. 2010 Sep;9(4):195–8*). Cependant, la jurisprudence a donné en France des possibilités de recours à l'AMP post-mortem : en 2016 par exemple, une jeune femme française a pu utiliser le sperme congelé de son conjoint décédé pour une réaliser une AMP à l'étranger.

Définition de la filiation : « Terme indiquant le lien juridique unissant un enfant à un ou deux parents. La femme qui accouche est automatiquement déclarée mère de l'enfant, sauf accouchement sous X. Dans le cas d'un couple marié, le mari bénéficie automatiquement de la présomption légale de paternité. Si l'homme et la femme ne sont pas mariés, l'homme peut reconnaître sa paternité soit volontairement, soit à la suite d'un acte de notoriété établissant la possession d'état, soit par jugement. On peut être déclaré père ou mère à la suite d'un jugement d'adoption. »

Le couple qui recevra un don de gamètes donne son consentement au juge ou au notaire et cela implique l'impossibilité de contester la filiation des parents d'intention. Pour les dons d'embryons, le couple receveur donne son consentement au juge qui donne une autorisation pour 3 ans, après avoir vérifié la qualité des conditions d'accueil de l'enfant à naître.

La loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, autorise l'adoption par des couples de même sexe dans les mêmes conditions que les couples hétérosexuels, quel que soit la manière dont l'enfant a été conçu (par exemple par PMA à l'étranger avec donneur, mais aussi GPA). L'article 345-1 du Code civil indique en effet que l'adoption plénière (c'est-à-dire que le parent biologique ne figure pas sur l'acte de naissance) est permise « lorsque l'enfant n'a de filiation légalement établie qu'à l'égard de ce conjoint». C'est bien le cas pour une femme ayant eu recours à une IAD car l'enfant n'a de filiation qu'avec elle. Même si certains tribunaux ont tout d'abord rejeté des demandes d'adoption du conjoint de même sexe, la jurisprudence montre maintenant que cette possibilité est bien ouverte.

Autoconservation des gamètes

Depuis les premières lois de bioéthique, la pratique de l'autoconservation de gamètes n'était autorisée en France qu'en cas de pathologies ou de traitements affectant la fertilité (traitement anticancéreux stérilisant, maladie génétique ou auto-immune). Depuis 2011, le législateur a inscrit une nouvelle possibilité : l'autoconservation ovocytaire (par cryoconservation ou par vitrification, pour avoir son propre stock d'ovocytes prélevés à un âge jeune en vue d'une AMP future) d'une femme sans enfant en contrepartie d'un don d'ovocytes. Notons malgré tout que la loi de 2011 donne bien la priorité au don et ceci a été affirmé dans le décret du 13 octobre 2015 et l'arrêté du 24 décembre 2015 : « au moins la moitié des ovocytes matures d'un même prélèvement sont orientés vers le don ». Est évoqué aussi « l'éventualité d'une impossibilité de conservation d'ovocytes à son bénéfice en cas d'obtention d'une quantité insuffisante de gamètes » : « jusqu'à cinq ovocytes matures obtenus, tous les ovocytes sont destinés au don et la conservation au bénéfice de la donneuse n'est alors pas réalisée ; de six à dix ovocytes matures obtenus, au moins cinq

ovocytes matures sont destinés au don ; au-delà de dix ovocytes matures obtenus, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don ». L'arrêté prévoit quand même qu'un recueil en vue de conservation peut être proposé au-delà de trois recueils. Notons ici que selon un avis rendu par l'Académie de médecine le 19 juin 2017 : « compte tenu de la priorité accordée au don, les chances de ces donneuses de conserver des ovocytes pour elles-mêmes sont quasi nulles ». En cas de non utilisation des ovocytes auto conservés, ils peuvent être donnés si la femme y consent. L'autoconservation à des fins de « précaution », en dehors d'un don, reste impossible.

Diagnostic préimplantatoire (DPI)

En France, le DPI est autorisé depuis la loi 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 », dans les établissements agréés par l'ABM (premiers centre agréés en 1999), que cela soit dans le cadre d'une infertilité ou pas. Selon l'Article L2131-4 du Code de la santé publique, modifié par la loi de bioéthique de 2011 : « Le diagnostic préimplantatoire n'est autorisé qu'à titre exceptionnel dans les conditions suivantes : un médecin exerçant son activité dans un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal tel que défini par l'article L. 2131-1 doit attester que le couple, du fait de sa situation familiale, 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 ». Dans des cas exceptionnels, il est possible de procéder à un DPI si la maladie génétique était présente chez un grand-parent, même si le statut du parent vis-à-vis de cette maladie est inconnu et que le parent ne souhaite pas le connaître.

Les anomalies chromosomiques telles que la trisomie 21 ne peuvent être recherchées. La sélection du sexe est interdite en France sauf dans le cas d'une maladie génétique liée au sexe.

GPA

La Gestation pour Autrui (GPA) est interdite et le CCNE, par son avis du 27 juin, est catégoriquement opposé à sa légalisation et « souhaite le renforcement des moyens de prohibition au niveau national et international, estimant qu'il ne peut y avoir de GPA éthique » (*avis n°126 du CCNE du 15 juin 2017 sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP)*). Pourtant quelques centaines de couples y ont recours à l'étranger chaque année. A leur retour en France, ils peuvent demander la transcription de l'état civil. Alors qu'en 2013, la Cour de cassation s'opposait radicalement à l'établissement d'un lien juridique de filiation entre l'enfant issu d'une GPA et les parents d'intention en déclarant cela comme une fraude à la loi, elle s'est infléchie en 2015 avec son arrêt du 3 juillet 2015 stipulant qu'« une GPA ne justifie pas, à elle seule, le refus de transcrire à l'état

civil français l'acte de naissance étranger d'un enfant ayant un parent français » et cette posture a été confirmée par les arrêts du 5 juillet 2017 (www.courdecassation.fr). Le père biologique peut ainsi être inscrit à l'état civil français comme père de l'enfant. Par contre on considère en France que la mère est celle qui a accouché et n'est pas le parent d'intention, même s'il y a eu utilisation de ses ovocytes. La transcription directe de documents d'état civil ayant fait « disparaître la mère biologique » a ainsi jusqu'alors été refusée. Le parent non biologique peut malgré tout bénéficier d'une délégation d'autorité parentale. Lorsque cela ne satisfait pas les couples, ils peuvent alors saisir les tribunaux de grande instance (TGI) pour requérir l'adoption par le parent non biologique (mère d'intention ou conjoint du père) : adoption plénière si l'origine de l'enfant n'est pas sur l'acte de naissance, ou simple si elle y figure. Alors que plusieurs TGI ont rejeté des demandes d'adoptions, la Cour de cassation a indiqué le 5 juillet 2017 que « une GPA réalisée à l'étranger ne fait pas obstacle, à elle seule, à l'adoption de l'enfant par l'époux du père. », ouvrant ainsi la voie à ces adoptions.

Conclusion

Les revendications d'ouverture de l'AMP à toutes les femmes, de levée de l'anonymat des dons de gamètes, d'autoconservation ovocytaire, de DPI, de GPA trouvent leur origine dans l'évolution de la société, dans les pratiques de nos voisins européens et dans les demandes d'égalité au sein de la société. Dans le cadre actuel des états généraux de la bioéthique, ces thèmes, et bien d'autres, ont à être discutés pour réfléchir à l'orientation que l'on souhaite donner à l'humanité.