



JURISTES POUR L'ENFANCE

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION ET LA DÉFENSE DES DROITS DE L'ENFANT
STATUT CONSULTATIF AUPRÈS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE L'ONU

Audition par le Comité consultatif national d'éthique

Propositions en vue de la révision de la loi de bioéthique du 2 août 2021

Aude MIRKOVIC, maître de conférences en droit privé et Présidente de Juristes pour l'enfance, présente les principales propositions législatives de Juristes pour l'enfance en vue de la prochaine révision de la loi de bioéthique, lors de son audition par le Comité consultatif national d'éthique le 30 janvier 2026.

Juristes pour l'enfance développe en effet une recherche et une expertise en matière de procréation médicalement assistée et de gestation pour autrui afin de faire valoir l'intérêt et les droits des enfants dans ce cadre de ces processus.

Forte de cette expertise, l'association souhaite porter à l'attention des membres du CCNE un certain nombre de points dans lesquels les droits des enfants pourraient être mieux respectés dans le cadre de la mise en œuvre des technologies reproductives.

I – Mettre fin à la congélation et la conservation des embryons

II – Compléter la loi française en matière de gestation pour le compte d'autrui (GPA)

III – Améliorer le dispositif de l'AMP

A – Informer sur les risques de l'AMP pour l'enfant

- 1 – Informer sur les risques résultant pour l'enfant du don de gamètes
- 2 – Informer sur les risques résultant pour l'enfant de la FIV

B – Proposer les méthodes de restauration naturelle de la fertilité

IV – Reconnaître l'intérêt de l'enfant comme supérieur en matière d'AMP

A – Exiger certaines garanties concernant le donneur dans l'intérêt de l'enfant

- 1 – Exigence d'une attestation d'honorabilité du donneur
- 2 – Interdiction de l'utilisation des gamètes d'un donneur décédé
- 3 – Engagement du donneur à transmettre, postérieurement au don, les informations médicales susceptibles de concerner l'enfant

B – Instaurer une limite d'âge inférieure pour l'accès à l'AMP

C – Assouplir l'interdiction d'établir une filiation entre l'enfant et le donneur

D – Reconsidérer l'AMP pour les femmes seules

V – Interroger la prise en charge à 100% de l'AMP (introduire le ticket modérateur)

VI – Maintenir les mesures suivantes

- A – L'interdiction de la PMA post mortem
- B – La gratuité du don de gamètes



Mesdames, Messieurs les membres du CCNE,

Tout d'abord, nous souhaitons porter à votre réflexion la proposition de mettre fin à la congélation et la conservation des embryons.

I – Mettre fin à la congélation et la conservation des embryons

La congélation des embryons a été permise par le législateur en 1994 compte tenu des connaissances de l'époque : afin d'éviter aux femmes les contraintes de prélèvements d'ovocytes à répétition ainsi que les risques potentiels liés aux ponctions ovocytaires, plusieurs ovocytes étaient prélevés mais il était nécessaire de les féconder pour pouvoir les conserver.

Aujourd'hui les évolutions techniques permettent d'appréhender la situation de manière totalement différente. En effet, dans les années 2010, la congélation des ovocytes est devenue véritablement efficace grâce à la congélation ultrarapide appelée vitrification, qui a la propriété de ne pas léser les structures fragiles de l'ovocyte.

La vitrification des ovocytes a été explicitement autorisée par la loi du 7 juillet 2011.

En 2021, la loi a en outre permis l'autoconservation ovocytaire sans nécessité médicale dans le but de permettre à une femme de recourir éventuellement ultérieurement à une AMP. 42 300 demandes d'autoconservation ovocytaire non médicales ont été déposées depuis l'entrée en vigueur de la loi et le rythme de nouvelles demandes est d'environ 15 500 par an. (Source : Agence de la biomédecine, <https://agence-biomedecine.fr/fr/don-de-gametes-et-assistance-medicale-a-la-procreation/l-agence-de-la-biomedecine-devoile-les-resultats-d-une-enquete-sur-les-connaissances-et-les-perceptions-de-la-congelation-des-ovocytes-par-les-femmes>).

La vitrification, la conservation et la destruction d'ovocytes ne suscitent pas les graves difficultés qu'emporte la congélation d'embryons humains.

En effet, en premier lieu, il existe des interrogations fortes relatives aux éventuelles difficultés qui peuvent en résulter pour l'enfant dont le développement est suspendu pendant plusieurs années, de se situer dans le temps et même au sein de sa propre famille. Par exemple, le fait pour un enfant de naître de nombreuses années après sa conception est-il anodin pour sa construction psychique ?

En second lieu, la congélation des embryons suscite des situations sans issue, en cas de désaccord du couple sur le devenir des embryons ou en cas de décès d'un des membres du couple avant le transfert.

Même lorsque tout se passe bien, la seule présence de ces embryons congelés est pour de nombreux couples à l'origine d'une grande souffrance.

<https://www.parents.fr/envie-de-bebe/pma/fiv/temoignages-que-deviennent-les-embryons-congeles-apres-une-pma-880424>

Depuis 2011, la loi pose l'objectif de privilégier les pratiques et procédés qui permettent de limiter le nombre des embryons conservés : « La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation privilégie les pratiques et procédés qui permettent de limiter le nombre des embryons conservés » (Art. L 2141-1 al. 4 du Code de la santé publique).

Les chiffres communiqués par l'Agence de la biomédecine montrent que cette consigne donnée par la loi n'est pas respectée. Elle note ainsi dans un de ses rapports que :

“En 2023, 57,0 % de l'ensemble des tentatives de fécondation in vitro sont suivies d'une congélation embryonnaire. [...] La congélation de l'ensemble de la cohorte embryonnaire (freeze-all) a été réalisée dans 26,6 % des ponctions. Cette proportion s'accroît chaque année,



les freeze-all représentaient 21,3 % et 17,0 % des ponctions en 2021 et 2019 respectivement.” (Agence de la biomédecine, Activité d’assistance médicale à la procréation 2023, https://rams-back.agence-biomedecine.fr/uploads/ABM_PEGH_RAMs_AMP_2023_1_2dead89ca1.pdf).

Il ressort par ailleurs des chiffres qu’elle publie que le nombre d’embryons congelés est passé de 221 538 en 2015 à 320 459 en 2024, soit une hausse de plus de 144%.

Il convient donc maintenant de tirer les conséquences des progrès de la vitrification des ovocytes qui a fait ses preuves et d’interdire par la loi la congélation des embryons.

Remarque : la fin de la congélation des embryons ne remet pas en cause l’AMP, ni la recherche sur l’embryon. Certes, la Convention d’Oviedo, ratifiée par la France, interdit la fabrication d’embryons pour la recherche. Mais les embryons actuellement conservés en France, plusieurs centaines de milliers, sont plus que suffisants.

En effet, la tendance actuelle est de s’orienter vers la recherche sur les cellules IPS et sur les lignées de cellules souches embryonnaires car la recherche sur l’embryon lui-même ne présente pas un grand intérêt et que les lignées, une fois stabilisées, sont éternelles. Elles peuvent être utilisées indéfiniment et les chercheurs n’auront plus besoin de recourir à de nouveaux embryons.

Modifications législatives suggérées

1). L’alinéa 4 de l’article L. 2141-1 du Code de la santé publique est supprimé et remplacé par l’alinéa suivant :

“La mise en œuvre de l’AMP peut conduire à la congélation des gamètes. La conception et la congélation d’embryons surnuméraires est interdite.”

2). Les alinéas 2, 3 et 4 de l’article L2141-3 du Code de la santé publique sont supprimés et remplacés par l’alinéa suivant:

« Ne peut être tentée la fécondation d’un nombre d’ovocytes supérieur au nombre d’embryons qu’il est prévu d’implanter. La conception d’embryon(s) en surnombre et leur conservation est interdite.»

3) Le premier alinéa de l’article L.2141-4 du Code de la santé publique est supprimé et remplacé par l’article suivant :

“I. - Les deux membres du couple ou la femme non mariée dont des embryons ont été congelés sous l’empire de dispositions antérieures et qui sont conservés depuis, sont consultés chaque année sur le point de savoir s’ils maintiennent leur projet parental. S’ils confirment par écrit le maintien de leur projet parental, la conservation de leurs embryons est poursuivie.”

4) Un dernier alinéa ainsi rédigé est inséré à la fin de l’article L.2141-4 du Code de la santé publique :

“Les dispositions du présent code relatives à l’accueil d’embryons ne concernent que l’accueil des embryons conçus et conservés sous l’empire de dispositions antérieures.”

5) L’article L.2141-9 du Code de la santé publique est supprimé et remplacé par l’article suivant :

Aucun embryon ne peut entrer ou sortir du territoire où s’applique le présent code.

6) Les dispositions réglementaires du Code de la santé publique seront modifiées pour tenir compte de l’interdiction de la conception et de la congélation des embryons surnuméraires.



II – Compléter la loi française en matière de gestation pour le compte d'autrui (GPA)

Le droit français actuel interdit la gestation pour le compte d'autrui (GPA) : l'article 16-7 du Code civil dispose que « toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle ».

Le Code pénal réprime à l'article 227-12 la provocation à l'abandon d'enfant et l'entremise en vue de la GPA, c'est-à-dire « le fait de s'entremettre entre une personne ou un couple désireux d'accueillir un enfant et une femme acceptant de porter en elle cet enfant en vue de le leur remettre ».

Mais cette prohibition de la GPA n'est pas efficace: des Français pratiquent la GPA sur le territoire national et, surtout, se rendent à l'étranger pour y trouver des mères porteuses.

Il convient donc de compléter la loi afin d'assurer l'efficacité de la prohibition de la GPA et de la protection des femmes et des enfants que cette prohibition vise à leur assurer.

Votre Comité s'est prononcé plusieurs fois en faveur du maintien de cette interdiction de la GPA au nom du respect de de l'indisponibilité du corps humain et de la personne humaine, et du refus de l'exploitation de la femme et de la réification de l'enfant.

Dans son rapport intitulé « Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ? » du 28 juin 2018, le Conseil d'Etat a lui aussi considéré que cette pratique devait rester interdite, les principes d'indisponibilité du corps humain et de l'état des personnes s'opposant à « une contractualisation de la procréation ».

Au niveau européen, la résolution du Parlement européen du 5 avril 2011 relative à la lutte contre la violence à l'encontre des femmes déclarait que « les nouvelles méthodes de reproduction, comme la maternité de substitution, entraînent une hausse de la traite des femmes et des enfants ainsi que des adoptions illégales par-delà les frontières nationales », à tel point que « femmes et enfants sont soumis aux mêmes formes d'exploitation et peuvent être vus comme des marchandises sur le marché international de la reproduction » (Résol. du Parlement européen, 5 avr. 2011, Cadre politique de l'Union en matière de lutte contre la violence à l'encontre des femmes 2010/2209).

Des résolutions de 2021 et 2022 ont encore rappelé que « l'exploitation sexuelle à des fins de gestation pour autrui et de reproduction est inacceptable et constitue une violation de la dignité humaine et des droits de l'homme » (Résol. du Parlement européen du 21 janvier 2021 sur la stratégie de l'Union européenne en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes (2019/2169 (INI)) et du 5 mai 2022 sur l'impact de la guerre contre l'Ukraine sur les femmes (2022/2633 [RSP])).

La directive 2011/36/UE de l'Union européenne concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène ainsi que la protection des victimes, inclut depuis sa révision le 23 avril 2024 « l'exploitation de la gestation pour autrui » dans la liste « minimum » des actes intentionnels que les États doivent punir car relevant de la traite des êtres humains.

Enfin, le 10 octobre 2025, la Rapporteuse spéciale ONU sur la violence contre les femmes et les filles, a présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies son rapport daté du 14 juillet 2025 et consacré à la gestation pour le compte d'autrui. Elle constate que « la pratique de la gestation pour autrui se caractérise par de l'exploitation et de la violence à l'égard des femmes et des enfants, y compris les filles. La gestation pour le compte d'autrui traite le corps des femmes comme une marchandise et un objet, et expose les mères porteuses et les enfants à de graves violations des droits humains » (§ 69). En conséquence, la Rapporteuse invite les États à « prendre des mesures en vue d'éradiquer la maternité de substitution sous toutes ses formes »



(§ 70, a), et à « travailler à l'adoption d'un instrument international juridiquement contraignant qui interdise toutes les formes de maternité de substitution » (§ 70, b).

Dans ce contexte, nous proposons de renforcer la législation actuelle par les mesures suivantes :

- 1 – Prohibition explicite de la GPA par le Code civil
- 2 – Introduction d'un délit spécifique de recours à la GPA, y compris à l'étranger
- 3 – Précision sur le délit d'entremise en vue de la GPA à l'étranger
- 4 – Aggravation des peines encourues pour le délit d'entremise en vue de la GPA
- 5 – Compléter la loi sur la confiance dans l'économie numérique pour lutter contre la GPA sur internet

1– Prohibition explicite de la GPA par le Code civil

Aujourd'hui, en droit français, l'interdiction de la GPA découle implicitement de la nullité d'ordre public du contrat affirmée par l'article 16-7 du Code civil, mais n'est pas explicite. Il convient donc d'interdire explicitement la GPA afin que la protection des femmes et des enfants qui subissent cette pratique soit plus claire et ainsi plus effective.

C'est pourquoi l'article 1^{er} prévoit d'insérer, au début de l'article 16-7 du Code civil, la phrase suivante : « La procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est interdite en France. »

Article 1^{er} : Au début de l'article 16-7 du Code civil, est insérée la phrase suivante : « La procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est interdite en France. »

2 – Introduction d'un délit spécifique de recours à la GPA, y compris à l'étranger

En droit pénal français actuel, le recours à la GPA n'est pas sanctionné en tant que tel. Seul existe le délit d'incitation à abandon d'enfant, qui ne reflète pas la réalité de la GPA car il ne tient pas compte de l'organisation de la situation d'abandon que planifie la GPA.

Il convient donc de compléter la loi pénale pour sanctionner le recours à la GPA de façon spécifique, afin que l'infraction reflète la réalité des faits.

Cependant, il ne suffit pas de sanctionner les faits commis en France, en raison de la dimension mondiale du marché qui incite des Français à se rendre à l'étranger pour y pratiquer la GPA.

En effet, les délits commis par un Français à l'étranger ne tombent sous le coup de la loi française que si les faits sont également constitutifs d'une infraction là où ils ont été commis en raison de la condition dite "de double incrimination". Il en résulte que le recours à la GPA par des Français à l'étranger ne tombera pas sous le coup de loi française si la GPA est autorisée là où elle a été pratiquée.

C'est pourquoi il convient d'écarter explicitement cette condition de double incrimination, de manière à ce que le recours à la GPA par un Français (ou une personne résidant habituellement sur le territoire français) à l'étranger, tombe aussi sous le coup de la loi française.

Cette dérogation à la condition de double-incrimination est déjà prévue par notre Code pénal pour d'autres infractions, telles que notamment les agressions sexuelles à l'encontre d'un mineur (222-22 alinéa 3 du Code pénal).

Un délit spécifique de recours à la GPA, y compris à l'étranger, est une mesure dissuasive indispensable car, une fois les enfants nés de GPA, rien en peut réparer totalement le préjudice



subi par l'enfant : aucune mesure ne restitue à l'enfant une filiation claire et complète, n'efface le fait qu'il a été l'objet d'un contrat de cession entre les commanditaires et la mère porteuse ni n'efface la séparation subie de sa mère de naissance.

La seule manière de protéger efficacement les enfants est donc de dissuader les Français de recourir à la GPA, afin que le minimum d'enfants ne subissent cette pratique : en conséquence, l'article 2 introduit dans le Code pénal un délit spécial de recours à la GPA, y compris à l'étranger.

Cela ne signifie en rien de se désintéresser des enfants nés de GPA : il est en effet tout à fait compatible de chercher des solutions satisfaisantes pour les enfants nés de GPA, et de lutter contre la pratique. Au contraire, il est particulièrement cynique que l'intérêt des enfants nés de GPA serve de prétexte à la complaisance actuelle à l'égard de cette pratique.

Article 2 : Après l'article 227-12 du Code pénal, il est inséré l'article 227-12-1 ainsi rédigé :

« Art. 227-12-1. – Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la naissance d'un enfant par le recours à la gestation ou la procréation pour autrui est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

« Lorsque le délit prévu par le présent article est commis à l'étranger par un Français ou une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6, et la seconde phrase de l'article 113-8 n'est pas applicable. ».

3 – Précision sur le délit d'entremise en vue de la GPA à l'étranger

Le marché de la GPA se développe en grande partie en raison de la prolifération des intermédiaires en vue de la GPA : agences, cabinets d'avocats spécialisés notamment.

Le Code pénal français sanctionne actuellement l'activité de ces intermédiaires en vue de la GPA, via le délit d'entremise en vue de la GPA de l'article 227-12 al. 3.

Cependant, si l'activité est interdite en France, des agences et sociétés étrangères de GPA démarchent en toute impunité le public français et échappent aux poursuites sous prétexte que les prestations de GPA vendues en France sont ensuite réalisées à l'étranger.

En conséquence, il convient de compléter l'article 227-12 al. 3 du Code pénal pour préciser que le délit d'entremise est caractérisé, y compris lorsque la GPA proposée aux Français se déroule à l'étranger.

Article 3 : L'article 227-12 al. 3 du Code pénal est ainsi complété : après les mots « en vue de le leur remettre, » sont ajoutés les mots « y compris lorsque les faits proposés se déroulent à l'étranger ».

4 – Aggravation des peines encourues pour le délit d'entremise en vue de la GPA

Actuellement, le délit d'entremise en vue de la GPA est sanctionné des mêmes peines que le délit d'entremise lucrative en vue de l'adoption, d'un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.



La directive européenne (UE) 2024/1712 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 modifiant la directive 2011/36/UE concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène ainsi que la protection des victimes prévoit dans son article 2 que l'exploitation de la gestation pour autrui doit être considérée *a minima* comme une forme d'exploitation. Elle dispose également dans son article 4 que « les États membres prennent les mesures nécessaires pour qu'une infraction visée à l'article 2 soit passible d'une peine maximale d'au moins cinq ans d'emprisonnement ».

L'exploitation de la gestation pour le compte d'autrui à laquelle se livre les intermédiaires qui commettent le délit d'entremise en vue de la gestation pour le compte d'autrui doit donc être puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Article 4 : L'article 227-12 du Code pénal est ainsi modifié :

« 1° Au deuxième alinéa, les mots : « d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € » sont remplacés par les mots : « de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € » ;

5 – Compléter la loi sur la confiance dans l'économie numérique pour lutter contre la GPA sur internet

En raison de la prolifération des délits sur internet, la loi n° 2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique, modifiée en 2024, responsabilise les hébergeurs de contenus sur internet et les invite à concourir à la lutte contre la délinquance sur et via internet.

Elle prévoit ainsi dans son article 6 IV A que « Les personnes dont l'activité consiste à fournir des services d'hébergement concourent à la lutte contre la diffusion de contenus constituant les infractions mentionnées aux articles 211-2, 222-33, 222-33-1-1, 222-33-2 à 222-33-2-3, 222-39, 223-13, 225-4-13, 225-5, 225-6, 227-18 à 227-21, 227-22 à 227-24, 412-8, 413-13, 413-14, 421-2-5, 431-6, 433-3, 433-3-1, 521-1-2 et 521-1-3 et au deuxième alinéa de l'article 222-33-3 du Code pénal ainsi qu'aux cinquième, septième et huitième alinéas de l'article 24 et à l'article 24 bis de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse.

A ce titre, elles informent promptement les autorités compétentes de toutes les activités illicites mentionnées au premier alinéa du présent A qui leur sont signalées et qu'exercent les destinataires de leurs services.

Tout manquement à cette obligation d'information est puni d'un an d'emprisonnement et de 250 000 euros d'amende. »

Afin de rendre effective la protection que la loi française assure aux femmes et aux enfants en interdisant la GPA, il convient d'ajouter les délits relatifs à la GPA et les atteintes à l'état civil de l'enfant (227-12 à 227-13 du Code pénal) à la liste des infractions visées par cet article, afin que les hébergeurs concourent à la lutte contre la diffusion de contenus incitant à l'abandon d'enfant, proposant des gestations pour le compte d'autrui ou se proposant comme intermédiaire pour la GPA.

Article 5 : L'article 6 III C de la loi sur la confiance dans l'économie numérique de 2004, telle que modifiée en 2024, est ainsi complété : après « 211-2, », il est ajouté « 227-12 à 227-13 ».



III – Améliorer le dispositif de l’AMP

En troisième lieu, nous souhaitons suggérer au CCNE des mesures en faveur des personnes impliquées dans l’AMP : candidats à l’AMP, donneurs, enfants issus de l’AMP.

La qualité des soins comporte en effet deux aspects principaux :

- Que les soins les meilleurs soient proposés
- Que les conditions d’un consentement éclairé soient réunies

Avec ce double objectif, nous préconisons les mesures suivantes.

A – Informer sur les risques de l’AMP pour l’enfant

Les différentes techniques d’AMP emportent pour les enfants des conséquences pour leur santé en fonction des technologies utilisées.

Il convient par conséquent de permettre aux donneurs comme aux candidats à l’AMP de prendre leurs décisions en connaissance de cause et de donner ainsi un consentement éclairé.

1 – Informer sur les risques résultant pour l’enfant du don de gamètes

La conception avec donneur expose les enfants qui en sont issus à des risques qui sont aujourd’hui largement méconnus tant des donneurs que des personnes qui bénéficient du don.

Il existe un risque plus important pour les enfants conçus à l’aide d’un don de gamètes de développer des problèmes de santé mentale et de rencontrer des difficultés dans leur construction identitaire par rapport aux enfants conçus naturellement.

L’étude qui a conduit à cette conclusion a été faite à partir de l’analyse systématique de 50 études incluant 4.666 participants conçus grâce à un don de gamètes et vivant dans des pays anglophones. Pour la première fois, cette étude a cherché à connaître l’impact psychologique à long terme lié à ce mode de conception en comparant les résultats avec les enfants conçus sans recours à un don de gamètes.

Une minorité significative d’études a constaté que les personnes conçues par don présentaient davantage de problèmes de santé mentale et de difficultés liées à l’identité. Les résultats étaient contradictoires concernant la fréquence des troubles du comportement chez les enfants. Les études qualitatives ont révélé que ces personnes rapportaient souvent des expériences négatives, notamment le fait de se sentir trompées, de rencontrer des difficultés dans la construction de leur identité et de manquer de soutien pour accéder à des informations sur leurs origines.

La divulgation précoce de leur mode de conception était souvent associée à de meilleurs résultats psychologiques.

Elle relève également des troubles de l’attention avec hyperactivité, des problèmes de dépendance, de maladie mentale ou encore des difficultés dans la construction identitaire de ces enfants.

La prévalence du TDAH et du TSA est plus élevée chez les personnes ayant reçu un don de gamètes que dans le groupe témoin. Les personnes ayant reçu un don de gamètes étaient plus susceptibles de déclarer d’autres troubles de santé mentale, des crises de panique, des difficultés à construire son identité, une dépendance aux drogues et à l’alcool, des difficultés d’apprentissage et une plus grande probabilité de consulter un professionnel de la santé mentale,

comparativement au groupe témoin. Les personnes ayant reçu un don de gamètes étaient plus stressées au cours de la semaine précédente que le groupe témoin.

(cf. étude australienne publiée le 31 mai 2021 menée par Adams DH, Gerace A, Davies MJ, de Lacey S. Self-reported mental health status of donor sperm-conceived adults. *J Dev Orig Health Dis.*2022;13(2):220–30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34053476/>)

Cette étude énonce qu'à long terme, la révélation du mode de conception peut entraîner des changements importants dans les relations familiales et des difficultés psychologiques chez les personnes conçues par don, notamment dans la gestion de nouveaux liens familiaux. Il est donc recommandé de faciliter l'accès à l'information et de développer des dispositifs de soutien adaptés, en collaboration avec des organisations concernées, afin d'aider les familles à anticiper et accompagner ces enjeux.

Cette étude a été publiée le 27 juin 2024 dans le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.17892>

2 – Informer sur les risques résultant pour l'enfant de la FIV

Risques médicaux :

1. Risque de malformations cardiaques

Le risque de naître avec une malformation cardiaque majeure est plus élevé pour les enfants conçus à l'aide de techniques de procréation assistée.

Une étude publiée en décembre 2024, dans "*The European Heart Journal*" révèle que « *le risque de naître avec une malformation cardiaque majeure est 36% (risque de 1,84 % contre 1,15 %) plus élevé chez les bébés conçus à l'aide de techniques de procréation assistée, telles que la fécondation in vitro que chez les bébés conçus naturellement (FIV) ».*

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/45/4840/7773316>

2. Risque de malformations congénitales

Les enfants conçus par PMA ont un risque légèrement plus élevé de malformations congénitales. Cela représente environ +40 cas pour 10 000 naissances. L'infertilité des parents pourrait accroître « *légèrement* » le risque de malformations congénitales chez les enfants nés par procréation médicalement assistée (PMA). A la lecture de cette étude, une partie du risque vient de l'infertilité elle-même, pas seulement des techniques de PMA.

Un point particulier : L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) est associée à un risque accru d'anomalies génito-urinaires majeures, et ce même quand le père ne souffre pas d'infertilité masculine. Les chercheurs en concluent que l'ICSI devrait être réservée dans les cas où elle est vraiment nécessaire, à savoir aux patients souffrant d'infertilité masculine car elle représente un facteur de risque indépendant pour les anomalies congénitales.

Conclusion : Il existe un sur-risque de malformations avec la PMA. Ce risque est en partie lié à l'infertilité des parents. La technique de procréation médicalement assistée comme l'ICSI peut ajouter un risque spécifique.

L'étude, portant sur plus de 851.984 enfants nés en Australie entre 2009 et 2017, a été publiée le 10 octobre 2023 dans la revue *Annals of Internal Medicine*.

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M23-0872>



3. Risque de leucémie

Il existe « *une légère augmentation du risque de leucémie* » chez les enfants conçus par PMA. Elle est de l'ordre d'un cas supplémentaire pour 5 000 nouveau-nés conçus par FIV ou ICSI ayant atteint l'âge de 10 ans.

Cette étude conclut à un surrisque de leucémie aiguë lymphoblastique chez les enfants conçus par fécondation in vitro avec transfert d'embryon congelé.

Elle révèle encore une augmentation chez les enfants nés après un transfert d'embryon frais entre 2010 et 2015. Ces résultats appellent à poursuivre la surveillance de l'état de santé des enfants conçus par PMA « *pour évaluer le risque de cancer sur le plus long terme* », soulignent les scientifiques.

Cette étude a été publiée le 2 mai 2024, dans la revue *JAMA Network Open* et a été menée par des scientifiques de l'Inserm, faisant partie de l'équipe Epidémiologie des cancers de l'Enfant et de l'Adolescent et du groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE, ainsi que des experts de la PMA.

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2818216>

<https://www.em-consulte.com/article/1653178/etude-de-cohorte-sur-le-risque-de-cancer-chez-les->

4. Risque d'obésité

Le transfert d'embryons congelés est associé à une augmentation du risque d'obésité chez les enfants nés après une telle procédure.

Les chercheurs ont suivi une cohorte danoise qui a inclus 327 301 enfants, nés entre 2007 et 2012. Parmi eux, 13 675 sont nés après une assistance médicale à la procréation (AMP), dont 7 728 après une induction de l'ovulation, avec ou sans insémination intra-utérine, et 305 898 conçus naturellement.

Une différence notable est ressortie de l'analyse : « *la prévalence de l'obésité était significativement plus élevée après transfert d'embryons congelés qu'après transfert d'embryons frais (2,7 % contre 1,8 %), soit un risque majoré de 54 %* ».

« *La prévalence de l'obésité s'établissait à 1,9 % chez les enfants issus d'AMP, à 2,0 % chez ceux conçus après induction d'ovulation, avec ou sans insémination artificielle, et à 2,7 % chez ceux conçus sans traitement. La prévalence du surpoids s'établissait respectivement à 10 %, 11 % et 10 % dans ces 3 populations* », conclut l'étude publiée le 19 décembre 2023.

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1004324>

5. Risque de prééclampsie

Les femmes qui sont tombées enceintes en recourant à des techniques de PMA sont deux fois plus susceptibles de développer une prééclampsie que celles qui ont eu une grossesse « *traditionnelle* ».

Si l'on tient compte des GPA, la proportion de grossesses faisant appel aux techniques de procréation assistée a doublé aux Etats-Unis au cours des deux dernières décennies.

Selon les chercheurs, dans le cadre d'une PMA, le placenta peut se développer « *différemment* », augmentant ainsi la probabilité de prééclampsie. Leur analyse a également révélé des taux plus élevés de tachycardie supraventriculaire (rythme cardiaque plus rapide que la normale),



d'œdème pulmonaire (accumulation anormale de liquide dans les poumons) et de diabète gestationnel, en cas de PMA. Des différences toutefois jugées non «*statistiquement significatives* » pour ces derniers troubles.

Au vu de ces résultats présentés le 24 février 2023, lors de la session scientifique annuelle de l'*American College of Cardiology*, le Dr Ahmad Mustafa, principal auteur de l'étude, recommande d'intégrer des « *soins cardiovasculaires* » dans le « *suivi de routine* », dans le contexte d'une PMA. Par ailleurs, les chercheurs prévoient de poursuivre l'analyse des données afin de déterminer si certaines techniques de PMA sont plus à risque que d'autres.

L'éclampsie entraîne de nombreuses complications : **complications maternelles, retard de croissance intra-utérin, naissance prématurée voire décès de la mère et/ou de l'enfant.**

<https://www.santelog.com/actualites/pma-un-risque-demultiplie-de-preeclampsie>

<https://www.eurekalert.org/news-releases/980566>

Il existe « *une incidence plus élevée de prééclampsie dans les grossesses réalisées après un don d'ovocytes* ».

Ce risque de prééclampsie est constaté dans « près d'une grossesse sur six après un don d'ovocyte ». Un risque « si élevé », que les auteurs invitent les femmes qui peuvent concevoir naturellement à « reconsidérer leur décision ».

En outre, dans le cas des grossesses multiples, la prévalence combinée de la prééclampsie « 28% après un don d'ovocyte et 9,7% après une FIV », conduit les chercheurs à recommander que le transfert d'un embryon unique soit « la norme » après un don d'ovocytes.

Ces résultats sont issus d'une étude menée par Anne Keukens du Centre for reproductive medicine in Amsterdam, publiée dans la revue *Human Reproduction* en date du 21 décembre 2021.

<https://academic.oup.com/humrep/article/37/3/586/6472729>

En 2020, une étude chinoise avait démontré un risque de prééclampsie de 6,1% pour les grossesses issues de fécondation in vitro (FIV).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400419306691?via%3Dihub>

6. Risque de prématurité

Les femmes qui conçoivent à l'aide de techniques de procréation assistée, telles que la fécondation in vitro (FIV), courent « *un risque plus élevé de complications* ».

A partir de ces données, les chercheurs ont montré que les grossesses obtenues après une PMA étaient « *plus susceptibles d'être associées à un décollement du placenta, des césariennes et des naissances prématurées* ».

Pour le Dr Pensée Wu, « *cette étude souligne l'importance de renseigner les femmes qui envisagent de recourir aux techniques de procréation assistée sur les complications (...), afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées.* »

Cette étude menée par des chercheurs de la faculté de médecine de l'université Keele en Angleterre a été publiée le 22 février 2022, dans la revue *Journal of the American Heart Association*.



<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.121.022658>

Les femmes qui ont conçu en ayant recours à des traitements de fertilité ont un « *risque significativement plus élevé* » de naissance prématurée, analysent les auteurs de l'étude américaine de février 2022, publiée dans *JAMA Network Open*.

Cela doit conduire, selon eux, à mener des recherches plus approfondies.

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788841?resultClick=1>

7. Risque de surmortalité la 1ère année de vie

Des facteurs liés à la « *technique d'AMP utilisée* » ou aux traitement hormonaux peuvent être à « *l'origine de problèmes de santé chez les personnes nées après une AMP* ». D'après les données, les enfants nés après une FIV « *présentent un risque légèrement accru* » de naissance prématurée, d'un poids de naissance plus faible « *après un transfert d'embryon frais* ». De même, « *le taux d'admission en réanimation néonatale et le taux de mortalité durant la première année de vie* » sont plus élevés chez les enfants issus d'une FIV que chez ceux nés d'une grossesse spontanée.

Ces conclusions sont tirées de la brochure d'information sur la santé des personnes nées après une assistance médicale à la procréation (AMP) publiée par l'Agence de la biomédecine (ABM) en date du 17 janvier 2022.

https://back.agence-biomedecine.fr/uploads/bd_biom24_2_maj_brochure_info_amp_patients_6b2b7b1953.pdf

Le risque pour un bébé de mourir avant ses un an augmente de 45% lorsqu'il est conçu par FIV, par rapport à une conception naturelle.

Le niveau de risque varie en fonction du type de technique de procréation assistée utilisé et du nombre de jours écoulés depuis la naissance. Au cours de la première semaine de vie, les enfants conçus après le transfert d'un embryon congelé présentent un risque de décès deux fois plus élevé que les enfants conçus à partir du transfert d'un embryon frais ou fécondé via une injection intracytoplasmique de sperme (ICSI). Le risque de mortalité diminue progressivement après les premières semaines de vie. Au-delà d'un an, le risque de mortalité est similaire pour tous les enfants, quelle que soit la méthode de conception.

Selon les chercheurs, les résultats de cette étude, menée en Suède sur près de 3 millions d'enfants et publiée le 18 février 2020, peuvent s'expliquer par le fait que les « *bébés-éprouvettes* » sont souvent nés prématurément, le poids de naissance est plus faible et l'âge des parents est plus élevé.

https://news.ki.se/ivf-conceived-children-have-somewhat-higher-mortality-risk-in-their-first-weeks-of-life?utm_source=chatgpt.com

8. Risque d'hypertension infantile

Le risque d'hypertension est six fois plus élevé chez les enfants conçus par PMA.

Que la conception se fasse par fécondation in vitro (FIV) ou par injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI), les gamètes et les embryons sont exposés à « *divers facteurs environnementaux avant leur implantation* ».



« Les enfants apparemment en bonne santé montrent des signes sérieux d'inquiétude pour un risque cardiovasculaire précoce, en particulier en ce qui concerne l'hypertension artérielle », explique Emrush Rexhaj, directeur du service cardiologie de l'hôpital universitaire de Berne (Suisse). Le professeur ajoute qu' « il est de plus en plus évident que la PMA a un impact sur les vaisseaux sanguins des enfants, mais les conséquences à long terme ne sont pas connues. Nous savons désormais que cela multiplie par six le risque d'hypertension chez ces enfants, par rapport à ceux qui ont été conçus de façon naturelle ».

Une piste d'explication est donnée par le stress oxydant induit sur les embryons lors des manipulations et conditions de culture impliquant des modifications de pH, température, taux d'oxygène etc. ce stress oxydant peut être responsable de modifications épigénétiques, elles-mêmes à l'origine de complications cardiovasculaires.

Cette étude suisse a été publiée dans la revue de l'*American College of Cardiology* le 3 septembre 2018.

https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2018.06.060?_ga=2.218352218.2147170278.1536306205-1562118113.1536306205

<https://www.rts.ch/info/sciences-tech/medecine/9825924-les-ados-nes-par-fiv-ont-davantage-de-risque-dhypertension-selon-une-etude.html>

L'Académie de médecine a publié un rapport sur la santé à moyen et à long terme des enfants conçus par fécondation in vitro (FIV).

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/03/23.3.21-Rapport-FIV-APRES-VOTE-PLENIERE-version-31-03-1.pdf>

Parmi les procédures utilisées pour réaliser une FIV, ce sont les traitements hormonaux de stimulation ovarienne, les conditions de la culture embryonnaire et la congélation des embryons qui sont le plus souvent suspectés d'être à l'origine des troubles observés. Il serait donc nécessaire que ces procédures soient précisément documentées dans les études publiées et dans les bases de données élaborées pour analyser l'activité.

Le fait que beaucoup d'incertitudes demeurent ne devrait pas empêcher qu'une information claire, objective et précise, soit donnée aux personnes ayant recours à une FIV afin que puissent être prises les mesures les plus appropriées possible en cas d'apparition de troubles de santé chez leurs enfants.

Risques psychologiques :

1. Risque de retard développemental de l'enfant

Des performances moins bonnes au niveau **psychomoteur** sont retrouvées dans la petite enfance (mais non à l'adolescence) pour les enfants issus de PMA. Ceci serait dû à un taux de prématurité plus élevé ainsi qu'un plus petit poids de naissance selon une étude chinoise publiée dans le "Journal of Zhejiang University" de novembre 2013.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24190441/>

2. Il existe un léger risque de **retard développemental** avec la méthode ICSI par rapport aux autres techniques de PMA selon une étude danoise d'octobre 2014.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25283630/>



Les risques résultant de l'AMP pour les femmes sont, eux, connus.

Au vu de tous ces éléments, JPE demande une transparence accrue et une meilleure information sur les risques médicaux liés aux parcours de PMA, ainsi que la proposition des alternatives à l'AMP par la proposition des méthodes de restauration naturelle de la fertilité.

B – Proposer les méthodes de restauration naturelle de la fertilité

L'assistance médicale à la procréation est un processus long et lourd pour les femmes qui s'y engagent. Les témoignages abondent sur les difficultés et les souffrances physiques, morales et psychologiques de ces parcours.

Les risques des différentes techniques pour les femmes et les enfants ont été décrits.

Pourtant, l'AMP constitue la seule offre classiquement adressée aux couples qui ne parviennent pas à concevoir un enfant, alors que le droit à la santé des femmes suggère que les alternatives valables existantes leur soient proposées.

En outre, les technologies reproductives mises en œuvre dans le cadre de la PMA génèrent de nombreuses difficultés juridiques au regard des droits de l'enfant.

C'est pourquoi nous suggérons au CCNE de promouvoir les alternatives à la PMA qui préservent les femmes des lourdes contraintes et risques liées à l'AMP et les enfants des atteintes à leurs droits résultant de certaines techniques d'AMP.

Par exemple, deux méthodes sont développées aujourd'hui sur le territoire français : FertilityCare™ et NaProTechnology. La méthode FertilityCare™ enseigne l'observation du cycle féminin pour permettre aux couples d'avoir des informations précises sur celui-ci et ainsi d'augmenter les chances de procréer naturellement.

Si aucune conception n'a lieu, les observations relevées peuvent permettre une prise en charge par la NaProTechnology (Natural Procreative Technology), qui aide à restaurer la fertilité pour les couples rencontrant une hypofertilité (hors cas pathologiques de ménopause ou insuffisance ovarienne précoce chez la femme, d'obstruction des 2 trompes ou absence de trompes chez la femme ou d'azoospermie confirmée chez l'homme). Cette approche privilégie l'identification et le traitement des causes de l'infertilité. Un traitement hormonal peut être administré, mais il est limité.

Le taux de conception est de 37% grâce au suivi NaProTechnology¹. Des premiers articles scientifiques tirent un bilan très positif de ces méthodes² :

Ces méthodes n'ont pas vocation à remplacer l'AMP car elles n'offrent pas des réponses à toutes les situations d'infertilité, et ne concernent pas les couples de femmes.

En revanche, elles devraient être proposées de façon complémentaire et parfois alternative à l'AMP.

Le 1^{er} enjeu de promotion de ces méthodes est l'information des couples en désir d'enfant sur leur existence. En effet, ces méthodes sont peu connues et ne sont pas proposées.

Le deuxième enjeu est l'accès à ces soins. Ainsi, par exemple, 89 instructeurs/conseillers en fertilité et 16 médecins formés à la NaProTechnology œuvrent aujourd'hui en France : or, seuls les rendez-vous avec les médecins sont pris en charge par l'assurance maladie. Les rendez-vous

¹ <https://napro.fr/naprotechnology-restauration-fertilité-france/>

² <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211525002258?dgcid=author>



assurés par les instructeurs/conseillers en fertilité ne sont pas pris en charge, ce qui peut constituer un obstacle au droit des femmes de pouvoir choisir l'accompagnement médical qui leur convient le mieux.

Il est donc proposé de prévoir la prise en charge de ces parcours par l'assurance maladie.

Il n'en résulterait aucune hausse des dépenses de l'assurance maladie car les techniques mises en œuvre par les méthodes de restauration naturelle de la fertilité sont incomparablement moins onéreuses que les technologies mises en œuvre dans le cadre de l'AMP, sans compter que les résultats de ces pratiques sont légèrement supérieurs à ceux atteints par l'AMP.

Un encadrement serait nécessaire pour éviter les abus possibles, c'est pourquoi il serait envisageable de créer pour les instructeurs/conseillers en fertilité un dispositif équivalent de celui qui existe pour les conseillers en génétique.

- Exercice de la profession de conseiller en fertilité, sous la responsabilité d'un médecin gynécologue, voire d'un médecin généraliste.
- Éventuellement création d'un centre pluridisciplinaire de fertilité (avec gynéco, endocrinologue, généraliste, obstétricien, conseiller en fertilité, sage-femme, [conseiller conjugal ?]).
- Ajouter le conseiller en fertilité à la liste des exceptions à l'exercice illégal de la médecine s'il exerce à l'intérieur des limites posées.

Nous proposons donc d'insérer dans la loi l'information les candidats à l'assistance médicale à la procréation sur les alternatives existantes et le développement de l'accès à des techniques grâce à l'organisation de la prise en charge par l'assurance maladie des services des conseillers en fertilité.

Proposition de révision législative :

1) A l'article L. 2141-10 6° du Code de la santé publique un nouvel alinéa c) est introduit. Les actuels c) et d) deviennent respectivement d) et e).

Le nouvel alinéa c) est ainsi rédigé : c) Un descriptif des méthodes naturelles de restauration de la fertilité, ainsi que les coordonnées des sites internet permettant de trouver des conseillers en fertilité et des médecins mettant en œuvre ces méthodes.

2) L'article L. 160-8 du Code de la sécurité sociale est complété par un nouveau paragraphe 12° ainsi rédigé : "La couverture des frais relatifs aux consultations auprès d'un instructeur ou d'une instructrice ou d'un conseiller en fertilité spécialisé dans les méthodes naturelles de restauration de la fertilité.

IV – Reconnaître l'intérêt de l'enfant comme supérieur en matière d'AMP

Afin de mieux prendre en compte l'intérêt et les droits de l'enfant, nous souhaitons faire les propositions suivantes.

A – Exiger certaines garanties concernant le donneur dans l'intérêt de l'enfant

Les réformes successives visent à favoriser le don de gamètes et à élargir le public des donneurs potentiels. Cette extension n'est pas toujours dans l'intérêt des enfants. C'est pourquoi nous proposons quelques mesures visant à mieux sauvegarder l'intérêt de l'enfant à venir du don.



1 – Exigence d’une attestation d’honorabilité du donneur

Depuis la loi de bioéthique de 2021, les personnes issues du don peuvent accéder à leur majorité à l’identité du donneur.

A cet égard, on peut s’interroger sur les conséquences pour la personne issue du don d’apprendre qu’elle est issue d’un don de gamètes provenant d’un donneur ayant, au moment du don, été mis en examen ou reconnu coupable d’une des infractions entraînant l’inscription au Fichiers des auteurs d’infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV).

Il n’existe évidemment pas de gène à commettre une infraction pénale, et donc pas de transmission génétique possible. Néanmoins, alors que 65 % des personnes estiment que « mon donneur est la moitié de ce que je suis »³, il est difficile d’assumer une filiation biologique directe avec l’auteur d’infraction grave, et il serait raisonnable d’éviter une telle situation.

Pour s’assurer du respect de cette interdiction, il conviendra de prévoir dans la partie réglementaire du code de la santé publique la remise par le candidat au don d’une attestation d’honorabilité sur le modèle de celle prévue par le décret n°2024-643 du 28 juin 2024 relatif au contrôle des antécédents judiciaires des personnes mentionnées à l’article L. 133-6 du code de l’action sociale et des familles.

Modifications législatives et réglementaires suggérées

- **Modifications législatives :**

L’alinéa 2 de l’article L. 1244-2 du code de la santé publique est ainsi complété :

Également préalablement au don, sont effectuées les vérifications médicales et d’honorabilité du candidat au don pouvant conduire, le cas échéant, à ce qu’il ne soit pas retenu.

- **Modifications réglementaires :**

Dans la partie réglementaire du Code de la santé publique, est créé un article R. 1244-2-1 ainsi rédigé :

La vérification d’honorabilité prévue à l’article L. 1244-2 du Code de la santé publique est réalisée par la remise par le candidat au don d’une attestation d’honorabilité datant du mois précédent, et délivrée par un système d’information sécurisé défini par arrêté.

L’attestation d’honorabilité est délivrée lorsque le fichier judiciaire automatisé des auteurs d’infractions sexuelles ou violentes ne contient aucune inscription ou information relative à une mise en examen ou à une condamnation définitive ou non.

Lorsque le candidat au don ne peut fournir une attestation d’honorabilité vierge de toute mention, il ne peut être procédé au recueil ou au prélèvement de gamètes.

2 – Interdiction de l’utilisation des gamètes d’un donneur décédé

La loi française permet la conception d’enfants à partir d’un donneur déjà décédé au moment de l’utilisation de ses gamètes. Ce processus particulièrement macabre pouvait être toléré lorsque le don était définitivement anonyme et que l’enfant n’avait pas accès à cette information.

³ <https://fluxconsole.com/files/item/441/56197/My-Daddys-Name-is-Donor-Full-Study.pdf?utm>

Aujourd'hui, la situation ne semble plus acceptable dès lors que la loi du 2 août 2021 permet aux personnes issues d'un don d'accéder, à leur majorité et si elles le souhaitent, à l'identité du ou des donneurs dont elles sont issues. Elles auront ainsi connaissance du fait, le cas échéant, qu'elles ont été conçues d'une personne déjà morte au moment de leur conception.

Le fait pour l'enfant de se savoir conçu outre-tombe, d'une personne déjà décédée, aura nécessairement des conséquences sur sa construction psychique : nul n'est capable de dire quel sera l'avenir psychique et psychologique de l'enfant qui devra ainsi se penser comme conçu d'une personne décédée.

Exposer délibérément un enfant à une conception potentiellement perturbante est une forme de violence qui ne saurait être lui être imposée, y compris dans un contexte de pénurie de gamètes dont l'enfant n'a pas à subir les conséquences potentiellement traumatiques pour lui.

Les droits de l'enfant et le principe de précaution imposent d'écarter les circonstances préparant un fardeau trop lourd, et ce dans l'intérêt supérieur de l'enfant qui doit être considéré comme primordial.

Il convient donc d'introduire dans la loi l'interdiction d'utiliser les gamètes d'un donneur décédé.

Cela n'empêchera pas d'utiliser les gamètes du donneur décédé pour la recherche, s'il a donné son accord pour cela, mais aucun enfant ne doit subir le choc traumatique de se savoir issu d'un mort.

Pour cette nouvelle interdiction, la partie réglementaire devra organiser les actions à mettre en œuvre pour la transmission de l'information relative au décès du donneur jusqu'au centre où sont conservées ses gamètes.

Modification législative suggérée :

Un nouvel article L. 1244-4 bis est créé au chapitre IV du Titre IV du Livre II de la première partie du Code de la santé publique. Il est ainsi rédigé :

Le décès du donneur met fin à l'utilisation de ses gamètes en vue d'une assistance médicale à la procréation.

Remarque. Il convient de modifier par décret l'article R 2141-17, III, 2°:

III.-Il est mis fin à la conservation des gamètes :

1° Lorsque la personne y consent dans le cadre de la consultation annuelle mentionnée au I ;

2° En cas de décès de la personne, si elle n'a pas exprimé, avant son décès, le consentement prévu aux 1° ou 2° du I ;

3 – Engagement du donneur à transmettre, postérieurement au don, les informations médicales susceptibles de concerner l'enfant

Le Code de la santé publique pose comme conditions pour effectuer un don de gamètes la soumission à la réalisation d'examens de biologie médicale ayant pour but le dépistage de maladies transmissibles ou d'anomalie génétique et concluant à l'absence de risque de transmission (articles L. 1211-6 et R. 1211-25 et s. du CSP).



Depuis la loi de bioéthique de 2021, le don exige le consentement préalable du donneur à la communication des données non identifiantes, parmi lesquelles leur état général telles qu'elles le décrivent au moment du don (art. L. 2143-3 I.3°).

S'agissant des personnes ayant consenti à l'accueil de leur embryon, l'article L. 2141-6 du Code de la santé publique prévoit que les informations médicales non identifiantes "peuvent être actualisées auprès des établissements" de conservation des embryons destinés à être accueillis.

Il n'existe donc pas d'obligation pour le donneur d'assurer une actualisation de ces informations médicales.

Or, postérieurement au don, le donneur de gamètes peut se voir communiquer sur son état de santé des informations susceptibles de présenter un intérêt pour la prise en charge médicale de la personne issue de son don. C'est par exemple le cas pour une apparition postérieure au don, de cancer, de maladie cardiaque, de diabète, de troubles bipolaires, etc.

Ces informations doivent être transmises afin de garantir le droit à la santé des personnes issues d'AMP avec tiers donneur.

Outre la modification législative ci-dessous, il sera nécessaire de prendre des dispositions réglementaires pour la mise en œuvre du recueil, de la conservation et de la transmission de ces informations.

Modification législative suggérée :

Après la première phrase de l'alinéa 2 de l'article L. 2143-2 du Code de la santé publique, il est inséré une nouvelle phrase ainsi rédigée :

Elles s'engagent à transmettre sans délai les informations sur leur état de santé dont elles prendraient connaissance après leur don et qui seraient susceptibles de présenter un intérêt pour la prise en charge médicale des personnes issues de leur don.

B – Instaurer une limite d'âge inférieure pour l'accès à l'AMP

La loi ne prévoit pas de seuil d'âge à partir duquel il est possible de bénéficier d'une AMP.

Des témoignages montrent que depuis la loi de bioéthique de 2021, des jeunes femmes demandent à bénéficier d'une AMP "avec des projets solo affirmés plus précocement et en première intention" (Journées Étudiants Citoyens, espace éthique Normandie p. 38 :

<https://www.espace-ethique-normandie.fr/wp-content/uploads/2023/12/JEC-10-2023-site.pdf>

https://www.bfintv.com/societe/je-voulais-un-enfant-mais-pas-une-vie-de-couple-ces-femmes-qui-se-lancent-dans-une-pma-en-solo-avant-leurs-25-ans_AN-202604190021.html

Le CCNE dans son avis n°149 publié en avril 2025 a posé la question de fixer un seuil d'âge pour la prise en charge en AMP.

En effet, notre société actuelle est marquée pour les jeunes par des difficultés d'accès à l'emploi, de logement, et de revenus.

Par ailleurs, il est désormais reconnu que la population des jeunes majeurs présente un développement de la maturité encore en cours, et une vulnérabilité spécifique liée à leur jeune âge.

Le droit reconnaît cette vulnérabilité. Il prévoit ainsi pour les jeunes majeurs pris en charge durant leur minorité par l'ASE, le bénéfice de mesures spécifiques pour ceux d'entre eux qui



ne bénéficient pas de ressources ou de soutien familial suffisant (voir notamment l'article L222-5 5° du Code de l'action sociale et des familles).

En conséquence, il semble raisonnable dans l'intérêt des enfants conçus par AMP de fixer un seuil d'âge fixé à 21 ans pour les demandeurs afin de garantir un cadre de vie stable et décent pour l'enfant à naître.

Modification législative suggérée

A la fin du premier alinéa de l'article, L. 2141-2 du Code de la santé publique, est insérée la phrase : "Les membres du couple ou la femme non mariée doivent être âgés d'au moins vingt et un ans".

C – Assouplir l'interdiction d'établir une filiation entre l'enfant et le donneur

Selon l'article 342-9, al 1er, du Code civil, « aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant issu de l'assistance médicale à la procréation ».

Une telle interdiction doit être envisagée au regard des droits de l'enfant et, en particulier :

- le droit de l'enfant, proclamé par l'article 7 de la Convention internationale des droits de l'enfant, de connaître ses parents et d'être élevé par eux, dans la mesure du possible,
- le droit à l'identité, qui découle du droit au respect de la vie privée protégé par l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. En effet, la Cour européenne des droits de l'homme déduit du droit au respect de la vie privée un « *droit de connaître ses origines et de les voir reconnues* », car le respect de la vie privée « *comprend non seulement le droit de chacun de connaître son ascendance, mais aussi le droit à la reconnaissance juridique de sa filiation* » (CEDH, 2 juin 2015, n° 22037/13, Canonne c. France, § 28). Ce droit « *de connaître ses origines et de les voir reconnues, ...ne cesse pas avec l'âge* » et peut être invoqué par l'intéressé devenu adulte (idem, § 32).

L'interdiction générale et absolue d'établir un lien de filiation entre l'enfant et le donneur ne satisfait pas à l'exigence de proportionnalité introduite par la Cour européenne des droits de l'homme dans le droit de la filiation.

Une interdiction générale et absolue opposée à l'enfant ne peut être que disproportionnée et il convient donc d'envisager la possibilité d'établir une filiation entre l'enfant et le donneur, au minimum lorsque l'enfant n'aura pas de filiation paternelle déjà établie et que le lien de filiation sera souhaité tant par l'enfant que le donneur. On voit mal en effet comment une telle demande pourrait être rejetée par un juge, et il convient donc d'intégrer dans la loi les critères d'une possible filiation entre l'enfant et le donneur au lieu d'attendre une condamnation, prévisible, de la France par la CEDH.

Notons, à titre d'exemple, que l'Allemagne reconnaît ce droit aux personnes issues du don, et que cette possibilité offerte n'entraîne pas de contentieux particulier.

L'interdiction d'établir une filiation est justifiée par l'intérêt du donneur et celui des parents légaux : les différents intérêts en jeu sont pourtant conciliables car :

1/ certains donneurs pourraient être consentants et même demandeurs de la possibilité de pouvoir établir un lien de filiation.



2/ il est possible de laisser l'enfant rechercher une filiation avec son donneur, s'il le souhaite, sans évincer ni exclure les parents légaux : ainsi, lorsque l'enfant n'a pas de branche paternelle, rechercher la paternité du donneur n'exclut personne et, lorsque l'enfant a deux parents légaux, il est envisageable de superposer un lien de filiation adoptive simple à sa filiation existante. Au contraire, invoquer l'intérêt des parents légaux pour interdire à l'enfant de combler une branche paternelle vide ou de superposer un lien d'adoption simple à sa filiation existante revient à faire primer l'intérêt des adultes sur l'intérêt de l'enfant, alors que ce dernier est SUPERIEUR.

D – Reconsidérer l'AMP pour les femmes seules

La loi de bioéthique de 2021 a étendu l'accès à l'AMP aux femmes seules.

Les femmes seules ont sans aucun doute la liberté d'avoir des enfants. Pour autant, dès lors que la société est sollicitée pour réaliser un projet d'enfant, il est de sa responsabilité de prendre en considération l'intérêt de l'enfant comme l'intérêt général : or, l'AMP avec donneur réalisée au profit de femmes seules apparaît en contradiction avec l'intérêt des enfants comme celui des femmes, et fragilise la société :

- Intérêt de l'enfant

La convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par la France inscrit dans son article 3 la prise en compte de l'intérêt de l'enfant comme considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques [...] ou des organes législatifs.

L'AMP réalisée au profit d'une femme seule suscite la naissance d'un enfant délibérément privé d'un double lien de filiation. La branche paternelle rendue vacante n'est pas ici remplacée. L'absence de ce double lien de filiation constitue en soi un préjudice pour l'enfant. Alors que la majeure partie des enfants a deux parents et s'inscrit dans une double lignée généalogique, les enfants conçus pour des femmes seules en sont privés non par un accident de la vie mais par un choix délibéré précédant leur conception même. C'est bien l'intérêt des femmes qui désirent un enfant qui est ici privilégié, et non celui de l'enfant que la convention internationale déclare pourtant comme supérieur.

De nombreuses études ont montré que les enfants élevés dans des familles monoparentales rencontrent plus de difficultés scolaires que les autres, même s'ils vivent dans un milieu aisé dans lequel le capital économique et le capital culturel sont importants : « Quelles que soient les caractéristiques de la famille prise en compte, vivre en famille monoparentale constitue un handicap par rapport aux critères de réussite scolaire » Laurette Cretin, Insee⁴.

C'est encore plus difficile lorsque la famille monoparentale n'appartient pas à un milieu aisé. Un récent rapport de la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté souligne que « la situation de monoparentalité impacte souvent à jamais le parcours des enfants qui l'ont vécue avec son lot de difficultés scolaires et d'exclusion. »⁵

Ce handicap caractérisé pour la réussite scolaire est présent dans d'autres domaines de la vie (affectivité, stabilité etc...).

⁴ http://cache.media.education.gouv.fr/file/82/31/6/DEPP_EetF_2012_82_Familles_monoparentales_237316.pdf

⁵ Monoparentalité et pauvreté : regards croisés et pratiques inspirantes, juillet 2025

<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2025-08/Livret-Familles-monoparentales-et-pauvrete-2025.pdf>



Enfin, l'enfant conçu pour une femme seule est exposé délibérément à une vulnérabilité plus grande liée aux accidents de la vie qui peuvent toucher sa mère : accident, maladie, décès...

- **Intérêt des femmes**

En organisant l'AMP au profit d'une femme seule avec le recours aux gamètes d'un donneur, la loi occulte la réalité des difficultés importantes rencontrées par les foyers monoparentaux pour élever seuls un ou plusieurs enfants.

Le rapport de juillet 2025 de la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté cité ci-dessus rappelle que les familles monoparentales ont des "parcours marqués par des vulnérabilités spécifiques. La pauvreté est y est deux fois plus fréquente que dans les autres types de familles. 41% de ces familles sont confrontées à la pauvreté monétaire et aux privations. [...] 20% des mères seules sont des travailleuses pauvres. [...] En dépit des prestations dédiées, le niveau de vie médian est nettement plus faible que pour les familles en couple. »

Dans ce rapport, la ministre de la Ville souligne que « il est clairement et objectivement plus difficile d'élever un enfant seule ou seul, tant pour des raisons matérielles que psychologiques : organisation du temps, charge éducative qui ne repose que sur une seule personne, moindres ressources qu'avec deux salaires, charge mentale permanente ».

- **Fragilisation de la société**

Les familles monoparentales représentent déjà ¼ des familles, soit 2,4 millions de foyers et 6,2 millions de personnes (Rapport de juillet 2025 de la Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté).

Elles bénéficient de mesures "fiscales et sociales devenues progressivement plus importantes au fil des années" qui représentent un coût majeur pour la société.

Malgré cela, il est constaté un paradoxe : alors que les familles monoparentales sont de plus en plus aidées, elles sont de plus en plus pauvres⁶.

En dehors de l'aspect purement financier, elles ont besoin que les pouvoirs publics les soutiennent dans tous les domaines : accès au logement, prise en compte spécifique dans leur emploi pour l'articulation vie professionnelle-vie familiale, accompagnement par les services sociaux, modes de garde adaptés, aide à la parentalité avec le création de lieux ressources, etc.

Si c'est bien le rôle de l'État de prendre en charge et accompagner les familles monoparentales quand cette situation résulte d'un accident de la vie, en revanche, il n'est pas responsable de sa part d'aggraver la situation en organisant la conception délibérée d'enfant avec un seul parent sans compter que, par ailleurs et en plus, la privation légale de filiation paternelle qui découle pour l'enfant de la PMA pour les femmes seules est une atteinte à ses droits.

Proposition de révision législative

1. Dans le chapitre Ier du Titre IV du Livre Ier de la deuxième partie du Code de la Santé Publique, toutes les occurrences des syntagmes "ou toute femme non mariée", "ou la femme non mariée",

⁶ <https://www.apprentis-auteuil.org/actualites/societe/pourquoi-les-familles-monoparentales-sont-elles-de-plus-en-plus-precaires>



“ou une femme non mariée”, “Lorsqu’il s’agit d’un couple”, “ou à la femme receveuse”, “ou une autre femme”, “de la femme”, sont supprimées.

2. A l’article L. 2143-1 al 1er du Code de la Santé Publique, les mots “ou une autre femme” sont supprimés.

3. A l’article L. 2143-3 II du Code de la Santé Publique, les mots “de la personne” sont supprimés.

V – Interroger la prise en charge à 100% de l’AMP (introduire le ticket modérateur)

1. L’explosion des dépenses liées à la prise en charge de l’assistance médicale à la procréation participe au déficit de l’assurance maladie

Dans son dernier rapport sur l’application des lois de finances de la sécurité sociale rendu public en mai 2025, la Cour des Comptes a alerté une nouvelle fois sur “la trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle”. Selon la Cour, le dépassement des dépenses de la branche assurance maladie participe de manière structurelle à cette situation, sans qu’aucune circonstance exceptionnelle temporaire ne le justifie. La Cour a indiqué que “en l’absence de nouvelles réformes, cette situation ferait courir un risque croissant sur le financement des prestations” et que “des mesures énergiques doivent donc être appliquées pour endiguer la dérive de l’exécution des dépenses” (p. 24 du rapport :

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-05/20250526-RALFSS-2025_0.pdf

Deux mois plus tard, en juillet 2025, le rapport “Charges et produits” de la CNAM a précisé le risque encouru en l’absence de réformes : “Sans inflexion majeure, le déficit de l’Assurance Maladie, estimé à 16 mds € pour 2025, pourrait se creuser encore davantage à horizon 2030 pour atteindre 41 md €.”

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2025-06-24-cp-presentation-rapport-charges-et-produits-2026>

L’explosion des dépenses liées à la prise en charge de l’assistance médicale à la procréation participe à cette “trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle”. En effet, ces dépenses augmentent d’année en année.

Dans son rapport de 2019 sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des Comptes avait tenté de rassembler les chiffres disponibles afin d’obtenir une vision consolidée des dépenses liées à l’AMP. Elle avait estimé qu’en 2016, le coût global de l’AMP pour l’assurance maladie s’était élevé à 295 M€.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/20191008-rapport-securite-sociale-2019-2.pdf> ; p. 353)

7 ans plus tard en 2023, on peut estimer que ce coût était déjà deux fois plus élevé, compte-tenu de l’accroissement du recours à l’assistance médicale à la procréation. Et depuis, celui-ci ne cesse sa progression.

Les chiffres de l’AMP réalisée en France en 2023, donnés par l’Agence de la biomédecine, sont les suivants⁷ :

- 164 670 tentatives d’AMP
- dont 46 653 tentatives d’insémination intra-utérine ;

⁷ https://rams-back.agence-biomedecine.fr/uploads/ABM_PEGH_RAMs_AMP_2023_1_2dead89ca1.pdf



- dont 118 017 Fiv ou décongélation d'embryon (19962 FIV classiques ; 42516 FIV ICSI ; 55 515 issues de décongélation d'embryons dont on ne sait pas comment ils ont été conçus).

Le coût des tentatives d'AMP pour l'assurance maladie a été estimé par la Cour des Comptes dans son rapport de 2019 à 845 euros pour une tentative d'insémination intra-utérine et 4252 euros pour une FIV classique et 4419 euros pour une FIV utilisant la technique de l'ICSI.

En 2023, la prise en charge à 100% des tentatives d'AMP réalisées en France a donc représenté un coût pour l'assurance maladie d'environ 560 millions d'euros, soit près de deux fois le coût calculé par la Cour des Comptes pour 2016.

- Tentatives d'insémination intra-utérine : 39 421 785 euros (845 euros x 46653)
- Tentatives de FIV classique : 84 878 424 euros (4252 euros x 19962)
- Tentatives de FIV ICSI + décongélation d'embryons (hypothèse de conception par FIV ICSI) : 433 198 989 euros (4419 euros x 98031)
- Total : 557 499 198 euros.

Le recours à l'AMP continue depuis d'augmenter, ce qui accroît le poids de la prise en charge sur les dépenses de l'assurance maladie.

Aux tentatives d'AMP sur le territoire français, il faudrait ajouter celles réalisées à l'étranger par des Françaises et prises en charge par l'assurance maladie, pour avoir une estimation réelle du coût représenté en 2025. Il est probable que le coût de l'AMP en 2025 avoisine le milliard d'euros.

2. La prise en charge de l'AMP à 100% est dérogatoire au système commun du ticket modérateur

L'application d'un ticket modérateur (partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie a assumé sa part) est le principe général dans la répartition de la charge des dépenses de santé. "Il existe depuis la création de la Sécurité sociale et concrétise la participation de chacun à l'équilibre du régime par un reste à charge."

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur>

Les articles L. 160-14 et R. 160-17 du code de la sécurité sociale prévoient les cas de suppression de la participation de l'assuré parmi lesquels, les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité (L. 160-14,12°), et l'assistance médicale à la procréation (L. 160-14, 26°).

Les actes d'assistance médicale à la procréation sont donc pris en charge à 100% par l'assurance maladie, dans la limite de :

- 6 inséminations (une seule insémination artificielle par cycle) pour obtenir une grossesse ;
- 4 tentatives de fécondation in vitro pour obtenir une grossesse.

A chaque grossesse donnant lieu à accouchement, le compteur est remis à zéro.

Cette prise en charge à 100% constitue bien une exception : à titre de comparaison il faut noter que pour la grossesse, hormis les examens médicaux obligatoires, les frais de santé remboursables ne sont pris en charge à 100% qu'à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement (article L.160-9 du Code de la sécurité sociale).



Ainsi, un médicament prescrit dans le cadre d'un parcours de PMA sera pris en charge à 100% par l'assurance maladie alors que le même médicament prescrit à une femme enceinte dans les 5 premiers mois de la grossesse, sera soumis au ticket modérateur.

3. Repenser la prise en charge à 100% au regard des critères d'équité et d'efficience

La CNAM dans son rapport "Charges et produits" de juillet 2025 préconise d'articuler un ensemble d'actions autour de trois priorités fortes dont la dernière est "Renforcer la recherche de qualité et de pertinence, en instaurant une politique du « juste soin au juste coût », au service d'un système plus efficace, plus équitable, et soutenable dans la durée."

La prise en charge à 100% de l'assistance médicale à la procréation pèse un poids non négligeable dans le dérapage des dépenses de l'assurance maladie. Il est temps de la remettre en cause au regard des observations suivantes :

- L'augmentation du poste Assistance médicale à la procréation dans les dépenses d'assurance maladie contraste avec la baisse généralisée des prises en charge. Le maintien de la prise en charge à 100% de la PMA implique nécessairement un arbitrage en défaveur d'autres prises en charge, ce qui pose un problème d'équité.
- Par ailleurs, le 2nd critère habituel pour évaluer la prise en charge par l'assurance-maladie et à fortiori la prise en charge à 100% est l'efficience.

La Cour des Comptes dans son rapport 2025 (p. 114) indique qu'il est indispensable de réguler le volume des dépenses de l'assurance maladie, ce qui "implique un renforcement et un suivi plus resserré des actions de maîtrise médicalisée et d'incitations à la pertinence des soins ainsi qu'une responsabilisation accrue des prescripteurs et des patients."

Dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation, la question de la pertinence des soins compte-tenu de la faible efficience, et de la responsabilisation accrue des prescripteurs et patients doit être posée.

Les chances de succès d'une AMP varient de 11 à 27% selon la technique utilisée et le profil de la patiente.

Le taux d'accouchement par tentative d'AMP est compris, selon le rapport de l'Agence de la biomédecine de 2023, pour les inséminations artificielles entre 11% (sans don) et 15% (avec don de spermatozoïdes).

Toujours selon ce rapport, le taux d'accouchement par tentative pour les FIV (transfert d'embryons) est d'environ 20% au sein d'un couple, de 17% pour une FIV avec un don de spermatozoïdes, de 23% pour une FIV avec un don d'ovocytes et de 27% pour une FIV avec l'accueil d'un embryon.

Plus les demandeurs avancent en âge, notamment les femmes, plus les chances de succès sont faibles. Pourtant le prélèvement de gamètes en vue d'une assistance médicale à la procréation peut être réalisé chez une femme jusqu'à son 43ème anniversaire et chez un homme jusqu'à son soixantième anniversaire (art. R. 2141-36 du Code de la santé publique). Et les procédures d'AMP peuvent être réalisées jusqu'au 45ème anniversaire de la femme et 60ème anniversaire de l'autre membre du couple.

Avec un taux de succès faible et qui décroît avec l'âge, la prise en charge à 100% de la PMA entraîne des comportements de consommation inappropriée des actes et des soins : alors même que les intervenants savent que le processus de PMA n'a pas de chance réelle d'aboutir, aucun

frein n'est mis aux tentatives de PMA jusqu'à épuisement des quotas de remboursement par l'assurance maladie.

Des femmes témoignent avoir été poussées à épuiser tout le quota pris en charge par l'assurance maladie : "le médecin voulait aller au bout de ce qui est remboursé" ; "cela relève de l'acharnement avec une quantité impressionnante de traitements prescrits" "on pousse les patientes à enchaîner les protocoles".

<https://www.slate.fr/story/239706/arret-fin-parcours-pma-procreation-medicalement-assistee-temoignage-femmes-couple-desir-enfant>

Ces FIV « compassionnelles » ou bien tout simplement génératrices de chiffre d'affaires pour les établissements qui les mettent en œuvre alors qu'elles sont vouées à l'échec, ne relèvent pas des soins de qualité que le patient est en droit d'attendre, constituent des dépenses injustifiées pour le système de santé et font courir aux femmes des risques disproportionnés (thromboses artérielles et veineuses, etc...) sans le moindre espoir de grossesse.

4. L'introduction du ticket modérateur : une mesure de bon sens

Compte-tenu de ce qui a été exposé ci-dessus, il convient d'introduire le ticket modérateur dans la prise en charge de l'assistance médicale à la procréation.

Cette introduction permettrait de remettre de la raison dans l'incitation médicale et la pression sociale pour la mise en œuvre d'un parcours d'assistance médicale à la procréation.

Elle respecterait l'objectif fixé par la Cour des Comptes et la Caisse nationale d'assurance maladie de la pertinence des soins ainsi qu'une responsabilisation accrue des prescripteurs et des patients.

Modifications législatives et réglementaires suggérées :

- 1). Le 26° de l'article L. 160-14 du Code de la santé publique est supprimé
- 2). Le 29° de l'article R. 160-17 I. du Code de la santé publique est supprimé

VI – Maintenir les mesures suivantes

Pour finir, nous demandons au Comité d'éthique de contribuer au maintien des acquis éthiques, et en particulier des mesures suivantes.

A – L'interdiction de la PMA post mortem

Lorsque la personne décédée était engagée dans un parcours de PMA en couple, la douleur de celui qui reste face à la fois au décès de son conjoint et à l'arrêt du parcours d'assistance médicale à la procréation est bien compréhensible. Cependant, la douleur ne peut tout justifier et, en particulier, la conception délibérée d'un orphelin.

Nombre de témoignages montrent qu'il est difficile pour un enfant de naître orphelin par accident de la vie. Le droit le reconnaît également en indemnisant "les souffrances morales et psychologiques objectivement constatées chez un enfant simplement conçu lorsque son père est mort accidentellement, dues à « l'absence définitive de son père »" (Cass. Civ. 2e, 14 décembre 2017, n°16-26.687).

Outre l'absence du parent décédé, l'enfant orphelin porte le poids des attentes du parent survivant, qui peut ne le voir que comme le prolongement du disparu.



C'est encore plus vrai pour l'enfant qui serait conçu, dans le cadre d'une AMP, après le décès par l'utilisation des gamètes conservés.

En outre, si l'AMP post mortem était envisagée, pourquoi serait-elle réservée aux personnes engagées de leur vivant dans un processus d'AMP ? Sachant que la loi permet déjà l'autoconservation des gamètes, sans nécessité médicale, il faudrait autoriser l'utilisation post mortem de ces gamètes, pour le cas où un décès empêcherait de réaliser un désir d'enfant, et généraliser ainsi la conception d'enfants post mortem.

Enfin, il est fréquent de relativiser la PMA post mortem en prenant appui sur l'AMP pour les femmes seules : en effet, il est pour le moins paradoxal d'interdire à une veuve de se faire inséminer par les gamètes de son mari décédé, alors qu'elle pourrait l'être par un donneur inconnu. Cependant, si cette contradiction existe, il convient de raisonner de manière constructive et de progresser vers une meilleure prise en compte de l'enfant plutôt que de généraliser les situations problématiques pour lui : le fait que la loi interdise à une veuve de concevoir un enfant de son mari défunt devrait, alors même que cet enfant aura bel et bien un père, certes décédé, mais connu, à fortiori convient-il de renoncer à l'AMP pour les femmes seules qui consiste à concevoir un enfant délibérément et définitivement privé de son ascendance paternelle.

C'est pourquoi la cohérence comme l'intérêt de l'enfant invite à renoncer à l'AMP pour les femmes seules au lieu d'ouvrir l'AMP post mortem.

B – La gratuité du don de gamètes

Le principe de la gratuité du don de gamètes est consacré en droit français à l'article [L1211-4 du code de la santé publique](#) et rappelé à l'article L1244-7 du même code pour le don d'ovocyte.

L'article [511-9](#) du code pénal, repris à l'article L1273-2 du code de la santé publique, dispose: "Le fait d'obtenir des gamètes contre un paiement, quelle qu'en soit la forme, à l'exception du paiement des prestations assurées par les établissements effectuant la préparation et la conservation de ces gamètes, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait d'apporter son entremise pour favoriser l'obtention de gamètes contre un paiement, quelle qu'en soit la forme, ou de remettre à des tiers, à titre onéreux, des gamètes provenant de dons. "

Le paiement (indemnisation ou rémunération) du don de gamètes a toujours posé un problème éthique majeur en France car il introduirait une logique marchande dans le champ du vivant, en contradiction avec le principe de non-patrimonialité du corps humain.

L'idée d'une rémunération du don de gamètes crée une incitation financière susceptible de peser sur les personnes économiquement vulnérables, fragilisant la liberté réelle du consentement et exposant à des risques d'exploitation.

L'absence de paiement du don de gamètes préserve le donneur d'être contraint par un besoin d'argent ou l'appât du gain.

En outre, le paiement du don de gamètes serait contraire à l'article 21 de la Convention d'Oviedo ratifiée par la France en 2011 qui stipule que "le corps humain et ses parties ne doivent pas être, en tant que tels, source de profit".



S'agissant de l'enfant, le paiement du don de gamètes peut atteindre le récit de ses origines en associant sa conception à une recherche de gain, avec des effets potentiels sur sa construction identitaire et psychologique.

A noter que les frais exposés pour la réalisation du don font déjà l'objet d'une prise en charge, ce qui permet de soutenir les dons sans pour autant marchandiser le corps humain.

Modifications législatives suggérées :

Le rappel des conditions de la gratuité n'est aujourd'hui inscrit dans le Code de la santé publique que pour le don d'ovocytes. Il convient donc de modifier le 2ème alinéa du Code de la santé publique pour étendre les dispositions relatives à la gratuité du don à tous les donneurs.

Au deuxième alinéa de l'article L1244-7 du code de la santé publique, les mots suivants sont supprimés : *“Elle est informée des conditions légales du don, notamment du principe d'anonymat et du principe de gratuité. Elle bénéficie du remboursement des frais engagés pour le don”*.

Il est ajouté un 3ème alinéa ainsi rédigé:

“Les donneurs sont informés des conditions légales du don, notamment du principe d'anonymat et du principe de gratuité. Ils bénéficient du remboursement des frais engagés pour le don.”

