HCEfh

HAUT CONSEIL à l'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Contribution au débat sur l'accès à la PMA

Avis n°2015-07-01-SAN-17 adopté le 26 mai 2015

Conformément aux missions dévolues par le Décret n°2013-8 du 3 janvier 2013
portant création du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
Danielle BOUSQUET, présidente du HCEfh
Auto saisine de la Commission Santé, droits sexuels et reproductifs,
présidée par **Françoise LAURANT**
Rapporteure : **Claire GUIRAUD**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

Recommandations

RECOMMANDATION 1
Étendre l'accès à la PMA à toutes les femmes sans discrimination

RECOMMANDATION 2
Instaurer la possibilité d'une « déclaration commune anticipée de filiation » pour tous les couples ayant recours à une PMA

RECOMMANDATION 3
Aligner la prise en charge financière des actes de PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires sur les modalités de prise en charge prévues pour les couples hétérosexuels

Sommaire

RECOMMANDATIONS 3
INTRODUCTION 5
HISTORIQUE DU DEBAT 7

1. La loi actuelle est dépassée par la réalité des familles et des pratiques, et pose des problèmes juridiques, sanitaires et sociaux 9

a. Un contexte de recomposition des schémas familiaux et parentaux 9

b. L'émergence d'une reconnaissance d'un droit à être parent sous conditions, sans pour autant ouvrir à un droit à l'enfant 10

c. Une réelle demande de PMA par les femmes en couple ou célibataires 11

d. La réalité de la pratique de la PMA aujourd'hui pose de nombreux problèmes : risques juridiques pour les médecins, exposition à des risques sanitaires et de fortes inégalités sociales pour les femmes, incertitude sur la reconnaissance de la filiation entre la ou les mère(s) et l'enfant 13

2. Le droit encadrant la PMA et la parenté est aujourd'hui discriminatoire et incohérent....19

a. Limiter l'accès à la PMA aux couples hétérosexuels constitue une discrimination en raison de la sexualité et de la conjugalité 19

b. Ne pas reconnaître la légitimité d'un projet mono ou homo-parental par PMA est incohérent au regard du droit et de la réalité de la parenté 21

c. L'ouverture de la PMA à toutes les femmes n'entrave pas le principe fondamental de dignité de la personne humaine 22

3. Les recommandations du HCEfh.....23

a. Recommandation n°1 : Etendre l'accès à la PMA à toutes les femmes sans discrimination 23

b. Recommandation n°2 : Instaurer la possibilité d'une « déclaration commune anticipée de filiation » pour tous les couples ayant recours à une PMA 23

c. Recommandation n°3 : Aligner la prise en charge financière des actes de PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires sur les modalités de prise en charge prévues pour les couples hétérosexuels 24

REMERCIEMENTS 25

EXPLICATIONS DE VOTE 26

ANNEXE – LES ETAPES DE LA PMA 27

Encart terminologique

Procréation Médicalement Assistée ou PMA

Le HCEfh reprend à son compte le terme utilisé dans le débat public, plutôt que celui d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), considérant qu'il est d'abord question de procréation plutôt que de technique médicale.

Stérilité d'une personne

La stérilité est l'impossibilité pour une personne de procréer. La stérilité est multifactorielle, et est plus ou moins influencée par l'état psychologique, la qualité de vie, la bonne santé générale, l'alimentation ou la prise de médicaments. Elle peut être provoquée par de nombreux facteurs, aussi bien chez la femme (âge, dysfonctionnement des ovaires, obstruction des trompes de Fallope, endométriose, syndrome des ovaires poly-kystiques, etc.) que chez l'homme (déséquilibre hormonal, radiothérapie, tabac, alcool, anomalie génitale, médicaments, etc.).

Fertilité d'un couple

La fertilité est la capacité d'un couple à obtenir une grossesse. Un couple hétérosexuel est infertile lorsqu'il ne parvient pas à obtenir une grossesse malgré des rapports sexuels fréquents.

L'infertilité se distingue de l'infécondité qui est le fait, volontaire ou involontaire, de ne pas avoir un.e enfant.

Pour un couple hétérosexuel, le délai moyen pour concevoir est de 4 mois, mais il peut être bien plus important, malgré des capacités de reproduction intactes. L'infertilité affecte environ 10% des couples hétérosexuels[1].

Parmi ces couples[2], dans à peu près 35% des cas, c'est l'homme qui en est à l'origine, dans 35% des cas c'est la femme, dans 20% des cas, les deux et dans 10% des cas, la cause demeure inconnue. L'infertilité est alors dite « sociale ».

Un bilan d'infertilité peut être réalisé après 18 à 24 mois de rapports réguliers sans conception. Dans ce cas, des examens complémentaires sont organisés.

---

1 Dossier réalisé en collaboration avec Michael GRYNBERG, gynécologue-obstétricien, maître de conférence, praticien hospitalier - Service de médecine de la reproduction, Hôpital Jean VERDIER, Bondy / Université Paris XIII / Unité Inserm 782, Clamart - Septembre 2013. – URL : http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/assistance-medicale-a-la-procreation*, consulté le 30 mars 2015*

2 H. COPIN, A. DEVAUX, F. BRASSEUR, V. BOULARD, M. BRZAKOWSKI, R. CABRY, E. LOURDEL et P. MERVIEL – (date de consultation : 27 mars 2015) - Bilan actualisé de l'infertilité en 2011, Les JTA – URL : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1452

Introduction

1. La Procréation Médicalement Assistée (PMA) est pratiquée en France depuis les années 80 *via* les fécondations *in vitro*, dites FIV, mais les premières pratiques par inséminations artificielles remontent au 19e siècle. La PMA est encadrée légalement depuis 1994 et réservée aux couples hétérosexuels vivant ensemble depuis plus de 2 ans dans un premier temps, et sans condition de vie commune depuis 2011. La PMA a permis en 2012 la naissance de plus de 23 887 enfants en France[3], soit 2,9% du total des naissances.

2. Plus de trente ans après la dépénalisation complète de l'homosexualité[4], plus de vingt ans après l'ouverture de l'adoption aux couples mariés et aux personnes célibataires, plus de quinze ans après une première reconnaissance des couples homosexuels par le Pacte civil de solidarité[5], et deux ans après l'ouverture du mariage aux couples de personnes de même sexe[6], la question relative à l'ouverture de la PMA à toutes les femmes est très régulièrement posée.

3. Le HCEfh s'auto-saisit de la question de l'accès à la PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires, conformément à ses missions de concertation, d'animation du débat public, d'évaluation des politiques publiques et de propositions de réforme. Alors que le débat a été et demeure vif sur le sujet, le HCEfh souhaite apporter sa contribution, au regard de son expertise en matière d'égalité des droits, de droits des femmes et de genre.

4. L'accès à la PMA des femmes célibataires ou en couples lesbiens soulève des enjeux en matière d'égalité d'accès à ce droit : égalité entre toutes les femmes et entre toutes les sexualités. Il soulève également des questions relatives aux droits des femmes, car c'est bien de la reconnaissance de leur autonomie dans la maitrise de leur corps et de leur reproduction dont il est question.

5. L'accès à la PMA des femmes célibataires ou en couple de femmes soulève également des enjeux en matière de déconstruction des normes du masculin et du féminin et interroge l'hétérosexualité érigée en norme. La PMA pour toutes interroge donc le genre, que le HCEfh a défini dans son rapport relatif aux stéréotypes[7] comme « système de normes de féminité et de masculinité, hiérarchisées et hiérarchisantes ». Ces normes de masculinité et de féminité pèsent fortement sur et dans la sexualité des individus. L'hétérosexualité est au cœur du système de normes, au sein duquel l'homosexualité est discréditée. Ainsi, les personnes homosexuelles transgressent les normes du genre et sont disqualifiées dans leur identité d'homme «masculin» ou de femme « féminine ». Présente dans tous les milieux sociaux et partout en France, les LGBT-phobies – en tant que discours, pratiques et violences stigmatisantes et discriminantes à l'égard des lesbiennes, des gays, des bisexuel.le.s et des transexuel.le.s en sont la conséquence directe. L'«Enquête nationale sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie » publiée le 5 mars 2015[8] par l'association SOS Homophobie

3 Rapport annuel 2013 de l'Agence de Biomédecine, page 104. https://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=324/9403/49317&lng=fr

4 Loi n°82-683 du 4 août 1982, abrogeant l'alinéa 2 de l'article 331 du code pénal

5 Loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 relative au pacte civil de solidarité

6 Loi n°2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe dite du mariage pour tous

7 Rapport "Pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, conditionner les fiancements publics", HCEfh, 20 octobre 2014, bit.ly/1ui 17XG

8 Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie 2015, SOS Homophobie, 2015

fait état d'une nette augmentation des paroles et des actes lesbophobes : 60 % des 7 126 femmes répondantes ont vécu au moins un acte lesbophobe au cours des 2 années précédant l'enquête.

6. La présente contribution développe des recommandations sur la base de l'expertise des membres du HCEfh, de la littérature concernant la PMA, d'auditions d'expert.e.s du sujet, ainsi que des travaux des institutions et administrations. Après de nombreuses auditions, réunions et échanges entre les membres de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » et l'ensemble des membres du HCEfh, des analyses et des recommandations partagées ont émergé. Le Haut Conseil escompte que ses recommandations seront utiles au débat et mobilisées par les actrices et acteurs publics pour marquer un nouveau pas vers l'égalité des droits.

7. Le présent document a également été élaboré :
   a. Considérant la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales, signée à Rome, le 4 novembre 1950 ;
   b. Considérant la Convention des Nations unies de décembre 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes entrée en vigueur en 1981, qui invite dans son article 5 à « modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes», et qui insiste, en son article 16, sur la nécessité d'« assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme : e) les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits » ;
   c. Considérant les articles 2 et 3 du Traité sur l'Union Européenne (Traité de Maastricht 1992- Traité de Lisbonne 2009 - dernière consolidation) qui posent l'égalité entre les femmes et les hommes en tant que principe fondateur ;
   d. Considérant la loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal qui pose un cadre légal pour une pratique répandue de la Procréation Médicalement Assistée mais non réglementée ;
   e. Considérant la loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique qui a notamment créé l'Agence de la biomédecine ;
      Considérant la loi n°96-604 du 5 juillet 1996 relative à l'adoption qui ouvre l'adoption aux personnes célibataires ;
   f. Considérant l'Avis 42 sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation publié en 1994 et l'Avis 90 du Comité Consultatif National d'Ethique relatif à l'Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation » publié en 2005 ;
   g. Considérant la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, intégrant dans le droit français la lutte contre les discriminations indirectes ;
   h. Considérant la loi de bioéthique n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique qui supprime les conditions de mariage et l'exigence d'apporter la preuve d'une vie commune de 2 ans minimum pour les conditions d'accès à la PMA et élargi les conditions du don de gamètes en général (suppression de la condition de procréation antérieure des donneur.e.s) et celles du don d'ovocytes en particulier (proposition de conservation autologue etc) ;
   i. Considérant la loi n°2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe dite du « mariage pour tous ».

Historique du débat

1. La revendication de l'ouverture de la PMA à toutes les femmes est portée par les associations féministes et des personnes LGBT depuis une dizaine d'années. Le débat autour de la question est vif depuis la campagne présidentielle de 2012, bien que François HOLLANDE candidat n'ait pas inscrit l'ouverture de la PMA à toutes les femmes parmi ses 60 engagements. La 31e proposition traite du "droit au mariage et à l'adoption aux couples homosexuels". Pourtant, en septembre 2011, ce dernier s'exprime en faveur de l'ouverture de la PMA aux couples de femmes via un courrier à l'association HES (Socialistes lesbiennes, gais, bis et trans). Cette position est réaffirmée en février 2012 lors d'un débat organisé par l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens par George PAU-LANGEVIN, alors animatrice du «pôle sociétal» de l'équipe de campagne du candidat –soutenant même l'ouverture à toutes les femmes -, puis par la voix de sa porte-parole Najat VALLAUD-BELKACEM représentant le candidat lors du meeting « LGBT pour l'Egalité » du 31 mars 2012.

2. Dès novembre 2012, des mouvements s'organisent contre l'ouverture du mariage à tous les couples et l'ouverture de la PMA à toutes les femmes. En janvier 2013, le Premier ministre confirme la volonté du Gouvernement d'inclure l'élargissement de la procréation médicalement assistée aux couples de femmes et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) s'auto-saisit, prévoyant alors de publier son Avis pour l'automne 2013. La loi ouvrant le mariage aux couples de même sexe est votée le 26 mai 2013. La discussion sur l'ouverture de la PMA à toutes les femmes est reportée à la loi relative à la famille.

3. En janvier 2014, Dominique BERTINOTTI, alors ministre déléguée à la Famille, annonce que l'ouverture de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) aux couples de lesbiennes ou aux femmes célibataires ne sera pas discutée dans le cadre de la « loi Famille ». Manuel VALLS, alors ministre de l'Intérieur, confirme au nom du Gouvernement le 3 février 2014, au lendemain d'une manifestation de la « Manif pour tous », qu'il s'opposera à des amendements cherchant à inclure la PMA dans le projet de loi relative à la famille, avant d'annoncer que cette dernière ne sera pas examinée en 2014, invoquant notamment des « travaux préparatoires (qui) doivent se poursuivre » pour peaufiner ce projet de loi, ainsi qu'un « calendrier parlementaire déjà dense».

4. Au Parlement, plusieurs initiatives ont déjà été prises :

   a. A l'Assemblée nationale, deux Propositions de loi en faveur de l'ouverture de la PMA ont été déposées, l'une pour les couples de femmes à l'initiative du Parti Communiste, en juillet 2012, l'autre pour toutes les femmes à l'initiative d'Europe Ecologie-Les Verts en mai 2014. Trois Propositions de loi contre l'ouverture de la PMA à toutes les femmes ont été déposées, par une partie du groupe UMP : deux en octobre 2013, et une en janvier 2014. Ces propositions de loi n'ont pas été inscrites à l'ordre du jour de l'Assemblée.

   b. En revanche, le Sénat s'est déjà prononcé en faveur de la PMA pour les couples de même sexe le 7 avril 2011 par l'adoption d'un amendement déposé par le Parti Socialiste et les Verts, et contre l'avis du gouvernement d'alors, à l'occasion de l'examen en première lecture du projet de loi relatif à la bioéthique. La disposition avait été supprimée ultérieurement au cours de la navette parlementaire. Depuis, deux Propositions de loi pour l'ouverture de la PMA aux couples de femmes ont été déposées, par le Parti Socialiste en juillet 2013, et par les Verts en mai 2014, non inscrites à l'ordre du jour.

1. La loi actuelle est dépassée par la réalité des familles et des pratiques, et pose des problèmes juridiques, sanitaires et sociaux

a. Un contexte de recomposition des schémas familiaux et parentaux

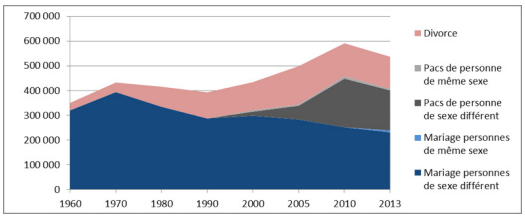
i. La famille est aujourd'hui une institution polymorphe : il existe une diversité de configurations familiales

Le schéma de la famille nucléaire (un père, une mère et un.e ou plusieurs enfants) coexiste aujourd'hui avec d'autres schémas : familles monoparentales, familles recomposées, parents de même sexe, etc.

Les types d'union varient de plus en plus : en 2013, pour 10 mariages, l'on dénombrait 5,6 divorces et 7 Pacs.

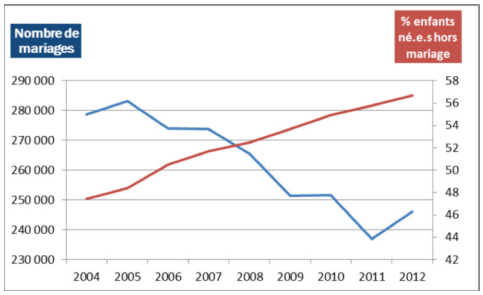
Par ailleurs, alors que le nombre annuel de mariages a fortement diminué entre le milieu des années 2000 et aujourd'hui, la part des enfants né.e.s hors mariage ne cesse de croitre. Le mariage n'est ainsi plus une condition systématique de la conjugalité, de la parenté et de la parentalité.

Évolution du nombre de divorces, de mariages et de pacs conclus selon le sexe des partenaires (France, 1960-2014)



Source : Insee, statistiques de l'état civil ; SDSE, fichiers détails pacs

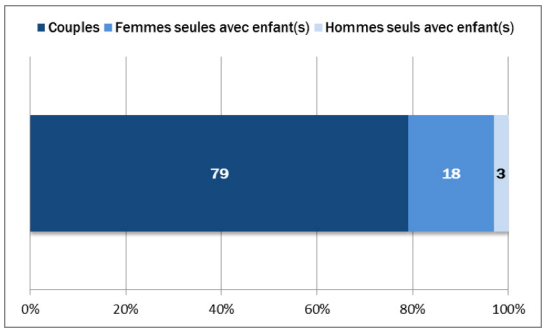
Evolution du nombre de mariage et de la part des enfants né.e.s hors mariage (France, 2004-2012)



Source : Insee, statistiques de l'état civil ; SDSE, fichiers détails pacs & Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

ii. La monoparentalité est fréquente et l'homoparenté est une réalité

Composition des familles avec enfants (France, 2009) (%)

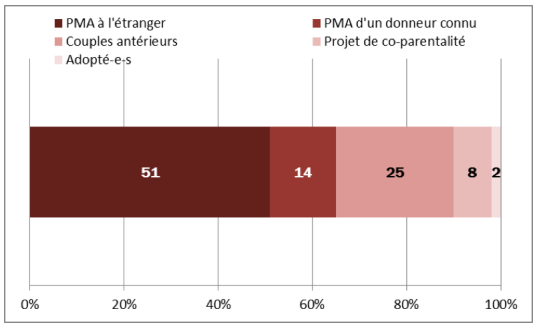


En 2009, 21% des familles avec enfant(s) de moins de 18 ans – soit 1, 66 million de familles avec enfant(s) - sont des familles monoparentales. Dans 85 % des cas, il s'agit d'une mère et de son/ses enfant(s).

Source : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations complémentaires.

Mode de procréation des enfants de couples de femmes (France, 2014) (%)

Par ailleurs, 10 000 couples de même sexe vivent avec au moins un.e enfant. Les couples de femmes représentent 80% de ces couples. Dans un cas sur deux, l'enfant a été conçu.e par une PMA réalisée à l'étranger



Source : Gross M, Courduriès J, de Federico A. Le recours à l'AMP dans les familles homoparentales : état des lieux. Résultats d'une enquête menée en 2012. Socio-logos, 2014, 9, mis en ligne le 20 avril 2014

b. L'émergence d'une reconnaissance d'un droit à être parent sous conditions, sans pour autant ouvrir à un droit à l'enfant

La Procréation Médicalement Assistée (PMA) est encadrée légalement depuis 1994 et réservée aux couples hétérosexuels. La condition de vie commune de plus de 2 ans initialement prévue par le législateur a été retirée en 2011. Le cadre législatif de la PMA a été calqué sur le modèle de la procréation dite « naturelle ». La PMA a ainsi été pensée et légalisée comme une réponse médicale à un problème médical, intégrant alors une condition d'infertilité médicalement constatée.

L'accès des couples hétérosexuels à la PMA admet qu'il existe une issue favorable au désir d'enfant d'un couple qui ne peut pas, ensemble, avoir un enfant.e naturellement.

Au niveau européen, un nombre croissant de décisions de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) tendent à reconnaître l'existence d'un droit à être ou ne pas être parent. Les

arrêts Evans c. RU[9] et Dickson c. RU[10] (2007) attestent la reconnaissance par l'Europe du fait que la décision de fonder une famille constitue un droit authentique qui procède d'un libre choix. La CEDH évoque les liens entre le droit au respect de la vie privée qui figure dans la Convention européenne des Droits de l'Homme, le droit à l'autonomie personnelle et le droit de devenir ou de ne pas devenir parent.

Ainsi, les droits français et européen reconnaissent-ils la possibilité, sous conditions, d'avoir accès à une démarche permettant une procréation pour les personnes n'y parvenant pas «naturellement». Sous condition car l'accès à l'adoption et à la PMA, tel qu'encadré aujourd'hui en France, fait l'objet d'une évaluation de la solidité du projet parental, des conditions médicales, etc. En cela, l'Etat ne garantit aucun droit à l'enfant mais délivre des « agréments » (pour l'adoption par exemple, sans garantie aucune d'une issue favorable), devant être délivrés sans discrimination[11].

Et il n'y a pas, dans le droit international, la consécration d'un droit d'accès à la PMA. Les Etats conservent en la matière une marge d'appréciation, et la CEDH a considéré que des législations très restrictives en matière de PMA, et y compris pour les couples hétérosexuels, étaient conformes à la Convention européenne des Droits de l'Homme (voir notamment CEDH, 2011, Affaire S.H. c. Autriche, 3 novembre 2011, Requête n°57813/00).

c. Une réelle demande de PMA par les femmes en couple ou célibataires

Qu'est-ce que la PMA ?

La Procréation Médicalement Assistée recouvre un ensemble de techniques médicales visant à permettre une procréation. Dans certains cas, le recours à un don de gamètes est nécessaire. C'est le cas des PMA pour les couples de femmes ou les femmes célibataires. Pour plus de précisions, voir Annexe.

9 *Affaire EVANS c. Royaume-Uni :* http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-80036

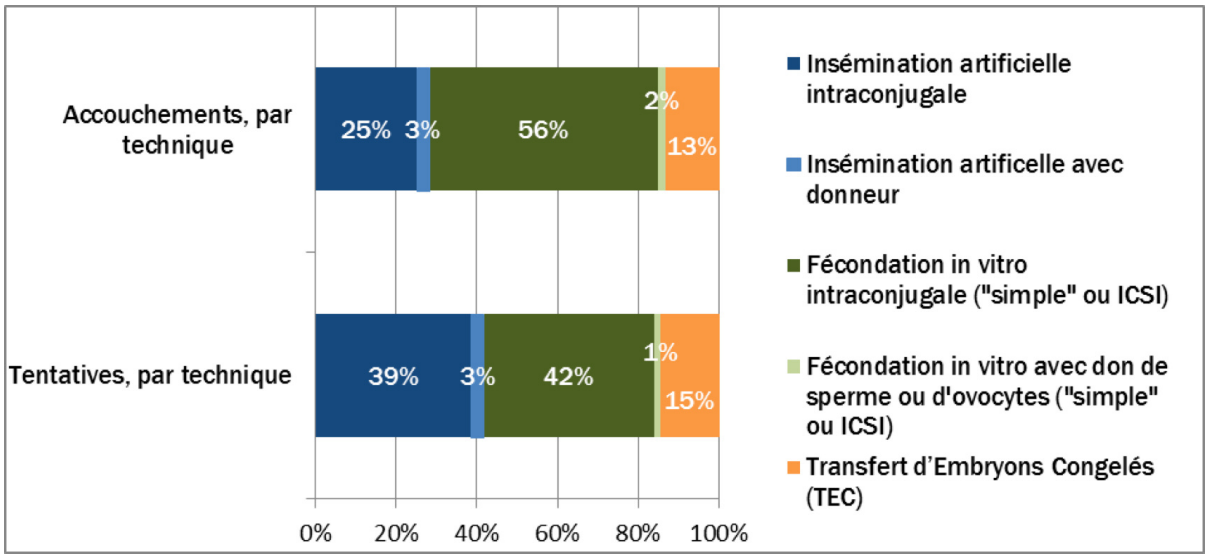
- *« La requérante, atteinte d'un cancer aux ovaires, effectua une fécondation in vitro (FIV) avec son compagnon d'alors, avant de subir une ablation des ovaires. Six embryons furent créés et mis en conservation. A la séparation du couple, l'ex -compagnon retira son consentement à l'utilisation des embryons, refusant d'être le père génétique des enfants de la requérante. Dans une telle situation, le droit national exigeait que les embryons soient détruits. La requérante se plaignait que le droit interne autorisât son ex-compagnon à révoquer de manière effective son consentement à la conservation et à l'utilisation des embryons créés par eux conjointement, ce qui l'empêchait d'avoir un enfant avec lequel elle eût un lien génétique.*
- *Pour les raisons exposées par la chambre dans son Arrêt du 7 mars 2006 selon lequel le point de départ du droit à la vie relevait de la marge d'appréciation reconnue aux États, la Grande Chambre a estimé que les embryons créés par la requérante et son ex-compagnon ne pouvaient se prévaloir du droit à la vie. Elle a dès lors conclu à la non-violation de l'article 2 (droit à la vie) de la Convention. Eu égard par ailleurs à l'absence de consensus européen, au fait que les dispositions du droit interne étaient dépourvues d'ambiguïté, qu'elles avaient été portées à la connaissance de la requérante et qu'elles avaient ménagé un juste équilibre entre les intérêts en conflit, la Grande Chambre a estimé qu'il n'y avait pas eu violation de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) de la Convention. Enfin, la Grande Chambre a conclu à la non–violation de l'article 14 (interdiction de discrimination) combiné avec l'article 8 de la Convention.*

10 *Affaire DICKSON c. Royaume-Uni :* http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-83791

« Le requérant, un détenu frappé d'une peine pour meurtre de 15 ans minimum, se vit refuser l'accès à la possibilité d'avoir une insémination artificielle en vue de lui permettre d'avoir un enfant avec son épouse qui, née en 1958, avait peu de chance de concevoir un enfant près la libération de son mari. La Cour a conclu à la violation de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) de la Convention, un juste équilibre n'ayant pas été ménagé entre les intérêts privés et publics concurrents. »

11 *Décision n°2013-669 DC du 17 mai 2013,* www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013-669-dc/decision-n-2013-669-dc-du-17-mai-2013.137046.html

Répartition des PMA (tentatives et accouchements) par technique (France, 2011) (%)



Source : Agence de la biomédecine, 2011 (http://www.agence-biomedecine.fr/Chiffres-de-l-Agence-de-la)

Le code de la Santé publique précise les modalités d'accès à la PMA dans son article L. 2141-2 :

« L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué.

L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation. »

Bien que les couples de femmes et les femmes célibataires françaises en soient aujourd'hui exclu.e.s., la pratique par ces femmes de PMA est une réalité, en France ou à l'étranger (Belgique, Espagne[12], etc.). Bien que l'estimation précise que leur nombre soit difficile, quelques chiffres l'indiquent :

- Les centres belges de PMA accueillent des femmes résidant en France.

En Belgique, il est estimé que quelques 10 000 couples bénéficient annuellement d'une PMA, parmi lesquels 3 700 viennent de l'étranger[13], et notamment des couples de femmes résidant en France. D'après une étude[14] réalisée par l'Académie nationale de médecine française dans quatre centres belges, en 2011 comme en 2012, 533 femmes françaises ont été prises en charge pour une PMA[15].

12 En Espagne, les Français représentent environ 10% de la clientèle des établissements spécialisés dans la procréation médicalement assistée (PMA), URL : http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/l-espagne-royaume-de-la-procreation-medicalement-assistee_919738.html, consulté le 30 mars 2015

13 La procréation médicalement assistée en Belgique, Les Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique, Septembre 2010, page 1

14 Agence de la biomédecine bit.ly/1x0DgxP

15 Hôpital Erasme, Hôpital Saint Pierre, Uiversitair Ziekenhuis Brussel (UZ VUB) et Centre interrégional Edith Call (CHIREC)

Plus particulièrement pour les PMA avec don de sperme :

- Le centre belge Saint-Pierre a ainsi reçu plus de femmes résidant en France (160 femmes) qu'en Belgique (126). Parmi les femmes résidant en France reçues, 69% étaient en couple lesbien, 16% célibataires et 15% en couple hétérosexuel.
- Le centre Universitaire Ziekenhuis Brussel UZ-VUB a reçu 286 femmes résidant en France (contre 792 résidant en Belgique), dans les proportions suivantes : 57% étaient en couple lesbien, 27% célibataires et 16% en couple hétérosexuel.

- Les médecins français reçoivent des femmes célibataires ou en couple qui demandent une PMA, et les accompagnent souvent dans leur démarche

L'étude[16] réalisée par l'Académie de médecine auprès de 270 médecins en France – dont 75% de médecins en Gynécologie médicale et Gynécologie-Obstétrique - indique que 71% d'entre eux ont déjà été consultés par des couples de même sexe souhaitant devenir parents. Il s'agissait de couples de femmes dans la quasi-totalité des cas.

Parmi ces médecins, 94% d'entre eux ont été consultés pour des demandes de PMA à l'étranger, et 61% ont participé directement au projet, en général en prescrivant les traitements hormonaux nécessaires à la stimulation hormonale.

Enfin, 5% des médecins consultés ont déclaré avoir participé à des PMA illégales réalisées en France.

d. La réalité de la pratique de la PMA aujourd'hui pose de nombreux problèmes : risques juridiques pour les médecins, exposition à des risques sanitaires et de fortes inégalités sociales pour les femmes, incertitude sur la reconnaissance de la filiation entre la ou les mère(s) et l'enfant

Lors de son audition devant les membres du HCEfh, Jocelyne FILDARD, Co-présidente de la coordination lesbienne de France (CLF), a indiqué :

« Le désir d'enfant a toujours existé pour les femmes seules et pour les couples de femmes, mais il trouvait d'autres formes d'aboutissement avant l'émergence des techniques de PMA. D'après les témoignages de militantes d'associations de la CLF ou de sympathisantes, il apparaît que les lesbiennes ont essentiellement recours à la technique de l'insémination artificielle avec don de sperme (IAD), l'une des techniques les plus simples d'assistance à la procréation, mais le désir d'enfant peut être tellement fort qu'il peut pousser à des comportements difficiles à accepter.

L'on observe que les couples de femmes ont longuement préparé et mûri leur projet pendant trois à quatre ans. Ce temps est nécessaire pour mener à bien la réflexion du couple, la recherche d'informations, l'organisation de la vie et du bien-être de l'enfant et le financement de la procédure.

Une mère lesbienne ayant eu recours à la PMA pour concrétiser son projet parental a fourni ce témoignage : « Un couple hétéro fertile ne se pose peut-être pas toutes les questions que nous avons dû nous poser, nous qui avons mis quatre ans pour concrétiser notre projet ».

Les femmes interrogées ont évoqué la « complicité » du personnel médical qui permet d'effectuer les examens et traitements préparatoires. Cependant, certaines ont dû faire face à des questions culpabilisantes posées lors de la réalisation des examens.

16 Ouverture de l'Assistance médicale à la procréation avec sperme de donneur (AMPD) à des indications non médicales, Académie nationale de médecine, 2014

Ces femmes ont parfois été marquées par un parcours fatigant psychologiquement et physiquement : six injections peuvent être nécessaires pour réussir l'insémination, chaque échec étant vécu douloureusement. Cela confirme le fait que le projet parental de ces femmes est entièrement assumé et qu'elles font du bien-être de leurs enfants une priorité. »

i. Une réalité qui soulève des risques juridiques pour les médecins

Par un courrier adressé au Conseil National de l'Ordre des médecins le 21 décembre 2012, Jean-Yves GRALL, alors Directeur Général de la Santé au Ministère des Affaires sociales et de la Santé, indiquait qu'« un praticien français risque cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende s'il transmet à ses patients une information sur des cliniques ou des organismes étrangers dont les pratiques en matière de dons de gamètes ne sont pas conformes à la législation nationale »[17].

L'exposition des médecins participant indirectement ou directement à des PMA en France, à des risques juridiques, est donc bien réelle. Et les constats réalisés par l'Académie de Médecine attestent l'existence de médecins en situation d'illégalité.

ii. Une réalité qui expose les femmes à des risques sanitaires et de fortes inégalités sociales

Les femmes françaises célibataires ou en couple lesbien qui souhaitent pratiquer une PMA recourent aujourd'hui à différentes stratégies :

- PMA dite « artisanale » en France ou rapports sexuels non protégés

Les PMA dites « artisanales » (auto-insémination) peuvent être réalisées par les femmes, sans obstacle pratique majeur, en achetant du sperme et des kits sur internet. Les femmes peuvent être également amenées à essayer de procréer avec un « homme de passage ». Dans les deux cas, la procédure est risquée : aucun contrôle du sperme n'est pratiqué et rien ne protège les femmes des infections sexuellement transmissibles, sans garantie de parvenir à une grossesse.

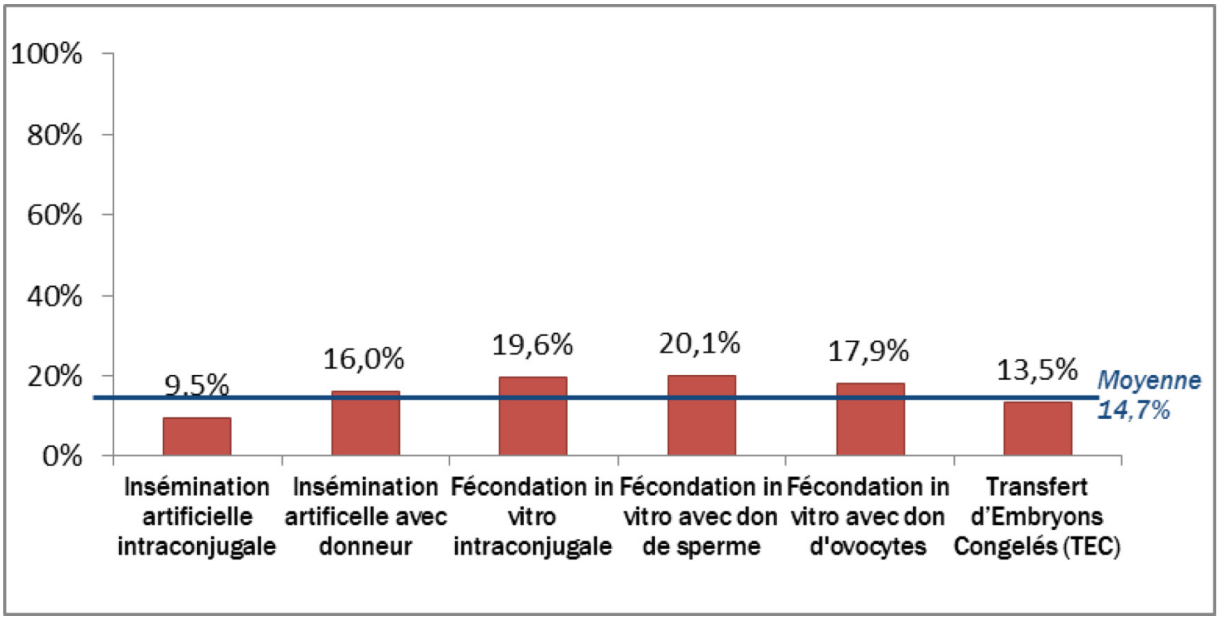
- PMA à l'étranger

Réaliser une PMA à l'étranger implique des coûts importants. Les estimations varient. Des témoignages indiquent que la pratique d'une PMA par insémination artificielle avec don pratiquée en Belgique varie entre 2000 et 3000 euros[18]. Les associations qui suivent les couples lesbiens conseillent de prévoir environ 10 000 euros de budget.

Le coût est élevé en raison des déplacements à l'étranger pour l'insémination, dont les tentatives doivent parfois être renouvelées. Le taux de réussite des PMA, toutes techniques confondues, s'élève en effet à seulement 14,7%[19], variant de 9,5% à 20,1% par tentative, en fonction des techniques utilisées. Pour les techniques nous intéressant, il est de 16% pour les inséminations artificielles avec donneur et de 20,1% pour les fécondations *in vitro* avec don de sperme.

17 http://bit.ly/1OCqmhS
18 Estimation réalisée à partir de témoignages de femmes ayant réalisée une PMA en Belgique
19 Agence de la biomédecine, Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2011.

Taux de réussite des PMA par technique (nombre d'accouchements/nombre de tentatives) (France, 2011)



Source : Agence de la biomédecine (http://www.agence-biomedecine.fr/Chiffres-de-l-Agence-de-la)

A cela s'ajoutent le coût de chaque acte non-remboursé, et les démarches à réaliser pour établir la filiation, dont les frais d'avocat.

Alors qu'une insémination artificielle avec don en France est prise en charge à 100% pour un couple hétérosexuel, le coût d'une PMA à l'étranger exclut de fait une partie des femmes célibataires ou des couples de femmes souhaitant procréer de la possibilité de le faire de cette manière.

Au-delà de l'aspect financier, l'interdiction en France qui oblige les femmes à passer les frontières implique un suivi gynécologique parfois irrégulier, et insuffisant, eu égard aux recommandations en vigueur : près d'une femme sur deux n'est pas suivie par son gynécologue habituel en France[20].

Par ailleurs, les témoignages révèlent que pour s'assurer d'un meilleur taux de réussite de l'insémination, les femmes réalisant des PMA à l'étranger multiplient les injections de médication hormonale visant à produire plus d'ovules, les exposant à de graves inflammations ovariennes pouvant aboutir à des complications significatives. Cette situation ainsi que la peur d'être poursuivies, puisque la pratique est illégale, entraine un stress important.

Enfin, le nombre de places à l'étranger est parfois limité. Certains établissements belges ont mis en place une politique de quotas. Ainsi, les femmes non belges n'ont accès au standard téléphonique de l'hôpital ERASME de Bruxelles que 4 jours par an afin de planifier leur consultation (2 consultations par semaine seulement leurs sont réservées).

Le parcours de PMA déjà long et sinueux est rendu plus éprouvant par le cadre légal français.

20 Virginie ROZEE-GOMEZ, Sous la direction d'Elise DE LA ROCHEBROCHARD, Migrations procréatives pour recourir à l'assistance médicale à la procréation : de Paris à Bruxelles, Barcelone ou Athènes.

iii. Une réalité qui pose des incertitudes relatives à la reconnaissance de la filiation

Jusqu'en septembre 2014, la reconnaissance de la filiation entre l'enfant et la mère qui n'accouche pas était l'objet de fortes inquiétudes de la part des couples de femmes ayant pratiqué une PMA à l'étranger. Or, la reconnaissance de la maternité est essentielle d'un point de vue symbolique bien évidemment, mais également de manière très pratique : sans reconnaissance de la parenté, impossible de réaliser des démarches administratives, d'aller chercher son enfant à l'école en cas de personnels non-conciliants, de donner son accord pour des soins hospitaliers, etc.

C'est ce que Virginie DESCOUTURES, sociologue, nomme « mères non statutaires »[21]. En effet jusque-là, la possibilité pour la mère qui n'accouche pas d'adopter l'enfant de sa conjointe était fluctuante selon les tribunaux. En septembre 2014, la Cour de Cassation a rendu deux Avis[22] qui devraient faire jurisprudence et stabiliser les solutions, en permettant aux mères non statutaires de pouvoir adopter leur enfant. Néanmoins, demeure toujours l'obligation pour le couple d'être marié pour procéder à l'adoption, démarche longue, source de stress et de culpabilité pour les couples, qui font par exemple l'objet d'une enquête de police.

Par ailleurs, cette reconnaissance de la filiation a posteriori et dans des délais relativement longs peut poser des problèmes en cas de séparation du couple après la naissance de l'enfant, et avant que l'adoption n'ait eu lieu.

Un isolement de plus en plus grand de la France alors que les législations de nos voisins européens convergent vers une PMA pour toutes

Aucun des pays européens ayant légalisé le mariage entre couples de même sexe n'interdit la PMA aux couples de femmes. Le Royaume-Uni, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suède l'autorisent pour les couples de femmes ; et parmi ces pays, tous l'autorise également pour les femmes célibataires. En dehors de l'Europe, la situation est la même au Canada, en Afrique du Sud et en Argentine.

En maintenant l'interdiction de la PMA pour les couples de même sexe et pour les femmes célibataires, alors même que « le Mariage pour tous » a été adopté, la France fait figure de cas particulier.

21 Les « mères non statutaires » dans les couples lesbiens qui élèvent des enfants, Dialogue 2006/3 (no 173), http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=DIA_173_0071

22 Avis n°15011 du 22 septembre 2014 (Demande n°1470006) - ECLI:FR:CCASS:2014:AV15011

Législation des pays européens et hors Europe relative au mariage pour les couples de même sexe, à la PMA pour les couples hétérosexuels, les couples de femmes et les femmes célibataires

	Année d'ouverture de la PMA aux couples hétérosexuels	Mariage pour les couples de même sexe	Année d'ouverture de la PMA aux couples de femmes	Année d'ouverture de la PMA aux femmes célibataires
France	1994	2013	Non	Non
Pays Europe				
Pays-Bas	1994	2001	1994	1994
Belgique	2007	2003	2007	2007
Espagne	1988	2005	1988	1988
Suède	1988 (2003 pour PMA avec don d'ovocytes)	2009	2003	Oui
Royaume-Uni	1990	2014	1990	1990
Allemagne	1990	Non, depuis 2001, contrat type PACS	Non	Non
Italie	2004 (sauf PMA avec don)	Non	Non	Non
Pays hors Europe				
Canada	2004	2005	2004	2004
Afrique du Sud	Oui	2006	Oui	Oui
Argentine	Oui	2010	Oui	Oui
Etats-Unis	Oui	Dépend des Etats	Oui	Oui

Cette analyse comparée ne saurait justifier à elle seule un changement de législation en France mais elle révèle l'incohérence du droit actuel.

Le maintien de l'interdiction en France parait d'autant plus incohérent que la circulation des patient.e.s en Europe est un droit reconnu par l'Union Européenne. Le droit communautaire implique un droit coextensif de circulation, et éventuellement afin d'obtenir ce qu'une législation nationale ne permet pas. La liberté de circulation des patient.e.s a été confirmée notamment par la directive 2011/24 relative à l'application des droits des patient.e.s en matière de soins transfrontaliers, dont la simple existence (ainsi que le contenu, et notamment les règles présidant au remboursement des soins obtenus en dehors du pays d'affiliation à un système de sécurité sociale) atteste non seulement la possibilité mais encore la légalité, au sens du droit de l'Union, du « tourisme médical ».

2. Le droit encadrant la PMA et la parenté est aujourd'hui discriminatoire et incohérent

a. Limiter l'accès à la PMA aux couples hétérosexuels constitue une discrimination en raison de la sexualité et de la conjugalité

La loi en vigueur précise que la PMA « a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. »

i. La pratique de la PMA dans les faits ne correspond pas à la loi, car dans les faits, le caractère pathologique de l'infertilité n'est pas toujours vérifié

Dans le parcours de PMA, l'infertilité, qui affecte environ 10% des couples hétérosexuels[23], est toujours médicalement diagnostiquée puisqu'un bilan d'infertilité délivré par un médecin est obligatoire pour débuter le processus.

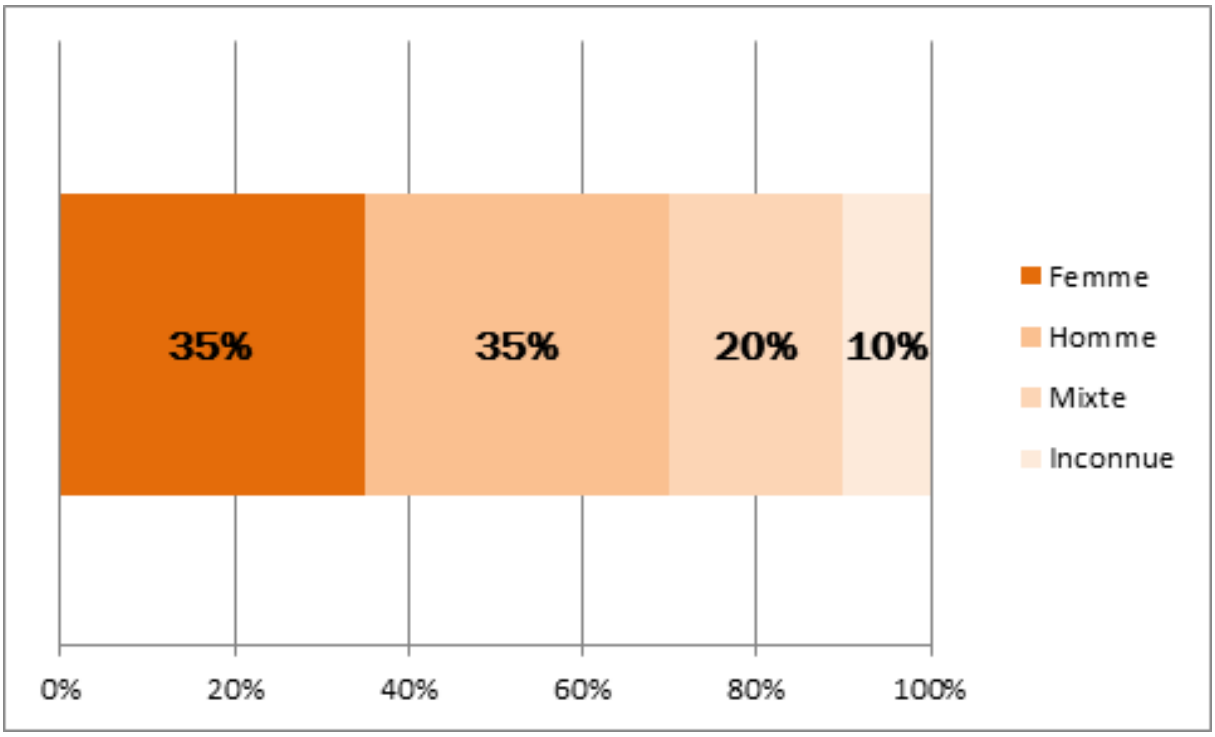
En revanche, le caractère pathologique n'est pas toujours vérifié, car les cas d'infertilité inexpliquée d'un couple hétérosexuel existent. C'est le cas de 10% des couples hétérosexuels infertiles. C'est-à-dire qu'aucun des deux membres du couple n'est stérile, mais le couple ne parvient pas à procréer. Cette configuration ouvre pourtant aux couples hétérosexuels le droit d'avoir recours à une PMA.

D'ailleurs, 5% des PMA sont suivies quelques années après d'une grossesse par « procréation charnelle »[24].

23 Dossier réalisé en collaboration avec Michael GRYNBERG, gynécologue-obstétricien, maître de conférence, praticien hospitalier - Service de médecine de la reproduction, Hôpital Jean Verdier, Bondy / Université Paris XIII / Unité Inserm 782, Clamart - Septembre 2013. – URL : http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/assistance-medicale-a-la-procreation*, consulté le 30 mars 2015*

24 Véronique BOUSSEUIL, Les grossesses spontanées après fécondation in vitro (à propos de 141 couples présentant une stérilité relative), sous la direction de Jean-Paul DUBECQ-PRINCETEAU, Université de Bordeaux II

Origines de l'infertilité des couples hétérosexuels (France, 2011) (%)



Source : H. COPIN, A. DEVAUX, F. BRASSEUR, V. BOULARD, M. BRZAKOWSKI, R. CABRY, E. LOURDEL et Philippe MERVIEL – (date de consultation : 27 mars 2015) - Bilan actualisé de l'infertilité en 2011, Les JTA – URL : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1452

ii. La pratique de la PMA dans les faits ne correspond pas à la loi car dans les faits, la PMA ne soigne pas médicalement mais socialement l'infertilité d'un couple

Dans la pratique, la PMA n'est pas seulement un traitement thérapeutique. Dans le cas d'un couple hétérosexuel où l'homme est stérile et pour lequel toute démarche thérapeutique a échoué, le choix de la PMA avec tiers donneur ne guérit pas l'homme de sa stérilité. « Remédier » ne signifie pas « soigner ». La PMA avec donneur devient alors un palliatif admis par la société à l'infertilité du couple. Elle est un traitement social, une proposition d' « arrangement social »et non médicale. C'est le cas de 4% des tentatives de PMA et de 5% des accouchements issus de PMA.

Le droit a en effet cherché à « neutraliser » l'« arrangement social » en le faisant passer pour une procréation charnelle. Ainsi un couple de parents hétérosexuels peut, s'il le décide, passer sous silence le mode de procréation par PMA, et « faire croire » à l'enfant comme au reste de la société à une procréation charnelle. C'est le modèle « ni vu, ni connu ». A partir des lois bioéthiques de 1994, le droit français a organisé l'engendrement avec tiers donneur, tout en cherchant à l'assimiler à une procréation du couple. Le modèle d'organisation des PMA repose sur :

- l'anonymat du donneur : la ou le donneur.euse disparait après avoir donné son sperme ou ses ovocytes, puisque aucune trace du recours à un don ne demeure dans la filiation de l'enfant ;
- une filiation établie selon les mêmes modalités que la filiation pour la procréation charnelle : accouchement pour la mère, et pour le père, présomption de paternité (si le couple est marié) ou de reconnaissance (si le couple n'est pas marié), tirés du droit de filiation charnelle.

iii. Le droit actuel est discriminatoire

Aussi, le HCEfh estime-t-il que le droit actuel est discriminatoire et cela à deux niveaux :

- Discrimination en raison de la sexualité :
La demande des couples de lesbiennes d'accéder à la PMA découle de l'observation qu'il existe aujourd'hui un « arrangement social » pour certains couples infertiles ayant un projet parental, auquel elles-mêmes n'ont pas accès en raison de leur orientation sexuelle qui les disqualifie pour formuler et porter un tel projet.

- Discrimination en raison de la conjugalité :
Une femme peut aujourd'hui accéder à l'arrangement social que constitue la PMA sous la seule condition d'être en couple avec un homme. Si elle n'est pas en couple, elle ne peut accéder à cet arrangement.

b. Ne pas reconnaître la légitimité d'un projet mono ou homo-parental par PMA est incohérent au regard du droit et de la réalité de la parenté

L'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires poserait la question de la légitimité d'un projet mono ou homo-parental – notons que la validité des projets parentaux des couples hétérosexuels n'est jamais interrogée.

Dans les textes et dans les faits, cette question a déjà été tranchée.

- Dans les textes :
L'adoption est ouverte aux personnes célibataires depuis 1996[25] et à tous les couples depuis 2013 :

  - Article 343 du Code civil
  L'adoption peut être demandée par deux époux non séparés de corps, mariés depuis plus de deux ans ou âgés l'un et l'autre de plus de vingt-huit ans.

  - Article 343-1 du Code civil
  L'adoption peut être aussi demandée par toute personne âgée de plus de vingt-huit ans. Si l'adoptant est marié et non séparé de corps, le consentement de son conjoint est nécessaire à moins que ce conjoint ne soit dans l'impossibilité de manifester sa volonté.

- Dans les faits :
Le schéma de la parenté et de la parentalité nucléaire (un père, une mère et un.e ou plusieurs enfants) coexiste aujourd'hui avec bien d'autres schémas, tels que les configurations mono-parentales, ou recomposées. Ce même mouvement de diversification de la parenté et de la parentalité est un mouvement de mise à égalité des projets parentaux, qu'ils soient portés par une ou plusieurs personnes, de même sexe ou de sexes différents.

Dans l'adoption et la PMA avec donneur, ce qui rend l'individu parent, ce n'est pas la procréation mais bien l'intention d'être parent. Et c'est bien ce que l'ouverture de la PMA aux couples hétérosexuels a reconnu dès 1994, en permettant dès le début l'engendrement avec tiers donneur. Avec cette technique, un des deux individus accouche et l'autre devient parent sans procréation. L'ouverture de la PMA à toutes les femmes achèverait de reconnaître cette approche de la parenté et de la parentalité et à rendre cette dernière indépendante de la sexualité ou la conjugalité des personnes.

25 Loi n° 96-604 du 5 juillet 1996 relative à l'adoption

c. L'ouverture de la PMA à toutes les femmes n'entrave pas le principe fondamental de dignité de la personne humaine

L'ouverture de la PMA à toutes les femmes ne contrevient pas au principe fondamental de dignité de la personne humaine et de non-patrimonialité du corps humain. L'article 16-5 du Code civil reconnait en effet que « les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles[26] ».

Ce n'est pas le cas de la Gestation Pour Autrui, à laquelle le HCEfh s'oppose sans détour, du fait qu'elle suppose l'accès à un « don de gestation » qui engage totalement une femme pendant 9 mois. Ce don n'est en rien comparable au don de gamètes, encore moins à un don de sperme, nécessaire à la réalisation d'une PMA pour les couples de femmes ou les femmes célibataires.

Ainsi que l'indique Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, juriste :
« L'utérus et les ovocytes féminins demeurent à la fois absolument nécessaires à la reproduction et difficilement accessibles. Quant au premier, on sait que sa disponibilité engage par hypothèse nécessairement et totalement le corps de la femme pendant toute la durée de la grossesse ; dès lors, et sans qu'il soit besoin d'agiter le spectre de l'aliénation ou de la corruption nécessaire d'un éventuel consentement de la gestatrice, c'est cette dimension totale et ininterrompue de l'engagement du corps féminin pendant neuf mois qui pose problème, aggravé le cas échéant par les difficultés de penser les modes de conciliation entre volonté des parents d'intention et volonté de la gestatrice quant à son mode de vie, ses (éventuels) traitements médicaux et plus généralement, le suivi et les décisions liées à la grossesse. »[27]

La Gestation Pour Autrui perpétue également des inégalités de genre, de race[28] et de classe à l'échelle mondiale.

Enfin, il est intéressant de rappeler que la Gestation Pour Autrui est interdite par l'article 16-7 du Code civil qui prévoit que "toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle" et ce, pour tous les couples, et sans discrimination, qu'ils soient hétérosexuels (par exemple, lorsque la femme ne peut être enceinte en cas d'absence d'utérus) ou homosexuels. La Gestation Pour Autrui n'est donc pas un Droit des hommes, symétrique à la PMA qui serait considérée, elle, comme un Droit des femmes.

26 Article 16-5 du Code civil ; http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419300&dateTexte=20150421

27 Bioéthique et Genre : cadrage théorique, enjeux européens, Stéphanie Hennette Vauchez, Professeure de droit public, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, projet REGINE (Recherches et Etudes sur le Genre et les Inégalités dans les Normes en Europe : http://regine.u-paris10.fr*), paru in AF ZATTARA GROS, Bioéthique et Genre, Lextenso, 2013*

28 Le terme race renvoie ici à la construction sociale du système politique qui sépare et hiérarchise les individus selon leur(s) ethnique(s) réelle(s) ou supposée(s). Sous couvert de justifications naturelles, la race est souvent biologisée, renvoyant à une essentialisation des appartenances ethiques sociale et politique de ce système.

3. Les recommandations du HCEfh

a. Recommandation n°1 : Etendre l'accès à la PMA à toutes les femmes sans discrimination

Le HCEfh estime que l'ouverture de la PMA à toutes les femmes constituerait l'aboutissement d'un projet légitime et progressiste, s'inscrivant au-delà du cadre normatif qui hiérarchise les sexualités en reconnaissant aux seul.e.s hétérosexuel.e.s et aux seuls couples hétérosexuels la légitimité de leur désir d'enfant et la validité de leur projet parental.

Ouvrir la PMA à toutes les femmes – indépendamment de leur sexualité ou conjugalité, permettrait de franchir un pas supplémentaire vers l'égalité des droits entre toutes et tous.

Enfin, l'accès de toutes les femmes à la PMA constituerait un renforcement des droits sexuels et reproductifs, dans la continuité des avancées vers la maitrise par les femmes de leur fécondité, et la libre-disposition de leur corps.

b. Recommandation n°2 : Instaurer la possibilité d'une « déclaration commune anticipée de filiation » pour tous les couples ayant recours à une PMA

L'ouverture de la PMA aux couples de femmes exige de penser l'établissement de la filiation pour la mère qui n'accouche pas, la « mère non statutaire »[29].

Selon le droit en vigueur, les démarches d'établissement de la filiation entre des parents hétérosexuels et l'enfant né.e d'une PMA avec don sont identiques à celle établissant la filiation entre des parents hétérosexuels et l'enfant né.e d'une procréation charnelle :

- La femme qui accouche est la mère ;
- Dans les 3 jours suivant la naissance, le père doit se rendre à la mairie pour déclarer l'enfant et obtenir l'acte de naissance de l'enfant. Si le couple est marié, le mari est présumé être le père ; s'il n'est pas marié, il doit faire une reconnaissance de parternité ;
- Toute contestation de la filiation de la part des parents est interdite.

Dans le cadre du droit actuel en France, et si une PMA était réalisée par un couple de femmes, le lien de filiation avec la femme qui n'accouche pas ne pourrait être établi. Il faudrait donc que cette dernière soit mariée à sa compagne puis adopte l'enfant.

29 *Les « mères non statutaires » dans les couples lesbiens qui élèvent des enfants, Dialogue 2006/3 (no 173),* http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=DIA_173_0071

C'est le modèle qui prévalait en Belgique depuis l'ouverture de la PMA pour les couples de femmes en 2007. Cela a été modifié fin 2014. Auparavant, les couples devaient se marier pour que la mère qui n'a pas de lien biologique avec l'enfant puisse adopter l'enfant de sa conjointe. Dorénavant, la filiation automatique est étendue aux couples de lesbiennes mariées ayant eu recours à la procréation médicalement assistée.

Le rapport «Filiation, origines, parentalité» rendu au gouvernement en avril 2014[30] propose d'instaurer une «déclaration commune anticipée de filiation» pour tous les couples ayant recours à une PMA :

- elle serait signée par les deux parents devant un notaire, reconnaissant ainsi un projet indivisible du couple (étape déjà obligatoire pour recourir à une PMA avec don) ;
- elle permettrait de ne pas hiérarchiser les deux parents : parent biologique ou non ;
- elle éviterait de passer par le principe de pseudo-filiation génétique.

Une distinction sera faite entre les actes publics d'état civil, sans mention de la modalité de filiation (charnelle, adoptive ou recours à la PMA), et les actes complets d'état civil, avec mention du mode de filiation, accessible uniquement à l'enfant.

Le HCEfh recommande d'ouvrir cette possibilité.

c. Recommandation n°3 : Aligner la prise en charge financière des actes de PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires sur les modalités de prise en charge prévues pour les couples hétérosexuels

Le présent Avis porte sur les questions de discrimination en raison de la sexualité ou de la conjugalité. Mais d'autres critères de discrimination sont également en jeu, en particulier les inégalités sociales ou le handicap.

Afin de garantir une égalité sociale d'accès à la technique, le HCEfh recommande d'aligner le mode de remboursement par la sécurité sociale des frais engendrés par les PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires, de la même manière que le sont ceux pour les PMA pratiquées par les couples hétérosexuels.

Aujourd'hui, dans le cas d'une PMA réalisée par un couple hétérosexuel, sont pris en charge[31] : les actes de PMA jusqu'au 43e anniversaire de la femme ; une seule insémination artificielle par cycle, dans la limite de six inséminations artificielles ; 4 tentatives de fécondation in vitro.

Il faudra également veiller à l'égal accès de toutes femmes, et notamment les femmes handicapées à la maternité, et notamment via les techniques de PMA. Cette question s'inscrit plus largement dans une réflexion à mener sur la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs des femmes handicapées.

30 Rapport « Filiation, origines, parentalité : le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle », d'Irène THERY, Anne-Marie LEROYER, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de la famille, www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000203/

31 Arrêté du 25 janvier 2000, modifiant l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale, Journal officiel du 26 janvier 2000.

Remerciements

La présente contribution a été réalisée par la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du HCEfh avec le concours de personnalités extérieures, et avec l'appui du Secrétariat général du HCEfh. Que l'ensemble de ces personnes en soient remerciées.

Nous tenons à remercier tout particulièrement l'implication de :

- Nathalie BAJOS, Sociologue – démographe, directrice de recherche à l'Inserm ;
- Magali DE HAAS, Représentante de l'association Osez le féminisme ! ;
- Alexandre JAUNAIT, Maître de conférences en sciences politiques, Université de Poitiers ;
- Françoise LAURANT, Membre du bureau national de la Ligue de l'enseignement et Présidente de la commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » ;
- Véronique SEHIER, Co-présidente du Planning Familial.

Ainsi que l'ensemble des membres de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » :

- Maudy PIOT, Présidente de l'association "Femmes pour le dire, femmes pour agir, Femmes handicapées, citoyennes avant tout !" (FDFA) ;
- Nathalie TOURNYOL DU CLOS, Haute fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Autres membres du HCEfh :

- Danielle BOUSQUET, Présidente du HCEfh ;
- Marie CERVETTI, Présidente de l'association « FIT, une femme un toit » ;
- Marie-Françoise LEBON-BLANCHARD, Inspectrice générale adjointe des Services judiciaires, Haute fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes du Ministère de la Justice, représentée par Catherine MOCKO ;
- Gilles LAZIMI, Médecin généraliste au centre municipal de santé de Romainville, responsable des actions de prévention santé.

Personnalités extérieures auditionnées devant la Commission :

- Jocelyne FILDARD, Co-présidente de la coordination lesbienne de France ;
- Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, Professeure de droit public, Directrice du Master 2 « Droits de l'Homme », Université Paris Ouest Nanterre La Défense ;
- Pierre JOUANNET, Professeur d'histo-embryologie, ancien président de la fédération des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) et auteur du rapport Ouverture de l'Assistance médicale à la procréation avec sperme de donneur (AMPD) à des indications non médicales, de l'Académie de Médecine ;

- Anne-Marie LEROYER, Juriste, Professeure à l'Ecole de Droit à la Sorbonne, Université Paris I, et rapporteure du Groupe de travail « Filiation, origines, parentalité », constitué en octobre 2013 par Dominique BERTINOTTI, alors ministre en charge de la Famille ;
- Irène THERY, Sociologue, Présidente du Groupe de travail « Filiation, origines, parentalité ».

Pour le Secrétariat général :

- Référente : Claire GUIRAUD, Responsable des études et de la communication, responsable du suivi des travaux de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » ;
- Céleste DANOS, Louise DELAVIER, Amélie DURIN, chargées de projet stagiaire ;
- Romain SABATHIER, Secrétaire général.

Relecture juridique par Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ dans le cadre de la convention de partenariat entre le HCEfh et REGINE (Recherches et d'Etudes sur le Genre et les Inégalités dans les Normes en Europe) et par Anne-Marie LEROYER.

Explications de vote

Cet Avis a été adopté à une très large majorité des votes exprimés.

M. Bertrand FRAGONNARD, Président du Haut Conseil de la Famille, et M. Benoît VALLET, Directeur Général de la Santé, n'ont pas souhaité prendre part au vote.

Annexe – Les étapes de la PMA

Déroulé :

1. Bilan d'infertilité
2. Consentement des membres du couple
3. Don de gamètes
4. Procédure médicale
5. Etablissement de la filiation
6. Accès aux origines

1. Bilan d'infertilité

- En cas de difficultés à concevoir durant plus de 6 mois de rapports réguliers, le couple se tourne vers des spécialistes de la fertilité : médecin de famille ou gynécologue en premier recours.
- Le médecin prescrit au couple le test de Hühner : un prélèvement de glaire cervical 6 à 12 heures après le rapport sexuel, afin de voir la qualité de celle-ci suite à la pénétration des spermatozoïdes.
- Des examens complémentaires sont prescrits selon les résultats du premier test. Pour les femmes : mesure des taux hormonaux, échographie pelvienne, hystérosalpingographie, et si besoin, biopsie de l'endomètre, cœlioscopie, bilan hormonal dynamique, IRM de la région abdomino-pelvienne ; pour les hommes : analyse de sperme et, en cas d'anomalie, échographie des organes génitaux, bilan hormonal, analyse du caryotype. Ces examens durent plusieurs mois.
- Ce bilan permet au médecin d'évaluer le délai souhaitable pour une prise en charge en fonction des chances de conception naturelle (selon l'âge notamment) et propose une prise en charge adaptée au couple.
- Si les médecins ne trouvent pas de cause à l'infertilité du couple, ils diagnostiquent une « infertilité inexpliquée », auquel cas une PMA (avec ou sans don) est tout de même possible.

2. Consentement des membres du couple

- Le couple passe plusieurs entretiens avec une équipe médicale, dans un Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS). Ces rendez-vous portent sur les motivations du couple et visent à informer sur les possibilités de réussite et d'échec des techniques de PMA, leurs effets secondaires, leurs risques, leur pénibilité et leurs contraintes, sur les conséquences d'une éventuelle séparation du couple ou du décès de l'un des partenaires, sur les éventuelles décisions de transfert d'embryon, et sur la réglementation en vigueur et les techniques existantes, avec la remise d'un dossier-guide spécifique.
- Le couple a un délai de réflexion d'un mois, au terme duquel il doit affirmer son consentement. L'équipe médicale peut éventuellement imposer un délai de réflexion supplémentaire d'un mois.

- Les partenaires doivent :
  - dans le cas d'une PMA sans don, confirmer leur demande par écrit auprès de l'équipe médicale ;
  - dans le cas d'une PMA avec don de sperme ou d'ovocyte, apporter leur consentement par déclaration conjointe devant la ou le président.e du tribunal de grande instance de leur choix, son/sa délégué.e, ou devant notaire ;
  - dans le cas d'une PMA par accueil d'embryon, formuler une demande d'autorisation écrite devant la ou le président.e du tribunal de grande instance du lieu de leur domicile (ou du centre de conservation des embryons en cas de résience à l'étranger). En cas d'acceptation, la ou le président.e du TGI délivre une autorisation d'accueil d'embryon pour une durée de 3 ans.

3. Don de gamètes

- Les dons de gamètes ont lieu dans un CECOS[32]. Il y a 23 CECOS en France, au sein de centres hospitalo-universitaires (CHU). Ils sont associés aux services de médecine de la reproduction et comprennent à la fois une équipe médicale pluridisciplinaire (biologistes, psychologues, généticiens, techniciens, etc.) et une plateforme de cryobiologie ayant pour mission le recueil et la conservation de spermatozoïdes, d'ovocytes, d'embryons ou de tissus testiculaires et de tissus ovariens.

- Préalablement au don, le/la donneur.euse a un entretien d'information, signe un consentement (ainsi que son conjoint.e s'il/elle est en couple) sur lequel il/elle peut revenir à tout moment jusqu'à l'utilisation des gamètes et passe des examens médicaux (recherche du groupe sanguin ; recherches d'infections telles que la syphilis, l'hépatite B ou C, le Sida ; enquête généalogique sur le donneur et sa famille pour dépister les maladies éventuellement transmissibles ; examen des chromosomes).

  - Le don d'ovocytes : il consiste en une stimulation ovarienne durant 10 à 12 jours et un prélèvement fait au cours d'une journée d'hospitalisation. Les ovocytes sont destinés à des couples receveurs préalablement choisis. Après le prélèvement, les ovocytes sont confiés à un laboratoire pour une fécondation *in vitro*. Ils peuvent, depuis la révision de la loi de bioéthique en 2011, être congelés (vitrification ovocytaire) pour une fécondation *in vitro* ultérieure.

  - Le don de sperme : le premier prélèvement permet d'étudier le sperme, notamment sa résistance à la congélation. D'autres recueils sont ensuite effectués. Après le don, les spermatozoïdes sont congelés en paillettes d'environ 0,3 ml pour être conservés. Le sperme d'un donneur peut être utilisé pour 10 PMA au maximum.

  - Le don d'embryon : un couple ayant congelé des embryons lors d'un processus de FIV peut décider de les donner à un autre couple de manière anonyme. Cependant, le « double don » de gamètes n'est pas autorisé.

- Le nombre de dons de sperme et d'ovocytes est inférieur au nombre de couples demandeurs de gamètes. Selon l'Agence de Biomédecine, il faudrait recruter 900 donneuses d'ovocytes et 300 donneurs de sperme pour répondre aux besoins des demandeurs en 2015. Depuis plusieurs années, elle mène des campagnes d'information et de recrutement sur le don de gamète.

32 Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS)

4. Procédure médicale

- Les PMA, toutes techniques confondues, ont un taux de réussite de 14,7%[33].

- Délai des PMA
  - Le délai d'attente pour un don de sperme peut varier entre un et deux ans ; celui pour un don d'ovocyte est souvent plus long en raison du manque important de ce type de don.
  - Les tentatives d'IAD (Insémination avec Donneur)sont souvent espacées de 1 à 3 mois. Pour les FIV, les tentatives sont le plus souvent espacées de 6 mois, soit deux tentatives par an. Ce délai est plus long pour les femmes jeunes que pour celles de plus de 38 ans et certains centres peuvent décider d'avoir des délais de 1 an ou plus.
  - Généralement, après 6 IAD non abouties (nombre maximum pris en charge par la sécurité sociale), les cliniques orientent les couples vers une FIV.

5. Prise en charge des frais

Sont pris en charge :

- Les actes de PMA jusqu'au 43e anniversaire de la femme ;

- Une insémination artificielle par cycle, dans la limite de six inséminations artificielles ;

- 4 tentatives de fécondation *in vitro*[34].

6. Etablissement de la filiation

- A la naissance de l'enfant né.e d'une PMA avec don, les démarches d'établissement de sa filiation sont identiques à celle d'un enfant né d'une procréation « classique ».

- Dans les 3 jours suivant la naissance, le père doit se rendre à la mairie pour la déclarer et obtenir l'acte de naissance de l'enfant. Si le couple est marié, le mari est présumé être le père ; s'il n'est pas marié, il doit signer un acte de reconnaissance.

- Toute contestation de la filiation de la part des parents est interdite.

- Dans le cadre légal actuel, pour un couple de femmes, un lien de filiation avec la mère non-biologique ne pourrait pas être établi. Il faudrait avoir recours à l'adoption de l'enfant par la deuxième mère pour l'établir.

- Aucun lien de filiation ne peut être établi entre le donneur et l'enfant.

7. Accès aux origines

- Aujourd'hui en France, les enfants né.e.s de PMA avec don n'ont pas la possibilité de connaitre l'identité de leur donneur.euse.

33 Agence de la biomédecine, Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2011.

34 Arrêté du 25 janvier 2000, modifiant l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale, Journal officiel du 26 janvier 2000.

HCEIfh

35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS

Pour plus d'informations :

Suivez-nous sur **twitter** : **@HCEfh**

Découvrez les ressources et les travaux du HCEfh sur **notre site internet** : **www.haut-conseil-egalite.gouv.fr**

Abonnez-vous à la lettre d'information sur le site :
http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/autres-rubriques/article/lettre-d-information et consultez les anciens numéros en ligne

Contactez-nous : haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr

Maquette et impression : Pôle Conception graphique-Fabrication – DSAF – Juin 2015