



*REPUBLIQUE FRANÇAISE*



OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION  
DES CHOIX SCIENTIFIQUES ET TECHNOLOGIQUES

## **PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : ENJEUX ET DÉFIS ÉTHIQUES**

**COMPTE RENDU DE L'AUDITION PUBLIQUE  
OUVERTE À LA PRESSE  
DU MARDI 10 JUIN 2008**

Organisée par :

**Alain CLAEYS, Député de la Vienne**

**Jean-Sébastien VIALATTE, Député du Var**



## SOMMAIRE

<b>ACCUEIL .....</b>	<b>5</b>
▶ M. Alain CLAEYS, Député de la Vienne.....	5
▶ M. Jean-Sébastien VIALATTE, Député du Var.....	7
<b>PROGRÈS SCIENTIFIQUES ET FUTURS ENJEUX ÉTHIQUES .....</b>	<b>11</b>
▶ M. Henri ATLAN, Professeur à l'École des hautes études en sciences sociales .....	11
▶ M. Axel KAHN, Président de l'université Paris V- Descartes, membre de l'Académie des sciences, membre du Conseil scientifique de l'OPECST .....	17
▶ Débat .....	22
<b>ACCÈS À L'AMP EN FRANCE : BILAN ET ÉVOLUTIONS POSSIBLES.....</b>	<b>27</b>
▶ M. François THÉPOT, Adjoint au directeur médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine.....	27
▶ M. Pierre JOUANNET, Vice-président du Comité médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine, médecin à l'hôpital Cochin, membre correspondant de l'Académie de médecine.....	34
▶ Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER, Professeur de droit à l'université Paris V- Descartes, membre du Comité consultatif national d'éthique.....	43
▶ Débat .....	51
<b>ACCÈS AUX ORIGINES OU ANONYMAT ?.....</b>	<b>59</b>
▶ Mme Carine CAMBY, Ancienne Directrice générale de l'Agence de la biomédecine.....	59
▶ Mme Hélène GAUMONT-PRAT, Professeur de droit à l'université Paris-VIII, Directrice du laboratoire « droit médical et droit de la santé », ancien membre du Comité consultatif national d'éthique .....	63
▶ Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL, Psychanalyste.....	66
▶ Mme Irène THÉRY, Sociologue, Directrice d'études à l'École des hautes études en sciences sociales.....	69
▶ Débat .....	75
<b>GESTATION POUR AUTRUI : INTERDICTION OU AUTORISATION ?.....</b>	<b>83</b>
▶ M. Israël NISAND, Gynécologue obstétricien, chef de service aux hôpitaux de Hautepierre (Strasbourg) ....	83
▶ Mme Dominique MEHL, Sociologue, Directrice de recherches au CNRS .....	88
▶ Mme Jacqueline MANDELBAUM, Membre du Comité consultatif national d'éthique, responsable du laboratoire de fécondation <i>in vitro</i> de l'hôpital Tenon .....	92
▶ Débat .....	97
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>101</b>



## ACCUEIL

La séance est ouverte à 14 heures 10 sous la présidence de Monsieur Alain CLAEYS, Député de la Vienne.

### ► M. Alain CLAEYS, Député de la Vienne

Au nom de Claude BIRRAUX, Président de l'Office parlementaire, et de Jean-Sébastien VIALATTE, je vous souhaite la bienvenue à l'Assemblée nationale pour cette troisième audition publique sur l'évaluation de la loi bioéthique de 2004.

Avant de revenir sur le sujet de cette audition, je voudrais resituer les débats que nous aurons aujourd'hui. La loi prévoit, depuis 1994, que l'Office parlementaire se saisisse, tous les quatre ans pour l'évaluer et, éventuellement, suggérer des révisions. Dans le même temps, le Premier Ministre a saisi le Conseil d'État sur cette question. Il peut également saisir le Comité national consultatif national d'éthique. Cette année, il semblerait qu'un dispositif complémentaire vienne s'ajouter à cet ensemble : l'organisation d'États généraux.

À l'évidence, la représentation nationale ne s'opposera pas à ce principe de consultation des citoyens. Néanmoins, sur un sujet aussi difficile, cette consultation nécessite que certaines précautions soient prises. Je suis convaincu que l'exécutif, qui sera en charge de ces États généraux, saura les prendre. Nous souhaitons que le Parlement soit totalement associé à cette démarche. La loi prévoit que l'Office rende un rapport, sur cette question, pour éclairer le Parlement. Nous effectuerons ce travail. L'organisation des États généraux exigera une bonne coordination avec le Parlement.

L'audition de ce jour porte sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) dont le cadre législatif a été peu modifié en 2004. Elle constitue une étape essentielle dans notre évaluation. En 2004, nous avons très peu évoqué ce sujet puisque, à l'époque, le débat portait sur la recherche et, particulièrement, sur la recherche sur les cellules souches. Déjà, lors de notre première audition publique, les problèmes anciens et plus récents que soulève l'assistance médicale à la procréation ont été mis en évidence par de nombreux intervenants dont certains nous font le plaisir d'être, de nouveau, présents aujourd'hui.

Depuis 1994, voire depuis 2004, des évolutions de tous ordres se sont produites, conduisant à des interrogations sur le bien-fondé de certaines dispositions de nos lois successives de bioéthique. Au niveau scientifique, des progrès ont été accomplis grâce à la technique de l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes (l'ICSI) qui permet de combattre certaines stérilités

masculines. Or, ce n'est qu'en 1994 qu'un premier bébé est né grâce à cette technique, dont l'utilisation s'est progressivement généralisée depuis. En 1994, quand le législateur a examiné la loi, l'impact de la technique de l'ICSI n'a pas pu être étudié.

Par ailleurs, les pays voisins du nôtre se sont dotés de lois de bioéthique, plus ou moins contraignantes. Ceci a bouleversé le paysage juridique et suscité un tourisme procréatif que notre réglementation n'interdit pas, voire est susceptible de favoriser. Parallèlement, les sites Internet concernant la procréation fleurissent et se spécialisent. On y trouve le pire et le meilleur. L'utilisation généralisée de cet outil a transformé le recours et l'usage, par nos concitoyens, des techniques de procréation.

La naissance d'Amandine nous paraît, aujourd'hui, bien lointaine. Les émerveillements et espoirs suscités par les promesses de cette victoire contre la stérilité se mêlent encore à l'inquiétude devant la toute puissance technique. À partir du moment où les gamètes peuvent se rencontrer hors du corps humain, toutes sortes de combinaisons deviennent imaginables.

Symétrie du don de sperme, le don d'ovocyte voit le jour à la fin des années quatre-vingt. L'enfant, issu de ce don féminin, aura un père biologique et social et deux mères, l'une génétique, l'autre légale. En cas de stérilité des deux côtés, un don d'embryon peut être effectué par un couple ayant subi, lui-même, des traitements et bénéficiant d'embryons en surnombre. L'enfant aura, alors, quatre parents : deux biologiques et deux sociaux. Certains pays permettent le recours aux mères porteuses qui accueillent, le temps d'une gestation, l'embryon d'un couple dans lequel la femme, privée d'utérus, mais ayant des ovocytes, ne peut conduire, elle-même, sa grossesse. L'enfant aura, alors, un père génétique et deux mères, l'une étant génétique et sociale, l'autre étant gestatrice. Parenté sociale et parenté biologique ne coïncident plus obligatoirement.

Au milieu des années quatre-vingt, un processus de concertation est entamé en vue de l'élaboration de législations adaptées. Il débouche, en 1994, sur l'adoption de la loi de bioéthique. Cette loi interdit la gestation pour autrui, ferme l'accès de l'AMP aux célibataires et aux homosexuels et instaure un régime de don anonyme et gratuit des gamètes. La révision de cette loi, en 2004, ne remet pratiquement pas en cause les dispositions concernant l'AMP. Aujourd'hui, nous nous penchons, de nouveau, sur ce sujet. Les États généraux de la bioéthique, prévus – nous a-t-on dit – pour le premier semestre de 2009, aborderont, sans nul doute, ce thème. Les choix qui, en 1994 et en 2004, ont fait l'unanimité seront-ils, de nouveau, entérinés ou bien faudra-t-il, à la lumière des transformations de notre société et des évolutions que connaissent les législations des pays voisins, les remettre en question ?

Pour ma part, en tant que co-rapporteur de l'Office, je soutiens les avancées scientifiques et techniques qui permettent d'accroître les chances de palier ou de guérir la stérilité. Toutefois, mes positions sont connues. Je

m'opposerai, avec la plus grande fermeté, à toute dérive impliquant une marchandisation du corps des femmes. Si évolutions il y a, celles-ci devront se faire dans le respect des droits de tous les intervenants : droits de l'enfant à une identité et une filiation clairement établies ; droits du donneur ou de la donneuse au respect de son intégrité physique et de son consentement éclairé ; droits des femmes et des hommes stériles à une information précise sur les centres auxquels ils s'adressent et à un accès plus équitable à ces centres ; enfin, si le législateur l'admettait, un encadrement extrêmement strict de la gestation pour autrui, assorti d'une protection rigoureuse des éventuelles mères porteuses.

La quête de l'enfant à tout prix émeut. Parallèlement, l'absence fréquente de réponse des couples sur le devenir de leurs embryons surnuméraires inquiète. Quel est le projet parental d'un couple introuvable, qui a changé d'adresse et ne se prononce pas ? La réflexion sur la procréation médicalement assistée ne peut, ni ne doit, être disjointe de l'ensemble de l'évaluation de la loi de bioéthique. Il ne s'agit pas de légiférer par petites touches, au gré des procédures en cours ou des modèles législatifs des pays anglo-saxons. Il convient de s'interroger sur la dissociation entre sexualité et procréation et sur les raisons de la quête de leurs origines biologiques menée, en France comme à l'étranger, par certaines personnes nées grâce à un don anonyme.

Plus généralement, je me demande ce que signifie, pour une société, cette « biologisation » des rapports humains, cette fascination pour la génétique qu'implique, dans certains cas, le recours à la procréation médicalement assistée alors que, paradoxalement, les familles recomposées tendent à devenir une norme et que de nombreux enfants ne sont pas élevés par leurs parents biologiques.

La croyance en la science censée répondre à tous les désirs, est inquiétante et illusoire. Elle conduit à des désillusions et rend les échecs amers. Même si les progrès sont encore possibles, le droit à l'enfant n'est pas garanti par la science, et l'information sur ce point est capitale. En outre, ce qui est scientifiquement possible est-il moralement, juridiquement et socialement acceptable ? J'espère que le débat de cet après-midi permettra d'éclairer notre réflexion de législateur sur ces sujets. Je donne la parole à Jean-Sébastien VIALATTE.

### ► M. Jean-Sébastien VIALATTE, Député du Var

Je m'associe aux remerciements formulés par Alain CLAEYS et souhaite prolonger ses propos liminaires par une réflexion que m'inspirent à la fois mon rôle de législateur et mon activité de biologiste praticien de quartier. Cette activité me met en contact avec des couples infertiles. Je connais parfaitement bien le drame que ces couples vivent et le poids de la quête d'un enfant. Je mesure surtout l'impact physique et psychique des traitements que doivent supporter les femmes. En définitive, ce sont elles qui subissent la plus lourde charge.

Au cours des auditions que nous avons menées auprès de différentes personnalités et des associations, dont certaines sont présentes aujourd'hui, nous

avons entendus des discours et perçu des attentes contradictoires. Nos lois de bioéthique sont fondées sur plusieurs principes (le consentement, l'anonymat et la gratuité) tirés de la réglementation du don du sang en France. Ces principes ont été appliqués, dès l'origine, par les centres de conservation et d'étude des œufs et du sperme humain (CECOS) et ont inspiré le législateur de 1994, comme celui de 2004. Toutefois, selon les interlocuteurs que nous avons rencontrés, ce qui semble justifié pour le don du sang ou le don d'organes ne va pas forcément de soi pour le don de gamètes. Je m'interrogerai, avec vous, sur ce point. La question du suivi et de l'indemnisation des donneuses d'ovocytes doit être posée. Ce don n'est pas anodin. Il comporte des risques et de multiples contraintes.

Si j'attends de nombreuses réponses, de nos experts que sont Henri ATLAN et Axel KAHN, sur le futur de l'AMP, je contemple le présent. Que constate-t-on en France ? L'accès à l'assistance médicale à la procréation paraît inégalitaire selon les régions. Certains centres obtiennent de meilleurs résultats que d'autres. Cependant, ces résultats n'étant pas publiés centre par centre, seul le bouche à oreilles renseigne. Ce n'est pas une solution convenable.

Certains spécialistes considèrent que les résultats de l'AMP, en France, ne sont pas bons, comparés à ceux obtenus en Espagne ou au Royaume-Uni, en raison, notamment, de l'âge des donneuses d'ovocytes. Par ailleurs, les délais d'attente sont longs et décourageants. Devant la pénurie de gamètes et notamment, d'ovocytes, la pratique de la double liste semble s'être généralisée. On raccourcit le délai d'attente de celles et ceux qui viennent avec un donneur ou une donneuse. Certes, la loi n'est pas détournée puisque le don est croisé. Cependant, quels sont les rapports entre la donneuse, qui devra subir anesthésie et stimulation, et le couple en projet parental, qui a évoqué le problème avec elle ?

Le principe de l'anonymat constitue une autre problématique. Pour l'instant, je reste attaché à ce principe. En même temps, je comprends mal que les CECOS aient la responsabilité d'une sorte d'état civil parallèle dont l'accès est réservé aux seuls médecins. Ceux-ci sont, de ce fait, condamnés à une forme de toute puissance. D'un côté, on incite les parents d'intention à expliquer à leurs enfants les conditions de leur naissance ; de l'autre, ils ne peuvent rien dire de plus que ce qu'ils savent du donneur ou de la donneuse, c'est-à-dire rien. Il est nécessaire de réfléchir ensemble à ce paradoxe qui conduit certains parents à conserver un secret qui peut être à tout moment, découvert par l'enfant et lui être préjudiciable.

Si comme vous tous, je suis ému par la détresse des femmes atteintes de malformation de l'utérus ou condamnées, par la maladie, à ne pas pouvoir mener une grossesse alors qu'elles ont des ovocytes, je ne suis pas convaincu par le recours à la maternité de substitution pour l'instant. Ce système pourrait selon moi, conduire à des dérives mercantiles. Il comporte des risques pour la mère porteuse et des facteurs de déception pour les couples qui tentent cette aventure. Je n'énumérerai pas les diverses affaires qui ont défrayé la chronique sur ce point ici et ailleurs.



Quand on analyse les législations qui encadrent cette pratique dans certains pays voisins, on constate que, si les droits de la mère porteuse sur l'enfant qu'elle porte pour autrui sont garantis, ceux des parents ne le sont pas toujours et inversement. Le vivant n'est pas une marchandise. Les spécialistes présents évoqueront cette délicate question. S'ils parvenaient à me convaincre, je serais prêt à revenir sur la position qui est la mienne, à condition, bien sûr, que les dispositions prises s'inscrivent dans un très strict encadrement.

Je m'interroge également sur l'existence de collections d'embryons surnuméraires et sur le silence, souvent prolongé, des couples. Cela engendre un malaise dont je souhaiterais débattre.

Nous pressentons bien que, contrairement au débat de 2004 qui a manifestement porté sur les cellules souches embryonnaires, celui de 2010 traitera, en grande partie, des problèmes de procréation. Notre discussion de ce jour nous permettra de progresser dans notre réflexion et de cerner, avec plus de précisions, les enjeux présents et futurs.



## PROGRÈS SCIENTIFIQUES ET FUTURS ENJEUX ÉTHIQUES

### ► M. Jean-Sébastien VIALATTE

Je donne la parole au Professeur ATLAN que chacun connaît. Le Professeur ATLAN a accepté de participer à notre Comité de pilotage et, avant de lui donner la parole, je souhaiterais connaître sa position sur l'utilisation des embryons surnuméraires, même si ce n'est pas tout à fait le thème du débat de ce jour, et qu'il évoque l'utérus artificiel : est ce une métaphore ou la réalité du futur ?

### ► M. Henri ATLAN, Professeur à l'École des hautes études en sciences sociales

Je vous remercie. Je n'évoquerai pas l'utérus artificiel, mais d'un certain nombre de points que j'ai essayé d'expliquer dans ce livre intitulé « *U.A. Utérus Artificiel* ».

Comme vous le savez, les procréations médicalement assistées permettent de soulager de nombreuses souffrances liées à des infertilités. Cependant, la pratique a créé des situations et des problèmes nouveaux. Alain CLAEYS a déjà évoqué les situations nouvelles engendrées par la dissociation de la procréation et de la sexualité. La sexualité sans procréation a toujours existé. C'est même un des signes distinctifs de l'espèce humaine. En revanche, la procréation sans sexualité constitue une nouveauté radicale dans l'histoire de l'humanité. Évidemment, j'évoque ici la sexualité macroscopique puisqu'il y a toujours pour le moment, la sexualité microscopique des gamètes.

Je voudrais mettre en évidence une interrogation nouvelle : qui décide de faire des enfants ? Autrefois, cette question ne se posait pas. Les enfants venaient, sans être planifiés, dès qu'un couple se constituait, et celui-ci les recevait comme il le pouvait. Avec la contraception, qui a permis le contrôle des naissances et le *planning familial*, nous avons commencé à décider d'avoir ou non un enfant. Cette décision était celle de la femme et cette décision ne sortait pas de l'intimité du couple. Je vous rappelle l'expression : « *un enfant si je veux, quand je veux* ».

La situation a complètement changé avec la pratique des procréations médicalement assistées. La décision implique, désormais, l'intervention d'un tiers, en l'occurrence la société par le biais de l'équipe médicale qui met en œuvre la technique. Dans ce cadre, qui décide de l'application d'une technique lourde et coûteuse ? Qui a le droit d'accéder à cette technique ?

Face à ces questions, un éventail de réponses législatives existe et, dans cet éventail, deux extrêmes. L'un est celui qui a cours aux États-Unis, pays dans lequel la valeur suprême est celle de la liberté individuelle. La décision appartient à l'individu quel qu'il soit : homme, femme, couple, hétérosexuel, homosexuel. À l'autre extrême, se trouve la position de la France où c'est la société qui décide qui a accès aux techniques, et la loi prévoit que cet accès est réservé aux couples hétérosexuels stables.

Ces deux positions extrêmes ont chacune des avantages et des inconvénients. La position individualiste respecte le désir de chacun en toutes circonstances, mais crée une inégalité par l'argent puisque chacun doit supporter le coût financier de l'opération. En revanche la position française peut se prévaloir de l'avantage de l'égalité, au moins dans le principe puisque les frais sont pris en charge par la société. Cependant elle implique ce que certains considèrent comme une intrusion insupportable dans la vie privée.

Par ailleurs, la question du désir individuel se pose de façon nouvelle. Le désir d'enfant n'est pas toujours libre. Il peut être aliéné et comme le soulignait Claire BRISSET, il est parfois éphémère. Sur ce sujet aussi, la pratique des procréations médicalement assistées a engendré des modifications car la nature du désir d'enfant a changé. Dans la procréation non médicalement assistée, le désir est relativement passif. Il s'agit de laisser faire la nature en ne s'opposant ni à la conception par des contraceptifs, ni à la grossesse par une interruption volontaire de grossesse. Dans la pratique des procréations médicalement assistées, le désir est actif au travers de la mise en œuvre de la technique. Il change de nature du fait de l'intervention de tiers et de techniques complexes. Il se décourage parfois ou se renforce, notamment face aux obstacles et à la frustration et plus encore si les obstacles sont légaux. Ce désir tend alors à se transformer et sa satisfaction peut être revendiquée comme un droit à l'enfant, dont on peut se demander de quelle sorte de droit il s'agit.

Je voudrais surtout souligner le caractère paradoxal de ce désir d'enfant biologique qui aboutit grâce aux techniques, à multiplier les options de filiation. Celles-ci ne sont plus que partiellement biologiques et sont de plus en plus socialement construites. Autrefois, l'on distinguait l'enfant légitime né d'un mariage et l'enfant naturel né en dehors du mariage. L'enfant légitime n'était évidemment pas moins naturel. Cependant, son statut social était attaché au mariage fondement légal de la famille. Cette distinction a pratiquement disparu et tend à être remplacée par une distinction entre enfant biologique et enfant non biologique ou social dont le modèle est l'adoption.

Il existe une ambiguïté que recouvre la notion même de « biologique » qui peut s'entendre comme naturelle, en tant que liée au fonctionnement du corps, ou comme artificielle, en tant que produite par des techniques dérivées des sciences biologiques et médicales. Entre parenthèses, on retrouve cette même ambiguïté à propos de l'agriculture dite « biologique » qui se veut naturelle, mais qui s'oppose

en cela à des techniques tout à fait biologiques, telles que celles des organismes génétiquement modifiés par exemple.

Dans le cas de la procréation, cette ambiguïté se traduit par le fait que la satisfaction du désir d'enfant biologique, associée à l'effacement des structures familiales traditionnelles, multiplie les options et les possibilités de choix pouvant conduire à des filiations éclatées entre trois, quatre, voire plus de parents, partiellement biologiques et partiellement sociaux. C'est dans ce domaine que la législation intervient nécessairement, dans la mesure où elle doit définir les droits de la famille et les structures de filiation.

Les lois sont différentes d'un pays à l'autre. On peut le déplorer dans ce monde où les échanges et la circulation des personnes se multiplient. Cependant, ce n'est pas forcément un désavantage. Souvent, on met en avant les différences de lois selon les pays pour tendre à une forme d'uniformisation. C'est peut-être une erreur. En effet, les nouvelles structures familiales qui se mettent en place constituent autant d'expérimentations sociales en temps réel.

Tout le monde est très sensible à l'expérimentation biologique sur l'homme et à ses dangers pourtant, actuellement, assez bien encadrés. L'expérimentation sociale, quant à elle, n'est pas dénuée de danger. Le fait que plusieurs sociétés différentes essaient des structures diverses peut constituer un avantage d'un point de vue comparatif. Je suppose que nous aurons l'occasion de revenir sur ces problèmes au cours des débats, notamment à propos des gestations pour autrui.

J'aborderai maintenant un point qui n'est pas tout à fait de l'ordre de l'assistance médicale à la procréation, mais qui malheureusement, lui est souvent associé dans une confusion qu'il faudrait pourtant parvenir à clarifier. Il s'agit de la problématique des lignées de cellules souches embryonnaires que l'on utilise, en laboratoire, dans un but de recherche fondamentale ou de thérapie cellulaire possible, sans qu'il ne soit jamais question d'implantation utérine ou de grossesse, donc en dehors de toute technique de procréation.

Historiquement, la confusion est venue de ce que les premières lignées de cellules souches embryonnaires, notamment chez l'animal, ont été obtenues à partir d'embryons avortés ou d'embryons produits par fécondation *in vitro*. Transposée à l'espèce humaine, cette technique est apparue comme un détournement de la procréation, une utilisation d'embryons à d'autres fins que leur développement en bébés ; ce que l'on a appelé une « *instrumentalisation* » de l'embryon, qu'une partie de l'opinion et certains courants religieux considèrent comme une offense à la dignité humaine. En fait, les sources de confusion, en ce domaine, sont encore plus profondes. Elles tiennent à une terminologie ancienne, rendue inadéquate du fait des découvertes de la biologie actuelle, en particulier de la biologie moléculaire et de la biologie post-génomique ou biologie des systèmes qui se développe actuellement.

Ce n'est pas comme on l'explique parfois, une simple question de mots car ceux-ci véhiculent des représentations. Les progrès de la biologie ont créé un écart de plus en plus grand, entre les représentations traditionnelles de la vie et de la mort, et des représentations nouvelles qui naissent des découvertes et des performances effectuées dans les laboratoires. Une confusion importante a été entretenue par un va-et-vient incessant entre des notions relativement récentes introduites par les sciences biologiques (gènes, cellules, évolutions génératrices d'espèces animales etc.), et des notions plus anciennes qui ne les recouvrent pas (vie, embryon, conscience, humanité, etc.). Les définitions anciennes ne sont plus pertinentes et les définitions nouvelles sont évolutives et, en outre, problématiques suivant l'état des connaissances qui se modifient sans cesse.

Ceci provient entre autre du fait que, pour la première fois, la science biologique permet de construire des artefacts. Autrefois seules la physique et la chimie permettaient de fabriquer des objets artificiels, la biologie était surtout une science d'observation. Elle est devenue, aujourd'hui, biotechnologie en fabriquant des objets artificiels vivants. C'est l'objectif explicite de ce que l'on dénomme biologie de synthèse. Il existe déjà des animaux transgéniques, créés à partir du transfert d'un gène d'une espèce dans une autre. Sur ce point, de nouveau, on doit prendre garde au vocabulaire employé. Certains, notamment des biologistes, emportés par l'enthousiasme devant ces souris synthétisant des protéines humaines parce qu'on leur a transféré des gènes humains, les nomment à tort « *souris humanisées* », comme si le gène transportait avec lui, une partie d'on ne sait quelle forme de l'homme, en oubliant qu'il n'est qu'un fragment d'ADN, c'est-à-dire de molécule.

Un exemple spectaculaire démontre comment la biologie actuelle provoque l'éclatement des définitions traditionnelles ; il concerne justement la notion d'embryon. Il ne s'agit évidemment pas de la question ancienne visant à déterminer à partir de quand un embryon est une personne humaine, mais plus en amont de celle qui consiste à savoir à partir de quand une cellule ou un groupe de cellules doit être considéré comme un embryon. C'est là une question nouvelle. Autrefois, la réponse évidente était : à partir de la fécondation. Cependant, quand c'est un ovule transformé sans fécondation, par transfert de noyau adulte, il n'y a pas de raison, *a priori*, de considérer cet artefact de laboratoire comme un embryon.

Il est vrai qu'après la naissance de Dolly et la preuve qu'il était possible de faire se développer un organisme à partir de transfert nucléaire donc sans fécondation, on a dénommé l'ovule transformé « *embryon* ». On voyait notamment dans son génome, l'organisme futur, contenu tout entier en puissance, avec toutes ses possibilités de développement. Cette conception est, aujourd'hui, de plus en plus reconnue comme étant erronée. De plus, cette problématique se trouve désormais dans un contexte scientifique nouveau du point de vue de la biologie fondamentale. Les retombées théoriques du clonage de mammifère, considéré comme impossible pendant très longtemps, ne sont pas pour rien dans

ce renouvellement de la biologie que nous dénommons biologie post-génomique ou biologie des systèmes.

Très schématiquement, aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles, deux conceptions s’opposaient, sur les mécanismes du développement. Selon le préformationnisme, l’œuf contient un organisme en miniature appelé *homonculus*, dans lequel tout est déjà présent. Le développement n’est alors qu’un accroissement. Au contraire, dans l’épigenèse, les structures de l’organisme apparaissent nouvelles au fur et à mesure du développement. Alors même que personne ne croyait plus vraiment à l’*homonculus*, la génétique moléculaire a institué, pendant quelques décennies, un néo-préformationnisme prétendant que tout était déjà présent dans le génome. Ce dernier était considéré comme un programme de développement n’ayant plus qu’à être exécuté. La notion même d’épigenèse avait totalement disparu des manuels de biologie. Or, l’importance de cette notion est de plus en plus reconnue, du fait de la découverte d’une plasticité cellulaire, insoupçonnée, dans les mécanismes moléculaires de régulation de l’activité des gènes.

Ceci explique l’importance de ce que l’on appelle désormais, l’épigénétique. Robin HOLLIDAY qui avait dès 1990 décrit la méthylation de l’ADN comme l’un des mécanismes moléculaires de l’héritabilité épigénétique en donnait la définition suivante : « *La génétique classique a révélé les mécanismes de transmission des gènes d’une génération à une autre. Mais, le rôle des gènes dans le déroulement du programme de développement reste obscur. L’épigénétique consiste en l’étude des mécanismes qui permettent le contrôle, dans le temps et dans l’espace, de l’activité de tous les gènes requis pour le développement d’un organisme complexe, du zygote à l’adulte* ».

Ainsi, contrairement à ce que l’on entend trop souvent, toutes les possibilités de développement ne se trouvent pas d’emblée dans la cellule initiale. Des possibilités nouvelles s’ajoutent, les unes et aux autres, au fur et à mesure du développement. Évidemment, une implantation réussie dans un utérus est une condition *sine qua non* pour que l’on puisse parler véritablement d’embryon.

Dans le cas de la fécondation *in vitro*, on parle « *d’embryon pré-implantation* » et l’on peut se demander s’il s’agit alors d’un embryon. Mais, dans les cas de transferts nucléaires, on perçoit bien que l’artefact n’est pas encore un embryon. Nous avons proposé, avec Mireille DELMAS-MARTY, de le dénommer « *pseudo-embryon* », bien qu’il puisse devenir sous certaines conditions, d’implantation utérine, un embryon. J’imagine que ce type de raisonnement n’est pas familier de tous. Néanmoins, ce gradualisme, observé tant dans le développement que dans l’évolution, conduit à abandonner des définitions essentialistes pour des définitions évolutives. L’essence de l’arbre n’est pas dans le germe. Ce qui n’est pas un arbre peut devenir un arbre ; ce qui n’est pas un homme peut devenir un homme ; ce qui n’est pas un embryon peut devenir un embryon.

Cela risque d'être encore plus évident dans un avenir, peut-être plus proche qu'on ne le croit. En activant certains gènes, des chercheurs américains et japonais ont réussi, en 2006, à dédifférencier des cellules de peau humaine et à les transformer en cellules souches pluripotentes semblables à des cellules souches embryonnaires et susceptibles de se développer et de se différencier à nouveau en produisant des cellules de tous tissus. C'est un exemple de plus, spectaculaire, de la plasticité cellulaire que j'évoquais précédemment. Cette découverte a été accueillie comme une panacée future, puisqu'elle dispense de l'utilisation d'embryons et même de pseudo-embryons.

Cependant, la situation risque de se complexifier si nous parvenons demain à dédifférencier un peu plus des cellules adultes pour en faire des cellules non seulement pluripotentes, mais aussi totipotentes, c'est-à-dire susceptibles de produire des organismes et de se développer comme si elles étaient des embryons. Ceci reviendrait à réaliser, chez les mammifères, l'équivalent du bouturage chez les végétaux, c'est à dire le développement d'un arbre à partir de cellules adultes d'un autre arbre. Cela signifiera-t-il que chaque cellule de la peau devra être considérée comme un embryon puisqu'elle pourra potentiellement se comporter comme tel ? La même question se poserait si, demain ou après-demain, des recherches sur la parthénogenèse aboutissaient à faire naître des organismes de mammifères par parthénogenèse, par stimulation adéquate de l'ovule et sans transfert de celui-ci. Cela signifiera-t-il qu'un ovule non fécondé devra être considéré comme un embryon ?

Quant à ce qui a déclenché un nouveau débat : le transfert nucléaire interspécifique, tel le transfert d'un noyau de cellule adulte humaine dans un ovule énucléé de lapine. Cette voie nouvelle pour fabriquer des cellules souches embryonnaires a été inaugurée en Chine, il y a quelques années, et récemment reprise au Royaume-Uni, malgré l'opposition d'une partie de l'opinion qui y voyait une utilisation de chimères ou d'embryons chimériques appelés encore ainsi malheureusement.

De nouveau, c'est une terminologie malheureuse qui est à l'origine, en grande partie, d'un faux débat car, dans ce cas de figure, il ne s'agit ni d'un embryon, ni d'une chimère. D'une part, il n'y a aucune chance que des organismes se développent à partir de ces cellules doublement artificielles. D'autre part, la dénomination de chimère est encore plus trompeuse, les chimères sont des organismes dont toutes les cellules n'ont pas les mêmes gènes. Il en existe de différentes sortes, dont certaines sont naturelles et d'autres sont fabriquées en laboratoire.

Des chimères particulièrement spectaculaires ont ainsi, été fabriquées, il y a plus de trente ans, en fusionnant deux embryons d'espèces voisines, à savoir l'un de mouton et l'autre de chèvre, et en les faisant se développer jusqu'à obtenir un organisme adulte en partie mouton, en partie chèvre. La possibilité de fabriquer des chimères homme chimpanzé avait immédiatement été évoquée. C'est précisément cela que la loi de 1994 a interdit de manière explicite. Dans les



artefacts produits par transfert nucléaire homme lapine par exemple, il ne s'agit absolument pas de cela. Les cellules souches fabriquées ont les propriétés génétiques des cellules humaines d'où a été prélevé le noyau avec son génome totalement humain, identique à celui chez qui le prélèvement a été effectué. Quant aux ADN des mitochondries du cytoplasme animal, il est probable que nous parviendrons à les faire disparaître et à les remplacer par la reproduction de mitochondries humaines prélevées en même temps que le noyau. En outre, évoquer à ce propos, la transgression de la barrière des espèces est abusif car ce n'est pas plus une transgression que l'utilisation d'une prothèse animale.

On constate combien il est important d'utiliser une terminologie adéquate et rigoureuse pour évoquer ces réalités nouvelles. Ceci est, d'abord, de la responsabilité des chercheurs. La biologiste chinoise, Mme HUI-ZHEN SHENG, qui, la première, a publié ces résultats en 2003, ne s'est jamais permise d'appeler ces constructions cellulaires autrement que sous le terme « *unité de transfert cellulaire interspécifique* ». Les chercheurs anglais ont été embarrassés lorsqu'ils ont cherché des dénominations plus courtes. Ils ont imaginé le terme « *cybrid* », contraction de « *cytoplasmic hybrid* ». Certains ont proposé le terme « *pseudo-hybride* », la pire proposition ayant été « *embryon chimérique* » dont on vient de montrer à quel point ce terme est inadapté et crée des réactions parfaitement injustifiées.

Il en va aussi, et peut-être surtout, de la responsabilité des médias qui reprennent et amplifient telle ou telle terminologie. Ils détiennent la responsabilité d'orienter le débat public dans le sens d'un débat sur les termes, plutôt que dans celui d'un débat sur le fond des procédures. Je suppose que des journalistes sont présents ici, et j'en termine par cet appel à leur rigueur et à leur responsabilité, compte tenu de l'importance du rôle critique qu'ils sont susceptibles de jouer dans la transmission de l'information au public non spécialisé.

►► **M. Alain CLAEYS**

Je vous remercie. Avant de donner la parole à Axel KAHN et d'ouvrir le débat, je tiens à saluer Claude BIRRAUX qui est le Président de l'Office parlementaire et qui a la gentillesse de venir participer à une partie de ces discussions.

►► **M. Axel KAHN, Président de l'université Paris V- Descartes, membre de l'Académie des sciences, membre du Conseil scientifique de l'OPECST**

Je traiterai de l'assistance médicale à la procréation, non pas principalement en tant que biologiste quoique j'entrerai dans le détail des techniques qui devront être débattues par les parlementaires, mais en tant que personne s'interrogeant sur les bases, stables, évolutives, voire dépendantes de l'évolution des sciences, de la réflexion éthique quant à la légitimité des pratiques. Ayant explicité cela, j'essaierai d'utiliser les quelques éléments proposés pour

analyser les pratiques dont vous aurez à discuter. J'exposerai ce que j'en pense, de ce point de vue, sachant que le législateur agira comme bon lui semble, après en avoir discuté sans faux semblant.

Je fais partie de ceux qui, en quelque sorte, sont partisans d'un nouveau fondationnisme moral. Je suis opposé à la pseudo évidence du relativisme moral et je considère – je ne redévelopperai pas toute mon argumentation à ce propos, celle-ci étant présentée dans différents ouvrages – que la réciprocité entre les êtres est une condition essentielle pour que des êtres biologiques, ayant un génome humain, aient émergé à l'humanité. Elle constitue la base de toute approche morale des actions ou des desseins.

C'est une manière de présenter les choses comme vous l'avez fait, M. CLAEYS, lorsque vous vous êtes interrogé sur les droits des protagonistes. Quels sont les droits de l'homme, de la femme, des partenaires homosexuels, de l'enfant lorsque l'on propose que soient utilisées des techniques innovantes liées à l'AMP ? S'il y a réciprocité entre les partenaires, toute incertitude qui semblerait inacceptable, concernant l'acteur de l'action n'est pas moralement légitime. La réciprocité est l'élément essentiel de l'appréciation de la légitimité morale des actions, y compris dans ce domaine.

Ces quelques bases étant rappelées, demandons-nous si l'utilisation de l'assistance médicale à la procréation est légitime. Y a-t-il véritablement, un phénomène totalement nouveau dans l'utilisation de la biologie moderne pour permettre à des hommes et à des femmes, qui rencontrent quelques difficultés à parvenir à avoir des enfants par les procédés traditionnels? Je ne le crois pas. Je n'argumenterai pas quant au concept de droit à l'enfant. Il s'agit là d'un autre débat, d'ailleurs tout à fait passionnant.

Il est évident que pour des couples désirant un enfant, l'impossibilité d'en avoir a toujours été vécue comme une épreuve épouvantable. Jadis, suivant les périodes et les civilisations, on appelait le chamane qui faisait des grigris sur le ventre de la femme ; la femme frottait son ventre contre une statue censée permettre aux femmes stériles d'avoir un enfant ; on disait une neuvaine ; on trempait son ventre dans l'eau bénite ; que sais-je encore ? En réalité, depuis la nuit des temps, les hommes et les femmes, qui ne parvenaient pas à avoir des enfants, ont eu recours à mille procédés appartenant à la magie, pour atteindre ce but avant que la science ne s'en mêlât.

L'efficacité incertaine des pratiques magiques s'étant révélée, celles-ci ont été progressivement remplacées par des pratiques biologiques dont l'efficacité est avérée. C'est ce qui a effectivement profondément changé. On considère qu'il s'agit de moyens modernes utilisés pour parvenir au même résultat, celui de trouver une solution à la douleur de n'être pas mère, de n'être pas père quand on désirerait l'être. En conséquence, je ne pense pas qu'une modification considérable soit survenue au niveau du désir des couples. Cependant, le pouvoir

de leur permettre d'exaucer ce désir a, lui, évolué. De ce point de vue, l'intervention des tiers est tout à fait importante.

À partir de ces prémices, il faut analyser les différentes étapes de l'AMP. Chacune de ces étapes a été débattue par le passé, et pourra de nouveau, faire l'objet de discussions et de propositions d'évolutions. Commençons par le début, à savoir le don de gamètes qui constitue, souvent, la première étape de l'AMP. Dans ce cadre, se pose la question importante de la compatibilité entre l'anonymat et le droit de l'enfant à la connaissance de ses origines, reconnu par certaines conventions internationales. On pourrait entièrement consacrer ce débat à cette question.

Il faudrait parvenir à éliminer les faux-semblants et les fausses évidences en la matière. Personne ne peut nier la douleur, voire la détresse, d'un enfant qui sait que ses origines et le mode de sa conception posent problème, qui désire en savoir plus, mais qui n'a pas la possibilité d'accéder à certaines informations qui lui sont masquées. Il se trouve, alors, dans l'attente douloureuse d'une vérité qui lui échappe alors qu'il est en quête de celle-ci. En revanche, dans d'autres cas – et nous en connaissons tous le lien entre l'enfant qui regarde un homme et une femme comme ses parents, et cet homme et cette femme qui le regardent comme leur enfant n'a rien à voir avec la parenté génétique des uns et des autres.

Je rappelle encore qu'aujourd'hui, entre 3 % et 4 % des paternités sont erronées, ce que tout le monde sait et qui vient d'être confirmé par une enquête de grande ampleur, alors même que les tests de paternité se développent. Certes, le recours à la contraception a fait diminuer ces chiffres. L'évidence selon laquelle il serait impératif pour le bien-être de l'enfant, de lui asséner la vérité de ses origines m'a toujours semblée curieuse d'autant plus qu'elle entre en résonance étroite avec la « biologisation » croissante de la parentalité ; être parents dans l'espèce humaine, c'est l'être par les gènes, comme pour toute espèce vivante sexuée, et l'être aussi par l'affection, par le cœur, par la tendresse, par le désir de coopérer, si couple il y a, dans l'édification, la croissance et l'éducation d'un enfant. On connaît des situations dans lesquelles une dissociation existe entre les deux.

Or, aujourd'hui, à travers certains dispositifs législatifs, comme notamment la loi HORTEFEUX, nous parvenons à remettre en avant cette évidence selon laquelle, hors de la paternité biologique, il n'y a point de salut. Elle seule mériterait d'être considérée comme une filiation à part entière. Qui ne voit qu'une cohérence se profile entre la loi HORTEFEUX et la mise en avant de la vérité sur les origines. Celle-ci devient tellement essentielle que, hors de la connaissance de la vérité sur ses origines, il n'y aurait pas, y compris sur le plan légal, de paternité à part entière ou bien celle-ci serait menacée. D'ailleurs, la loi HORTEFEUX a sans doute pour résultat d'aboutir à une remise en cause, de plus en plus évidente, de la loi de 1994. Cette dernière indique qu'en matière de paternité, l'utilisation de tests ADN de filiation doit faire l'objet d'une saisine judiciaire, étant donné que la filiation sociale dans l'espèce humaine n'est pas réductible à la filiation génétique.

Si donner son sperme ne demande pas un effort considérable, le don d'ovocytes pose un problème particulier car ce don n'est ni anodin, ni totalement dénué de risques, et demande également une motivation de la part des femmes. Celle-ci est parfois généreuse mais l'on sait aussi que ce peut être la contrainte économique qui conduit certaines jeunes femmes, malgré l'inconfort et les risques encourus, à donner leurs ovocytes. Vous devrez être très attentifs à ce point, le moyen terme, dans ce domaine, étant incontestablement d'une extrême complexité. Or, il faut des ovocytes pour répondre à la demande de nombreux couples. Il convient de s'assurer qu'une femme qui s'engage dans une démarche de don d'ovocytes puisse être normalement dédommée et protégée, ce qui est difficile. J'ai connu des personnes qui ne donnaient leur sang que pour le sandwich qu'on leur offrait après.

Les couples homosexuels, quant à eux, s'aiment d'un amour que personne n'ira contester. Deux femmes peuvent avoir des enfants de différentes manières, par procréation médicalement assistée ou accouplement naturel dans l'assentiment de leur couple. Les hommes doivent non seulement, faire appel à une procréation médicalement assistée, mais également à une mère porteuse. Ils doivent ensuite adopter l'enfant. Comment aborder cette question ? On l'abordera comme vous l'avez proposé M. CLAEYS, soit en examinant les droits et les intérêts des différents protagonistes. Personne ne conteste la profondeur des sentiments des partenaires du couple. Par conséquent, personne ne veut connoter moralement et négativement leur désir que ce couple soit sanctionné par un enfant.

Toutefois, si le désir d'avoir un enfant est fondamental, il existe un autre élément essentiel qui est l'enfant lui-même. Or, aujourd'hui, personne ne peut prédire à coup sûr si pour cet enfant, le fait d'avoir des parents du même sexe constituera plutôt un obstacle supplémentaire ou si, grâce à l'extraordinaire capacité de résilience de l'enfant, celui-ci s'adaptera très bien à cette situation. Réellement, je ne sais pas répondre à cette question, mais j'estime qu'il est légitime de la poser. De ce point de vue, il convient d'être très prudent face à tous les intégrismes. Ceux qui consistent à dire « *C'est mon droit, je le veux !* ». Certes, mais la République s'intéresse à l'enfant qui va naître, et elle demande des éléments d'appréciation. Et, au contraire ceux qui consistent à dire : « *Quelle horreur ! Jamais !* ». Pour quelles raisons ? Est-ce que l'attachement, l'affection de ce couple n'est pas sincère ?

De plus en plus fréquemment, des femmes désirent un enfant une fois passée la période de l'activité procréatrice. C'est la problématique des grossesses de femmes ménopausées qui, n'ayant plus d'ovulation, recourent à un don d'ovocyte et à un don de sperme, ce qui permet d'obtenir un embryon *in vitro* par procréation médicalement assistée. Cet embryon est alors placé dans les voies génitales de la femme qui a été hormonalement préparée, afin qu'une grossesse survienne. Il convient aussi de traiter cette problématique comme nous l'avons fait précédemment, sans référence à la tradition du droit.

Les femmes qui ont 55 ans aujourd'hui sont belles, actives et ont une espérance de vie de trente-cinq à quarante ans. Leur demande d'enfants n'est-elle pas légitime quand un homme de 60 ans ou de 70 ans peut en avoir un ? Honnêtement, on ne voit pas comment il serait possible de connoter ce désir négativement d'un point de vue moral. Néanmoins, la légitimité de ce désir ne règle tous les problèmes. D'une part, le médecin a-t-il raison, sachant ce qu'il sait, de faire prendre un risque inconsidéré et dans certains cas un risque cardiovasculaire, à cette femme ? D'autre part, même si nous connaissons des exemples qui permettent de répondre négativement à cette question, est-ce un cadeau à faire à un enfant que de faire en sorte qu'au lieu de pouvoir montrer, à la sortie de l'école, sa jolie maman, il ne puisse montrer que sa jolie grand-mère ? Évidemment, il y a tant d'enfants, élevés par leurs grands parents, qui sont heureux que j'avance ces propos avec beaucoup de prudence. Tout schématisme doit être écarté.

Quant au problème des femmes sans utérus et la gestation pour autrui, cela mérite également d'être examiné en évitant les stéréotypes. Deux dangers peuvent être identifiés. Naturellement, on peut imaginer le cas de deux amies très chères ou de deux sœurs. L'une d'entre elles rêve d'avoir un enfant. Elle a des ovocytes normaux, mais ne peut pas porter en raison d'une malformation utérine. La seconde lui propose dans un mouvement de solidarité de porter son enfant. C'est bien une manifestation réelle de solidarité.

Mais, il serait extrêmement naïf de ne pas percevoir que dans l'immense majorité des cas, dans d'autres pays que le nôtre, il s'agit d'une activité commerciale dans laquelle s'engagent, notamment, des femmes qui se trouvent dans une situation économique difficile et qui trouvent, dans la location momentanée de leur ventre, un moyen de répondre à cette situation extrêmement dégradée. Quoi que vous fassiez, vous devrez prendre en compte cette réalité.

De plus, si vous avancez dans le sens d'une autorisation de cette pratique, vous serez confronté à un problème majeur : celui du statut de l'enfant. J'ai rapproché le cas de la femme ménopausée enceinte et celui de la gestation pour autrui à dessein. En effet, dans les deux cas, il s'agit de mères porteuses. La femme ménopausée est clairement une mère porteuse. Pourtant, elle considère comme totalement évident que l'enfant dont elle va accoucher est son enfant. Elle n'imagine pas qu'on lui dénie la maternité de cet enfant qu'elle a porté.

Or, dans certains pays, par convention, la mère porteuse n'est pas la mère de l'enfant. Pour autant, la nature des liens tissés par la mère porteuse avec le fœtus ne peut pas être liée au caractère contractuel d'une convention. C'est impossible. Par ailleurs, considérer qu'une femme qui porte un enfant pendant neuf mois et en accouche n'est qu'un utérus, l'ayant transitoirement accueilli sans qu'aucun lien affectif ne puisse s'établir, est une méconnaissance, voire une violence faite contre la femme, qu'il me semble impossible d'inscrire dans la loi.

Je serais donc très surpris, voire assez choqué, si les députés s'orientaient vers une solution qui consisterait à autoriser un type de convention contractuelle stipulant que les vrais parents sont définitivement les géniteurs et que la femme, considérée comme une simple prêteuse momentanée d'utérus, n'a pas d'autre possibilité. Si vous décidiez de vous orienter dans cette voie, et un jour ou l'autre vous y viendrez, la seule solution plausible, certes à risque, serait de conserver la loi actuelle qui considère qu'une femme est la mère de l'enfant dont elle accouche. Cette femme peut abandonner cet enfant qui sera alors adopté dans certaines conditions, avec le risque qu'elle n'accepte pas l'abandon du fait du lien affectif qu'elle a tissé. C'est le risque à prendre pour que la dignité des uns et des autres, me semble-t-il, soit respectée.

Pour l'avenir, de graves problèmes se poseront dans cinq ans ou dix ans. Aujourd'hui, comme M. Henri ATLAN l'a expliqué, il est assez facile de fabriquer des cellules souches embryonnaires à partir de tissus somatiques. C'est difficile et plus guère utile par transfert somatique de noyau. La méthode de M. YAMANAKA est maîtrisée dans plusieurs laboratoires. Ces cellules peuvent passer dans la lignée germinale, et contribuer à la fabrication d'ovocytes et de spermatozoïdes *in vivo*. Un jour viendra où il sera possible d'envisager de faire des enfants à partir de la peau d'hommes et de femmes totalement stériles. Nous pourrons faire bien plus, puisque ces cellules d'un homme ou d'une femme peuvent être orientées vers une différenciation mâle ou femelle. En d'autres termes, un homme comme une femme pourront donner des ovocytes et des spermatozoïdes. On imagine la multiplicité des situations face auxquelles on se trouvera.

Vous aurez, alors, à résoudre plusieurs questions. L'une d'entre elles est la suivante. Puisque, à l'arrivée, l'on souhaite faire des sujets au sein de la communauté des citoyens, est-il bien légitime si la méthode n'est pas maîtrisée, de prendre des risques incroyables pour ces personnes? La question des artefacts a été mentionnée. Il y a la notion d'artefact pour produire un enfant et il y a la notion d'un enfant totalement « artefactualisé ». La transition entre les deux est, sans doute, ce à quoi vous aurez à faire face dans l'avenir.

►► **M. Alain CLAEYS**

Je vous remercie beaucoup ; nous aurons à répondre aux questions d'Axel KAHN dans quelques années. Je constate cependant que ces deux interventions ont suscité quelques questions.

►► **Mme Irène THÉRY, Sociologue, Directrice d'études à l'École des hautes études en sciences sociales**

Les commentaires sur les jolies mamans, expliquent les légers mouvements de réprobation dans l'auditoire. Par ailleurs, je souhaiterais indiquer ma surprise face à l'association des revendications en matière de droit à la connaissance des origines à l'idée d'une « biologisation » de la filiation, par MM.

CLAEYS et KAHN. Ce n'est absolument pas comme cela que j'entends ces revendications, que ce soit chez des enfants adoptés ou chez des enfants nés par procréation médicalement assistée. Vous avez raison de rappeler que la tentation de la «biologisation» de la filiation existe. Celle-ci vise à identifier les pères au travers de tests génétiques.

Ce n'est pas ce que nous entendons de la part des nouvelles générations qui s'adressent à nous. Au contraire, les enfants refusent cette alternative. Ils expliquent qu'ils ont été engendrés et qu'ils ont été élevés. Ils considèrent que les parents qui les élèvent sont leurs parents, ce qui n'empêche pas qu'ils aient une place dans leur vie et, peut-être, dans leur cœur, pour ceux qui ont permis leur existence. Faites attention à ne pas ramener du côté de la « biologisation » et, *a fortiori*, du côté des propositions de M. HORTEFEUX sur l'ADN, des revendications qui, au contraire, contestent cette réduction biologisante.

►► **M. Axel KAHN**

Nous sommes totalement d'accord sur le fait que la quête de ses origines, par un enfant qui a un doute sur ce point, est une souffrance si celui-ci ne peut pas parvenir à une réponse satisfaisante. Il convient de lui apporter tous les éléments lui permettant de s'édifier lui-même. En revanche, il ne me semble pas totalement évident qu'il soit indispensable d'expliquer à un enfant conçu, par exemple, par don de sperme ce qu'il en est, si les parents sont à l'aise avec ce type de procréation et si l'enfant n'a aucune suspicion sur un mode de procréation ou de gestation différent le concernant. En d'autres termes, lorsque la question survient, la quête est légitime. En revanche, faut-il inciter un enfant, qui n'a pas de tels objectifs, à effectuer cette recherche en lui indiquant son mode de conception ? Cela me semble moins évident.

►► **M. Patrick VESPIREN, Directeur du département d'éthique biomédicale des facultés jésuites de Paris**

J'ai été surpris par les propos de M. Henri ATLAN concernant les embryons qui ne sont pas encore des embryons, mais qui le deviennent car ils n'ont pas au départ tout ce qui est nécessaire pour se développer comme être humain. Depuis trente-six ans, vous écrivez que tout n'est pas dans l'ADN, que tout n'est évidemment pas dans la première cellule, et qu'il y aura un développement épigénétique. Ce n'est pas parce que tout n'est pas présent au départ qu'il faut user de catégories différentes. La notion de pseudo-embryon rejoint quelque peu le pré-embryon anglais.

►► **M. Claude HURIET, Président de l'Institut Curie**

Au début de son propos, Axel KAHN a fait référence au concept de légitimité morale. Peut-il développer ce point ? Je ne perçois pas très clairement de quoi il peut s'agir.

►► **M. Dominique MENNESSON, Président du Comité de soutien pour la légalisation de la gestation pour autrui et l'aide à la reproduction assistée (CLARA)**

Axel Kahn a évoqué la réciprocité et a établi un parallèle entre la gestation pour autrui (GPA) et le cas de la femme faisant appel à un don d'ovocyte. Ce raisonnement me semble infondé. Si nous appliquons la réciprocité pour l'homme, aucun homme ne serait un père.

Par ailleurs, vous affirmez que l'immense majorité des conventions de GPA est de type commercial et fixe la filiation. Ce n'est pas ce que nous constatons sur le terrain. Je vous rappelle qu'une convention de GPA, en droit, consiste en une description d'un protocole et que la filiation est édictée par la loi, même dans les pays où les GPA sont autorisées.

Ce point est extrêmement important puisqu'un protocole médical est basé sur le consentement éclairé et compatible avec toutes les autres lois en termes de liberté individuelle. Enfin, je ne perçois pas clairement la réciprocité entre le droit de l'enfant qui, quand il est à l'état d'embryon, ne peut pas s'exprimer, et l'intérêt d'une mère.

►► **M. Henri ATLAN**

Nous avons besoin de catégories différentes à cause du gradualisme que nous observons de plus en plus, en raison de la plasticité cellulaire. Effectivement, dans le cas des embryons produits par fécondation *in vitro* – la seule différence avec ce qui se passe naturellement étant que la fécondation s'effectue dans ce cas en laboratoire, au lieu du ventre d'une femme – je ne veux pas me prononcer sur la question de savoir s'ils doivent être considérés comme des pré-embryons ou comme des embryons préimplantatoires.

Il ne s'agit pas d'une question biologique, mais d'une interrogation liée à la question métaphysique de savoir à partir de quand un embryon humain devient une personne humaine. Chacun a une opinion contrastée sur ce sujet. Je fais partie de ceux qui considèrent que l'embryon devient une personne humaine beaucoup plus tard. Mais ce n'est pas ce sur quoi je m'interroge ici. L'interrogation porte sur des artefacts, soit des cellules produites sans fécondation et qui, sous certaines conditions, pourraient peut-être se développer et se comporter ensuite comme des embryons produits par fécondation. Je considère que dans la fabrication de ces artefacts, on observe un gradualisme encore plus grand qui aboutit ou aboutira, dans un avenir plus ou moins proche, à des situations exigeant un changement de catégories.

Par exemple, dans le cas du transfert nucléaire entre homme et lapine, on n'a aucune raison de considérer le résultat comme un embryon, même si l'on fabrique, à partir de celui-ci, des cellules embryonnaires qui disposent apparemment de toutes les propriétés des cellules embryonnaires humaines, ou pourraient les avoir. Si, au cours de leur développement, il est possible que ces



constructions cellulaires artificielles présentent certaines propriétés des embryons, elles ne les présenteront pas toutes. D'ailleurs, les essais d'implantation utérine de ces constructions produites par transfert nucléaire inter spécifique chez l'animal n'ont abouti qu'à des avortements.

Dans l'avenir, on risquerait de se retrouver dans une situation où n'importe quelle cellule adulte humaine pourrait être considérée comme un embryon si on parvient à la déprogrammer et à la reprogrammer pour la conduire à repartir vers un état de totipotence. L'on n'est pas encore parvenu à ce résultat, mais l'on sait déjà déprogrammer et reprogrammer des cellules pour en faire des cellules pluripotentes.

### ►► M. Axel KAHN

J'ai fait remarquer que la situation biologique de deux femmes qui se font transférer dans les voies génitales, l'ovocyte d'une autre femme fécondé par un donneur, est identique, même si l'une est une femme ménopausée et l'autre une femme plus jeune ayant passé une convention avec un couple géniteur. Elles sont toutes deux biologiquement des mères porteuses. C'est une évidence, je crois. J'en ai conclu qu'il était difficile que les conventions concernant l'enfant soient radicalement différentes dans un cas et dans l'autre. Je fonde cette proposition sur l'argument suivant : une convention, de quelque nature qu'elle soit, ne peut annihiler totalement les liens affectifs qui se développent entre la femme et l'enfant qu'elle a porté et dont elle accouche. Cela me choque.

Concernant la légitimité morale, j'explique, dans mon dernier ouvrage ce que sont, pour moi, le bien et le mal. J'ai également mentionné la réciprocité. Simple, est bien tout ce qui manifeste l'évidence du respect dû à l'autre et mal l'inverse. Quand je parle de légitimité morale, j'évoque sur ces bases, une action qui constitue une chance d'épanouissement et une chance de diminution de la détresse et de la souffrance d'autrui. Une telle action fondée sur des bases qui pour moi sont robustes, dispose d'une certaine légitimité morale.



## ACCÈS À L'AMP EN FRANCE : BILAN ET ÉVOLUTIONS POSSIBLES

### ► M. Jean-Sébastien VIALATTE

Je propose que nous ouvrons les travaux de la première table ronde dont le thème est l'accès à l'AMP en France : bilan et évolutions possibles. Nous accueillons, dans ce cadre, M. François THÉPOT, M. Pierre JOUANNET et Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER.

### ► M. François THÉPOT, Adjoint au directeur médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine

J'essayerai de vous présenter, un état des lieux de la pratique médicale à une échelle macroscopique. Nous disposons, en France, d'une définition très précise de l'assistance médicale à la procréation (AMP) qu'il faudra, je pense, pouvoir parfois relativiser. L'AMP s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel... » (Article L. 2141-1 du Code de la santé publique -CSP-)

Cette définition ne recouvre pas toutes les techniques pouvant prendre en charge l'infertilité (infécondité) ou la stérilité. Elle exclut des stimulations ovariennes responsables de 80% des grossesses multiples de haut rang.

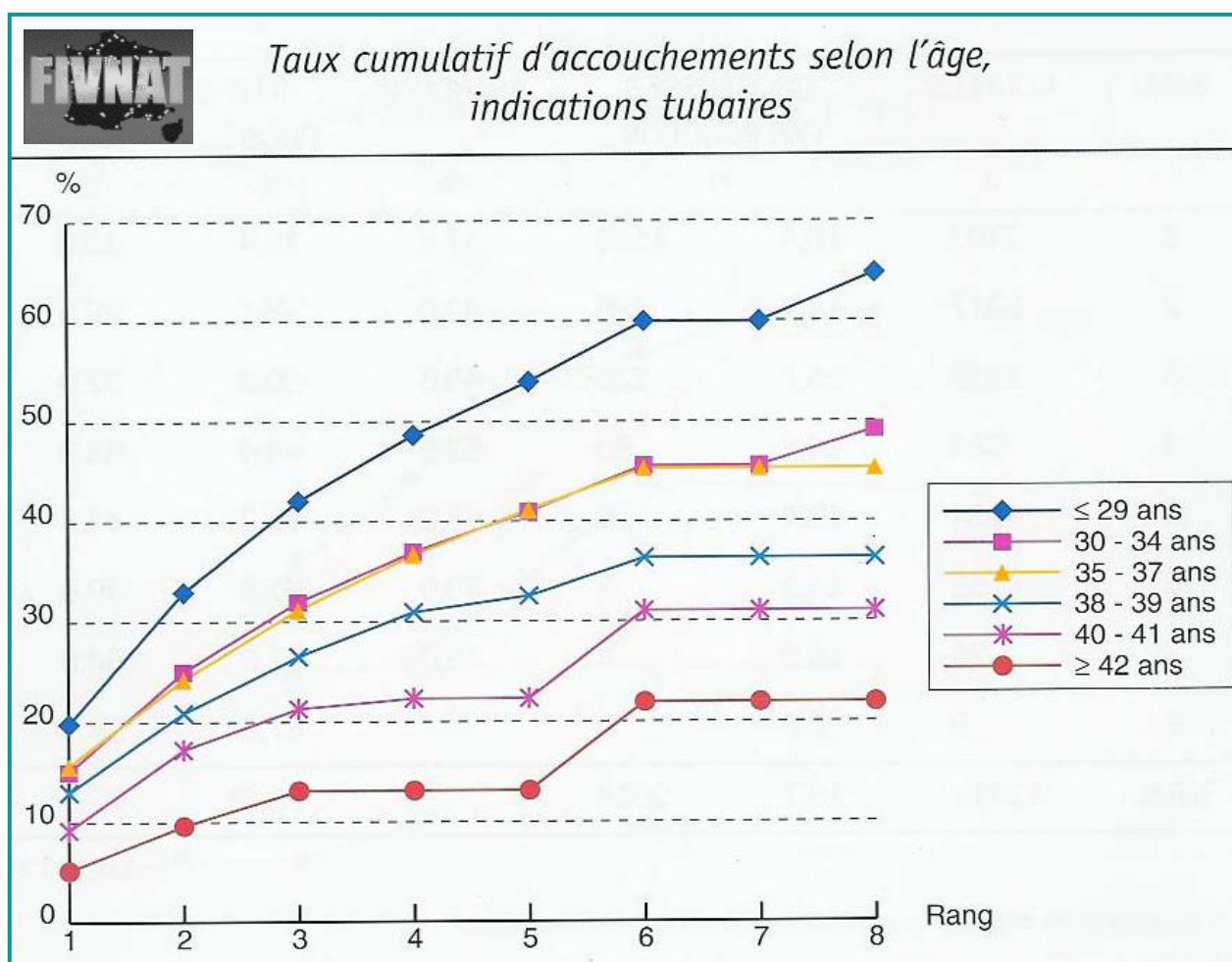
Tous les moyens d'obtenir un enfant ne font pas forcément partie de l'AMP. Par exemple, toutes les stimulations ovariennes n'entrent pas dans le cadre défini dans le CSP. Tout démontre que l'AMP est un traitement efficace de la fécondité, décisif dans de nombreuses situations. Certes, il est relatif dans sans doute 50 % des cas, mais nous avons tous une durée de vie limitée et le temps entre dans la décision de recourir ou pas à cette pratique. Dans tous les cas, il s'agit d'un traitement palliatif qui ne restaure pas la fertilité dont il convient de privilégier le rétablissement quand il est possible.

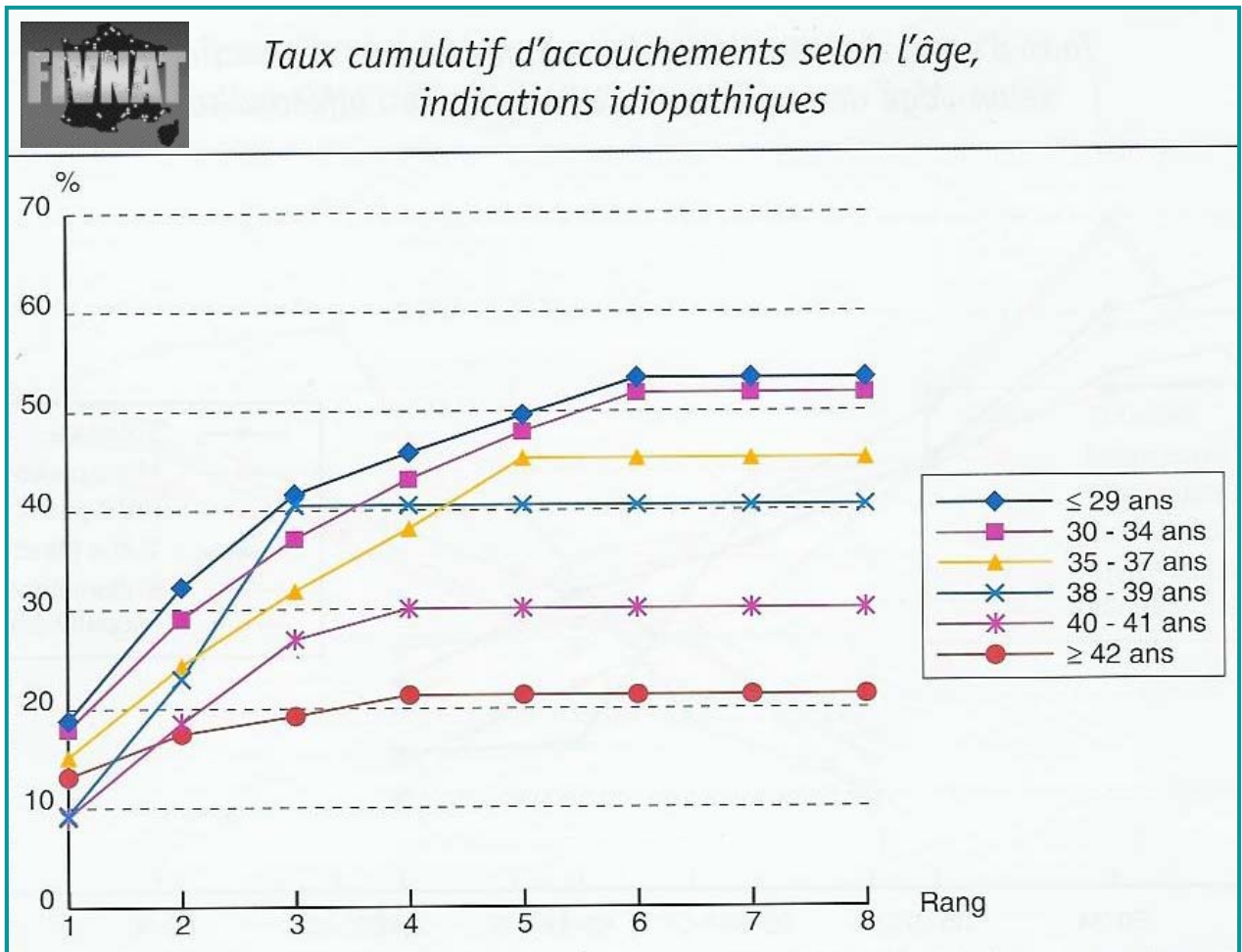
### *La spécificité et les pratiques en France*

Deux voies d'approche sont possibles pour l'AMP : en faire un traitement de l'infertilité ou utiliser ses propriétés pour en faire un nouveau mode de procréation. La spécificité française consiste à considérer l'AMP comme appartenant à la première catégorie, et non à la seconde, ce qui explique le dispositif contraignant (couple formé d'un homme et d'une femme, durée d'infertilité suffisante, éléments démontrant la réalité de l'infertilité). Sur la base

de cette définition, l'AMP représente selon les données de 2006, en France, 2,4 % des naissances (environ 1/40). Un couple sur 20 y a recours (un sur 5 consultera pour « difficulté à procréer »).

La population qui a recours à ces pratiques est relativement stable depuis cinq ans, mais avec une augmentation des techniques plus sophistiquées (ex. ICSI, environ 60% en 2006). Nous constatons, chaque année, une hausse du taux de grossesses et une baisse du taux de grossesses multiples. Enfin, jusqu'à présent, aucun effet délétère n'a été complètement prouvé, ni sur les enfants, ni sur les femmes. Il faut néanmoins rester prudent sur ce sujet.

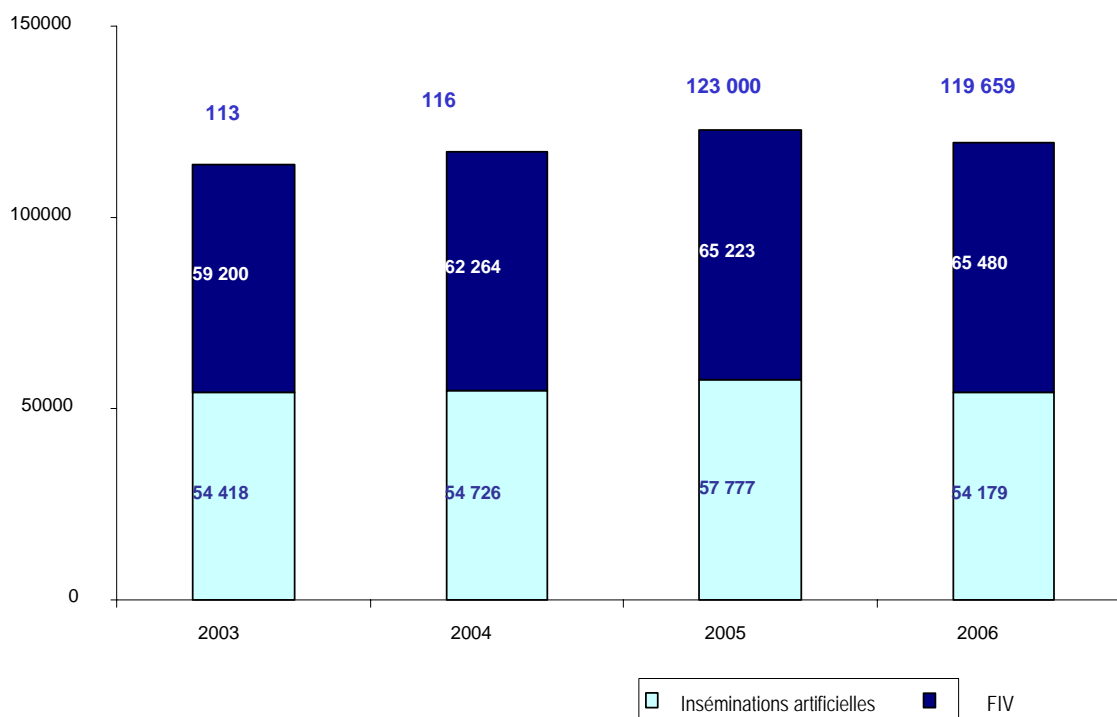




L'AMP est donc un traitement médical utilisé pour traiter l'infertilité ou pour éviter la transmission d'une maladie. Les statistiques démontrent qu'aucune de ces techniques ne permet d'avoir un enfant à chaque fois. Au bout de 8 tentatives, nous aboutissons à des taux cumulatifs situés entre 60 % et 70 %. En conséquence, environ 30 % des couples repartiront, en fin de démarche d'assistance médicale à la procréation et après un parcours souvent difficile, sans enfant.

**Enfants nés après AMP selon la technique et l'origine des gamètes en 2006  
(données Agence de la biomédecine)**

Type d'AMP	Enfants nés vivants (nb : 20 043)
Insémination intra-utérine intraconjugale	5169
FIV hors ICSI intraconjugale	4473
ICSI intraconjugale	7174
TEC intraconjugale	1988
AMP avec spermatozoïdes de donneur	1123
AMP avec don d'ovocytes	106
Accueil d'embryons	10



La demande est stable, sachant que l'Agence de la biomédecine effectue un recueil exclusif et exhaustif de tous les centres d'assistance médicale à la procréation. Les perspectives d'amélioration portent plus sur la qualité de cette prise en charge, que sur la quantité. Ainsi, nous favorisons les systèmes d'information et mettons en place des protocoles qui permettent une sensibilisation sur les grossesses multiples. Par ailleurs, il ne faut pas confondre les 5 000 enfants qui sont issus annuellement de pratique d'insémination avec les 15 000 enfants environ, issus des techniques de fécondation *in vitro*, avec ou sans utilisation d'un tiers donneur. Enfin, en 2006, l'accueil d'embryons sans projet parental a commencé.

### *Quelles pratiques dans le monde*

Les éléments de comparaison qui restent à traiter tournent autour de trois thématiques : la qualité et les risques pour les personnes, notamment la responsabilité, la transparence des résultats, l'accès équitable aux soins et le remboursement.

La France se situe dans la moyenne des pays à système de santé comparable. Par millions d'habitants, 2 000 cycles sont enregistrés au Danemark, contre 663 cycles au Royaume-Uni et 750 cycles en Allemagne. Au Danemark, 4,2 % des enfants sont issus de la fécondation *in vitro*, ce taux représentant 1,6 % dans les deux autres pays.

ART* in those countries where all clinics reported to the national register in 2004							
Country	Cycles	Population	Cycles/ million	ART deliveries	ART infants	National births	ART infants (%)
Denmark	11 518	5 413 392	2 128	2 152	2 616	62 741	4,2
France	69 746	60 424 213	<u>1 154</u>	10 460	12 664	745 634	<u>1,7</u>
Germany	56 813	75 212 900	755	8 458	10 270	643 822	1,6
UK	39 981	60 270 708	663	8 338	10 301	655 745	1,6

\* Data refer to IVF, ICSI, FER and ED combined  
D'après ESHRE Human Reprod. 2008

Ces statistiques peuvent laisser suspecter que la France ne se situe pas parmi les pays les plus en pointe sur l'AMP ; elles doivent, néanmoins, être relativisées.

<b>Résultats par technique en grossesses échographiques par tentative</b>		
	<b>Maximum</b>	<b>Minimum</b>
<b>Inséminations</b>	18,2% (IIU-D)	12,2% (IIU)
<b>FIV hors ICSI</b>	33,6% (DO)	24,2% (FIV-D)
<b>ICSI</b>	28,8% (ICSI-D)	25,8% (ICSI)
<b>TEC</b>	24,6% (AE)	17,4% (TEC)
<i>Données Agence de la biomédecine France 2006 (publication 2008)</i>		

Ainsi, selon des éléments assez récents et contrairement à ce qui a été indiqué précédemment, une des spécificités françaises serait la répartition relativement homogène des centres et des résultats, contrairement à ce qui a été souligné.

►► **M Alain CLAEYS**

Cela nous a été expliqué au cours de plusieurs auditions.

►► **M. François THÉPOT**

Il semble donc qu'existe un problème d'information sur ce point et j'essayerai de le démontrer. Les données sont récentes car l'Agence est elle aussi récente. Certes, il existe un problème d'information.

En termes de nombre de centres d'AMP, le Danemark en compte 21, la France 104, l'Allemagne 120 et le Royaume-Uni 74. Par ailleurs, nous pouvons atteindre 20 % de taux de grossesses par insémination lorsque nous sommes dans un système de donneurs fertiles. En revanche, le taux tombe à 12 % pour les inséminations avec des spermatozoïdes de couples qui n'arrivent pas à avoir d'enfant. Il faut tenir compte de ces données pour pouvoir effectuer une analyse par centre. Or, les structures étant plus ou moins spécialisées, la comparaison est difficile. Au niveau des dons d'ovocyte, nous obtenons 33 % de taux de grossesses. Enfin, le plus mauvais résultat en FIV avec sperme de donneur se situe à 24 % de taux de grossesses.

En France, il existe bien un accès égalitaire et équitable à l'AMP en tant que traitement et une véritable protection des femmes, puisque des systèmes de



consentement sont prévus. On essaie d'optimiser l'utilisation des embryons et le principe de la gratuité reste, pour nous, un principe essentiel de régulation. Effectivement, on fait face à la question de l'enfant à tout prix comme cela a déjà été mentionné, le *business* procréatif est présent sur Internet.

Or, il convient de faire la différence entre les pays ayant pris une option libérale et les pays se concentrant sur une AMP traitement, et faire la part entre l'AMP intra-couple, et l'ouverture, au niveau international, de l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur. Un article récent, d'une page entière, dans « *Libération* » vante les centres espagnols. Dans le centre mentionné, un cinquième des patientes sont françaises, 80 % viennent d'un autre pays. Les cas concernent, en général, des recours à tiers donneur du fait de la législation française ou des délais.

En termes de questions en suspens, il faut absolument réfléchir à la problématique de la qualité et des risques. Ce dernier point est d'autant plus important que, si nous ouvrons le *business* procréatif en France, l'on se retrouvera confronter à un problème de responsabilité au niveau de la naissance. La transparence des résultats pose également des difficultés et il faut traiter l'accès équitable aux soins dans toutes les techniques.

Je tiens à vous démontrer, au travers d'un petit exemple, que le problème n'est pas seulement médical. Si une insuffisance ovarienne constitue une pathologie à 30 ans, elle est considérée comme pratiquement naturelle à 40 ans et, à 45 ans, il faut se rendre en Espagne. De la même manière, une insuffisance spermatique est pathologique à 30 ans, à 50 ans, elle est relativement normale et on fait subir, à la femme, une ICSI. À 60 ans, on estime que l'homme est peut-être un peu vieux, et à 80 ans, on le considère comme trop vieux. Sur ces points, nous ne sommes pas confrontés à un problème médical, mais à un problème de société auquel il faut réfléchir.

L'offre internationale s'accélère. Faut-il, dans ce cadre, jouer la complémentarité ou l'homogénéité ? Le dispositif national constitue un ensemble pertinent. Il a, sans doute, des atouts, mais il peut certainement être amélioré. Enfin, les choix stratégiques nationaux ne reposent pas forcément sur des prérogatives médicales. Les choix de société conditionnent donc tout le dispositif. Des aménagements sont sûrement possibles dans des cas spécifiques. Cependant, ils doivent être limités car le fait de changer un élément remettra en cause l'ensemble. Si nous décidons de remettre l'ensemble en cause, nous devons savoir où nous souhaitons aller.

#### ► M. Jean-Sébastien VIALATTE

Vous avez mentionné l'exemple espagnol. D'après nos informations, les Espagnols acceptent les dons multiples d'ovocytes, certaines femmes passant ainsi, de centre en centre, pour donner leurs ovocytes. Compte tenu de l'ampleur que ce *business* a prise, ils sont obligés d'« importer » des donneuses d'Europe

Centrale. L'on se trouve vraiment dans un cas de marchandisation complète du corps de la femme. Je ne pense pas que ce soit ce type de dérives que l'on souhaite pour notre pays.

Par ailleurs, je ne suis pas certain que l'orientation vers une homogénéisation de l'offre internationale soit une nécessité. Les Pays-Bas ont dépénalisé le cannabis ; nous n'avons pas forcément envie de les imiter en France. Certains pays ont maintenu la peine de mort ; devons-nous revenir sur ce principe ? L'on ne peut pas toujours regarder ce qui se passe chez les autres pour prendre des décisions qui nous concernent.

►► **M. François THÉPOT**

Ce n'était qu'une question.

►► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Je vous remercie et donne la parole à M. Pierre JOUANNET, Vice-président du Comité médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine.

►► **M. Pierre JOUANNET, Vice-président du Comité médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine, médecin à l'hôpital Cochin, membre correspondant de l'Académie de médecine**

Dans le titre de cette table ronde, vous évoquez le bilan et les évolutions possibles de l'accès à l'AMP. Je souhaiterais présenter le bilan, et citer la création, par la loi de 2004, de l'Agence de la biomédecine qui nous permet, aujourd'hui, de disposer d'éléments sur lesquels fonder notre réflexion et nos discussions. Sous l'impulsion de Carine CAMBY, cette Agence a réalisé un travail très important depuis trois ans. Ce travail donne des éléments précieux de réflexions. Nous ne pouvons que souhaiter que l'Agence perdure et qu'elle dispose d'encore plus de moyens pour travailler.

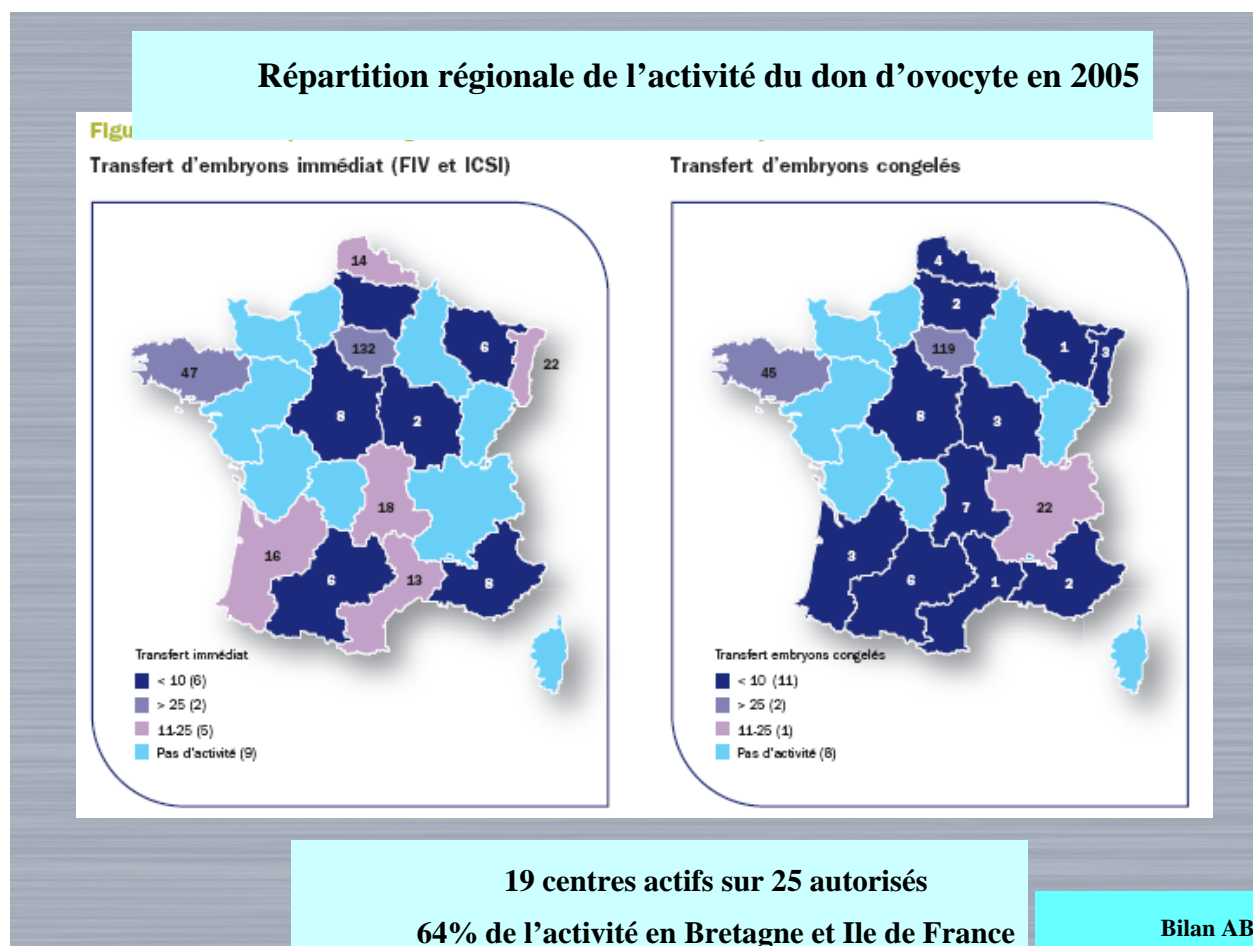
En matière de bilan, il convient aussi d'examiner comment la loi et les choix de la société sont mis en œuvre. Sur ce sujet, je voudrais évoquer deux points : la mise en œuvre des techniques d'AMP prévues par la loi, en prenant l'exemple du don d'ovocyte, et l'amélioration de la performance et de la qualité de ces techniques.

Comme Axel Kahn l'a suggéré, on pourrait estimer que la société n'a pas à s'occuper de l'AMP et que l'absence d'enfant n'est pas un problème. Cette opinion, tout à fait respectable, ne correspond ni à celle des personnes en frustration d'enfants, ni à la situation mondiale. Dans tous les pays du monde, y compris ceux dont les politiques nationales en termes de démographie sont les plus restrictives comme la Chine, l'AMP existe. Aussi, ne peut-on pas ignorer les questions de qualité et de performance.

### Activité du don d'ovocyte en France

En matière de don d'ovocyte, nous rencontrons des difficultés à savoir ce qui se passe réellement en France. Nous ne connaissons même pas le niveau exact de la demande. L'Agence de la biomédecine estime que, en 2005, il y avait environ 1 300 couples demandeurs de don d'ovocyte. Nous ignorons le nombre de femmes qui seraient volontaires pour un don. Nous savons que, en 2005, 168 prélèvements ont été effectués, ce qui a conduit à 281 cycles de fécondation *in vitro* et ICSI, 212 transferts d'embryons congelés, 118 grossesses cliniques et 90 accouchements, 100 naissances d'enfants.

Quant à la pratique des centres, en France, 25 centres sont autorisés à procéder à des dons d'ovocyte. Parmi ceux-ci, seuls 19 centres étaient actifs en 2005. En examinant ces données de manière plus détaillée, nous constatons que 9 régions n'ont aucune activité de don d'ovocytes et que 6 régions ont enregistré moins de 10 essais de don en 2005. Près des deux tiers de l'activité sont concentrés sur l'Ile-de-France et la Bretagne.



Ceci s'explique par le fait que des équipes médicales ont décidé d'investir sur cette activité alors que leur administration supérieure ou les pouvoirs publics

ne leur ont donné aucun moyen spécifique pour cela. Selon moi, ceci constitue un réel problème. Le don d'ovocyte est possible depuis 1994, mais sa mise en œuvre n'est absolument pas adaptée aux choix de la société. En Rhône-Alpes, une activité préexistante se traduit encore par des transferts d'embryons congelés. Il y a 15 régions en France où l'on ne constate aucune activité.

Les difficultés du don d'ovocyte en France s'expliquent par une réglementation longtemps inadaptée dont la mise en œuvre dans les établissements est restée confidentielle, voire inexistante. Pour des raisons de sécurité sanitaire mal comprises, on ne pouvait transférer des embryons congelés qu'après une quarantaine de 6 mois. Les établissements n'ont pas réellement mené de politique en la matière. Aucune action d'information et de sensibilisation des donneuses potentielles n'a été conduite avant le mois de mai 2008, grâce à la campagne de l'Agence qui semble porter ses fruits mais la loi interdisait au centre d'effectuer une telle campagne.

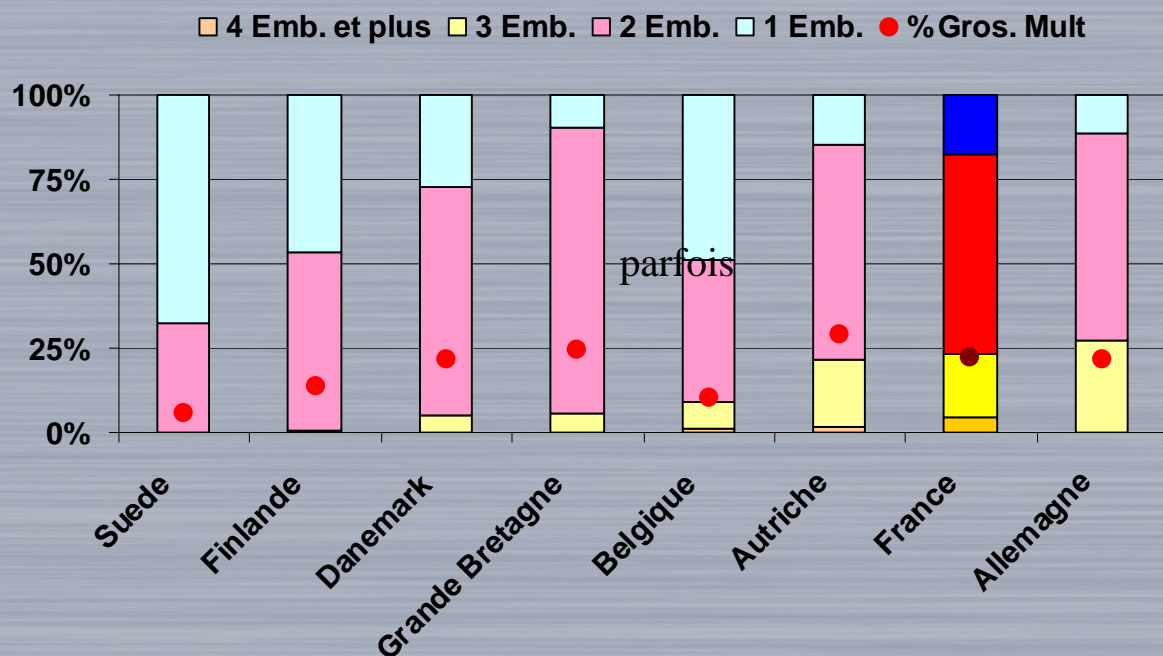
Enfin, l'évaluation de l'activité est insuffisante. Nous manquons donc d'éléments pour pouvoir progresser. J'aurais pu prendre d'autres exemples de défaillances dans la mise en œuvre de la loi. Toutefois, au-delà de ces défaillances et avant d'envisager d'autres indications, nous pourrions peut-être essayer d'améliorer les pratiques existantes

### *Évolution de la procréation médicalisée*

Il convient de réduire les contraintes et les risques. Un cycle de fécondation *in vitro* est très contraignant pour la femme et des questions se posent en termes de risque pour les enfants. Nous devons examiner cette question et essayer de développer des techniques plus adaptées à la diversité des gamètes et des embryons afin d'améliorer le taux de succès, en identifiant mieux les gamètes et les embryons susceptibles de donner naissance à un enfant en bonne santé. Faire évoluer les stratégies de transfert embryonnaire pour réduire les risques des grossesses multiples devrait être une priorité.

Ce souci d'évolution des stratégies en matière de réalisation de la procréation médicalement assistée, selon les critères classiques qui sont les nôtres, existe dans de nombreux pays. Actuellement, le principal risque de ces techniques, du point de vue de la santé des enfants, est la grossesse multiple. Le dernier bilan européen fait apparaître des stratégies différentes en termes de transferts embryonnaires.

### Nombre d'embryons transférés après FIV et ICSI en 2004 et taux de grossesses multiples



Andersen et al 2008

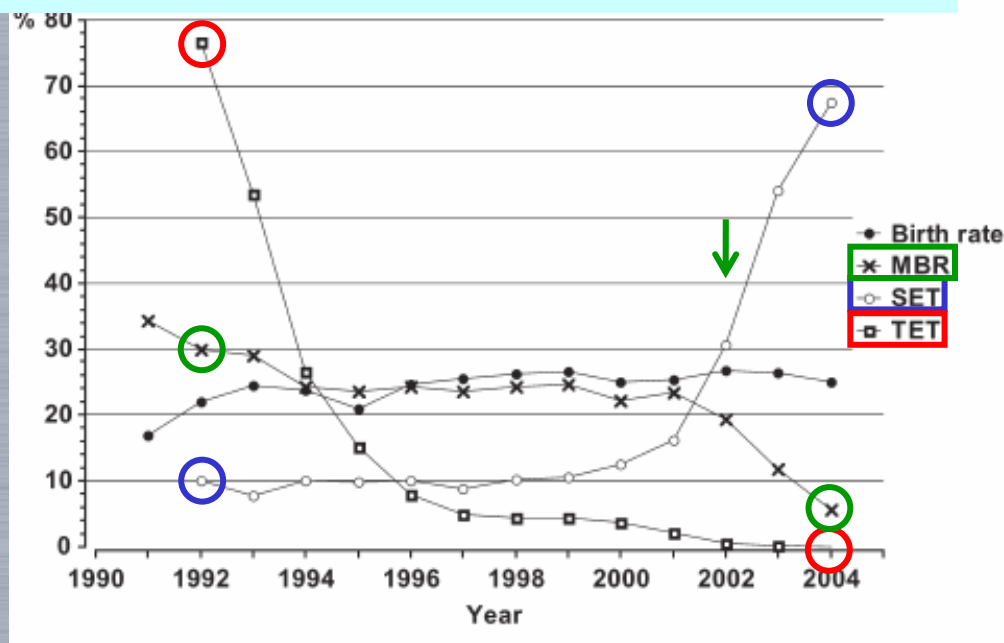
*Bilan européen de l'AMP 2004*

Les stratégies de transfert embryonnaire sont variables d'un pays à l'autre.

	Allemagne	Belgique	France	Suède
Proportion de femmes de $\geq 35$ ans				
traitées en FIV (%)	43	41	49	52
traitées en ICSI (%)	41	39	38	48
Proportion de cycles avec transfert				
de 1 embryon (%)	12	49	17	67
de $\geq 3$ embryons (%)	27	9	23	0
Grossesses cliniques/ponction (%)				
après FIV	25.7	21.5	22.7	30.2
après ICSI	26.7	20.0	23.8	27.0
Naissances multiples (%)	21.8	10.4	22.4	5.6

Dans certains pays, comme la Suède et la Finlande, plus aucun transfert ne s'effectue avec trois embryons et dans leur majorité, les transferts concernent un embryon. La Belgique a également mis en place une politique nationale dans ce domaine. En revanche, la France n'a pas vraiment mis en oeuvre de stratégie. La proportion de transfert d'un embryon est minime, comme en Allemagne et en Autriche. En revanche, les transferts de trois embryons et plus sont nombreux dans ces trois pays. Comme le démontrent les points rouges du graphique ci dessous, il existe réellement un lien entre ces stratégies de transfert et le risque de grossesses multiples. Celles-ci représentent environ 20 % des grossesses dans tous les pays qui n'ont pas développé de politique de transfert d'un embryon. Elles sont deux fois moins nombreuses en Belgique et quatre fois moins nombreuses en Suède.

## Evolution de la stratégie de transfert embryonnaire en Suède



Karlström et Bergh 2007

### ► M. Alain CLAEYS

Comment expliquez-vous, d'un point de vue médical, la position française ?

### ► M. Pierre JOUANNET

Le mouvement vers la réduction du nombre d'embryons transférés existe dans tous les pays et, notamment, en France où, cependant, je pense que le travail d'information auprès des couples et des médecins a été insuffisant. En Belgique, le législateur est intervenu sur ce sujet. Le remboursement des tentatives est même conditionné par le fait qu'on transfère un seul embryon, du moins les deux premières fois. En Suède, les dispositions ont fait l'objet d'un consensus au sein de la profession avant de passer dans la loi.

Explicitons ces points. En Suède, 67 % des transferts sont effectués avec un seul embryon, contre 17 % en France et 12 % en Allemagne. La proportion des transferts de trois embryons et plus est nulle en Suède, pratiquement nulle en Belgique et plus élevée en France et en Allemagne.

Les taux de grossesses multiples atteignent 20 % en France et en Allemagne, 10 % en Belgique et 5 % en Suède. Vous pourriez objecter que les populations sont différentes. Pourtant, les statistiques de tentatives de fécondation *in vitro* démontrent que le nombre de femmes, âgées de plus de 35 ans, qui sont traitées est plus élevé en Suède qu'en France. Or, les taux de grossesse globaux sont meilleurs dans le premier pays que dans le second. Il me semble que nous pourrions améliorer la qualité de la procréation médicalement assistée, en France, dans les conditions actuelles de l'AMP.

L'exemple de la Suède est très intéressant. Dans les années quatre-vingt-dix, près de 80 % des transferts étaient effectués avec trois embryons et 10 % des transferts avec un seul embryon. Les Suédois ont, alors, décidé de faire baisser considérablement le premier taux, tandis que le second restait stable. Les taux de grossesses sont demeurés inchangés, et les grossesses multiples ont diminué légèrement. C'est à partir de la décision prise, au début des années 2000, de passer au transfert d'un seul embryon que la courbe des grossesses multiples a chuté considérablement. Cet exemple démontre que nous pouvons développer une stratégie en la matière.

### ***Evolution de l'AMP***

En diminuant les grossesses multiples, on réduit les risques de santé pour les enfants et les problèmes de prématurité. Cette réflexion sur la politique de transfert embryonnaire ne peut être admise que si les taux de succès sont élevés. Pour cela, nous devons être capables d'améliorer notre pratique, notamment la connaissance de l'embryon qui doit permettre de faire naître un enfant en bonne santé.

Trois types de critères permettent d'évaluer la qualité embryonnaire : le critère morphologique, le métabolisme de l'embryon et sa situation génétique. En termes de morphologie, nous tenons compte, à J 2, c'est-à-dire deux jours après la fécondation, du nombre de cellules de l'embryon, nombre correspondant à la cinétique du clivage embryonnaire. La situation idéale est celle d'un embryon à quatre cellules. Par ailleurs, nous examinons la fragmentation embryonnaire. Soit l'embryon est constitué de cellules intègres, soit nous observons une fragmentation des cellules constituant une certaine forme de dégénérescence de ces cellules. Les embryons sont donc classés en quatre catégories selon cette fragmentation.

La probabilité que l'embryon donne un enfant qui se développera dans l'utérus est de 18 %, si l'embryon a quatre cellules à J 2. S'il est en retard ou en avance, il est de moins bonne qualité en termes de probabilité de donner un enfant. Par ailleurs, sans fragmentation, le taux d'implantation atteint 19 %. Plus la fragmentation est importante, plus ce taux diminue.

Par ailleurs, les effets constatés sur l'implantation, jouent sur la suite des événements. Ainsi, les taux de pertes embryonnaires ou fausses couches donnent



des résultats identiques aux précédents. L'embryon de meilleure qualité est donc un embryon présentant une bonne morphologie en J 2, au bon stade de développement et sans fragment. Quand nous appliquons cette stratégie à des femmes qui sont jeunes et au début de leur traitement, nous atteignons 50 % de taux d'implantation avec le transfert d'un embryon. Si nous transférons deux embryons de cette qualité, nous obtenons également 50 % d'implantation, mais aboutissons à un taux de 48 % de grossesses gémellaires. Voilà comment une stratégie sur des critères morphologiques peut permettre d'améliorer les résultats.

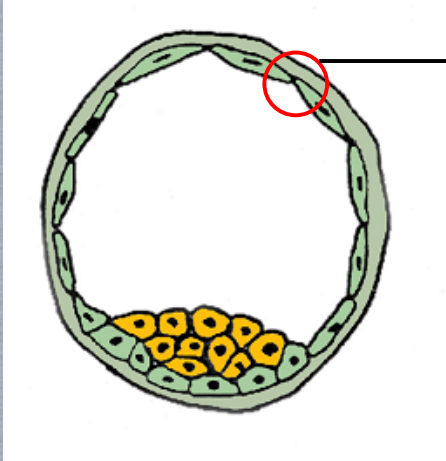
### *Les autres critères*

J'évoquerai le travail récent d'une équipe australienne et d'une équipe grecque. Ces chercheurs ont étudié l'embryon au stade blastocyte à 5 jours entouré du trophoctoderme, futur placenta. Ils ont effectué une biopsie au niveau du trophoctoderme avant le transfert du blastocyte dans l'utérus sur plus de 150 embryons de 5 jours, chez 48 patients. Ils ont démontré que le prélèvement sur l'embryon n'avait pas eu d'effet délétère sur les capacités de développement puisque les taux de grossesses n'ont pas diminué de ce fait. Ensuite, ils ont analysé, par des techniques moléculaires les cellules prélevées et ont comparé l'expression des gènes qui ont donné naissance à un enfant et celle des gènes qui n'ont pas donné naissance à un enfant. Ils ont ainsi identifié plus de 7 000 transcrits présents dans les embryons qui se développent et qui ne s'expriment pas dans ceux qui ne se développent pas. Ils ont, en particulier, identifié quelques gènes, essentiellement des gènes d'adhésion et de communication très importants.

Cette approche est tout à fait intéressante car elle donne des outils moléculaires permettant d'identifier les embryons qui s'implanteront et je voudrais signaler que ce type de recherche est impossible en France. D'une part, aucun crédit n'est prévu pour la recherche sur l'embryon. De plus, chaque fois qu'on évoque cette recherche, on considère l'embryon comme un fournisseur de cellules pour la médecine régénérative, mais on n'applique pas cette recherche au bénéfice de l'embryon lui même et des couples stériles. D'autre part, la loi interdit le transfert des embryons ayant fait l'objet de recherches. Nous n'aurions donc pas eu le droit de transférer les embryons dans l'utérus, c'est-à-dire de faire à cet âge de la vie, de la recherche clinique, ce qui est possible à tous les autres âges de la vie. On ne peut donc pas essayer d'améliorer les traitements.

Pourtant, cette recherche serait bien utile. En 2005, en France, environ 60 000 tentatives de FIV ont été enregistrées, produisant plus de 200 000 embryons. 40 % des embryons ont été écartés car ils étaient jugés inaptes à se développer. Sur les 88 000 embryons transférés, seuls 11 000 embryons ont donné un enfant. L'efficacité de notre technique est donc très limitée et seule une meilleure connaissance de l'embryon et une activité de recherche nous permettront de progresser.

## Identification des blastocystes aptes à se développer par étude de l'expression de leurs gènes



**Biopsie de 8 à 20 cellules du trophoctoderme  
153 blastocystes transférés chez 48 patientes**

**Analyse comparative de l'expression des gènes  
des blastocystes ayant donné un enfant ou non**

**Identification de 7317 transcrits (ARN) exprimés  
exclusivement dans blastocystes viables**

**Principalement gènes d'adhésion et de  
communication cellulaire**

**Jones et al 2008**

Le travail des Australiens sur les transcrits a démontré qu'avant le stade de 4 cellules, ce sont les gènes de la mère qui interviennent, le génome embryonnaire est activé au 4<sup>ème</sup> jour. D'autres facteurs entrent en jeu : le facteur épigénétique, le remodelage de la chromatine du pronoyau paternel en même temps que celui maternel, le taux de méthylation et de déméthylation des gènes, le phénomène métabolique.

### FIV- ICSI intraconjugale en France en 2005

**40% des embryons n'ont aucune chance d'être transférés in-utero**

**Près de 90% des embryons transférés in-utero ne se développent pas**

Ovocytes recueillis 471118

Embryons 233563 (49.6%)

Congelés 51298

140166 (60 %)

Transférés 88868



**Eviter la production inutile d'embryons et améliorer les chances de développement des embryons produits**

**Bilan 2005 ABM**

Ceci démontre que, si nous décidons de nous intéresser à l'évolution de l'AMP, nous devons nous intéresser à l'amélioration de ses performances et de sa qualité en réduisant les risques. Ceci ne sera possible que si la loi évolue et autorise une recherche sur l'embryon avant implantation, au bénéfice des embryons eux-mêmes et de leurs futurs parents, comme c'est possible à tous les autres âges de la vie.

#### ►► Jean-Sébastien VIALATTE

Je vous remercie de ces précisions et donne la parole à Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER qui est professeur de droit et membre du Comité consultatif national d'éthique.

►► Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER, Professeur de droit à l'université Paris V- Descartes, membre du Comité consultatif national d'éthique

Les quelques observations que j'entends faire ici le seront en mon nom personnel, et non au nom du Comité national consultatif d'éthique, qui vient à peine de commencer à travailler sur le mémoire qui lui a été demandé concernant

les enjeux éthiques auxquels le Parlement sera confronté. Je n'ai pas non plus d'intérêt professionnel direct dans cette affaire, ni de présentation, ni de *scoop* quant à des découvertes scientifiques récentes. Je souhaite simplement effectuer quelques observations en tant que juriste travaillant, depuis de nombreuses années, en contact, avec les professionnels de l'AMP

Il convient tout d'abord de rappeler, puisque nous sommes à l'Assemblée nationale dans quel contexte ont été élaborées les lois de bioéthique en 1994 alors que l'activité fonctionnait déjà. Pour la première fois, la question « faut-il légiférer » est posée en 1985, lors du colloque « Génétique, procréation et droit », premier d'une longue série de réflexions pluridisciplinaires. Il réunit les spécialistes les plus éminents sous la conduite du Doyen CARBONNIER, artisan de toutes les grandes lois de droit de la famille mises en place dans les années soixante-dix.

Ce colloque est très intéressant parce que les enjeux de ce débat sont encore pour partie actuels. Les adversaires d'un processus législatif sont nombreux : il s'agit principalement d'une part, de certains praticiens qui estiment qu'une régulation interne est préférable à une loi et d'autre part, de tous ceux qui redoutent l'intervention de l'homme sur le vivant, ou invoquent le spectre de l'eugénisme en faisant valoir que légiférer c'est aussi légitimer. Ce débat n'est pas complètement clos aujourd'hui.

À la fin de ces journées de travail, le Doyen CARBONNIER estime qu'il n'y pas encore de consensus et qu'il convient donc d'attendre. Dans les années qui suivent, vont alors se succéder réflexions et rapports officiels, le droit, pour reprendre une expression de Nicole QUESTIAUX, ayant été « mis en concurrence ». Après de nombreuses péripéties législatives, c'est finalement Jean-François MATTÉI qui va parvenir à faire voter les deux lois du 29 juillet 1994 dites de bioéthique. En tant que médecin, il ne voulait pas faire obstacle à la pratique et au progrès scientifique.

La démarche de M. MATTÉI a été double : d'une part, mettre en place un cadre sécurisant pour les professionnels et les familles et d'autre part, en raison de ses convictions personnelles faire respecter un certain nombre de valeurs. À l'époque, une expression était très utilisée : on voulait se protéger des dérives. Il s'agissait alors principalement de la maternité de substitution et des pratiques qui avaient cours dans certains pays européens, à l'instar de l'Italie qui, depuis, s'est dotée d'une législation des plus strictes en la matière. Le terme de « dérives » est encore très souvent employé aujourd'hui, mais il semble que l'on n'a pas tout à fait en vue les mêmes « dérives » qu'à l'époque.

La loi de 1994 a décidé d'être une loi de compromis. Pour cela, elle s'est appuyée sur des principes dont elle a déduit des conséquences, ce qui distingue la France de législations plus pragmatiques ou plus utilitaristes dans lesquelles la régulation est plus souple et est assurée par les professionnels eux-mêmes (Belgique) ou par une autorité (Royaume-Uni). Le principe fondamental auquel le

Conseil Constitutionnel a conféré une valeur supérieure à la loi est le respect de la dignité de la personne humaine. Il a, pour corollaire, d'autres principes, au premier rang desquels la non patrimonialité et l'anonymat, mais pas, contrairement à une croyance fort répandue, l'indisponibilité du corps humain. Ces principes ont été inscrits dans le Code Civil dans les articles 16 et suivants. Ils ont donc été gravés dans le marbre – puisque figure dans le Code Civil, ce qui ne doit pas changer – et déclinés dans le Code de la Santé publique à propos de toutes les activités impliquant les éléments et produits du corps humain.

En outre, pour ce qui est de l'AMP, le législateur a décidé que les nouvelles dispositions correspondent à un modèle familial. Comme M. CLAEYS l'a mentionné, ces orientations n'ont pas été profondément modifiées en 2004, lors du réexamen de la loi sur la bioéthique. Cependant, la loi porte en elle-même l'obligation d'une réévaluation périodique, ainsi que le législateur l'a souhaité. À l'occasion de ce nouvel examen, des débats récurrents, mais évolutifs, apparaissent. Cette évolution doit peut-être être liée aux avancées scientifiques et aux transformations de la société.

L'accès à l'AMP sortira-t-il profondément modifié de la prochaine révision ? Je n'en sais rien et ce sujet n'est pas de ma responsabilité. Néanmoins, à ma connaissance, peu de grands sujets émergent. La gestation pour autrui, autrefois dénommée maternité de substitution, fait partie des sept questions confiées à un groupe de travail du Conseil d'État. C'est la question qui a vu le jour le plus spontanément. L'anonymat soulève également des interrogations récurrentes qui donneront lieu à des discussions spécifiques.

En introduction aux débats qui vont suivre, j'essayerai d'identifier ce qui a évolué aujourd'hui. À mon sens, deux éléments nouveaux apparaissent. D'une part, nous assistons à un certain questionnement sur les valeurs qui sont à la base du droit de l'assistance médicale à la procréation. D'autre part, il s'agit de savoir si nous pouvons nous en tenir à une législation interne relativement restrictive dans un environnement international permissif. Ces interrogations traduisent une incertitude de la société sur ses valeurs (I). Ce questionnement s'accompagne d'une interrogation sur la pérennité d'une législation interne assez restrictive dans un environnement international permissif (II)

## **I. Le questionnement sur les valeurs qui sont à la base du droit de l'AMP**

L'incertitude, à des degrés divers, a gagné aussi bien les principes fondateurs de la bioéthique que les valeurs familiales. Ce questionnement est de nature à faire évoluer le droit de l'AMP.

### *Le questionnement sur les principes fondateurs de la bioéthique*

Le questionnement sur les valeurs concerne les principes fondateurs de la bioéthique, que j'évoquais précédemment, mais également les valeurs familiales.

*- le respect de la dignité de la personne humaine*

Sur les premiers, si le principe philosophique du respect de la dignité de la personne humaine n'évolue pas, son acceptabilité par la société pourrait évoluer. Ce principe a effectivement pris une fonction incantatoire. Évoqué dans tous les textes à valeur internationale, il demeure néanmoins à géométrie variable. En effet, en schématisant, deux conceptions opposées coexistent sous cette formulation. Selon la première qui se rattache à une tradition anglo-saxonne et individualiste, chacun est juge de sa propre dignité. En revanche, en droit français, c'est plutôt une conception collective et autoritaire de la dignité qui prévaut, et qui se réclame de l'impératif kantien de toujours considérer l'homme comme une fin et jamais comme un moyen. C'est au nom de cette dignité là que le Conseil d'État a interdit l'activité du « lancer de nains », jugée en soi contraire à la dignité de la personne humaine, quelle que soit l'opinion du principal intéressé. C'est aussi cette conception qui a entraîné en 1994 tant la condamnation de la maternité de substitution que l'interdiction de toute recherche sur l'embryon vue comme une instrumentalisation de l'être humain en devenir.

La théorie de la dignité transcendante et à caractère universel fait partie d'un système de philosophie morale que je ne conteste absolument pas. En revanche, sa traduction directe dans l'ordre juridique demeure problématique et ceci pour deux raisons. La première est que des considérations utilitaires ont conduit le législateur en 2004 à céder sur les principes, fût-ce à titre d'exception, comme dans le domaine de la recherche sur l'embryon *in vitro*. La seconde est que cette conception de la dignité est de moins en moins socialement acceptée, parce qu'elle conduit à imposer à tous une même norme de comportement dans des sphères considérées comme privées. En outre, à côté du principe de dignité, l'incertitude a gagné ses corollaires qui fondent plus directement le droit de l'AMP

*- Les principes corollaires de la dignité*

Ils font, eux aussi, l'objet d'un questionnement.

*- La non patrimonialité :*

Dans le droit fil de la générosité des donneurs de sang, les premiers CECOS ont mis en place, avec l'insémination avec donneur (IAD), le don de gamètes fondé sur la générosité de couple à couple. Le principe de non patrimonialité, appelé aussi gratuité par transposition d'une notion de droit des obligations, s'est trouvé en 1994 en harmonie avec le principe de dignité. En effet, selon Emmanuel Kant, « *L'homme n'est pas autorisé à vendre un seul de ses membres pour de l'argent, même s'il devait recevoir dix mille thalers pour un seul de ses doigts car autrement, on pourrait lui acheter tous ses membres. On peut disposer des choses qui n'ont pas de liberté mais pas d'un être qui dispose d'un libre arbitre* ».

C'est en vertu de ce principe que la loi interdit d'aller au-delà du défraiement des donneurs. Or, nous savons qu'il ne couvre pas la totalité des dépenses mises en œuvre. Par ailleurs, si l'on devait autoriser la gestation pour autrui, dans des conditions qui resteraient à discuter, il semblerait difficile de prévoir une indemnisation raisonnable de la mère porteuse, sans étendre cette indemnisation aux autres formes d'assistance médicale à la procréation et, notamment, aux donneuses d'ovocyte. L'admission d'un « prix » pour le don ouvrirait une brèche considérable dans le droit relatif aux éléments et produits du corps humain.

- L'anonymat complète le dispositif.

Dans la loi de 1994, il était surtout considéré comme un accessoire de la non patrimonialité dans la mesure où il garantit qu'il n'y aura pas d'échange entre le donneur et le receveur. Dans le domaine du don de gamète, il contribue également à l'effacement du donneur au profit de l'apparition exclusive du trio formé du couple et de son enfant. C'est dans cette perspective qu'il est aujourd'hui remis en question dans le cadre du droit à l'accès aux origines. Si la gestation pour autrui devait être légalisée, je ne vois pas comment elle pourrait fonctionner dans l'anonymat. Par effet de domino, l'anonymat du don de gamète aurait des difficultés à se maintenir.

### *Le questionnement sur le modèle familial*

Le droit de l'assistance médicale à la procréation apparaît, aujourd'hui, en porte-à-faux à la fois avec les grandes tendances du droit de la famille, et avec l'évolution de la notion de filiation du fait du pluralisme des modèles familiaux dans la société.

- AMP et pluralisme des situations familiales.

L'article L 2141-2 du Code de la santé publique réserve l'accès à l'AMP à un couple « classique » formé d'un homme et d'une femme, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune depuis deux ans, vivants, et non divorcés ou séparés. Ce modèle ne correspond plus à la diversité des types sociologiques de famille, en particulier avec le développement de la famille monoparentale. En outre, au nom de l'égalité, une évolution tendant à consacrer les droits des couples homosexuels est apparue dans le domaine de l'adoption. La France a été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme pour un refus d'agrément à une femme célibataire mais vivant en couple avec une autre femme.

### **► M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Pour être précis, ce n'est pas la France, mais la position d'un Conseil général qui a été condamnée.

## ► Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER

M'exprimant en tant que juriste, selon moi, cet arrêt est contre la France. Par ailleurs, en tant que membre du Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin, je peux affirmer que les praticiens d'AMP se trouvent confrontés à des situations limites sur lesquelles ils nous interrogent. Je citerai, par exemple, une demande de FIV par une femme dont le mari est en soin palliatif et à qui il ne reste que quelques jours à vivre. Dans d'autres cas, nous nous trouvons devant des couples dans lesquels la femme est âgée de 38 ans, mais l'homme est âgé de plus de 65 ans et déjà grand-père d'un premier mariage. Ce peut être également des couples atteints d'une maladie génétique, des couples étrangers, en situation visiblement irrégulière et ayant d'autres enfants restés au pays.

Sur de tels cas, la loi actuelle est discrète et n'interdit rien formellement ; les équipes sont confrontées à des interrogations éthiques majeures. Si ces couples étaient fertiles, rien ne leur interdirait d'avoir des enfants. Par l'intermédiaire des professionnels, ces couples s'adressent à la société. Quelle est la responsabilité morale sinon juridique, à l'égard de la société et à l'égard des enfants à naître ? Comment se préoccuper de l'intérêt supérieur de l'enfant sans s'ingérer abusivement dans la vie de ces couples ?

### *- AMP et place de la génétique dans le domaine de la filiation*

Le dernier questionnement est lié au paradoxe relevé entre la génétique et la représentation de la filiation. Sans aller jusqu'à considérer que les personnes recherchant leurs origines sont préoccupées par la « biologisation » de la filiation, il existe tout de même un paradoxe entre la tendance dans la société à privilégier la filiation génétique et le fait que tous les montages sont possibles et revendiqués. Un enfant peut faire intervenir jusqu'à cinq adultes dans le processus de sa « fabrication ». On observe un déclin de l'insémination artificielle avec donneur au profit de l'ICSI ou encore un développement des tests de paternité sur Internet. Par ailleurs, pour la jurisprudence de la Cour de Cassation, la preuve biologique est de droit s'il n'existe pas de raison légitime de ne pas y procéder. D'ailleurs, j'ai constaté, d'après la presse, que la question de savoir s'il faut continuer à subordonner des tests de paternité à l'autorisation d'un juge figure dans les questions posées au Conseil d'État. La problématique est donc la suivante : la filiation peut-elle, au choix, se dissocier ou s'assimiler au biologique sans produire une confusion ? Enfin, pouvons-nous maintenir une législation particulièrement restrictive dans le contexte international actuel ?

## **II. La pérennité du droit français au regard du contexte international**

L'existence du contexte international est de nature à modifier les comportements dès à présent. En outre, certains pensent qu'il pourrait conduire à une unification des systèmes juridiques. La France, sans adopter une législation prohibitive comme les pays germaniques ou certains pays catholiques (Irlande),



s'est délibérément placée dans une position intermédiaire, et a récusé la très grande liberté de la Belgique, du Royaume-Uni et, à l'époque, de l'Italie. Ce positionnement raisonnable a ensuite été celui de l'Espagne, puis de pays pourtant chrétiens orthodoxes comme la Grèce ou catholiques comme le Portugal qui, sur certains points, sont plus libéraux que la France, tandis que l'Italie, naguère lieu de tous les excès, est régie aujourd'hui par une des lois les plus restrictives d'Europe.

On ne saurait empêcher les Français de recourir dans d'autres pays à ce à quoi la loi française ne leur donne pas accès. Juridiquement, cette faculté est inhérente au Traité de Rome. C'est ce qu'illustre la célèbre affaire Blood au Royaume-Uni. Mrs Blood qui avait fait prélever le sperme de son mari plongé dans le coma, a été autorisée par un juge britannique à exporter les paillettes de sperme en Belgique pour procéder à deux reprises à une insémination couronnée de succès.

Or, il existe des pays où la législation est beaucoup plus libérale que la nôtre. L'exemple de la Belgique est caractéristique à cet égard ; les couples de femmes homosexuelles y sont prises en charge et le don d'ovocyte direct y est accepté. L'Espagne dispose d'un système presque comparable au nôtre mais les donneuses d'ovocytes, bien qu'anonymes, y sont indemnisées plus largement.

En dehors de l'Europe, il n'y a pas de droit à recevoir des soins mais certains pays acceptent les étrangers. Le retour avec l'enfant risque cependant d'être délicat, lorsque le droit français ne reconnaît pas la filiation comme c'est le cas avec la maternité de substitution. Un arrêt récent de la Cour d'appel de Paris a toutefois reconnu la validité en France d'un jugement obtenu régulièrement en Californie selon la loi locale et indiquant le couple d'accueil comme étant les parents légaux de leurs filles jumelles.

On peut être choqué de ce « tourisme procréatif ». Il est cependant une conséquence de la liberté individuelle, principe à valeur constitutionnelle. La France accueille elle aussi les étrangères souhaitant bénéficier d'interruptions de grossesse, d'accouchements sous X ou de fécondations *in vitro* lorsque leur pays d'origine ne leur en donne pas la possibilité. Certes, la liberté a un prix et le système favorise les plus aisés, mais n'en n'est-il pas ainsi dans bien des domaines, ce qui pose un problème éthique majeur ? Aussi, il me semble qu'il est de notre devoir d'observer comment cela se passe ailleurs, même si cela ne signifie pas, pour autant, que nous devons copier les autres.

#### ► M. Jean-Sébastien VIALATTE

Je n'ai pas soutenu que nous ne devons pas examiner ce qui se faisait ailleurs, mais que nous n'étions pas obligés d'effectuer tout ce qui s'y fait. En matière d'anonymat, faut-il adopter la législation allemande qui permet, à un enfant né d'un donneur, de répudier son père pour être adopté par voie judiciaire, par le dit donneur ?

## ► Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER

En réalité, l'existence du contexte international est un argument très difficile à manier. D'un côté, il est excessif, sous prétexte de la liberté de circulation, de vouloir s'aligner sur le pays le plus libéral, ou comme l'explique Jean-Claude AMEISEN, sur le pays le moins-disant en matière éthique. Mais d'un autre côté, le fait que des pays voisins, respectueux des droits de l'homme, aient adopté d'autres solutions que les nôtres, par exemple l'indemnisation des donneurs ou la maternité de substitution, n'est pas un élément neutre ou négligeable. Dans un cadre globalisé, il n'est pas question d'abandonner ses valeurs mais de les confronter à d'autres, dans un esprit d'ouverture qui n'exclut pas la critique.

Les déclarations universelles de l'UNESCO, sur le génome humain et la déclaration universelle sur la bioéthique, n'ont pas de valeur juridique obligatoire. L'unification des législations internationales se heurte à des différences culturelles dans le monde et même en Europe. Le seul texte à valeur obligatoire est actuellement la Convention d'Oviedo dans le cadre du Conseil de l'Europe, que la France n'a pas encore ratifiée, même si notre droit est globalement en accord avec son contenu qui vise plus à concilier les législations existantes qu'à unifier le droit.

La charte des droits fondamentaux annexée au traité de Lisbonne ne proclame que des principes assez généraux. Quant à la Convention européenne des droits de l'homme, elle est parfois sollicitée au regard de ses dispositions sur le droit à la vie ou à la vie privée. Mais la Cour de Strasbourg ne censure pas les législations nationales auxquelles elle reconnaît une importante marge d'appréciation dans ces domaines sensibles. C'est, par exemple, ce qu'elle a jugé dans l'affaire Evans, où elle n'a pas condamné le Royaume-Uni dont la loi prévoit qu'un homme peut empêcher sa femme d'obtenir le transfert de leurs embryons communs s'il n'adhère plus au projet parental

En conclusion, il est certainement trop tôt pour prévoir des changements en matière d'AMP. En revanche, émergent dès à présent des considérations de méthode que je résumerai en trois vœux.

D'une part, je souhaiterais une loi utile, ce dont je ne doute pas, compte tenu des remontées actuelles de problèmes pratiques. Néanmoins, cette démarche conduira nécessairement à des contradictions, puisque les besoins des uns et des autres diffèrent.

D'autre part, je voudrais une loi juste. Même si la notion de justice est difficile à définir, une loi juste doit forcément s'intégrer dans une réflexion globale sur les valeurs. Faut-il, par exemple, conserver les principes élaborés en 1994, en leur apportant des exceptions ou faut-il abandonner partiellement ces principes et autoriser ce qui était autrefois interdit ? Si cette décision appartient au Parlement, encore faut-il savoir au nom de quoi et de quelles valeurs elle est prise.

Enfin, je souhaiterais une loi cohérente. Le droit de l'assistance médicale à la procréation et, plus largement, le droit de la biomédecine s'insère dans un système global de normes juridiques relatives en particulier aux personnes, au corps humain, à la famille ou à la filiation. Il convient de se garder de légiférer sous le coup de l'émotion ou de la compassion. Lorsque nous observons une telle tendance, nous constatons que survient un risque juridique, mais également éthique. Les évolutions doivent être mises en perspective, ce qui est une des conditions pour que le droit demeure une construction à visée anthropologique et symbolique, et pour que la science n'aboutisse pas à une déshumanisation.

►► **M. Alain CLAEYS**

Pour ouvrir le débat, je pose une première question : la loi de 1994 est-elle utile, juste et cohérente ?

►► **Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER**

Elle est certainement utile et, probablement, elle peut être améliorée sur le plan de l'utilité. Elle était juste dans un système de valeur de 1994. Tout dépend si l'on considère la justice dans un sens absolu, moral et universel ou dans un sens de justice sociale. Dans ce dernier cas, certains points ne sont plus adaptés. Quant aux incohérences, je pourrai les lister ultérieurement. Que le double don soit interdit, mais pas l'accueil d'embryon ne constitue pas une incohérence car cela était perçu comme un sauvetage des embryons au moment du vote de la loi. L'adoption est possible par un couple marié ou une personne seule, tandis que l'AMP n'exige pas de mariage et, en revanche, n'est pas accessible aux femmes seules, voilà un exemple d'incohérence.

►► **Mme Dominique MEHL, Sociologue, Directrice de recherches au CNRS**

Je ne sais pas très bien si je suis sourde ou si je ne sais pas lire. Cette table ronde s'intitule : « *L'accès à la AMP* ». Je pensais donc que nous discuterions de l'article qui définit les conditions d'accès à la procréation médicalement assistée, à savoir être un couple marié, en concubinage reconnu et stable depuis deux ans, de sexes différents, stérile, en âge de procréer et vivant. Cela fait six conditions qui, les unes après les autres, vacillent sur leur socle du fait de l'évolution des pratiques et des mentalités, ainsi que des mouvements qui se manifestent dans la société. J'évoquerai, notamment, la revendication de couples du même sexe à l'accès à la procréation médicalement assistée dont je n'ai pas entendu parler, sauf au travers de cet arrêt européen, et par la reconnaissance provisoire par la Cour d'appel d'un de ces couples.

Par conséquent, je m'interroge sur les positions des intervenants. Certaines conditions d'accès, comme le concubinage notoire depuis deux ans, sont déjà caduques. Certains médecins admettent que ces certificats ne servent à rien car ils s'obtiennent très facilement. Un certain nombre de questions se pose comme la

définition de la stérilité ou l'ouverture de l'AMP aux personnes de même sexe et aux célibataires, l'adoption leur étant déjà ouverte. Les personnes de même sexe demandent que la stérilité soit définie par les conditions sociales dans lesquelles se situent les couples. Il me semble que les définitions des conditions conjugales d'accès à l'AMP sont à interroger. Or, je n'ai pas entendu grand-chose sur ce sujet.

►► **M. François THÉPOT**

J'ai cru essayer de vous démontrer que le système français était orienté vers la démonstration de l'infertilité. Les conditions que vous mentionnez sont établies à partir de ce principe fondateur. Ainsi, en matière de certificat de concubinage, les deux ans exigés correspondent d'un point de vue médical, au temps pendant lequel un couple doit être exposé à la grossesse pour prouver l'infertilité. Le système peut paraître cohérent sur la base de cette option, mais vous pouvez en discuter une autre. Je pensais, en tout cas, avoir fondé mon exposé sur ce point. Je n'ai peut-être pas été clair.

►► **M. Pierre JOUANNET**

La question de l'accès revient à la question du champ d'application d'une technologie, en l'occurrence de l'AMP. Effectivement, la société française a décidé à travers le législateur que cette technologie pouvait être utilisée pour résoudre un manque d'enfant quand existe un problème médical. D'autres pays ont procédé différemment. D'autres choix sont donc possibles. Toutefois, si nous décidions de changer, nous ferions un bond que certains appellent anthropologique. D'un côté, nous décidons de résoudre un problème de stérilité. De l'autre, nous optons pour une procréation en dehors de toute question de stérilité.

Une femme seule qui recourt à une AMP qui le décide parce qu'elle est seule, a ensuite la possibilité de ne pas y recourir si plus tard elle rencontre un homme ; ce n'est pas le cas d'une femme stérile qui aura toujours besoin d'une AMP. Je ne prends pas position sur cette question. Je pense simplement qu'il y a, là, un seuil.

Il en existe d'autres comme, par exemple, l'implantation *post mortem*. Prétendre qu'on peut procréer en étant mort ou naître d'un mort constitue, pour moi, un saut qualitatif. Je pense qu'il faut réfléchir aux enjeux et aux conséquences de ces actes. Cependant ce n'est pas aux médecins d'opérer ces choix qui sont ceux de la société. C'est la raison pour laquelle je ne prends pas position sur le sujet. Certes, je peux avoir une position en tant que citoyen, mais j'interviens, ici, en tant que médecin.

Concernant l'accès à l'AMP, j'estime que ces problèmes sont mineurs. La question du couple marié ou du couple en concubinage n'a jamais posé de problème à qui que ce soit. Le législateur, en 1994, souhaitait une certaine stabilité du couple. Pour n'importe quelle équipe médicale qui utilise ce genre de

techniques et pour les personnes concernées, cette stabilité n'est pas une notion complètement étrangère à la démarche. La durée exigée est un détail, tout comme l'existence ou pas d'un acte de mariage, mais la stabilité est fondamentale.

►► **M. Alain CLAEYS**

Nous avons eu ces discussions en 2004 et nous les aurons de nouveau. Je prends un simple exemple. L'implantation *post mortem* a donné lieu à un débat en première lecture en 2002. Le législateur avait alors décidé de l'autoriser. Puis, en deuxième lecture, en 2004, il l'a interdite. Le législateur devra effectivement décider s'il revient sur le principe qu'il a retenu pour caractériser la procréation médicalement assistée.

►► **Mme Dominique DESCHAMPS-MINI, juriste**

Je suis juriste et immergée, depuis plusieurs années, dans la pratique. Contrairement à ce que le Professeur JOUANNET vient d'indiquer, les différentes situations liées au statut du couple engendrent réellement des problèmes. Je suis régulièrement consultée par des membres de couples mariés, notamment des femmes, qui se présentent avec un autre partenaire. Lorsqu'on confronte ces situations avec le droit de la filiation et, en particulier, la présomption de paternité, nous rencontrerons des soucis pratiques d'accès à l'assistance médicale à la procréation.

Par ailleurs, si les problématiques d'anonymat et de gestation pour autrui doivent peut-être être centrales, il ne faut pas oublier ce qui peut entraîner des problèmes pratiques en termes d'application de la loi comme, par exemple, les stimulations ovariennes hors assistance médicale à la procréation qui s'effectuent parfois n'importe comment. Il existe des prises en charge très tardives avec des stimulations initiées après 50 ans.

►► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Ces sujets relèvent peut-être plus des bonnes pratiques médicales que du rôle du législateur. Celui-ci ne pourra pas régler, au cas par cas, tous les problèmes qui se présenteront. Pour ma part, je suis un peu surpris que nous soyons obligés de réviser des lois de bioéthique à intervalle aussi régulier. Le législateur a-t-il à courir, en permanence, derrière l'évolution des mœurs ? Ne doit-il pas fixer certains grands principes, relativement intangibles, et charger ensuite des agences, comme l'Agence de la biomédecine de les adapter ?

►► **M. Alain CLAEYS**

C'est un débat que nous devons trancher.

►► **M. Pierre JOUANNET**

La loi actuelle me semble justement très tatillonne. Toute une série de considérations techniques doivent ainsi être réglées par arrêté ministériel alors que

l'Agence de la biomédecine devrait les prendre en charge. Il est absolument anormal qu'un guide de bonnes pratiques soit édicté par arrêté ministériel. Ceci devient un handicap car le guide des bonnes pratiques a mis trois ans à être publié.

►► **Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL, Psychanalyste**

Je voudrais féliciter Frédérique DREIFUSS-NETTER d'avoir abordé le vif du sujet et je suis entièrement de l'avis de Dominique MEHL. Je pensais que nous évoquerions l'accès à l'AMP qui représente un sujet absolument central. Or, au début de cette table ronde, nous avons l'impression d'assister à un congrès médical.

►► **M. Alain CLAEYS**

La loi de bioéthique n'est réservée ni aux scientifiques, ni aux experts. Si nous voulons être utiles, il faut que chacun puisse s'exprimer dans une table ronde comme celle-ci. Les propos de MM. THÉPOT et JOUANNET ont été parfaitement utiles.

►► **Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL**

C'est certain. Mme DREIFUSS-NETTER a, cependant, abordé les questions centrales selon moi. Toutefois, un point me gêne un peu. Vous avez expliqué que certains principes, qui apparaissaient dans le Code Civil, étaient, de ce fait, gravés dans le marbre. Le principe d'anonymat, si j'ai bien compris, en est un. Dans la suite de votre exposé, vous avez été plus souple sur ce point. Vous avez également indiqué que peu de sujets émergeaient, mais vous en avez listés beaucoup. J'aimerais que vous précisiez votre position sur la question de l'anonymat.

►► **Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER**

Je n'ai absolument pas exprimé une opinion personnelle. J'ai expliqué qu'il résultait des travaux parlementaires que nous avons choisi, en 1994, de promulguer deux lois datées du même jour. La première porte sur le corps humain et fixe des principes généraux qui ont été inscrits dans le Code Civil avec une intention affichée de permanence. Ces principes ont, ensuite, été déclinés dans le Code de la Santé publique. C'est cette loi dont la révision est techniquement prévue. Cependant, rien n'empêche le Parlement de se saisir et de réviser la totalité des dispositions, y compris les principes inclus dans le Code Civil. Je n'y suis pas opposée mais dès le début cette volonté de distinguer existait.

►► **M. Henri ATLAN**

Je voudrais revenir sur la question de ce qui peut et devrait être renouvelé. À mon avis, il s'agit de tout ce qui concerne la recherche fondamentale en biologie. Une erreur fréquente, conséquence du néo-préformationnisme que

j'évoquais précédemment, consiste à confondre biologique et génétique alors que la biologie est bien plus large que la génétique.

D'ailleurs, cette prégnance de la génétique explique, à mon avis, certaines représentations sociales curieuses et le fait que certaines personnes pensent que, si elles ne transmettent pas leurs gènes à leur descendance, il ne s'agit plus de leur descendance alors que toutes les acrobaties sociales sont permises pour réaliser ce but. En recherche fondamentale, il existe nombre de possibilités avec, comme toujours, des retombées positives et des retombées négatives.

Pour reprendre l'exemple de M. JOUANNET sur la difficulté d'obtenir des ovocytes, si nous développons la recherche visant à fabriquer des ovocyte, en laboratoire, à partir de cellules souches embryonnaires, nous réglons la question des dons d'ovocyte et tous les problèmes que ceux-ci engendrent. À cela, nous entendons des objections, naturalistes ou essentialistes, estimant que la fabrication d'ovocytes artificiels ne constitue pas une bonne solution. Axel KAHN nous a même mis en garde, précédemment, contre la fabrication de sujets artefacts, et non plus de cellules artefacts. C'est absolument faux !

Si nous parvenions à faire se différencier les cellules souches en ovocytes normaux, les sujets qui naîtraient, par fécondation *in vitro*, d'un tel ovocyte et d'un spermatozoïde ne seraient pas plus artificiels que les sujets qui naissent actuellement par fécondation *in vitro*. On se trouve là de nouveau face à une difficulté à appréhender le gradualisme que je mentionnais précédemment. Il n'y a pas d'essence de l'ovocyte, qu'il soit naturel ou artificiel.

Ceci implique aussi que la technique, en elle-même, n'est pas un bien ou un mal. Tout dépend du contexte social, familial, culturel dans lequel elle s'applique. C'est la difficulté à laquelle le législateur est confronté. Il n'a pas à décider si une technique est bonne ou mauvaise, mais dans quelles circonstances elle est acceptable et dans quelles circonstances elle est à proscrire.

#### ► Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL

Je souhaitais également évoquer la question du double don. Parmi les indications à l'AMP, une alternative devrait être possible entre accueil d'embryon et double don de gamète étant donné que la loi française admet à la fois le don d'ovocyte et le don de sperme. Ce point n'a pas été abordé. Par ailleurs, vous avez employé l'expression « *couple d'accueil* », ce qui, je pense, a fait frémir mes voisins que je connais bien et qui ont eu des jumelles aux États-Unis. Il faut prendre garde aux mots. Ils ne sont pas un couple d'accueil, mais sont les vrais parents de leurs enfants, le père étant le vrai père, au sens même de la biologie, le père d'intention et le père légal. Le terme « *couple d'accueil* » est donc choquant.

► Arthur de **KERMALVEZEN, Association Procréation Médicalement Anonyme (PMA)**

Je suis Arthur, de la première génération des individus qu'on appelle toujours « *enfants conçus par Insémination avec donneur IAD* ». Si nous révisons la loi, M. VIALATTE, c'est parce que j'ai grandi. L'inertie est une forme de violence et nous sommes ici car nous voulons de l'action. Il se trouve que les droits de l'enfant que j'étais, n'ont pas été respectés. Or, nous savons bien que ces droits sont le respect de l'adulte que l'enfant sera plus tard.

Les lois de bioéthique sont faites pour protéger les plus faibles. J'ai fait un effort, grâce à l'association Procréation Médicalement Anonyme (PMA), pour me faire comprendre. Mes parents sont bien les miens. Je ne me vis pas comme un enfant de la génétique ou de la biologie ; je ne me pose même pas la question, car mes parents m'ont permis de penser ma vie et de m'exprimer. C'est ce que j'essaie de faire ici. En attendant, donner la vie a un prix et les donneurs sont des humains. Nous évoquons les gamètes, les cellules, mais nous ne donnons pas la parole aux donneurs.

► M. Dominique MENNESSON, Président de l'Association CLARA

Je remercie Mme DREIFUSS-NETTER pour son exposé. L'indisponibilité du corps humain n'existe pas dans la loi. La Convention d'Oviedo définit parfaitement les droits humains et les droits de la bioéthique. Elle part du principe du respect du corps humain, ainsi que du principe d'autonomie, et fixe une troisième notion, celle de l'équité, le tout dans un cadre de non-profit. Ce texte me paraît magnifique pour mettre tout le monde d'accord. Puisqu'il a été signé par la France en 1997 et qu'il est applicable depuis 1999, pourquoi ne l'avons-nous pas ratifié en 2004 ? Cette question sera-t-elle abordée dans le cadre de la révision ?

► M. Alain CLAEYS

Je ne comprends ni ce retard, ni que nous n'ayons pas pu ratifier la convention d'Oviedo dans le cadre de la révision de 2004. On me signale quelques problèmes juridiques, mais d'autres pays ont trouvé le moyen de ratifier le texte. Je souhaite donc que nous le fassions le plus rapidement possible.

**De la salle**

Je voudrais revenir sur les conditions d'accès à l'AMP. Puisqu'il s'agit d'un traitement palliatif de l'infertilité, et non d'un mode de procréation, je me pose la question suivante. En quoi le recours à un don de sperme par un couple dont l'homme est complètement infertile est-il différent d'un recours à un don de sperme par un couple infertile car il est constitué de deux femmes ? Ne s'agit-il pas là, plutôt, d'un choix de société au travers duquel nous considérons que ceux qui sont les parents doivent pouvoir passer pour les géniteurs et qu'une famille doit, avant tout, être constituée d'un père et d'une mère ?



▶▶ **M. François THÉPOT**

Vous résumez très bien ma dernière diapositive.

▶▶ **Mme Frédérique DREIFUSS-NETTER**

Je suis d'accord avec vous. C'est là un choix de société.

▶▶ **M. Pierre JOUANNET**

Considérons quand même que, dans un cas, il s'agit d'une pathologie médicale. Le fait qu'un couple de femmes homosexuelles souhaite un enfant représente autre chose. Il ne faut pas confondre les deux types de situation. Il nous faut être prudents dans nos propos.

▶▶ **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Nous vous remercions, nous appelons les participants de la deuxième table ronde.



## ACCÈS AUX ORIGINES OU ANONYMAT ?

### ► M. Alain CLAEYS

Je donne la parole, sur le thème important de l'accès aux origines, à Mme Carine CAMBY. Je voudrais publiquement saluer le travail formidable qu'elle-même et son équipe de l'Agence de la biomédecine ont effectué. C'était nouveau en France.

### ► Mme Carine CAMBY, Ancienne Directrice générale de l'Agence de la biomédecine

Cette table ronde est consacrée à un sujet sensible qui a été identifié, dès le début, comme l'un des sujets majeurs de discussion dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique. J'essayerai de démontrer que l'on se trouve confronté, à travers cette thématique sur laquelle de nombreuses positions se sont exprimées, à une certaine façon de concevoir la loi de bioéthique.

Comme Frédérique DREIFUSS-NETTER l'a très justement rappelé, cette loi est fondée sur différentes valeurs, dont la principale est le respect de la dignité de la personne humaine. Nous avons cherché à décliner cette valeur dans le texte de la loi de bioéthique et dans le Code Civil en un certain nombre de principes qui, jusqu'à présent, étaient considérés comme intangibles. Ces principes sont la non patrimonialité et l'anonymat, lequel est toujours apparu comme une manière d'assurer la non patrimonialité. En effet, il permet de garantir effectivement qu'il n'y aura pas de développement de trafic sur les éléments du corps humain. Cet aspect est toujours vrai. En levant le principe de l'anonymat, il faudra donc, sans doute, réfléchir à un renforcement du principe de non patrimonialité, pour autant qu'on souhaite aussi le conserver.

Par ailleurs, le principe d'anonymat a été retenu afin d'assurer une protection du donneur et une protection du receveur. La première a souvent été mise en avant, notamment par les personnes qui sont à l'origine de la procréation médicalement assistée avec tiers donneur. Il faut garantir le donneur contre certains risques juridiques, mais également psychologiques. Celui-ci n'aura pas forcément envie de voir se présenter, dix-huit ou vingt ans après les faits, les enfants issus de son don. La protection du receveur et celle du couple qui a souhaité un enfant et fait appel au don de gamète ont été garanties par l'anonymat.

Or, dans cet aspect de l'application de la loi de bioéthique, l'on se trouve confronté au cas particulier de la présence d'un tiers. Ce tiers, qui est important et qui s'exprime aujourd'hui, est l'enfant né de la technique d'AMP avec tiers donneur. Aujourd'hui, on fait face à l'émergence de cette parole qui, d'une

certaine façon, avait été mise sous le boisseau. L'on avait peut-être méconnu la situation qui résulterait de l'arrivée à l'âge adulte de ces enfants et de leur volonté d'exprimer des demandes, d'ailleurs très diverses de connaître ou pas le donneur. En effet, chacun – parents receveurs, enfant, donneur – vit cette situation de manière différente.

Peut-être est-il intéressant de se mettre à la place de ces trois types de personnes ? Quelle est la position de chacun ? Si nous allions vers une ouverture, sur cette question, dans la future loi de bioéthique, quels seraient les aspects à traiter pour que cette ouverture ne se traduise pas par des effets négatifs dont la prévention serait utile ?

Toutes les personnes qui recourent à l'AMP avec tiers donneur ne sont pas forcément désireuses d'autoriser l'enfant à connaître le donneur, voire même de lui révéler le mode de sa conception. Une réflexion, menée sur ce sujet par le Comité consultatif national d'éthique tendait plutôt vers la recommandation de levée du secret sur le mode de la conception, sans aller jusqu'à la levée de l'anonymat du donneur. Les deux étapes ont bien été distinguées.

Dans les pays qui ont procédé à ce type de modifications de la réglementation, on a constaté une chute importante du nombre de donneurs dans un premier temps, comme dans tout changement de situation une insécurité doit être levée dans l'esprit des donneurs potentiels. Une légère reprise a, ensuite, été enregistrée avec un changement du profil des donneurs. En effet, l'anonymat garantit au donneur que l'enfant ne se présentera pas devant lui. Psychologiquement, ce n'est pas la même chose que d'imaginer qu'un jour, cet enfant puisse effectivement se présenter à lui, lui poser un certain nombre de questions ou être demandeur d'une relation affective avec lui. À ce titre, je rappelle qu'en France, les donneurs de gamètes doivent déjà avoir eu des enfants. C'est un point important et je ne pense pas qu'une levée ou un assouplissement éventuel des règles d'anonymat puisse forcément conduire à lever cette autre condition.

Par ailleurs, la levée de l'anonymat peut accroître les risques de trafic. Il est clair que la levée de l'anonymat encourage le développement de relations entre les donneurs et les receveurs. Si ceci est particulièrement vrai dans le don d'organe, c'est sans doute moins vrai dans le don de gamète car, dans les dispositifs qu'on imagine et que les pays voisins ont mis en place, l'enfant ne peut se tourner vers le donneur qu'à sa majorité. Cela a le moins d'impact possible, en termes de contractualisation ou de monétarisation du don, au moment de la conception.

Il faut noter que la loi de bioéthique a été conçue autour de principes s'appliquant à tous les types de don. Si l'on s'orientait dans la voie de l'assouplissement ou de la levée de l'anonymat, l'on renoncerait à cette disposition et l'on se trouverait certainement, à un moment donné, confronté à des demandes reconventionnelles sur d'autres types de don pour lesquelles il

conviendra d'argumenter que ce ne sont pas les mêmes types de dons. C'est une question qu'il nous faut anticiper.

Nous avons souvent constaté, face aux revendications des droits de l'enfant, une réaction de rejet immédiat, notamment de la part des professionnels qui mettent l'AMP en œuvre depuis de longues années, sur la base d'un consensus social faisant de l'anonymat un pilier important du dispositif. Il convient d'identifier ce qu'on inclut dans le droit de l'enfant à connaître ses origines et jusqu'où l'on peut aller dans ce domaine. La possibilité de rencontrer le donneur a été envisagée. Certaines associations évoquent la possibilité d'obtenir des informations non identifiantes sur le donneur. Certains pays ont choisi des dispositifs pouvant être engagés à la majorité de l'enfant et ont évidemment opté pour la non rétroactivité de la levée de l'anonymat, comme au Royaume-Uni.

Ces configurations présentent des risques et doivent donc être pesées. D'une part, des couples pourraient renoncer à la procréation avec tiers donneur par peur de devoir gérer le tiers qui fait intrusion dans la famille traditionnelle. Cela peut être assez angoissant pour le couple receveur. D'autre part, ces dispositions pourraient aller à l'encontre de la levée du secret sur le mode de procréation : « *Si je ne dis pas à mon enfant qu'il a été conçu avec un don de gamète, il ne demandera pas à connaître le donneur* ». Je ne reviens pas sur ce débat qui a été, très largement, exploré par le Comité consultatif national d'éthique. Néanmoins, il faut garder ceci à l'esprit.

Finalement, je n'ai pas de réponse absolue à la question de savoir comment traiter le problème. Je constate que la situation évolue, et pour être honnête, de nombreux acteurs sont un peu ennuyés face à ces évolutions. La revendication de ces jeunes est légitime et, dans le même temps, nous ne savons pas bien comment la traiter dans le contexte actuel.

Pour autant, mieux vaudrait éviter un certain nombre de questions ou de difficultés tel le recours à un double guichet évoqué, il y a quelques années, et qui devait permettre, selon la volonté du donneur, un accès de l'enfant à certaines informations. Cette situation me semble très difficile à vivre pour les enfants. Certains d'entre eux auraient accès à l'information à leur majorité parce que le donneur y a consenti au moment du don et d'autres ne pourraient pas y accéder en raison du refus du donneur. Cette situation serait ingérable.

Ceci soulève une deuxième question : si un choix doit être effectué dans ce domaine, qui doit le faire ? Est-ce l'enfant à sa majorité, comme c'est le cas dans certains pays ? Le donneur a-t-il son mot à dire, c'est le cas du double guichet ? Les parents d'intention doivent-ils également s'exprimer sur cette question ?

Par ailleurs, quel type d'information pourrait être communiqué ? Seraient-ce des informations identifiantes ou non identifiantes ? Enfin, dans un certain nombre de services, les informations sont détenues, mais ne sont pas livrées. Faut-il que les centres d'AMP qui ont reçu les parents continuent à conserver des

informations, pour des raisons de sécurité sanitaire, alors même qu'ils n'auront jamais à les communiquer à qui que ce soit ? Je réponds clairement par la négative et, si nous décidons de maintenir l'anonymat, nous devons régler cette question. Dans ce cas, il n'y a pas de raison de conserver les informations, leur conservation n'étant pas médicalement justifiée.

En définitive, la difficulté majeure a été très justement évoquée par Frédérique DREIFUSS-NETTER. Il s'agit de déterminer dans quel modèle de famille on souhaite se retrouver. On a eu de grandes difficultés, dans l'ensemble de la discussion sur la loi de bioéthique et sur les techniques d'AMP, à imaginer la famille autrement que comme des parents et un enfant. On ne parvient pas à trouver une place pour les tiers. Or, ceux-ci peuvent être nombreux, jusqu'à cinq personnes.

Il faudra réfléchir à la question du statut des tiers car elle a des applications dans d'autres domaines et, notamment, dans la gestation pour autrui. Dans ce cas de figure, quel sera le statut de la mère porteuse ? Une convention entre les parents et la mère porteuse devra-t-elle être conclue ? Dans ces problématiques, la règle de l'anonymat n'a plus aucun sens et n'est dans l'intérêt de personne. La mère porteuse sera connue du couple qui souhaite avoir un enfant et de l'enfant. Pour autant, la situation sera-t-elle traumatisante pour la famille ? Cela dépendra des cas.

Dans certaines familles, des situations très banales sont traumatisantes et, dans d'autres, des situations complexes sont bien vécues. Il est difficile de répondre, d'emblée, à cette question. En tout état de cause, la problématique relative au statut du tiers se pose autant dans le cadre de la gestation pour autrui, que sur la question de la levée éventuelle de l'anonymat du don de gamète. Jusqu'où ira-t-on dans la reconnaissance de cette personne ?

Tel est de mon point de vue la façon dont les questions se posent. Comme beaucoup d'autres, je suis quelque peu embarrassée quant aux réponses à y apporter. Je redoute des effets de tâche d'huile sur l'ensemble des dons d'éléments du corps humain ou des répercussions en termes de privation d'une parole familiale sur ces questions. Toutefois, je crois que c'est un des débats essentiels sur lesquels vous aurez à trancher d'ici deux ans.

►► **M. Alain CLAEYS**

Je vous remercie beaucoup. C'est en effet une question délicate et importante.

**► Mme Hélène GAUMONT-PRAT, Professeur de droit à l'université Paris-VIII, Directrice du laboratoire « droit médical et droit de la santé », ancien membre du Comité consultatif national d'éthique**

J'évoquerai les aspects juridiques de l'anonymat et d'emblée, mon sentiment est qu'il faut éviter l'affrontement binaire. Doit-on être pour ou contre l'accès aux origines ? Des arguments sont légitimes de part et d'autre. Il me semble donc important de privilégier deux idées : la cohérence du droit de la famille et l'équilibre de l'enfant au sein de la famille.

### **I. Le principe de l'anonymat et sa finalité**

Le principe de l'anonymat, tel qu'il a été inscrit dans les lois de bioéthique, trouve son fondement dans l'article 16-8 du Code Civil issu de la loi 94-653 du 29 juillet 1994 et non remis en cause lors de la révision de 2004, qui instaure la règle de l'anonymat, de manière générale, dans les relations entre donneurs et receveurs et qui se trouve décliné dans le Code de la Santé Publique CSP. Ce principe a trouvé application en matière d'AMP avec tiers donneur, ou dans l'hypothèse du don d'embryon. Une dérogation est prévue en faveur des médecins en cas de nécessité thérapeutique (art. L. 1244-6 CSP), pour l'accès à des informations médicales non identifiantes.

L'AMP avec tiers donneur, est une technique à visée médicale destinée à remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Cette technique utilise du matériel biologique humain et concerne le don de sperme et d'ovocyte. L'application du principe d'anonymat implique l'interdiction du don dirigé.

L'anonymat est absolu et réciproque entre le receveur et le donneur. Il est relatif à l'égard de l'institution médicale, tiers instruit, puisque les CECOS détiennent les dossiers (les impératifs de sécurité sanitaire imposent l'identification et la sélection des donneurs). L'institution médicale est garante d'un double secret : celui du couple qui souffre de stérilité ou d'une maladie génétique telle qu'elle remet en cause la procréation charnelle, et celui de l'anonymat du donneur.

Ce dispositif permet un effacement du donneur et revient à assimiler la circulation des gamètes à une circulation de matériel biologique, dépersonnalisé, sorte de « produits de santé » destinés à remédier à la stérilité. Ceci favorise, effectivement, l'instauration de la famille en tant qu'entité constituée par un trio : le couple receveur et l'enfant. Il s'agit là d'un choix de société fait en 1994 et non remis en cause en 2004.

Le don d'embryon est visé, de la même façon, par le principe d'anonymat (article L. 2141-5 CSP et L. 2141-6 C.S.P). L'article L. 2141-5 CSP prévoit que les deux membres du couple à l'origine de sa conception peuvent consentir à ce

que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple, dans les conditions prévues à l'article L. 2141-6 C.S.P. qui réitère les obligations d'anonymat de gratuité et de sécurité sanitaire, outre les exigences relatives au consentement écrit des donneurs et receveurs et de l'autorisation judiciaire. Le principe d'anonymat est réaffirmé : « *Le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives* ». Afin que l'anonymat ne nuise pas à la santé de l'enfant à naître, la loi prévoit également qu'en « *cas de nécessité thérapeutique, un médecin pourra accéder aux informations médicales non identifiantes concernant le couple ayant renoncé à l'embryon.* »

Aujourd'hui, le principe de l'anonymat fait l'objet, dans sa généralité d'attaques diverses. Cela tient à des raisons multiples. Les raisons médicales liées à l'importance donnée à la connaissance des données génétiques, à une volonté d'accès à la traçabilité génétique, et aux difficultés rencontrées pour l'obtention d'ovocytes. Cela tient aussi à des raisons socio-juridiques, soit parce que la connaissance de l'évolution des législations étrangères permet une réflexion comparatiste, soit à cause des pressions émanant de certains courants psychanalytiques, soit enfin pour des raisons sociétales dans l'hypothèse où l'on s'orienterait vers une nouvelle forme de famille fondée sur la « parentalité », ce qui supposerait qu'une place soit conférée à un tiers, voir à plusieurs, si la pratique envisagée le requiert. C'est le cas de la mère porteuse avec cinq acteurs, par exemple. On remplacerait le terme de « parents » qui suppose un père et une mère seulement.

## **II. Le souci de cohérence**

Le souci de cohérence est selon moi important. Les lois de bioéthique ne doivent absolument pas être traitées de manière séparée. Dans la mesure où elles touchent à l'enfant et à l'intérêt de l'enfant, elles doivent être articulées au droit de la famille. Il me semble essentiel de maintenir cette articulation, car on ne manipule pas impunément le système de parenté pour répondre aux demandes des uns ou des autres à un instant donné, d'autant que les règles organisant la filiation sont d'ordre public. Ceci concerne la question des conditions d'accès à l'AMP, le principe de l'anonymat et les règles du droit de la filiation. Ces problématiques forment un ensemble et, si on modifie un des éléments de cet ensemble, on touche forcément l'ensemble.

Actuellement, l'enfant est rattaché, par un lien de filiation, à son père et à sa mère, que ce soit dans la procréation classique ou dans la procréation médicalement assistée et, selon l'article 311-20 du Code Civil, que les parents soient mariés ou non. L'article 311-19 du Code Civil précise, en matière d'AMP, qu'aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant. L'AMP, calquée en 1994 sur la procréation classique, est réservée à un couple marié ou non auquel sera rattaché l'enfant, qui bénéficiera comme l'enfant issu de la procréation charnelle, d'un père et d'une mère.



Imaginons maintenant une modification des possibilités d'accès à ces techniques. Par exemple, si, demain, nous décidons que celles-ci sont accessibles à une femme célibataire, le principe de l'anonymat pourrait être mis en cause. En effet, l'enfant doit avoir un accès à la connaissance du donneur puisqu'il n'a pas de père et que ce donneur est aussi son géniteur. Auquel cas, cela pourrait entraîner un glissement entre la notion de géniteur et celle de père, notamment dans l'esprit de l'enfant. Dans cette perspective, on pourrait revenir sur l'article 311-19 qui interdit ce lien de filiation. À partir de ce cas précis, il est possible d'imaginer une extension à l'ensemble de l'AMP et envisager une suppression de l'article 311-19 qui, pour l'instant, constitue un barrage très fort.

Ceci reviendrait à donner un statut au donneur géniteur, comme nous l'avons donné à l'amant dans le cadre de la filiation classique lors de la révision des textes sur la filiation légitime, en 2005. L'Ordonnance de juillet 2005 sur la réforme de la filiation permet de détruire la filiation d'un enfant qui dispose du titre et de la possession d'état, pendant cinq ans, puisque selon l'article 333 du Code Civil « *nul ne peut contester la filiation lorsque la possession d'état conforme au titre a duré au moins cinq ans depuis la naissance ou la reconnaissance* ». Nous avons effectivement supprimé les termes « *filiation légitime* » et « *filiation naturelle* ».

Le titre et la possession d'état d'un enfant issu d'un couple marié protégeaient cet enfant de l'intrusion de l'amant. Auparavant, l'amant ne pouvait jamais détruire la filiation du mari de la mère. Depuis 2005, un délai de cinq ans a été fixé pour la possession d'état et, dans ce laps de temps, l'intrusion de l'amant dans le couple est possible, ce qui fragilise la stabilité du lien de filiation. Souhaite-t-on donner, au donneur géniteur, le statut donné à l'amant dans le cadre de la filiation classique ? C'est une question que je pose, qui de nouveau, nous oblige à nous interroger sur les objectifs du législateur et de la société en la matière.

Pour conclure, je reviendrai sur l'avis n° 90 du 24 novembre 2005 du Comité national consultatif d'éthique puisque, à l'époque, j'étais co-rapporteur sur cette question. Cet avis, comme vous le savez tous, était très prudent et nuancé. Il avait surtout mis en évidence les différences entre anonymat et secret en les illustrant par différentes situations (accouchement sous X, adoption ou procréation médicalement assistée). Nous avons, alors, estimé que le secret autour des conditions de procréation, plus que l'anonymat, était délétère. L'anonymat, après tout, permettait de garantir un certain équilibre.

S'agissant de l'AMP avec tiers donneur, l'avis précité propose de respecter l'anonymat des donneurs et receveurs. « *La rupture de l'anonymat comporte probablement plus d'éléments perturbants que la rupture du secret. Ici encore, les gamètes ne sont pas des parents.* ». Il suggère de permettre que l'enfant ait accès à des informations non identifiantes en maintenant le principe de l'anonymat des donneurs.

Quant aux particularités liées à l'accueil d'embryon, il préconise le renforcement de la discrétion et l'aménagement de l'enquête par les services sociaux, en souhaitant que la décision d'information sur les modalités de la procréation demeure entre les mains du couple d'accueil, sans que des divulgations soient à craindre de la part des multiples intervenants, sociaux ou judiciaires.

Il préconise le maintien de l'anonymat du couple d'origine ou, éventuellement, dans cette situation qui comporte quelques analogies avec l'adoption (adoption prénatale), la création d'une extension du Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) chargé de la recherche des origines des enfants issus de cet accueil, bien entendu sous la condition de l'accord des géniteurs.

Pour conclure, il me semble utile de privilégier la levée du secret sur les modes de procréation. L'anonymat, tel qu'il apparaît dans les dispositions légales sur l'AMP, est souvent décrit comme porteur d'un mensonge. La question de l'anonymat porte plus sur l'alternative entre la transparence et le secret, que sur celle entre la transparence et le mensonge. Or, l'accès aux origines passe d'abord par l'accès à des données non identifiantes et par le récit, l'histoire. Je terminerai sur cet avis du Comité d'éthique en mettant en perspective les termes « *transparence* », « *anonymat* » et « *secret* ».

►► **M. Alain CLAEYS**

Je vous remercie et donne la parole à Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL

►► **Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL, Psychanalyste**

Je m'exprime ici sans institution à défendre, mais au nom de mes trente ans d'écoute de cette clinique et de débat avec le législateur. Quand la pratique de l'IAD a commencé à prendre de l'importance, le Professeur Georges David a organisé un séminaire au centre Sèvres, un centre jésuite. Dans ce cadre, nous avons, avec quatre ou cinq autres psychanalystes, débattu de la question de savoir si la règle de l'anonymat protégeait, de manière satisfaisante, le couple vivant l'épreuve de la stérilité masculine et, surtout, le père. Le devenir des enfants conçus avait aussi été évoqué, mais dans une moindre mesure. Le souci prioritaire de l'époque était effectivement orienté autour de la protection du père stérile.

Trente ans après, la société a évolué et une nouvelle grille de lecture semble nécessaire pour évaluer l'innocuité ou non de l'anonymat du donneur de sperme, non seulement vis-à-vis des parents qui ont eu recours à l'insémination avec donneur (IAD), mais aussi vis-à-vis des jeunes adultes ayant été conçus avec cette technique et, dans bon nombre de cas, vis-à-vis des donneurs qui s'expriment.

Je n'insisterai pas sur les évolutions sociales, toutefois, je citerai deux lois : la loi sur les archives de 1978 et la création en 2002, du CNAOP, dans le cadre de l'abandon anonyme d'enfant, dit accouchement sous X. Cette démarche a démontré que l'accès aux origines personnelles était sans effet sur l'état civil ni sur la filiation.

Cette loi prend également acte du fait que l'individu peut évoluer au cours de sa vie et qu'une décision prise à vingt ou trente ans peut prendre un autre sens en fonction des éléments de la vie future. En ce qui concerne spécifiquement l'AMP, la procréation avec don, on a la chance de bénéficier, aujourd'hui, du recul d'une génération. Les parents, les enfants et les donneurs s'expriment. Il m'arrive même de recevoir des parents que j'avais reçus lors des entretiens pré IAD, demandés par le CECOS, il y a environ vingt-cinq ans. Je reçois également des couples de parents d'adolescents qui viennent évoquer la question de la levée du secret. Quand ? Comment ? D'autres me rencontrent à l'occasion d'un divorce, sachant que les divorces et séparations sont plus nombreux dans les couples ayant conçu par IAD Sur 24 couples que j'ai suivis, 18 ont divorcé, cette proportion semble assez fréquente.

Depuis quelques années, j'accueille également de jeunes adultes issus d'IAD qui se posent des questions sur eux et sur leurs enfants actuels et à venir. Parmi eux, peu s'adressent au CECOS car ils savent, mieux que personne, qu'on ne pourra rien leur dire sur leurs dossiers de conception. Leurs parents leur ont évidemment parlé et ils connaissent la règle de l'anonymat. La révélation leur a été faite à des âges très variables, dès l'enfance chez certains, à l'adolescence ou à l'âge adulte pour d'autres. Presque tous regrettent que l'institution n'ait jamais opéré de suivi et n'ait jamais pris de leurs nouvelles.

Ils éprouvent souvent un sentiment d'injustice, notamment lorsqu'ils se comparent aux enfants adoptés, ce qui peut conduire à faire flamber, chez eux, des revendications qui n'auraient peut-être pas existé si la transparence avait régné. Certains ont des mots très frappants. En dépit de leur réussite professionnelle brillante, ils ont toujours le sentiment d'être des imposteurs. Par ailleurs, contrairement à ce que l'on entend souvent, ils n'évoquent pas de problème particulier avec leur père, ce qui ne signifie pas que la question du géniteur anonyme soit anodine. Leur malaise se situe plus généralement vis-à-vis de leur mère qu'ils rendent responsables des conflits du couple. Ils la perçoivent comme écrasée par le poids du secret, parfois manipulatrice, faisant des chantages à la révélation. Ce n'est donc pas forcément ou pas seulement l'absence d'identité du donneur de sperme qui les fait souffrir. D'ailleurs, certains souhaiteraient simplement connaître le nom du donneur, mais d'autres désireraient tout savoir de l'histoire de celui-ci, de ses motivations, sauf son nom.

J'insiste sur un point qui est souvent source de malentendus. Il est clair qu'il n'existe, dans nos sociétés, qu'une seule filiation, celle que la loi institue. La clinique de l'IAD confirme, de manière probante, la solidité de cette représentation. Pour tous les protagonistes, le père est le conjoint de la mère, celui

qui a consenti à l'IAD. Le terme « *père biologique* » est trompeur. C'est un lapsus qu'au fond, nous rencontrons davantage chez les professionnels, dans les congrès notamment, que chez les intéressés. Les enfants nés par IAD, loin de chercher un père dans le donneur, semblent surtout curieux de lui (demande de photo, de situation de famille, existence d'enfants), cette demande constituant pour eux, me semble-t-il, un moyen de mieux se comprendre et d'étayer leur sentiment d'identité de façon plus stable.

Je tiens à souligner une contradiction inhérente au dogme français de l'anonymat. Si nous considérons que la vérité biologique est peu importante, pourquoi la cacher de manière aussi obsessionnelle ? Si à l'inverse, elle est si importante pour le devenir de l'enfant, pourquoi chercher à en effacer la trace ? Nous savons que nier quelque chose ne fait qu'accentuer le poids de ce que l'on cache. La psychanalyse a montré, pour sa part, qu'un dispositif qui reconnaît le statut de quelqu'un pour l'annuler dans le même temps s'appelle le déni, mécanisme psychopathologique bien connu comme l'est, par exemple, le déni de grossesse. Pour moi, c'est donc l'anonymat entretenu sur l'identité de l'homme qui a donné du sperme qui confère à celui-ci une place considérable, et non le contraire. Dans certains cas malheureux, les intéressés, parfois le père lui-même, finissent par penser que le donneur est le vrai père et que c'est pour cette raison que son identité est cachée. Dans ce sens, l'anonymat est complètement contreproductif, il idéalise le géniteur, protège de façon illusoire l'enfant et infantilise injustement le parent.

Le principe d'anonymat, en proclamant l'indifférence et l'interchangeabilité des gamètes, prive l'enfant, non seulement d'une partie de son histoire, mais aussi d'une partie d'humanité. Ces sujets sont bien nés de géniteurs et de génitrices identifiés. À ce titre, il faut rendre hommage à la loi française qui à la différence de la loi espagnole par exemple, accueille des donneurs qui, sont déjà des parents.

Tout cela m'amène à penser qu'une troisième voie est possible, entre « le tout biologique » et « le tout volonté », pour penser le lien familial dans une famille composée avec des dons de gamètes. On ne peut faire comme si l'ascendance biologique ou génétique ne comptait pour rien dans la vérité biographique d'un individu. Un projet parental moderne ne peut se comprendre que s'il prend en compte la composante volontaire, mais aussi charnelle, du lien entre parents et enfants. Ce projet doit être capable d'inclure le « *don d'hérédité* » dont ces enfants ont bénéficié. L'expression « *don d'hérédité* » revient au doyen CARBONNIER qui l'avait précisément employée pour les dons de sperme.

Ainsi, en termes contemporains, le débat sur l'origine et l'anonymat se pose bien plus en termes d'histoire qu'en termes d'origine, l'expression « *droit aux origines* » souffrant, selon moi, d'une assimilation erronée au registre biologiste. La vérité sur les origines est loin de se résumer à la levée d'un cache sur un nom. Ce n'est pas seulement le nom du donneur qui intéresse.

J'en viens, ainsi, à ce que Paul RICOEUR appelait l'« *identité narrative* ». Ce concept montre qu'il s'agit toujours, pour un sujet, d'une vérité à construire, d'une co-narrativité. Loin de se cantonner à une vérité biologique, la co-narrativité participe de l'histoire de chacun. L'identité d'une personne se construit par la capacité de cette personne à mettre « en intrigue » son passé et à traduire son histoire sous forme de récit. Encore faut-il, pour cela, que l'histoire ait un début !

Une troisième voie est parfaitement réalisable. J'ai cité, à dessein, la possibilité d'un conservatoire des origines, à l'instar du CNAOP. Cependant, il existe d'autres voies, telles que celle utilisée par la loi fédérale suisse. Cette dernière stipule que « *tout sujet conçu grâce à un don de sperme pourra obtenir, à partir de sa majorité ou plus tôt avec l'accord de ses parents, l'identité complète de l'homme qui a donné du sperme* ». Le préambule de cette même loi inscrit le principe suivant : « *La procréation médicalement assistée est subordonnée au bien de l'enfant* ». Je pense que c'est bien de l'intérêt de l'enfant dont la loi française devrait maintenant se soucier en priorité, et pas simplement de celui des adultes.

Dans la plupart des pays du monde qui pratiquent l'AMP, l'anonymat constitue une question discutée et évolutive. Au terme de trois décennies de pratique de l'IAD, il me semble important que la France parvienne à historiciser cette clinique et à l'envisager selon une approche neuve et qui permette au législateur de reconsidérer le principe de l'anonymat du don de gamète adopté en 1994, et jamais réexaminer par la suite.

Pour conclure, je souhaite qu'il ne soit plus nécessaire, à l'avenir, de faire l'impasse sur l'existence des donneurs, d'accumuler des fictions sur des actes de naissance afin de donner une apparence de normalité à la parenté. Dans une société pluraliste, le débat éthique doit rester ouvert. Jean-Pierre CHANGEUX a employé l'expression « *innovation éthique* ». Celle-ci me semble extrêmement juste et doit pouvoir se manifester au cours de discussions éclairées et je sais gré, à l'Office parlementaire, d'avoir organisé ce débat.

►► **M Alain CLAEYS**

Je vous remercie de cet exposé et donne la parole à Mme Irène THÉRY

►► **Mme Irène THÉRY, Sociologue, Directrice d'études à l'École des hautes études en sciences sociales**

Je vous remercie de m'avoir invitée à cette table ronde qui, pour moi, prolonge un dialogue que j'ai entamé, depuis de nombreuses années déjà, avec Pierre JOUANNET. Je fais une légère allusion à ce dialogue afin de démontrer que nous n'avons pas à figer les positions en faveur ou en défaveur de l'anonymat de façon trop simple, bien que, en tant que législateur, vous devriez vous prononcer. Toutefois, il conviendra d'éviter de figer deux positions prétendument irréconciliables au plan des valeurs. Dans mon dialogue ancien avec Pierre JOUANNET, j'ai appris à entendre, de la part d'une personne directement

impliquée dans l'action, l'importance d'avoir pu, au moment de la création des CECOS, se doter de principes dans le silence de la société. De ce point de vue, j'ai amélioré ma compréhension des raisons pour lesquelles les CECOS se sont inspirés des lois sur l'anonymat des dons de sang. Il faut conserver le sens de l'histoire et du contexte si nous souhaitons éviter de figer de fausses alternatives.

À travers la problématique de l'anonymat des dons d'engendrement, la question posée n'est pas de même nature que celle posée dans le cadre des dons de sang. Je rappelle, à ce titre, que tous les dons ne sont pas anonymes, à l'instar des dons d'organes entre vivants. La question posée est celle de notre conception de la filiation et de l'identité. Comme Geneviève DELAISI de PARSEVAL vient d'y faire allusion, les jeunes gens qui revendiquent leur droit à connaître leurs origines cherchent à savoir qui ils sont. Est-ce une question d'identité narrative pour laquelle – je cite RICOEUR – « *répondre à la question « qui ? » c'est raconter une histoire* » ou est-ce une question d'identité substantielle, ce qu'Henri ATLAN évoquait précédemment ? Dans ce cas, répondre à la question « qui ? » reviendrait à aligner des caractères ou des propriétés génétiques.

Il me semble bien que, dans la revendication d'un droit à connaître ses origines, nous devons entendre une revendication d'identité narrative, ce qui soulève le problème du blanc dans l'histoire de la conception et de l'engendrement qui a été créé par l'effet de la loi. Des actions et des relations sont effacées. Des donneurs, bien concrets, et des dons, bien concrets et chargés de sens et de valeurs, sont effacés pour fabriquer un matériau de reproduction. C'est autour de cette question que nous débattons aujourd'hui.

Dans cette assemblée, je n'interviens pas comme spécialiste des AMP, bien que je travaille depuis sept ans avec les centres d'AMP de Marseille et, en particulier, participe à leurs groupes de réflexion éthique. J'interviens comme sociologue et anthropologue de la famille, et des transformations de la parenté, en général. Mon intervention sera donc complémentaire de celles qu'ont effectuées des spécialistes du domaine.

S'il est logique que les débats sur les AMP tendent à particulariser ces formes d'engendrement, on ne doit pas oublier que le principal changement ne concerne pas les techniques, en elles-mêmes, mais l'évolution de nos sociétés dans leur rapport à la filiation et à leur système de parenté indépendamment de l'AMP. On connaît actuellement des métamorphoses majeures de ce système de parenté qui interroge le législateur sur des questions de responsabilité nouvelles. Ce contexte doit être l'horizon dans lequel s'inscriront nos débats sur la loi de bioéthique.

Nous sommes héritiers d'un système de parenté cognatique et matrimonial. Le terme « cognatique » signifie que l'enfant est inscrit, par principe, dans deux lignées dont aucune n'est privilégiée pour définir la descendance, c'est-à-dire l'appartenance au groupe. Dans les systèmes patrilineaires ou matrilineaires l'enfant s'inscrit dans deux lignées dont l'une a la prééminence sur l'autre pour

définir la descendance. Notre système cognatique est donc fondé sur l'égale implication des deux sexes dans l'appartenance de l'enfant au groupe. Il a longtemps basé la filiation « complète » sur le mariage. Souvent, seul l'enfant dont les deux parents étaient mariés possédait pleinement une lignée et était pleinement inscrit dans l'héritage trans-générationnel. L'enfant dit naturel avait, en général, un lien à sa mère, mais, sauf exception, n'en avait pas à son père. Il n'avait aucun lien à ses grands-parents dont il n'héritait pas.

Contrairement à ce que l'on entend généralement, nous ne sommes en aucun cas, héritiers d'une conception biologique de la parenté et de la filiation. Si tel était le cas, nous n'aurions pas interdit la recherche en paternité, au nom de la paix des familles, pendant aussi longtemps. Nous sommes héritiers d'une conception matrimoniale de la filiation. Celle-ci a donné une valeur particulière à un modèle précis de filiation, celui dans lequel toutes les composantes de la filiation sont rassemblées sur une seule tête masculine et une seule tête féminine. Le père est donc censé être à la fois le géniteur, celui qui éduque et celui que le droit reconnaît comme tel à travers le mariage. Le mariage lie donc l'homme à son épouse, mais aussi aux enfants que celle-ci mettra au monde, par la présomption de paternité.

Cette conception matrimoniale reconnaissait donc une asymétrie entre le mâle et la femelle humains parce que le mâle – pour reprendre la formule d'ARISTOTE – est « *ce qui engendre hors de soi* » et la femelle « *ce qui engendre en soi* ». Le lien entre le père et l'enfant a donc toujours été médié par la relation conjugale qui lie les époux et le jeu de la présomption de paternité. Il n'existait pas de symétrie entre la fabrication de la filiation maternelle et celle de la filiation paternelle. Aujourd'hui, cette conception matrimoniale de la filiation qui avait creusé un abîme entre filiation légitime et filiation naturelle est mise en discussion. Nous avons si bien comblé l'abîme entre la filiation légitime et la filiation naturelle que nous avons effacé ce qui était le jour et la nuit, l'honneur et la honte, en termes de filiation.

Nous sommes dans une situation où la transformation de nos conceptions de la filiation est entamée, mais inachevée. Le contexte dans lequel vous allez réfléchir à une refondation, une transformation ou une actualisation de la loi de bioéthique est celui d'une redéfinition inachevée de la filiation. Nous sommes, en quelque sorte, au milieu du gué, ce qui engendre une grande confusion et une profonde inquiétude. En effet, cela exacerbe une alternative entre le biologique et le social, alors même que l'expérience sociale démontre que cela n'a pas de sens de demander à un enfant de construire une alternative entre ceux qui ont contribué à sa conception, à son éducation ou à sa biographie.

La question posée est celle d'une pluri-parentalité, évidemment ordonnée, qui ne place pas les personnes impliquées dans des situations de rivalité et qui ne crée pas une insécurité juridique. Or ? nous n'arrivons pas réellement poser la question de la pluri-parentalité. En effet, au cours des dernières années, le droit de la parenté a échappé à une conception étroitement matrimoniale de la filiation.

Nous avons voulu unifier les droits des enfants, indépendamment de la situation de leurs parents. Nous avons décidé d'unifier la filiation au nom de l'égalité entre enfants, et l'avons fait principalement sur le modèle de la filiation légitime. Celle-ci, dont la plénitude était autrefois réservée aux enfants d'un couple marié non séparé, a été étendue. Les liens de filiation ne devaient pas être affectés, même si les parents se séparaient, et la filiation était acquise, même si les parents n'étaient pas mariés. Cet élargissement constitue certainement un progrès du point de vue de l'égalité entre enfants.

Cependant, dans le même mouvement, notre société a organisé une diversité des parcours biographiques des enfants en organisant, notamment, l'adoption. En instituant l'adoption en 1966, en particulier l'adoption internationale, elle admet des parcours biographiques dans lesquels les personnes qui ont engendré les enfants ne sont pas celles qui les élèvent. Elle organise également cette diversité de parcours au niveau de l'engendrement. Dans les cas d'AMP avec tiers donneurs, par exemple, il y a plus d'un homme et plus d'une femme impliqués dans l'engendrement.

À travers la fréquence des recompositions familiales, après séparation ou divorce, notre société a également favorisé la diversité des parcours. De plus en plus d'enfants ont, au-delà d'un père et d'une mère, un beau-père et/ou une belle-mère qui s'occupent d'eux au quotidien. Comment pourrions-nous reconnaître cette diversité des itinéraires biographiques, en conservant des valeurs communes, un système de parenté commun ? Comment construire un système de parenté commun et pluraliste alors qu'aujourd'hui, il apparaît que le système est amené, pour être commun, à dénier la pluralité des situations que nous organisons. L'on se situe dans un modèle assimilationniste, en organisant des adoptions à un prix très lourd qui consiste à faire passer les parents adoptifs pour les parents engendreur. Ainsi, dans le livret de famille, l'enfant adopté est dit né de ses parents adoptifs impliquant un effacement d'un pan de l'histoire des enfants.

De même avec les AMP, le couple receveur de don passe, aux yeux de la loi, pour un couple engendreur alors qu'il ne fait que participer à l'engendrement. On peut certainement avancer vers une conception de la filiation commune et pluraliste, sans rien céder ni du besoin de valeurs communes de référence, ni de la valeur de la pluralité des biographies organisées au nom de la liberté individuelle. Il convient d'éviter d'avoir un unique modèle de famille obligeant à considérer les autres modèles comme des formes de déviance.

La notion d'identité narrative peut y aider car elle ne part pas de propriétés (le biologique ou le social), mais d'actions, d'événements et de relations, ces éléments construisant une vie humaine à l'intérieur d'un itinéraire biographique. Ces actions ou ces événements sont les suivants. Tout enfant est, d'abord, engendré. Puis, il est soigné, introduit au monde humain par ceux qui prendront en charge sa dépendance dès ses premiers jours de vie. Il est éduqué à occuper un ou des rôles sociaux, et à apprendre ? à prendre sa place dans la société, comme futur adulte. Cela n'est pas systématiquement assuré par les mêmes personnes.



Dans ce cadre, on pourrait reconnaître que les situations de pluri-parentalités liées à la procréation médicalement assistée et celles liées à l'adoption ont de nombreux points communs. Il n'est d'ailleurs pas étonnant d'entendre, aussi bien de la part des enfants adoptés que de la part des enfants nés de procréation médicalement assistée, ce même questionnement sur le blanc juridique fabriqué au niveau de leur histoire.

Reconnaître une certaine pluralité des liens de la filiation ou des liens de la parentalité constituerait une première avancée. Ceci est possible à la condition que cette pluralité de la parentalité soit ordonnée, c'est-à-dire qu'elle ne constitue pas une menace pour les personnes concernées. De ce point de vue, j'ai bien entendu ce que les associations qui réclament le droit à la connaissance des origines dans le cadre des AMP ont énoncé. Dans leurs revendications, on ne trouve aucune contestation du fait que celui que le droit désigne comme le père ou la mère d'un enfant, inscrit ce dernier dans la plénitude des liens de filiation.

La connaissance des origines, à savoir la levée de l'anonymat des dons d'engendrement, ne transforme pas les donneurs d'engendrement en parents. Elle confère une place sociale à des actions et des individus auxquels nous reconnaissons une valeur. Ce problème a, d'après moi, été insuffisamment soulevé. Les donneurs d'engendrement sont animés par un certain nombre de valeurs. Nous ne pouvons pas reconnaître le sens de ces actions si nous effaçons et les personnes, et les actes.

Effectivement, la levée de l'anonymat n'est pas une simple question d'étiquette, comme cela a été indiqué. En fait, plusieurs interrogations majeures seront soulevées, dans le cadre de la réflexion sur la loi de bioéthique, autour de cette problématique.

La première consiste à savoir comment se définit l'engendrement. Peut-on considérer que l'engendrement chez les humains soit défini comme un acte biologique ? Il a, évidemment, une dimension physique, mais il est simultanément moral et mental. C'est ce que nous apprend l'anthropologie de l'engendrement. Dans son livre « *Les métamorphoses de la parenté* », Maurice GODELIER emploie une formule qui paraît un peu simpliste : « *Dans aucune société, un homme et une femme ne suffisent à faire un enfant* ». Il explique que, dans toute société, outre un mâle et une femelle humains, quelque chose d'autre (les esprits, les dieux, le spirituel etc.) est présent dans la représentation de l'engendrement. Cette dimension spirituelle concerne également les sociétés laïques car elle rappelle que l'action physique de la reproduction est mise en signification, ce qui explique que l'engendrement n'est pas réduit à un acte biologique ; il est toujours signifiant à travers le système de parenté.

La deuxième réflexion porte sur la conception de la personne sur laquelle s'appuie l'opposition entre le biologique et le social. Selon cette conception dualiste, une personne serait composée d'un moi et d'un corps. Ce dualisme est loin d'aller de soi et mériterait une discussion sur les conceptions implicites de la

personne. Je rappelle que ce dualisme n'appartient à aucune tradition religieuse et a plutôt été créé par les philosophies modernes de la conscience.

Par ailleurs, nous discutons d'un droit à connaître ses origines. En accord – je crois – avec Geneviève DELAISI de PARSEVAL, dont j'apprécie beaucoup les travaux, j'évoquerai plutôt un droit à ne pas être privé de l'accès à son histoire et à son identité narrative. J'entends les revendications sur ce sujet, bien que je pense que nous devrions réfléchir à la notion d'origine. Dans la souffrance évoquée par certains enfants privés de l'accès à la connaissance d'une partie de leur histoire et dans cette notion d'origine, j'entends un souhait de revenir vers la condition commune.

Ces enfants sont mis en situation difficile car ils vivent dans un monde dans lequel l'engendrement a beaucoup d'importance. Quand, tous les jours, ils sont confrontés au témoignage de cette importance, comment peuvent-ils s'entendre signifier que, pour eux, ce n'est pas l'engendrement qui compte, mais le fait d'être aimé ? Ces enfants estiment qu'on ne peut pas les couper de la condition commune à ce point. Ils ont, eux aussi, été engendrés. Ils sont, eux aussi, des corps mortels. Or, ils sont privés de la possibilité d'inscrire leur mortalité dans leur naissance. Nous faisons d'eux une espèce à part et, même si cela n'a pas été voulu comme tel, nous devons entendre que cela est ressenti comme tel.

Enfin, le dernier point est celui de l'homoparentalité. Plus nous serons en mesure de rompre le secret sur l'histoire de l'engendrement et de l'éducation des enfants, plus nous serons en mesure de comprendre que les revendications portées au nom de l'homoparentalité ne sont pas des revendications en faveur de l'engendrement des enfants par l'esprit ou la pure volonté. Elles ne constituent pas un déni de la différence entre les corps masculins et féminins. La question qu'elles révèlent est, justement, le « pot-aux-roses » que représentent les situations d'adoption ou d'AMP dans lesquelles les couples receveurs passent pour des couples engendeurs.

L'homoparentalité fait sauter cette fiction car elle révèle, au travers des couples constitués de deux hommes ou de deux femmes, que le couple receveur n'est justement pas le couple engendeur. Si nous accédions à la demande de droit à l'histoire et à la pluralité des personnes qui ont participé aux engendremens complexes, les revendications d'homoparentalité apparaîtraient comme étant beaucoup moins particulières et susciteraient beaucoup moins de passions qu'à l'heure actuelle.

► **M. Jean Sébastien VIALATTE**

Je vous remercie beaucoup et ouvre le débat.

► **Mme Pauline TIBERGHIEU, Présidente de l'association PMA, (Procréation Médicalement Anonyme)**

J'appartiens à l'association PMA qui souhaite que la loi change et que chaque personne issue d'un don de gamète, en France, puisse accéder à toutes ses racines, sans mensonge et sans manipulation. Aujourd'hui, nous avons effectivement trente ans de recul et il est grand temps d'admettre que la recherche des origines est une quête universelle. Quatorze pays, avant nous, l'ont déjà fait.

Il existe une fédération internationale qui regroupe toutes les associations défendant la même cause que PMA, c'est-à-dire la liberté de choix, le choix, pour une personne issue d'un don, de savoir ou de ne pas savoir. Dans ce cadre, il ne s'agit pas de simplement reprendre ce qui se fait à l'étranger, mais de se servir de l'expérience des autres pays pour ne pas tomber dans les mêmes écueils.

Les interventions qui viennent d'être effectuées m'amènent à quatre réflexions. Il est regrettable qu'on nous réserve comme chaque fois, la question de l'amant ou les 3 % d'enfants issus d'adultère. Nous ne traitons pas de la même chose. Nous demandons la possibilité de livrer des informations détenues par le corps médical, et non des secrets de famille.

Par ailleurs, j'ai bien compris que l'anonymat était inscrit dans le marbre de notre Code Civil, en tant que principe établi pour tous les produits du corps humain. J'ai également compris le contexte dans lequel ces dispositions ont été prises. Toutefois, nous pourrions peut-être, aujourd'hui, essayer de différencier les situations. Le don de gamète n'est pas un don de cellules ordinaires ou le don d'un produit de santé comme un autre. Il s'agit d'un don d'hérédité qui pourrait imposer de revoir certains articles de loi. Pour moi, ceci est parfaitement possible car la loi est celle des hommes et doit évoluer.

Que se passerait-il, pour les trois protagonistes, si l'accès aux origines était autorisé ? L'enfant serait respecté dans sa dignité humaine et ne se verrait pas confisqué, sciemment, arbitrairement, médicalement et légalement, un morceau du puzzle de son identité. Ses parents devraient effectivement digérer leur infertilité et être capables d'en parler.

Nous accueillons, au sein de l'association PMA, des donneurs et tous ont à peu près le même discours. Ils expliquent que s'ils ne tiennent pas réellement à connaître les personnes issues de leur don, ils trouvent insupportable de savoir que celles-ci souffrent. Ce n'était pas le but de leur geste !

Enfin, j'ai cru comprendre, de l'intervention de Mme CAMBY, que celle-ci préférerait presque, à la levée de l'anonymat, des dons totalement non répertoriés. Ai-je mal compris quand vous avez expliqué qu'il serait préférable qu'il n'y ait pas de données du tout ?

►► **Mme Carine CAMBY**

J'ai expliqué qu'il était difficile, pour les médecins qui détiennent les données, de refuser les demandes d'accès à celles-ci. Existe-t-il, aujourd'hui, une raison médicale avérée de conserver ces informations dans les centres d'assistance médicale à la procréation ? Je n'en suis pas certaine.

►► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Nous pouvons peut-être dégager, sur ce sujet, une position commune. Nous déciderions que, si l'anonymat est maintenu, il n'y a aucune raison de conserver les données.

►► **Mme Pauline TIBERGHIE**

C'est bien ce que j'avais compris ; ces données ne seraient plus détenues par les médecins et je trouve cette perspective très choquante. Je crois que nous en saurons bientôt plus sur la traçabilité du bœuf vendu dans vos supermarchés que sur les enfants nés par IAD. Je souhaite donc finir mon intervention par cette question. Demain, vous rencontrez votre mère qui vous explique que vous êtes issu d'un don de sperme anonyme ? Que ressentez-vous ?

►► **M. Alain CLAEYS**

Madame, nous comprenons votre demande. Il est normal que, dans une réunion comme celle-ci, nous abordions l'ensemble des sujets. Vous devez l'accepter. Pour replacer les propos de Mme CAMBY dans leur contexte, sachez que, même si le législateur décide de revenir sur le principe d'anonymat, la loi ne sera pas rétroactive et les données détenues par les médecins ne seront pas utilisables.

Nous avons reçu un certain nombre d'associations en audition privée. La présente audition est publique et nous abordons l'ensemble des aspects de la problématique ; il est normal que nous ne soyons pas d'accord sur tous les sujets. Nous allons écouter toutes les réactions, je vous demande simplement d'être brefs afin que nos intervenants puissent répondre.

►► **Mme Ginette GUIBERT, Gynécologue**

Je suis gynécologue dans un centre d'aide médicale à la procréation. Je voulais apporter quelques précisions issues de l'expérience pratique et quotidienne dans ces structures.

D'une part, comment peut-on réellement évoquer la toute puissance de la génétique dans la demande d'une personne à connaître un des êtres humains à l'origine de son existence, lorsque cet autre être humain est une femme et a vécu ce qu'on peut vivre dans le cadre d'un don d'ovocyte ? À ce titre, je voudrais attirer votre attention sur la différence importante entre le don d'ovocyte et le don

de sperme. Si nous avons réfléchi dans l'autre sens, de l'un à l'autre, nous n'aurions peut-être pas abouti aux mêmes conclusions.

D'autre part, il a été indiqué, à plusieurs reprises, que l'anonymat pouvait préserver les relations entre le donneur et le receveur et, de ce fait, limiter les trafics. Il faut sortir d'une certaine langue de bois à ce sujet. Le trafic existe en France. Des pressions sont exercées par l'intermédiaire du système du don croisé. Ces pratiques sont très choquantes pour les professionnels qui travaillent, au quotidien, au contact des donneuses et des receveuses. Il existe des cas de marchandisation entre donneuses et receveuses. Je n'évoque pas, ici, la pratique de la double liste dont nous pourrions, d'ailleurs, également débattre.

►► **Mme Carine CAMBY**

Faites-vous allusion aux femmes qui bénéficient plus facilement d'un don ?

►► **Mme Ginette GUIBERT**

Récemment, Dominique MEHL a publié un livre dans lequel elle raconte comment des personnes qui souhaiteraient donner spontanément se mettent en contact avec des femmes pour les faire passer plus vite. Le don spontané est donc inhibé. Par ailleurs, il existe des pressions entre donneuses et receveuses. Nous recevons des femmes qui sont les employées de celle qui a besoin d'ovocytes ou qui sont en tractation financière avec elle. Il existe réellement un phénomène de marchandisation et l'anonymat ne préserve absolument pas de cela.

La cohérence du droit n'est pas l'homogénéité des pratiques. Le fait que nous puissions revenir sur l'anonymat en ce qui concerne le don de gamète n'est pas, en soi, incohérent avec l'anonymat dans le don d'organe ou le don de sang. D'ailleurs, cela n'a posé de problème à personne que le don d'organe entre vifs n'entre naturellement pas dans la règle de l'anonymat.

►► **Mme Jacqueline MANDELBAUM, Membre du Comité consultatif national d'éthique, responsable du laboratoire de fécondation *in vitro* de l'hôpital Tenon**

Je suis, depuis fort longtemps, médecin dans le secteur de l'assistance médicale à la procréation. J'ai entendu Geneviève DELAISI de PARSEVAL et Irène THERY et j'ai été très sensible à leur argumentation. Vous avez défini une manière de concevoir ces procréations à acteurs multiples en adulte, qui doit être comparée à une conception un peu infantile qui serait celle qui existe actuellement.

Néanmoins, je m'interroge sur le retour d'expérience issu des pays qui ont levé l'anonymat. Nous ne disposons pas de séries de données indiquant comment cela est vécu. Je me suis laissé dire et ne sais si c'est exact, que cette situation était due au fait que les parents n'expliquaient plus à leur enfant le mode de leur

conception. La levée de l'anonymat se produirait donc dans un moment où l'espèce humaine n'est pas suffisamment adulte pour cela. Pouvez-vous commenter ce point ?

► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Nous avons effectivement entendu cet argument au cours de nos auditions. La levée de l'anonymat aurait généré le secret des parents. Quand, auparavant, ceux-ci expliquaient le don de gamète, ils se mettaient à le taire de peur de l'intrusion d'un tiers dans la famille.

Dans un certain nombre de cas où il y a eu levée de l'anonymat, les parents ont cessé d'expliquer le mode de conception. En Allemagne, par exemple, le législateur est allé très loin. Dès lors que l'enfant a la connaissance de ses origines biologiques, il peut demander, par voie de justice, la répudiation de son père et l'adoption par son père biologique. C'est pourquoi certains parents se taisent.

► **Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL**

L'expérience la plus riche que je connaisse est celle de la Nouvelle Zélande qui a voté la levée de l'anonymat à la fin de 2004. Une étude récente sur les familles construites par IAD démontre que 84 % des parents ont parlé à leurs enfants des circonstances de leur conception ou ont l'intention de le faire, comme si le personnage supplémentaire du donneur était perçu comme non ambivalent, donc digne d'être nommé.

Sur ces sujets, nous ne nous situons pas sur des grandes séries, mais sur des éléments qualitatifs. Nous avons la chance d'accueillir, ici, des représentants de l'association PMA et de bénéficier du recul d'une génération. Ces personnes viennent témoigner de leur histoire. Ce n'est pas simplement le nom du donneur qu'elles cherchent. Elles expriment une revendication d'histoire et nous offrent, de ce fait, une nouvelle grille de lecture. Il faut les écouter.

► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Nous sommes là pour les écouter et l'avons fait, à plusieurs reprises, en privé et en public. J'entends parfaitement bien leurs revendications. Je regrette quand même que les CECOS n'aient pas effectué de suivi. De ce fait, nous ne connaissons pas la proportion des enfants nés par ces méthodes qui demandent à connaître leurs origines. De plus, je redoute des problèmes de cohérence avec notre droit de la filiation. Je crains que, un jour ou l'autre, la revendication à la connaissance des origines soit poussée plus loin et que certains commencent à demander une véritable filiation.

Nous devons donc réfléchir très précisément à ces sujets avant de prendre une décision. Nous ne pouvons prendre celle-ci sur la simple revendication de ces jeunes gens, même si cette revendication est très importante. Certaines

conséquences sur notre système de droit civil ou notre système de filiation pourraient être inévitables.

►► **Mme Geneviève DELAISI de PARSEVAL**

Ces personnes donnent des choses à comprendre, plus qu'elles ne portent de revendications.

►► **Mme Dominique LENFANT, Présidente de l'Association Pauline et Adrien**

Toutes les personnes ne portent pas les mêmes demandes et revendications.

►► **M. Alain CLAEYS**

Je souhaite intervenir sur l'organisation de cette table ronde. Je comprends la pression que soulève ce sujet très important, je vous demande simplement d'être raisonnables et responsables. Il nous reste une table ronde à organiser. Je vais passer la parole à l'un d'entre vous avant de laisser les intervenants répondre. Comprenez notre état d'esprit sur ce sujet. Il ne serait pas honnête de notre part de vous répondre ce soir. Nous mettons ce sujet en débat car il devra l'être au niveau de la représentation nationale. Je ne sais pas sur quoi cette discussion débouchera, mais elle aura bien lieu. On ne déforme pas votre revendication.

►► **M. Arthur de KERMALVEZEN, Association PMA**

L'anonymat encourage le secret de famille. Je vous en donne un exemple. À cinq ans, une grand-tante se penche vers moi, me pince la joue et me dit : « Qu'est-ce que tu ressembles à ton papa ! », ce qui, d'ailleurs, est sûrement vrai dans la gestuelle. Cependant, je n'étais pas en âge de comprendre et j'ai vécu un premier grand moment de solitude. Évidemment, la liste de ceux qui ont suivi est longue.

Vous avez également évoqué l'implantation *post mortem*. Étant donné que je ne sais rien sur l'homme qui m'a transmis ses gènes et que les gamètes mâles se conservent pendant un certain temps, je ne sais absolument pas s'il était mort ou pas. Pour vous, ce n'est peut-être pas important, mais c'est une question qu'on peut se poser. On pourrait supposer qu'à travers la levée de l'anonymat, je cherche un autre nom de famille. Je tiens à vous dire que je suis très fier de porter le nom de mon père et que je n'en changerai pour rien au monde.

L'association PMA est pour l'anonymat, mais contre l'anonymat à perpétuité. En d'autres termes, l'anonymat est utile à condition qu'à la demande de l'enfant et uniquement à la demande de l'enfant, le géniteur puisse être identifié par l'enfant s'il le souhaite. Mes parents ont reçu un cadeau qui a permis que je sois là et c'est moi qui, en premier lieu, en profite. Cependant, ce cadeau est un peu comme un bouquet de fleurs sur lequel serait apposée une jolie carte marquée anonyme. Au bout d'un moment, vous ne profitez plus des fleurs. Certains

commencent à mener une enquête pour essayer de savoir d'où ils proviennent, d'autres vont décider de jeter le bouquet à la poubelle, etc.

Je regrette de constater que, dans le cadre de l'insémination artificielle avec donneur qui pallie l'infertilité de mon père, l'anonymat fait glisser l'infertilité que celui-ci a rencontrée vers une infertilité dans les mots, pour moi-même et dans ce que je vais transmettre à mes futurs enfants.

►► **Mme Irène THÉRY**

Vous semblez considérer que la revendication du droit à connaître son histoire, ou plutôt à ne pas être privé juridiquement et administrativement de son histoire, reposerait sur une forme de « biologisation ». Vous avez notamment exprimé la crainte qu'en commençant par répondre à ces revendications, nous aboutissions à la situation allemande. Encore une fois, j'ai amplement développé la thématique des transformations de la parenté parce que, dans le cas des procréations médicalement assistées comme des adoptions, je n'entends aucune revendication selon laquelle le vrai parent serait le donneur ou le parent de naissance.

Ce qu'il faut entendre, c'est plutôt le refus de cette éternelle alternative. Qui est le vrai parent quand on a eu plus d'un homme et plus d'une femme dans sa conception ? Pourquoi notre société, qui organise concrètement la pluri-parentalité, ne peut-elle pas l'instituer en droit ? C'est la question qui est soulevée et qui renvoie une partie des enfants en dehors de valeurs considérées comme fondamentales par le plus grand nombre. Vous ne pouvez pas, vous qui connaissez votre père et votre mère, aller expliquer à ces enfants qu'ils ont une approche biologisante quand ils veulent savoir d'où ils viennent. Ce n'est pas acceptable !

►► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

En début de séance, on nous a encouragés à aller examiner ce qui se passait à l'étranger. Maintenant, on me reproche le contraire. Le législateur, au moment où il entrouvre une porte, doit essayer de mesurer toutes les conséquences de cet acte. Je vous défie de savoir quelle est ma position personnelle, aujourd'hui, sur ce sujet. Je me suis bien gardé d'en exprimer une. Je nous invite simplement à prendre garde.

►► **M. Pierre JOUANNET**

Je voudrais témoigner de mon expérience de médecin qui s'occupe de ce type de situations depuis très longtemps. Depuis plus de trente ans, les médecins se trouvent dans l'interrogation. De plus, tout choix, en matière d'éthique, est souvent un compromis avec avantage et inconvénient. Il faut donc bien réfléchir à ces questions. J'ai rencontré un certain nombre de parents et d'enfants et j'ai aussi entendu des personnes qui exprimaient un autre point de vue que celui décrit par Geneviève DELAISI de PARSEVAL. En particulier, j'ai rencontré des personnes qui n'étaient pas en souffrance. C'est complexe.



Je crois qu'Irène THÉRY a tout à fait raison. C'est notre conception des liens de filiation et des liens d'engendrement qui est en jeu. Pour avoir discuté de ces questions avec de nombreux couples, il me semble que votre présentation de l'engendrement n'est pas tout à fait exacte. Vous semblez éliminer le fait que le couple stérile puisse être procréateur. Or, dans les situations que nous rencontrons, il n'y a pas qu'une intervention de l'esprit. Le couple intervient aussi avec ses tripes, ses émotions, son amour, son désir et l'aide d'un donneur.

En ce sens, ce que vous évoquez en matière de pluri-parentalité est très intéressant. En effet, si nous levons l'anonymat, il risque fort de se passer la chose suivante. Les couples iront choisir les donneurs sur Internet. La pluri-parentalité n'existera pas à dix-huit ans, mais dès la naissance de l'enfant. Notre société est-elle prête à organiser des liens de filiation dans ce sens ? C'est possible, mais il ne faut pas perdre de vue que ces situations sont complexes.

Vous évoquez, par exemple, la situation des pays étrangers. La Nouvelle Zélande n'a fait évoluer son dispositif que depuis quatre ans. Nous ne pouvons donc pas tirer grand-chose de cette expérience. Des informations existent pour un pays, les États-Unis. Certains de mes collègues américains qui gèrent des banques de sperme proposent à l'enfant, non seulement un lien avec le donneur, mais également une relation avec ses frères et ses sœurs, soit les autres enfants conçus à partir du sperme du donneur. Nous voyons ainsi apparaître, dans les journaux, des photos de familles reconstituées à partir des frères et des sœurs issus d'un même donneur et présentées comme un idéal de bonheur et d'épanouissement. Je ne suis pas contre ces évolutions, mais il faut bien mesurer leurs conséquences en matière de liens de parenté. Qu'elle sorte de pluri-parentalité cela donne-t-il ?

►► **M. Henri ATLAN**

Je suis très impressionné par l'intervention d'Irène THÉRY. Toutefois, je suis moins optimiste qu'elle sur les voies de sortie. Dans votre intervention, vous demandez pourquoi cette société, qui organise la pluri-parentalité, n'arrive pas à intégrer un modèle commun. La réponse me semble très simple. En fait, si la société organise bien cette pluri-parentalité, elle le fait de manière très désordonnée et indépendamment de toute question médicale ou biologique du fait des familles éclatée. D'après vous, nous serions au milieu du gué. Le problème, c'est que personne ne sait dans quel sens ira le gué ! Vous évoquez la nécessité d'un système de parenté commun. Encore faut-il que celui-ci existe ! Or, il n'existe pas puisque justement, au contraire, la société moderne détruit tous ces systèmes.

►► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Nous passons à la table ronde suivante, dont le sujet est la gestation pour autrui.



## **GESTATION POUR AUTRUI : INTERDICTION OU AUTORISATION ?**

### **► M. Alain CLAEYS**

Le sujet de la gestation pour autrui est dense, il suscite des débats passionnés. Je donne la parole à Israël NISAND

### **► M. Israël NISAND, Gynécologue obstétricien, chef de service aux hôpitaux de Hautepierre (Strasbourg)**

Je souhaite en préalable remercier Messieurs les députés de m'avoir invité à donner un avis sur un sujet difficile qui touche à la fois la filiation, la famille et l'engendrement. Pour s'en rendre compte, il suffit de laisser courir à ce sujet une interrogation autour de la table familiale pour ressentir immédiatement la lourdeur des enjeux éthiques et la diversité des avis. L'éthique est ici bousculée par la technique.

Depuis des années, je suis confronté, à titre personnel et professionnel, aux demandes de couples en mal d'enfant et j'ai pu découvrir des contextes cliniques fort difficiles. Au fil du temps, ils m'ont conduit à mener une réflexion éthique et juridique sur la grossesse pour autrui. Bien que les affects éprouvés par un médecin ne fournissent pas une bonne assise pour l'écriture de la loi, car souvent marqués d'un sceau compassionnel, le fait d'être témoin de ces demandes force l'entendement et la recherche du sens. Je suis donc devant vous en tant que médecin, chanceux d'avoir été stimulé à la réflexion par des couples très divers, pour vous livrer mes interrogations et mes hésitations avec toute leur complexité au regard des valeurs morales qui sont les miennes.

La législation actuelle est d'un certain confort : elle interdit tout. Cette position, qui a le mérite de la clarté, ne dispense pas de dire ce que le droit français protège par cet interdit ; elle ne dispense pas d'explicitier la philosophie du droit et oblige à dire comment la France gère les problèmes de filiation induits par cette pratique lorsqu'elle est mise en œuvre à l'étranger.

Avant de vous présenter deux vignettes cliniques récentes, choisies à dessein parce qu'elles montrent deux situations totalement opposées, je voudrais me servir du bagage mythique de l'Occident sur cette question pour déceler ce qui nous agit un peu par-devers nous.

Sarai, épouse d'Avram, était stérile. Par générosité et compréhension pour son mari, décidée à lui accorder une descendance, elle lui proposa d'avoir des rapports avec sa servante, Agar. Cette union donna naissance à Ismaël. Après le

rituel de la couvade, Ismaël devint l'enfant de Saraï et d'Avram. Agar, la servante, est donc la première mère porteuse connue de notre culture occidentale. Peut-être s'agissait-il d'une stérilité psychogène ou d'un coup du sort, mais Saraï, peu après, tomba enceinte des œuvres d'Avram et donna naissance à Isaac.

Par un juste retour des choses - comme à l'accoutumée chez les humains - les relations entre Sarah (qui a changé de nom quand elle est devenue mère, de même qu'Avram qui devient Abraham) et Agar se détériorèrent et Sarah renvoya Agar et son fils Ismaël dans le désert. Peut-être portons-nous tous encore aujourd'hui le poids mythique de ce conflit encore inachevé, mais toujours est-il qu'Agar, la première mère porteuse du monde occidental, était bel et bien la servante de Saraï.

Au centre du débat éthique sur les GPA, se trouve donc la relation de subordination d'une femme vis-à-vis d'une autre et son instrumentalisation possible. Et la question la plus délicate à traiter : l'indisponibilité du corps humain et la répulsion à le faire entrer dans le champ des biens et des contrats. Au centre du débat éthique, se trouvent aussi posés le sort de l'enfant ainsi conçu et les conséquences négatives qui peuvent l'atteindre, voire altérer ses droits, lui qui n'est responsable en rien de ces montages compliqués. En effet, l'instabilité juridique issue de ces pratiques à l'étranger peut confiner au drame lorsque l'enfant n'a toujours pas d'état civil validé après plusieurs années de vie.

Permettez-moi de vous citer deux exemples. Voici le premier. Adeline et son mari Mathieu, âgés de 28 ans, consultent en septembre 2007 à l'issue de l'histoire suivante. En août 2006, l'accouchement de son premier enfant, après une grossesse normale, se déroule mal. L'obstétricien, au demeurant fort compétent, se trouve confronté à une difficulté d'extraction totalement inattendue et inédite. Il finit par avoir gain de cause après une manœuvre d'extraction lourde et périlleuse. Adeline peut enfin prendre son enfant dans les bras et le mettre au sein. Après dix minutes de bonheur et de découverte mutuelle, elle est victime d'un malaise et la sage-femme s'aperçoit qu'elle perd beaucoup de sang. L'obstétricien se fait aider par un collègue chevronné et opère assez vite la patiente qui présente une pathologie exceptionnelle, une inversion utérine.

Le geste chirurgical est terminé avec succès. La mère est installée ensuite au service de réanimation de la clinique. Deux heures plus tard, les saignements reprennent si sévèrement que l'on décide de la transférer au CHU de mon service. Pendant le transfert, elle fait un premier arrêt cardiaque rattrapé grâce à l'expérience des urgentistes du SAMU. Elle en fait un second en arrivant au CHU. La seule solution pour lui sauver la vie est de pratiquer de toute urgence une hystérectomie sans savoir si au réveil il y aura des séquelles liées aux deux arrêts cardiaques. Pendant ce temps, son enfant décède d'un épanchement sanguin au niveau de la tête lié aux manœuvres d'extraction. Adeline apprend la dramatique nouvelle à son réveil, deux jours plus tard. Elle n'a pas de séquelles.

Une année d'abattement et de dépression assez grave se passe. Elle n'a vu son enfant que dix minutes et se retrouve sans utérus. Sur son lieu de travail, plusieurs de ses collègues, très émues par l'accident survenu à leur attachante collègue, se proposent de porter son enfant à venir car tout le monde autour d'elle estime que l'on ne peut en rester là. Même sa soeur aînée propose de porter pour sa sœur un enfant. C'est ainsi que la demande d'aide est formulée auprès des médecins un peu plus d'un an après le drame.

À la proposition d'adopter un enfant que je leur fais, le couple n'émet pas de refus catégorique en attendant que la loi de la France leur permette d'avoir un enfant issu des ovules d'Adeline et du sperme de son mari. Et si la loi ne changeait pas, ils me répondent : « nous irions à l'étranger », même si financièrement ce serait difficile pour les deux petits salaires.

À l'opposé, voici Stéphanie qui, à l'appel de son nom dans la salle d'attente début janvier 2008, se lève avec deux autres personnes qui l'accompagnent, un homme de 45 ans et une femme de 35 ans, manifestement à terme de sa grossesse. Stéphanie a 53 ans et son histoire est longue et compliquée. Elle a eu deux enfants lors d'un premier mariage, il y a 30 ans, et trouve un nouveau compagnon au moment même où une intervention chirurgicale la prive, d'ailleurs indûment, de son utérus. Son compagnon, quant à lui, n'a pas d'enfant et en souhaite très vivement. Adopter est hors de question et d'ailleurs quasiment impossible à leurs âges.

Commencent alors de longues et coûteuses tentatives mais les moyens ne comptent pas pour ce couple. Ils en ont et sont prêts à s'en servir pour un objectif qu'ils estiment légitime : donner un enfant au mari. Plusieurs mois auprès d'une agence à San Diego se soldent par un échec ainsi que plusieurs mois à Bruxelles auprès d'un centre privé. Échec, sauf en ce qui concerne les dépenses. C'est alors que celle qui se dit être sa meilleure amie, Dominique, de 18 ans sa cadette, se propose spontanément de porter leur enfant. Elle vit seule et les hasards de la vie, dit-elle, ne l'ont pas conduite à souhaiter un enfant. Mais pour rendre ce service à son amie, c'est oui. On achète des ovules à Barcelone, au prix de 8 000 euros, qui sont fécondés avec le sperme du conjoint avant que l'embryon ne soit réimplanté dans l'utérus de Dominique qui atteint le terme de sa grossesse au début du mois de février 2008.

C'est alors que le couple commence à se poser des questions sur la filiation, en janvier, un mois avant la naissance de l'enfant. Le père l'a reconnu en période prénatale. L'accouchement sous X, pour qu'il n'y ait pas de filiation avec la mère porteuse, implique le séjour de l'enfant à la DDASS mais le couple veut absolument l'éviter. L'accouchement simple ne peut donner, au mieux, qu'une adoption simple et pose des problèmes infinis en cas de conflit ou en cas de décès de l'une des parties. L'accouchement n'a pas encore eu lieu que, déjà, des nuages s'amoncellent sur la tête de cet enfant qui n'est pour rien dans les tractations échevelées qui ont conduit à sa conception.

Pourtant cet enfant a des droits même si ses parents ont eu un comportement pour le moins primesautier au regard de leurs responsabilités filiales. En outre, il s'avère, après contact avec l'avocat de cette famille, que la mère porteuse est rémunérée par le couple. Ici, les deux conséquences négatives de la GPA apparaissent dans toute leur intensité : l'instrumentalisation d'une femme par une autre et les conséquences négatives pour l'enfant qui ne porte aucune responsabilité dans les démarches hasardeuses de ses parents.

La juxtaposition de ces deux cas illustre les contrastes qui peuvent apparaître dans la mise en œuvre d'une même technique médicale. Une nouvelle technique existe. C'est bien sûr à la société et à ses représentants de décider par la loi, si cette nouvelle technique doit être utilisée, et si c'est le cas, avec quelles restrictions. On a bien limité le recours à l'AMP aux hétérosexuels mariés capables de démontrer leur vie commune depuis deux ans.

Mais le législateur se trouve confronté à une extrême hétérogénéité des situations. Pour certaines, comme celle d'Adeline et de Mathieu, nous pourrions être tentés de considérer qu'il existe une réelle légitimité à aider ce couple. Pour d'autres, comme celle de Stéphanie et de Dominique, nous pourrions convenir que de nombreux arguments moraux viennent s'opposer à ce type de démarches et la loi peut fonder son interdit sur des valeurs communes.

Cette configuration éthique, avec des différences, rappelle ce qu'il s'est passé pour le diagnostic prénatal. S'il existe une malformation d'une particulière gravité incurable au moment du diagnostic, le couple peut demander, quel que soit l'âge gestationnel, une interruption médicale de grossesse (IMG) qui ne pourra être effectuée que si deux médecins membres d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal attestent de la gravité et de l'incurabilité de la situation. Ce cas par cas proposé par le législateur en 1994 couvre l'analyse annuelle de 10 000 dossiers qui conduisent à 6 000 interruptions médicales de grossesse chaque année.

L'Agence de la biomédecine étudie chaque année les bilans motivés de 48 centres en France. Les décisions y sont homogènes et cohérentes. La loi est respectée et le contour exact des décisions tient compte de l'extrême diversité des situations cliniques. Ce système qui n'a pas encore dix ans de fonctionnement, a prouvé son efficacité dans un domaine plus que délicat et les contrôles externes ne montrent pas de dérapage, ni d'IMG acceptée pour des malformations bénignes ou curables. Le cas par cas n'a pas été dévoyé par un laisser-faire qui serait totalement inacceptable quand il s'agit de traiter de la vie et de la mort de fœtus.

Les demandes de GPA, si l'on sortait de l'interdit complet et total dans lequel nous nous trouvons actuellement, pourraient être analysées de manière similaire. Il ne s'agit pas de décrire ici le fonctionnement d'un tel système, mais il devrait être composé, comme les comités de protection des personnes, d'une parité de représentants (professionnels et non-professionnels, femmes et hommes, personnalités compétentes sur le plan du droit de la famille).

Ces centres régionaux pourraient prendre le temps d'instruire les demandes sur une année, afin de dire si la GPA proposée respecte bien les droits de l'enfant et les droits de la mère porteuse quant à l'indisponibilité de son corps. Des médecins pourraient y être auditionnés en tant qu'experts techniques. Il pourrait même apparaître prudent que l'autorisation finale ne soit pas donnée de manière régionale mais de manière nationale, après un avis de la commission régionale. Le nombre de demandes annuelles est vraisemblablement compatible avec une centralisation nationale qui aurait le mérite de diminuer la variabilité des décisions due à la diversité des subjectivités.

En 1985, avant la loi qui interdit toute GPA, j'avais en vue de proposer ce genre de traitement et j'avais donc constitué une liste d'une dizaine de femmes de ma ville, candidates pour des procédures de mère porteuse. La moitié d'entre elles avait une motivation essentiellement financière ; l'autre moitié était constituée de femmes qui disaient en substance ceci : *« J'ai la chance d'être entière et de pouvoir donner le jour à des enfants. Le propre de l'humain, c'est de pouvoir s'entraider. Je suis d'ailleurs donneuse de sang et de moelle. J'aime être enceinte. J'aime donner le jour à un enfant et ma famille est déjà constituée. Ce serait une très grande chance pour moi de pouvoir me sentir utile à ce point en rendant un service aussi important à une autre femme dépourvue de son utérus. »*.

Cette générosité existe, je l'ai rencontrée. L'entretien avec une telle femme, prolongé au besoin par la rencontre avec des psychologues, permet avec une grande probabilité d'identifier les motivations des mères porteuses et de s'assurer de leur intégrité décisionnelle et de leur indépendance, y compris au regard d'une rémunération possible. Les associations de femmes cherchant à rendre ce service peuvent d'ailleurs constituer un filtre supplémentaire. Ce modèle existe depuis dix ans à Londres et le recul qui y est disponible est plutôt rassurant.

Quant à l'implication des femmes de la famille, les problèmes de dettes impayables qui font des ravages sur le plan psychologique me conduisent à considérer qu'il n'est pas souhaitable que ce soit la mère de la femme qui porte l'enfant pour sa fille. Une sœur, pourquoi pas, à la condition d'être assuré, par des entretiens itératifs, que des pressions intrafamiliales ne se sont pas exercées sur la mère porteuse pour qu'elle accepte. Au moindre doute, il faut refuser.

La loi dont s'est dotée la France interdit tout à ce jour, ce qui interdit également la discussion et l'analyse au cas par cas de dossiers au demeurant très différents. S'autoriser parfois à dire « oui » dans telle ou telle circonstance, après s'être assuré que la femme n'est pas Agar et que l'enfant ne va pas subir un mauvais sort, c'est assurément prendre des risques, mais ce n'est pas plus risqué que de continuer à tout interdire au détriment des enfants à naître après des « bricolages » à l'étranger. Continuer de tout interdire c'est risqué qu'un jour, au hasard de promesses électorales, on se mette à tout autoriser d'un seul coup, ce qui ne serait pas mieux.

La technique bouscule même la structure de la famille et de la parenté. Notre époque est privilégiée car elle nous permet d'observer, à l'échelle d'une seule génération, dans les mœurs de l'homme occidental, des changements rapides et risqués. L'humanité est embarquée à vive allure et le vertige est bien sûr au rendez-vous. Défendre avec ténacité tout ce qu'il y a d'humain dans l'homme pourrait constituer une sorte de guide pour l'écriture de cette nouvelle morale laïque. Des valeurs font en effet consensus dans notre société : non-exploitation des humains les uns par les autres, gratuité, égalité d'accès aux soins, droit de l'enfant à naître dans un milieu familial adapté comportant un père et une mère en âge de se reproduire, origine claire des gamètes, restriction de la procédure quand la mère porteuse est aussi donneuse de ses ovocytes.

Il est possible que les valeurs essentielles auxquelles nous tenons tous collectivement puissent être bel et bien respectées dans le cadre de la GPA, à condition de l'encadrer correctement. C'est un magnifique travail à venir pour le législateur.

►► **M. Alain CLAEYS**

Je vous remercie de cet exposé très clair et donne la parole à Mme Dominique MEHL, Sociologue, Directrice de recherches au CNRS

►► **Mme Dominique MEHL, Sociologue, Directrice de recherches au CNRS**

Je souhaiterais porter une parole un peu particulière, m'en faire l'écho, le porte-parole, l'interprète et la verser au débat public. C'est pour l'essentiel une parole interdite car elle accompagne des pratiques illégales, à savoir les pratiques de gestation pour autrui. Cette parole, que je souhaite vous restituer à partir de témoignages que j'ai recueillis, est une parole qui a une valeur qualitative. Je n'ai pas mené une enquête représentative ni dans le milieu des mères porteuses ni dans celui des parents d'intention. En revanche, j'ai accompagné, écouté, entendu, relancé, contredit et fait explorer leur expérience par des personnes qui ont pris le risque, dans la situation législative française, de faire appel à une mère porteuse.

J'insisterai sur quelques points.

Le premier a été mis en exergue au cours d'une table ronde précédente par Frédérique DREIFUSS-NETTER à propos des dérives. Je pense qu'il est parfaitement inconvenant, aux deux sens du terme, c'est-à-dire qu'il ne convient pas et, qu'à la limite, il est diffamatoire de parler de convenance concernant la gestation pour autrui. Je tiens les mêmes propos pour la procréation médicalement assistée car quiconque a subi des prélèvements quotidiens, un suivi strict des courbes de température, des échographies répétées, l'attente puis la survenue des règles sait pertinemment qu'il s'agit d'un parcours du combattant. Les demandes de GPA sont des cas gravissimes au niveau des situations médicales ; elles conduisent pourtant ces couples à s'adresser aux médecins en France, à entendre



une fin de non-recevoir de leur part. Au mieux, ils leur conseillent de s'adresser à l'étranger, et parfois ces personnes nouent elles – mêmes ce contact.

Il existe pourtant des situations médicales dramatiques, tel le syndrome MRKH, maladie génétique où les jeunes femmes naissent sans utérus et sans vagin ou avec un utérus et un vagin tellement atrophié et dysfonctionnel que la gestation est impensable, même lorsqu'une vie sexuelle est envisageable. Il s'agit aussi de traitements pour le cancer qui ont rendu l'utérus non opérationnel ou encore de premières grossesses qui se sont terminées de manière catastrophique par des hémorragies de la délivrance et des ablations de l'utérus. À chaque fois, on se trouve en situation de non-existence de la capacité gestationnelle par atteinte ou disparition de l'utérus.

Si on ne dispose pas de statistiques en France où la pratique est illégale, on peut en revanche se référer aux statistiques britanniques. En 2003, dans un grand centre anglais pratiquant la gestation pour autrui, 27 % des patientes avaient subi une chirurgie consécutive à un cancer, 16 % souffraient d'une absence congénitale d'utérus, 16 % avaient été victimes d'une hystérectomie *post-partum*, 16 % avaient connu des échecs répétés de FIV et 13 % des fausses couches récurrentes. Dans ce panorama d'un pays dans lequel cette pratique est encadrée, ce qui prouve que cela est possible, ne figure aucune *wonder woman* qui aurait choisi cette option pour ne pas voir sa taille épaissir ou qui aurait refusé de passer 3 ou 4 mois en arrêt de travail. Ces chiffres doivent inciter à bannir la problématique de la convenance et à s'interroger sur la légitimité de recourir à une tierce personne pour prendre en charge des pathologies avérées.

Deuxième point, en interdisant, on produit bien pire que ce que l'on voulait éviter car l'interdiction conduit les demandeurs à se précipiter vers des pays marqués parfois par des pratiques non éthiques, par la concurrence commerciale, par une pratique médicale qui manque de limpidité ou qui, pour le moins, demeure opaque pour des Français. Ces pratiques ont, en outre, pour conséquences dramatiques que les enfants reviennent sur le territoire sans état civil français. En interdisant, nous créons une situation d'inégalité totale, car ce sont les couples dotés de moyens financiers ou ceux qui « se saignent » qui pourront satisfaire leur désir d'enfant. On les livre par ailleurs à des systèmes médico-juridiques, à des systèmes légaux et à des agences dont les pratiques sont à mettre en cause. Enfin, on se retrouve avec des enfants qui constituent une nouvelle population de « sans-papiers » sur le territoire.

Troisième point : je souhaite partager les témoignages, les vécus que j'ai entendus de la part des parents intentionnels, des gestatrices étrangères et les résultats d'enquêtes menées à l'étranger. Pour étayer mes propos, je ne pourrais malheureusement pas évoquer le vécu des mères porteuses françaises, qui existent pourtant, mais qui n'ont pas souhaité s'exprimer, même auprès de quelqu'un leur promettant le secret.

La demande de GPA du côté des futurs parents, est une demande que l'on ne peut envisager d'éradiquer. Un certain nombre de ces femmes ont découvert leur absence d'utérus avant que la loi interdisant la GPA ne soit votée et leurs médecins leur avaient alors indiqué que la solution passerait par la GPA. Ces femmes ont donc fait le deuil de la grossesse sans faire le deuil de devenir parents d'un enfant qui viendrait un peu d'elles-mêmes et de leurs propres gènes. Elles savent que la GPA est la seule solution pour aller au bout de leur capacité corporelle d'avoir un enfant. En outre, aujourd'hui, avec le développement d'Internet, il est très facile de savoir que cette pratique existe et se fait ailleurs. Cela induit une connaissance de l'information et des systèmes juridiques étrangers. Ainsi, le besoin de ces femmes d'avoir un enfant ne peut disparaître du simple fait de la parution de la loi qui interdit cette pratique.

Ces personnes ne se vivent pas comme stériles. Elles considèrent qu'elles sont dépourvues d'une part de leur capacité corporelle à faire des enfants mais qu'une autre part fonctionne. Elles tiennent un discours inverse de celui qui est entendu de la part des personnes en demande de don d'ovules qui considèrent qu'une part de leur fertilité leur est enlevée. En d'autres termes, et de manière imagée, les unes disent qu'elles ont la « graine » mais pas la « terre » tandis que les autres disent le contraire. Ce sont des images qui explicitent leur volonté de ne pas faire le deuil d'un enfant avec leur participation corporelle. C'est donc une thématique de l'infertilité, non de la stérilité, qui les conduit sur le chemin de la grossesse assistée et non une thématique de l'impossibilité à enfanter. Ces femmes ne comprennent pas que le législateur entérine la « loi du ventre », c'est-à-dire qu'il ne reconnaît la maternité que si elle est liée à la gestation et qu'il refuse la « loi du gamète ».

La GPA a toujours existé, comme la démonstration vient d'en être faite par Israël NISAND. Elle continue à exister hors du cadre médical entre sœurs, au sein des familles, avec des accouchements sous identité dissimulée. Cette réalité existe et la loi, si elle évolue, ne viendra peut-être même pas changer ces situations. En revanche, la médecine provoque un bouleversement en dissociant la maternité en deux, ce qui était impensable autrefois quand on définissait la maternité par l'accouchement. Dans ce paysage, où plusieurs acteurs de la procréation et de la gestation interviennent, la technique vient dissocier la maternité. Si elle ne l'est pas sur le plan légal, elle l'est dans le vécu des personnes.

Quatrième point : la gestation pour autrui soulève également le primat du diktat de la génétique. On pourrait croire que ces femmes, qui disposent de leurs gamètes, sont obsédées par la transmission de leur patrimoine génétique. Lorsque l'on discute avec ces personnes, on se rend vite compte que celles-ci ont mûrement réfléchi avant de faire appel à une tierce personne pour avoir un enfant. Elles ont une large connaissance de la génétique. Elles savent pertinemment que le patrimoine ne fait pas l'identité, ce qu'est l'épigénèse, que certains gènes sont silencieux, que tous les gènes ne se combinent pas, que les conditions de la gestation peuvent modifier l'apport génétique initial. Elles reconnaissent l'impact

de l'apport culturel etc. Pour ces personnes, l'essentiel n'est pas de transmettre une hérédité ou un patrimoine, mais d'avoir une participation corporelle qui induit, même si elle est aléatoire, la question de la ressemblance physique qui d'ailleurs envahit la procréation en général. Les demandeurs souhaitent pouvoir se reconnaître dans leurs enfants et que leurs enfants se reconnaissent dans les traits physiques de leurs parents.

Cinquième point : dans la mesure où je n'ai pas pu recueillir le témoignage de gestatrices, je souhaite évoquer avec vous les conclusions des études anglo-saxonnes, et ce même si les femmes sondées lors de ces enquêtes ne l'ont pas été de manière aussi approfondie que dans les enquêtes qualitatives que j'ai moi-même menées. J'évoquerai également ce que m'ont dit tous les parents intentionnels que j'ai rencontrés à propos de la gestatrice de leur enfant. Comme dans tous les cas de dons, pour de nombreuses femmes gestatrices, une situation de stérilité existe dans l'entourage, elles ont été témoins d'une souffrance liée à la stérilité. Ces femmes affirment aussi que cette grossesse pour autrui leur donne un sentiment d'accomplissement personnel, voire de puissance personnelle. Elles expriment aussi le fait que cette grossesse vient rehausser leur estime d'elles-mêmes. Parmi les témoignages que j'ai pu recueillir, la motivation financière des gestatrices n'est pas la motivation première, je ne nie pas que cela puisse exister ailleurs.

Les rapports entre les parents et la gestatrice peuvent être qualifiés de rapports de distance mais aussi de rapports de proximité : ni trop près, ni trop loin. De nombreux parents intentionnels renoncent à la proposition d'une sœur, de peur d'une intrusion dans l'exercice de la parenté. Ils craignent également qu'une donneuse d'ovocytes trop proche, réclame un droit de regard sur la manière d'élever l'enfant. Ceci explique que de nombreux parents privilégient le recrutement de mères porteuses *via* Internet. Ils souhaitent ainsi faire appel à une personne qu'ils connaîtront, car Internet permet un contact et brise l'anonymat. Ce canal permet d'engager une longue procédure de discussions, de rencontres, d'échanges et de choix mutuels.

Certains se rendent compte à cette occasion qu'ils partagent les mêmes loisirs et les mêmes goûts musicaux. Mais ce canal offre aussi la possibilité de maintenir une certaine distance. Les relations sont alors ni impersonnelles, ni par trop personnelles. Ce vécu se retrouve aussi dans le terme choisi le plus souvent pour qualifier la gestatrice. Quasi toutes refusent le terme de « mère porteuse », refusant ainsi d'être affublées d'une qualification maternelle. Le plus souvent, le terme de « nounou » est employé, c'est-à-dire qu'elles se considèrent les gardiennes, l'espace d'un moment, d'un enfant qu'elles vont ensuite confier à leurs parents. Ce terme de « nounou » illustre aussi parfaitement le désir de préserver à la fois une certaine distance et l'envie de partager une certaine proximité. On se situe dans une sorte de famille élargie mais non dans une famille restreinte. Ceci rejoint le constat d' Irène THÉRY.

En effet, dès lors que l'on considère que l'intervention de plusieurs contributeurs à l'entrée en parenté est légitime, il faut absolument différencier les notions de filiation, de parenté et de parentalité. La filiation est la parenté légale, fixée par la loi et qui ne peut être défaire que par la loi. La filiation inscrit dans une généalogie et transmet le nom de famille et est irréversible sauf jugement. La parenté ou la parentalité, c'est la présence en tant qu'une des figures ayant permis la venue au monde ou en tant qu'une des figures permettant que les enfants soient élevés au quotidien. La concordance entre parenté légale, parenté sociale, parenté éducative et parenté biologique ne coïncide pas nécessairement dans la même personne.

On se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins, entre une réalité mise à nu par les techniques médicales mais qui existe déjà en dehors de ces techniques. On constate que plusieurs adultes interviennent dans la venue au monde et l'éducation des enfants mais que la filiation doit rester intangible. La question est alors de déterminer comment reconnaître ou ne pas reconnaître des figures ou des rôles ou des statuts à ces autres personnes dans le paysage parental de ces enfants.

► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Je vous remercie beaucoup de cette présentation et donne la parole au Professeur Jacqueline MANDELBAUM, Membre du Comité consultatif national d'éthique, responsable du laboratoire de fécondation *in vitro* de l'hôpital Tenon, qui s'exprimera au nom du Comité national consultatif d'éthique.

► **Mme Jacqueline MANDELBAUM, Membre du Comité consultatif national d'éthique, responsable du laboratoire de fécondation *in vitro* de l'hôpital Tenon**

Vous m'avez invitée en tant que membre du CCNE, et je rappellerai quelle était sa position.

***La gestation pour autrui et le CCNE***

L'avis n°3 du Comité consultatif national d'éthique a été rendu le 23 octobre 1984, au début de la FIV. À l'époque, le recours aux mères porteuses était un vrai recours avec insémination. Le Comité avait alors affirmé que le recours à cette pratique, dans l'état du droit, réalisait la cession d'un enfant. « *Le recours à cette pratique est, en l'état du droit, illicite. Elle réalise la cession d'un enfant... Telle est la loi, il ne faut pas la changer. Le Comité souhaite, au contraire, persuader toutes les personnes qui ont manifesté leur intérêt pour cette méthode de ne pas chercher à y avoir recours.* »

Le Comité souhaitait persuader toutes les personnes qui avaient manifesté leur intérêt pour cette méthode de ne pas chercher à y avoir recours. Il réaffirmait le risque d'exploitation matérielle ou psychologique de la femme qui envisage de donner son enfant. Il remarquait que si le CCNE évoquait ces conditions d'accès à

la procréation, il risquait de cristalliser les inquiétudes et l'hostilité. Il soulignait le risque de glissement vers l'acharnement thérapeutique pour les couples demandeurs. Le Comité invitait par ailleurs les pouvoirs publics à organiser une consultation sur un problème de société suscité par les progrès scientifiques.

Dans un deuxième avis n° 90 du 26 janvier 2006, anonymat ou secret, le Comité insistait de nouveau sur le risque de marchandisation. « *Le risque de marchandisation des grossesses par procuration est au centre même de la réflexion éthique. Il est impensable en effet d'envisager de véritables contrats de location, de livraison, avec des clauses de résiliation. Cette marchandisation de fait, qui certainement n'est pas réalisable, interdit probablement de porter à la connaissance de l'enfant les circonstances de ce marché dont il a été l'objet* »

Il ajoute toutefois ceci : « *Cependant, la pratique de la GPA dans d'autres pays et son caractère légal dans différents pays étrangers justifie la poursuite de la réflexion dans notre pays. L'incertitude concernant la filiation des enfants issus d'une telle maternité initiée à l'étranger pose problème. Ce n'est pas pour autant que l'on dénie la valeur des arguments éthiques qui ont conduit le Parlement à refuser la création de telles situations. Assimiler une grossesse de 9 mois à un don de gamètes est pour le moins léger ; même si le don d'ovocytes représente une plus grande transgression génétique que la gestation pour autrui. C'est faire peu de cas de l'attachement de la femme à l'enfant qu'elle porte et de l'aliénation d'elle-même qu'elle subira, même de façon consentante, et le risque de voir s'établir un marché et une exploitation commerciale des mères porteuses reste évident* ».

Le troisième avis du Comité est en cours d'élaboration. Je ne peux en faire état puisqu'il n'est pas achevé. Je vous ferai donc part de réflexions qui n'engagent que ma personne.

### ***La légitimité de la demande des femmes infertiles à demander la gestation pour autrui.***

Le débat me semble actuellement très centré sur ce point. Selon moi, dès lors qu'il y a absence d'utérus ou pathologie utérine incurable entraînant une stérilité, il est légitime de vouloir dépasser ce handicap par un traitement palliatif ou substitutif. On pratique légalement en France le don de sperme, le don d'ovocytes et l'accueil d'embryons. Le moyen palliatif serait ici le prêt d'un utérus, et c'est sur ce point que réside le problème, car cet utérus ne peut pas se désolidariser du corps de la personne donneuse comme cela est le cas pour les gamètes. Il s'agit donc du prêt de son corps par une femme, non pas pendant quelques jours mais durant 9 mois. Si l'on inclut les suites de couches, cette période représente près d'une année de vie.

Il y a et il y aura toujours des histoires singulières qui seront faites d'amour, de désintéressement ou d'un arrangement entre adultes consentants, et ces transgressions à la loi et à l'usage, dans la mesure où il n'y a pas exploitation

de personnes, peuvent être les pores qui permettent au tissu social de respirer. Le Comité national d'éthique, comme d'autres, avait fait remarquer le risque de la légalisation de ces pratiques par l'inscription de ce particularisme dans le marbre du Code civil.

Le problème majeur qui est posé touche à la filiation des enfants. Ce problème peut être résolu en apportant des solutions ponctuelles et équitables pour ne pas les pénaliser. Les couples en demande d'enfants sont en souffrance et la GPA leur apparaît comme la seule solution leur permettant de réparer la blessure de leur infertilité. Nous savons comment les différents éléments biologiques qui fondent la parenté sont tantôt valorisés ou tantôt minimisés pour redessiner le roman familial que nous sommes obligés de construire de toutes pièces, puisque la biologie de la reproduction humaine est ici en panne.

Permettez-moi de vous donner un exemple tiré de mon expérience d'AMP. Je suivais un couple dont le mari avait un sperme fortement déficient. Après plusieurs mois de traitement puis d'insémination avec le sperme du mari, le couple désespéré envisage de se tourner vers le don, car l'ICSI ne se pratiquait pas encore à l'époque. La situation, douloureuse pour le mari, l'était encore plus pour la femme qui sanglotait. Alors que je rappelai à cette femme qu'elle devait aider son mari à faire le deuil de sa paternité génétique, elle me répondit ceci : « *Regardez-le. Il est beau. Il est intelligent, je l'aime. C'est un enfant de lui que je veux et pas celui d'un donneur !* ».

Du temps passe et ce couple se résout finalement à une insémination avec du sperme de donneur. Ils ont un petit garçon. Deux ans plus tard, cette femme me rappelle pour m'informer qu'elle est enceinte de son mari. Au lieu de s'en réjouir, elle me fait partager son inquiétude, craignant de faire évoluer sa grossesse alors que les spermatozoïdes de son mari sont de mauvaise qualité. Elle précise que son petit garçon, désormais âgé de deux ans, est « *le plus beau et le plus intelligent du monde* ». Je réussis à la rassurer. Cependant, cet appel est aussi troublant car il démontre que l'affect et l'esprit humain a d'immenses capacités de résilience et de sublimation des grandes souffrances et des grandes frustrations.

Dans la maternité pour autrui avec insémination, c'est l'importance du spermatozoïde qui était mise en avant. Avec la grossesse pour autrui, c'est l'ovocyte qui est devenu l'élément central. C'est l'enfant génétique de la femme stérile que porte la « nounou ». L'utérus est d'ailleurs souvent qualifié par les deux parties de « simple four » qui permet à la « bonne cuisine gamétique » de réussir. Lorsque l'on a besoin d'un don d'ovocytes complémentaire, voire d'un don des deux gamètes, l'accent est mis sur l'importance de la grossesse que l'on veut suivre et qui permet cette appropriation de l'enfant qui se faisant au rythme du ventre qui s'arrondit.

Si l'on ne connaît pas la mère porteuse et si la gestation pour autrui se déroule dans un lieu éloigné empêchant d'entretenir des relations suivies, l'important sera l'enfant qu'on reçoit et qui n'est guère différent de l'enfant

obtenu par adoption. Il ne semble donc pas illégitime de se demander si l'enjeu de la GPA vaut les risques pris par les femmes qui auront accepté d'être des « donneuses de vie », comme elles le disent souvent.

### *Les risques pour la gestatrice*

Les risques physiques encourus par ces femmes peuvent être illustrés par les conclusions d'une étude californienne menée en 1999 par l'équipe de Parkinson. D'après cette étude, il faut en moyenne trois transferts pour obtenir un résultat. En moyenne, ce sont quatre embryons qui sont utilisés par transfert. Aujourd'hui, ce nombre est plutôt de deux. Cette étude rapporte une grande série de 95 accouchements de 128 enfants. Dans ce lot, l'on recense 20 % de fausses couches et quelques grossesses extra-utérines, comme cela se produit aussi dans d'autres circonstances. Parmi ces 95 accouchements, on comptabilise la naissance de 27 paires de jumeaux, de deux groupes de triplés, de cinq réductions à deux fœtus de trois grossesses quadruples et de deux triples. On recense aussi 40 % de menaces d'accouchement prématuré lorsque l'accouchement est gémellaire, entraînant un alitement prolongé. Des hypertensions sont comptabilisées dans quelques cas, des saignements gênants dans 5 % des cas, un diabète dans 2 % des cas. Le taux de césarienne y est de 20 % et de 56 % dans le cas d'une grossesse multiple. Quelques complications du *post-partum* sont constatées (6 %), ainsi que 5 *baby blues*. Les résultats de cette étude montrent que les risques existent et qu'ils ne sont pas anodins.

D'autres risques notamment d'instrumentalisation sont à souligner. Dans un film dans lequel un couple de parents rencontrait l'éventuelle gestatrice de leur enfant, ceux-ci lui demandaient pourquoi elle avait eu l'idée de prêter son utérus. La réponse avait alors fusé : « *C'est mon mari qui me l'a suggéré !* ». Ces propos m'ont interloquée car je n'ai pas pu m'empêcher de penser aux 10 000 ou 15 000 euros qui viendraient dédommager cette gestation pour autrui, somme qui avait pu donner des idées au compagnon de cette femme. Dans un monde où la pauvreté croît, comment ne pas penser que ce dédommagement puisse représenter un appoint voire un travail temporaire ? De nombreuses femmes rapportent certes des histoires altruistes où l'argent tient peu de place et où le bénéfice de cette expérience est réel car permettant une valorisation de soi et un lien fort instauré avec le couple demandeur.

L'évaluation du retentissement psychologique de la GPA est cependant rarement menée de façon systématique et les études dépassent aussi rarement l'époque du *post-partum*. Citons ici le travail mené par le Professeur Olga Van Den AKKER qui a mené une étude en Angleterre dans un pays ayant autorisé la GPA, mais où la loi est très restrictive et protectrice vis-à-vis des mères porteuses. 61 % d'entre elles ont volontairement accepté de répondre aux questionnaires envoyés pendant la grossesse (au premier, deuxième et troisième trimestres puis pendant le *post-partum* à 6 jours, 6 semaines et 6 mois après l'accouchement). 66 % des femmes contactées ont répondu au premier questionnaire d'inclusion, mais seules 25 % ont répondu au suivant. Il est donc difficile de généraliser ces

réponses. L'impression générale est cependant rassurante. Les mères porteuses sont peu anxieuses, ne s'autorisent aucun attachement au bébé et sont plus nombreuses à penser que cette expérience a été positive que celles qui ont le sentiment d'avoir été exploitées.

Toutefois, quand on les compare aux femmes demandeuses, elles disent être moins aidées par leur entourage (compagnon, parents, amis) et avouent connaître des dysfonctionnements dans leur couple. Qu'en est-il du ressenti du compagnon de cette femme porteuse, de ses enfants et de ses parents lorsque toute une famille est emmenée dans cette aventure et pourra en ressentir les effets ? Personne ne peut l'expliquer car aucune étude n'existe à ce jour. La femme porteuse doit aussi affronter le regard des autres, celui des collègues de travail, des commerçants, etc. Faut-il autoriser cette pratique ou accepter une exception à l'interdiction en encadrant fortement les indications et les pratiques pour éviter les dérives ? Faut-il limiter les risques en réaffirmant la gratuité puisque les mères porteuses en France pourraient bénéficier de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement par l'assurance-maladie comme toute femme enceinte ?

### ***Les indications de la GPA***

On entend dire que les indications de GPA représenteraient 40 à 50 cas par an en France. Heureusement, les absences d'utérus, les malformations d'appareils génitaux et les hystérectomies chez la femme jeune sont rares. De plus, toutes les patientes ne souhaitent pas avoir recours à la GPA. Il faut néanmoins être conscient qu'un cadre très étroit des indications ne satisfera pas toutes les demandes. Dans la littérature, la GPA est proposée également devant d'autres pathologies utérines plus fréquentes (polymalteses, synéchies, adénomyoses), pour des fausses couches à répétition, pour des interdictions à la grossesse mettant en jeu la santé ou la vie de la mère, et des échecs d'AMP sans pathologie avérée des gamètes. Ces situations représentent environ 50 % des indications dans les publications internationales.

On change donc ici de registre. Environ 25 000 couples ont recours chaque année à une AMP lourde (FIV ou ICSI), dont 40 % n'obtiendront pas le succès escompté au terme des quatre tentatives remboursées par la Sécurité Sociale. 10 000 couples seraient potentiellement demandeuses. Si seulement 1 % d'entre eux souhaitaient recourir à la GPA, ce seraient 100 demandes annuelles potentielles à satisfaire. Il serait alors difficile de s'en tenir à un cadre légal très strict de la GPA d'exception.

Si l'on maintient un cadre d'application très ciblé, le tourisme procréatif se poursuivra. Si l'on élargit les indications, le nombre de femmes volontaires pour prêter leur utérus dans un cadre protecteur sera peut-être insuffisant. Alors, on évoquera la pénurie, le dédommagement bien compris et le cycle de la marchandisation se mettra en marche.



On pourrait aussi s'orienter vers une campagne de promotion pour susciter des vocations de gestatrice mais cela serait difficilement conciliable avec l'absence d'instrumentalisation. L'on pourrait aussi laisser les couples demandeurs se débrouiller seuls comme c'est le cas au Royaume-Uni. Mais, comment alors maintenir l'anonymat ? Le sera-t-il toujours ? L'anonymat ne privera-t-il pas les couples de l'un des avantages mis en avant dans le prêt d'utérus, à savoir la possibilité d'accompagner la lente gestation de l'enfant et la possibilité d'entretenir un lien entre les parents et la gestatrice ? Faut-il, comme certains l'ont suggéré, accompagner des situations difficiles en régularisant l'établissement de la filiation des enfants, sans pour autant légaliser la pratique de la GPA ? Est-ce une manière, comme le souhaitait il y a longtemps le CCNE, de persuader toutes les personnes qui ont manifesté leur intérêt pour cette méthode de ne pas chercher à y recourir ?

Le CCNE avait souhaité en 1984 une vaste consultation publique. Sans doute pensait-il normal qu'une décision concernant la manière de faire les enfants soit réfléchie collectivement. C'est ce qui est presque à l'œuvre actuellement dans les nombreux débats suscités par la révision des lois de bioéthique. C'est ce que vous faites aujourd'hui.

On entend dire que 53 % des Français seraient favorables, d'après une enquête de l'Agence de la biomédecine, à la légalisation de la GPA. Est-ce qu'une réponse à un questionnaire est suffisamment éclairée. Peut-être qu'une convention de citoyens, comme Jacques TESTART, Marie-Angèle HERMITTE et d'autres l'ont proposé, permettrait de recueillir l'avis des Français avec pertinence. En tout cas, dans l'histoire des mères porteuses, le recours à la FIV a banalisé le rôle de la femme qui prête son utérus, qui aime être enceinte – même si je n'aime pas cette expression – et qui, dédommée, devient une simple nourrice.

Je voulais remettre au premier plan cette femme dite maintenant gestatrice. Lui faire prendre un risque inconsidéré, attenter à sa dignité serait intentatoire à l'image de toutes les femmes. Cela doit peser dans toute orientation nouvelle que prendrait la révision de la loi.

► **M. Jean-Sébastien VIALATTE**

Je vous remercie de cet exposé, j'ouvre le débat.

► **M. Dominique MENNESSON, Association CLARA**

Vous faites état d'une étude menée en 1999, alors que nous sommes aujourd'hui en 2008. Vous affirmez aussi que nous manquons d'études comportementales, ce qui est faux. Après avoir pris vos coordonnées, je vous enverrai une synthèse des 200 dernières études menées dans le monde à ce sujet ; des enquêtes sont disponibles sur le vécu après une GPA à cinq, dix ou quinze ans. Par ailleurs, dans notre association, une jeune fille de 19 ans pourrait vous parler de son vécu.

Il serait donc utile de changer les grilles de lecture. Nous ne cessons de répéter qu'il s'agit d'une atteinte à la dignité et que ce sont des pratiques à risque, tout en sachant que le risque zéro n'existe pas. Or, la question n'est pas de savoir s'il faut tout interdire parce qu'existe un risque, mais de déterminer ce que nous devons faire pour maîtriser le risque et permettre de vivre dans la dignité.

Je peux présenter quelques chiffres que vous semblez méconnaître : l'indication pour la GPA de pure infertilité utérine, c'est 18 % de l'infertilité féminine. Si nous rapportons ce chiffre au nombre de personnes qui consultent pour une AMP, nous obtenons un chiffre de 2 000 demandes par an. Ce nombre est fort éloigné de celui que vous avez annoncé.

Je pense ensuite, quand vous parlez de limites franchissables, que nous pouvons respecter un cadre. Les couples infertiles ne sont pas en demande de la mise en place d'un encadrement facile ; ils demandent simplement qu'un encadrement soit prévu et ils s'y plieront. C'est ce que je voulais vous dire, et qui est contraire à ce que vous avez énoncé.

► **Mme Jacqueline MANDELBAUM**

J'ai choisi volontairement de présenter ce qui était publié dans des revues scientifiques. J'ai signalé clairement que l'étude de 1999 était ancienne mais elle illustre néanmoins tous les risques naturels de toute gestation qui sont tous survenus à un moment donné. Vous ne pouvez pas en faire l'économie et réagir comme si ces risques n'existaient pas. Les fausses couches existent, le taux de césarienne constaté est une réalité. Or, il n'est pas forcément agréable de subir une césarienne. Les grossesses gémellaires sont aussi plus difficiles à vivre, surtout lorsque l'on ne les vit pas pour soi.

Par ailleurs, je n'ai jamais prétendu qu'il n'y avait pas d'études menées mais j'ai simplement fait le point sur tout ce qui était publié dans la littérature. Le dernier travail que j'ai présenté concernant le Royaume-Uni est récent puisqu'il date de 2007.

En outre, le chiffre de 40 à 50 demandes n'est pas un chiffre que j'avance personnellement, mais celui qui a été estimé par plusieurs instances qui ont réfléchi au sujet. Je pense pour ma part, que ce nombre est largement sous-estimé car bien plus de personnes pensent qu'elles devraient légitimement avoir accès à ces traitements d'infertilité, estimant qu'elles ont des raisons tout aussi légitimes d'y avoir recours que les femmes n'ayant plus d'utérus. Que ces situations soient plus nombreuses ne fait que poser un problème supplémentaire.

► **M. Serge BLISKO, Député de Paris**

Ma remarque vous étonnera peut-être. Il me semble que ces mêmes questions de filiation et de parentalité sont aussi débattues par les parents d'enfants adoptifs car les risques existent aussi dans ces circonstances. Ainsi, on sait tous que des enfants venant de Russie présentent souvent un syndrome

alcoolique fœtal. Sans revenir sur les risques biologiques, ni sur les difficultés de la parentalité et de la filiation, les risques existent partout et nos pratiques doivent tenter de les limiter. Dans le cadre de l'adoption, nous essayons de moraliser les pays ayant des pratiques discutables. Ne croyons donc pas que nous sommes face à un cas très particulier et très propre à la GPA.



## CONCLUSION

### ►► M. Jean-Sébastien VIALATTE

J'aurais souhaité que nous disposions de davantage de temps pour débattre de ces sujets passionnants. Nous avons écouté ces interventions avec grande attention et humanité, d'autant que toutes les décisions que nous serons amenés à prendre engageront l'homme dans son humanité. Ce débat mérite donc beaucoup d'écoute et de prudence. Chaque fois que nous entrouvrons une fenêtre, s'engouffre un grand courant d'air avec des conséquences que nous devons absolument mesurer pour maîtriser l'avenir de la société que nous souhaitons construire.

J'ai peine à imaginer comment nous pourrions construire une société alors que j'entends parler de co-parentalité ou de parentalité partagée. Je ne sais pas comment le législateur pourra écrire un Code Civil avec ces notions qui, selon moi, conduisent à une régression et nous ramènent vers une société un peu primitive. Nous devons aborder ces sujets avec humilité et prendre le temps du débat même s'il est difficile car passionné. En ce qui me concerne, plus les auditions avancent et plus je me trouve dans le brouillard.

### ►► M. Alain CLAEYS

C'est une qualité. Je vous remercie à tous chaleureusement de votre présence et de votre participation à cette audition publique.