



Sous la direction du Prof. Philip Jaffé

L'enfant face aux nouvelles techniques de procréation
médicalement assistée :
Les conséquences sur la filiation, la santé et les droits

MÉMOIRE – Orientation Recherche

Présenté à
l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Droits de l'enfant
de l'Institut Universitaire Kurt Bösch
pour l'obtention du grade de Master of Arts Interdisciplinaire en droits de l'enfant

par

Raquel FREIRE DE SOUSA

de

Lausanne, Canton de Vaud

Mémoire No

SION

Janvier 2012

Résumé

Le recours à la procréation médicalement assistée est, dans notre société, en constante augmentation. Par conséquent, il est intéressant de s'interroger sur les conséquences médicales, psychologiques, sociales, juridiques et éthiques de ces progrès technologiques sur l'enfant.

L'émergence de nouveaux modes de conception entraîne également des mutations au niveau de la filiation, questionnant, d'une part, les rôles et statuts des différents protagonistes concernés par la conception de l'enfant (parents, donneurs, mères porteuses, donneur décédé, donneur membre de la famille élargie, etc.), et, d'autre part, le droit de l'enfant de connaître ses origines.

De plus, ces techniques, qui permettent, entre autres, de concevoir à l'extérieur du corps humain et de congeler les embryons, interrogent également quant à l'évolution de l'enfant, notamment en ce qui concerne sa santé, son développement physique et psychique, ainsi que sa relation affective avec ses parents.

Souhaitant relever des questionnements et dilemmes éthiques pouvant découler de ces pratiques de procréation médicalement assistée, ce travail s'appuie sur des publications scientifiques et recherches pluridisciplinaires, ainsi que sur le champ des droits de l'enfant, s'inscrivant ainsi dans une approche inter- et transdisciplinaire.

Mots clés

Droits de l'enfant

Intérêt supérieur de l'enfant

Filiation

Éthique

Dignité humaine

Discrimination

Technologie médicale

Projet de couple

Table des matières

I	INTRODUCTION	1
II	LES TECHNIQUES DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE	4
1	L'INSÉMINATION ARTIFICIELLE	7
2	FÉCONDATION IN VITRO ET TRANSFERT D'EMBRYON (FIVETE)	7
3	INJECTION INTRACYTOPLASMIQUE DU SPERMATOZOÏDE (ICSI)	8
4	LA GESTATION POUR AUTRUI ET LA MATERNITÉ DE SUBSTITUTION	8
5	L'ÉQUIVALENCE DES TECHNIQUES DE PMA DANS L'HISTOIRE ET DANS LE MONDE.....	9
III	LE CADRE LÉGISLATIF DE LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE	11
1	LES DROITS DE L'ENFANT	11
2	LES BASES LÉGALES INTERNATIONALES.....	14
	2.1 Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme (1997)	15
	2.2 Déclaration internationale sur les données génétiques humaines (2003)	15
	2.3 Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005)	16
	2.4 L'Organisation mondiale de la santé (OMS)	16
3	LE CADRE LÉGISLATIF EUROPÉEN	17
	3.1 La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (1997)	18
	3.2 L'accès aux diverses techniques de PMA.....	19
	3.3 Le don de gamètes et l'anonymat.....	21
	3.4 La gestation pour autrui.....	22
	3.5 L'insémination post-mortem, la congélation d'embryons et le diagnostic préimplantatoire.....	25
4	LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE EN SUISSE	26
	4.1 Quelques chiffres.....	28
	4.2 La législation suisse	29
5	SYNTHÈSE DE DROIT.....	31
IV	L'ENFANT FACE AUX TECHNIQUES DE PMA	35
1	LES CONSÉQUENCES DES TECHNIQUES DE PMA SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT.....	35
	1.1 Les grossesses multiples	38
2	QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES POSÉS PAR CES TECHNIQUES VIS-À-VIS DE L'ENFANT ET DE SON DÉVELOPPEMENT	39
	2.1 La réduction embryonnaire.....	40
	2.2 Le diagnostic préimplantatoire	41

2.3	<i>La congélation des embryons</i>	43
2.4	<i>La gestation pour autrui</i>	45
2.5	<i>Le don de gamètes</i>	48
2.6	<i>La recherche sur les embryons</i>	50
2.7	<i>La PMA lors d'une infection virale</i>	51
2.8	<i>Le recours à la PMA dans l'homoparentalité</i>	53
3	LA FILIATION DANS LA PMA	54
3.1	<i>La non-reconnaissance problématique de certains types de filiation</i>	56
3.2	<i>L'enfant dans une famille particulière</i>	58
3.3	<i>La relation parents-enfant</i>	60
4	LA CONNAISSANCE DE SES ORIGINES	62
4.1	<i>L'anonymat</i>	62
4.2	<i>Le secret</i>	65
V	DISCUSSION	67
1	<i>L'INTÉRÊT DE L'ENFANT</i>	68
2	<i>LES DROITS EN OPPOSITION</i>	70
3	<i>L'EUGÉNISME</i>	71
VI	CONCLUSION	73
VII	LEXIQUE	75
VIII	RÉFÉRENCES	76
IX	ANNEXES	83
1	<i>TABLEAUX STATISTIQUES</i>	83
2	<i>LÉGISLATIONS EUROPÉENNES EN MATIÈRE D'ANONYMAT DES DONNEURS ET D'ACCÈS À LA PMA POUR LES FEMMES HOMOSEXUELLES</i>	86

I Introduction

Les recherches et les nouvelles technologies ont permis de réduire le risque d'infécondité des couples en les aidant à avoir un enfant par la procréation médicalement assistée (ci-après PMA ou AMP)¹, mais également d'éviter la naissance d'enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie génétique, notamment par le diagnostic prénatal et le diagnostic préimplantatoire. Les avis sur ces progrès génétiques sont partagés et certaines avancées de la médecine sont controversées. Comme nous le verrons dans ce travail, certains auteurs se questionnent sur les conséquences de ces pratiques sur l'enfant au niveau notamment de la filiation et du développement psychologique, alors que d'autres étudient les conséquences médicales de ces techniques ou se posent la question du tri génétique et d'une nouvelle forme d'eugénisme², ces techniques permettant de mettre un terme aux grossesses identifiées à risque de manière précoce.

Dans le monde, environ 100'000 enfants naissent chaque année suite à la PMA (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006), représentant ainsi 2 à 3% des naissances totales dans les pays développés. Depuis 1978, on dénombrerait plus de 3 millions de naissances issues de ces techniques dans le monde. Or, la première naissance par PMA datant de 1978, un bon nombre d'enfants issus de ces techniques sont devenus des adultes. Dès lors, il est intéressant de savoir comment ils évoluent au regard des enfants conçus naturellement, tant au niveau physique que psychique.

Alors que la maternité est généralement établie par l'accouchement de la mère, les nouvelles technologies permettent à une femme d'accoucher de l'ovule fécondé d'une autre femme. Dans cette situation, la femme qui accouche n'est en réalité pas la mère génétique de l'enfant. Ces nouvelles techniques de PMA posent alors de nouveaux problèmes sociaux, éthiques et juridiques (Roy, 1990). Les questions

¹ « L'AMP est définie par la manipulation de gamètes en vue d'une insémination intra-utérine (IIU) de sperme ou d'une fécondation in vitro (FIV), classique ou par micro-injection de spermatozoïdes (ICSI [...]). Les inductions simples de l'ovulation ne font pas partie de l'AMP, bien qu'elles constituent la majorité des cycles traités. » (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006, p. 29)

² Mot créé par Galton [, cousin de Darwin,] au XIXe siècle pour désigner la science qui se propose d'améliorer l'espèce humaine en entravant la multiplication des « inaptes » et en favorisant celle des « élites ». (Testart, 1993, p. 113)

extrêmes se posent lorsqu'un ovule est fécondé avec le matériel génétique d'un homme décédé au moment de la conception. Des nouvelles normes et lois doivent donc être réfléchies et décidées pour régler ces nouvelles situations improbables où la filiation peut s'établir avec plusieurs protagonistes.

Un exemple extrême [...] : un enfant peut avoir deux pères et trois mères quand la conception et la grossesse dérivent de la donation de sperme, d'ovule et de maternité substitutive. L'enfant pourrait avoir un « père biologique » (le donneur de sperme), « une mère génétique » (la donneuse d'ovule), une « mère de gestation » (la femme qui porte l'embryon jusqu'à la naissance), un « père social » et une « mère sociale » (le couple qui élève l'enfant) (Roy, 1990, p. 15).

Dès lors, il s'agit de se questionner sur le rôle et le statut de chacun de ces individus dans la conception et dans la vie de l'enfant.

La procréation médicalement assistée, ainsi que les revendications pour l'acceptation de l'avortement que nous ne traiterons pas dans ce travail, sont apparues dans les années 70, tout comme les réflexions sur les droits des enfants. Par conséquent, ce travail s'intéresse aux effets de ces pratiques de procréation médicalement assistée sur l'enfant, notamment sur l'établissement de la filiation et la connaissance de ses origines, sur son développement et sa santé, ainsi que sur ses droits.

Sans avoir la prétention de répondre aux interrogations posées, cette étude souhaite relever et discuter d'un certain nombre de questionnements sur la situation actuelle de la PMA au regard des enfants et de leur développement, et amener ainsi des réflexions interdisciplinaires.

En effet, les domaines des droits de l'enfant et de la procréation médicalement assistée recouvrent une multitude de disciplines, tels que le droit, l'éthique, la médecine, la psychologie et la sociologie. Dès lors, la problématique de ce travail se situe à un niveau transdisciplinaire, c'est-à-dire dans un champ qui dépasse les limites de chaque discipline (Darbellay, 2010).

Pour comprendre ces divers dilemmes et avoir une vue d'ensemble de la problématique, ainsi qu'un regard inter- et transdisciplinaire, nous avons effectué une recherche théorique basée sur la littérature existante (articles scientifiques et ouvrages) en matière de procréation médicalement assistée sous l'angle éthique, psychologique, juridique, sociologique et médical.

Précisons que nous avons écarté l'idée d'interroger des enfants issus des techniques de PMA, dû notamment à la difficulté de les repérer et les approcher, mais également dû à l'inadéquation de questionner des jeunes adultes sur leur compréhension et perception de leur venue au monde et des conséquences éventuelles que cela aurait pu entraîner. De plus, la problématique est relativement nouvelle et il est difficile d'avoir du recul sur les différents effets de ces techniques.

En ce qui concerne la structure de ce travail, celui-ci commence par une présentation des principales techniques de procréation médicalement assistée, suivie d'une vue d'ensemble des instruments législatifs nationaux et internationaux, avant de poursuivre sur les différentes interrogations et problématiques actuelles amenées par ces techniques de PMA vis-à-vis de l'enfant, de son développement et de ses droits.

A ce stade, il est important de préciser que nous ne nous sommes pas attardées sur les termes et les problèmes spécifiquement médicaux, qui dépassent nos compétences, ainsi que le sujet de ce travail. Il est également important de préciser qu'une grande majorité des articles cités reprennent les études faites dans des pays étrangers, tant francophones qu'anglophones, offrant ainsi un champ d'observation plus vaste.

II Les techniques de procréation médicalement assistée

Pour comprendre l'étendue de la problématique, il nous paraît important de présenter brièvement le contexte et les principales techniques de procréation médicalement assistée pratiquées à ce jour.

Les praticiens réservent en général l'appellation PMA aux aides à la procréation qui amènent à manipuler gamètes ou embryons (insémination artificielle = IA, fécondation in vitro et transfert d'embryon = FIVETE...), excluant de la PMA les traitements variés qu'on peut appliquer à une personne présentant des difficultés à procréer (Testart, 1993, p. 40).

Les techniques de stimulation de l'ovulation, d'insémination artificielle et de fécondation in vitro sont d'ailleurs souvent utilisées en complémentarité (Canto-Sperber et Frydman, 2008).

Outre ces techniques de PMA, en cas d'infécondité, il existe également des traitements chirurgicaux ou hormonaux, permettant d'obtenir plusieurs ovocytes et augmenter ainsi les chances de fécondation.

Le fonctionnement de l'ovulation est connu dès les années 30 avec l'apparition de la pilule contraceptive (Testart, 1993). Au début des années 80, la fécondation in vitro (FIV) et les transferts d'embryons commencent à se développer aux Etats-Unis, en Australie et en France. La FIV n'étant pas considérée comme très appropriée pour la stérilité masculine, l'injection intracytoplasmique du spermatozoïde (ICSI) est développée dans les années 90. Dans ces mêmes années, par l'avancée des connaissances scientifiques et médicales en génétique moléculaire, le diagnostic préimplantatoire (DPI) voit le jour (Sacoun, 2009).

Les premiers bébés nés suite à une fécondation in vitro, en raison des trompes dysfonctionnelles de leur mère (Testart, 1993), sont Louise Brown, née en 1978 en Grande-Bretagne sous le contrôle du biologiste Robert Edwards, et Amandine, née en 1982 en France sous le contrôle de Jacques Testart, biologiste, et René Frydman, gynécologue.

En ce qui concerne la maternité substitutive, le cas de « Baby M » aux USA en 1987, dans lequel la mère de substitution a voulu garder l'enfant à la naissance, a posé bon nombre de questions. Selon Roy (1990), certaines mères substitutives ont beaucoup de difficultés à rendre l'enfant au couple commanditaire après l'accouchement dû à l'attachement à l'enfant pendant la grossesse.

La PMA est une réponse aux problèmes d'infécondité, permettant également de concevoir lors de maladies génétiques. Cependant, le succès des traitements n'est pas garanti et dépend de plusieurs facteurs, tels que l'âge de la femme, le type et la durée de l'infertilité, la qualité du sperme et des ovules, les techniques utilisées, le nombre d'embryons transférés et les facteurs psychologiques de l'individu (Goëb, et al., 2006). Selon Goëb et al. (2006), les techniques de PMA « sont très éprouvantes physiquement et psychologiquement pour la femme et son conjoint » (p. 782). Chez la femme, les traitements hormonaux peuvent provoquer le syndrome d'hyperstimulation ovarienne, ainsi que des grossesses multiples avec les risques associés. Le mari, quant à lui, peut se sentir exclu de la conception, percevant alors le médecin soit comme un sauveur, soit comme un rival qui prend sa place dans la conception de l'enfant.

Avant de décrire les techniques, précisons que l'augmentation du nombre de recours aux techniques de PMA est corrélée, dans notre société actuelle, aux difficultés croissantes des couples de concevoir naturellement. Selon Heinzl (2003), cette situation découle d'une augmentation de la stérilité masculine et également des conditions sociales qui amènent les femmes à poursuivre plus tardivement leurs formations et à entamer une carrière (Heinzl, 2003). En effet, l'âge de la femme est un facteur fondamental pour la fécondation car plus l'âge avance, plus les chances de concevoir diminuent. Pour Goëb et al. (2006) ces difficultés pourraient être liées à « des niveaux élevés d'anxiété et de dépression » (p. 783), bien que les résultats contradictoires de multiples études ne permettent pas de l'affirmer. Du point de vue de la psychanalyse, l'infertilité est davantage étudiée en fonction du psychisme et de l'inconscient de l'individu.

« Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'infertilité touche 80 millions de personnes dans le monde. Un couple sur six environ sera amené à consulter pour infertilité. Dans plus de 20% des cas, il existe un facteur masculin isolé, et, dans 30 à 40 %, un facteur associé à une cause féminine » (Hafhouf, Taar, Demouzon, Tibi, et Lévy, 2009, p. 873). En France, le taux d'infertilité était, en 1989, de 14,1%, contre 14% en Europe, dont 20% d'infertilité masculine, 34% féminine et 39% mixte. Dans 8% des situations, la cause est restée indéterminée (Haute autorité de santé, 2007). Supprimant la notion de définitif, le terme d'infertilité définit l'incapacité « à

concevoir ou à mener une grossesse jusqu'à son terme après un an (parfois deux) de rapports sexuels réguliers et non protégés » (Goëb, et al., 2006, p. 782).

Dans les situations de stérilité, des anomalies anatomiques ou fonctionnelles rendent définitivement impossible la fécondation. Lorsque le couple a un dysfonctionnement de la fonction procréatrice, il est considéré comme hypofertile (Testart, 1993). L'altération des trompes ou des troubles de l'ovulation peuvent être la cause de l'infertilité féminine et les anomalies du sperme causent l'infertilité masculine (Emile, 2008).

Pour comprendre le contexte dans lequel évolue la PMA, précisons que lorsque les professionnels de diverses disciplines ont accepté ces techniques, ils ont posé une multitude de conditions, telles que le recours à la PMA seulement en cas de maladies et non pour des raisons de convenance (Roy, 1990). Soulignons qu'en France, la sécurité sociale rembourse une partie des traitements, alors que dans d'autres pays il faut être fortuné pour y accéder. Cela pose donc la question de l'équité quant à l'accès à ces techniques.

Par ailleurs, selon une étude française de 2008 (Feuillet et Portier, 2010), les personnes diplômées et plus favorisées recourent davantage aux PMA que les classes populaires. Comme le soulignent Feuillet et Portier (2010), plusieurs études ont montré que les individus socialement et culturellement plus élevés s'affilient moins à une religion. Or les personnes croyantes et pratiquantes sont moins représentées dans le recours à la PMA étant donné qu'elles sont fidèles aux lignes doctrinales, comme celles du catholicisme qui condamne la PMA, celle-ci allant à l'encontre du lien naturel voulu par Dieu entre la sexualité et la procréation (*Donum vitae*, 1980 et *Dignitas personae*, 2008) (Feuillet et Portier, 2010). En effet, dans la PMA, les couples perdent une part de leur intimité vu que les rapports et les ovulations sont contrôlés par les professionnels qui sont impliqués dans l'histoire de conception du couple et que l'attention est portée sur la fécondation à la différence des conceptions naturelles.

1 L'insémination artificielle

L'insémination artificielle peut revêtir deux formes : l'insémination avec le sperme du conjoint (IAC) et l'insémination avec le sperme d'un donneur (IAD) (Testart, 1993). Le sperme est soit déposé dans le col de l'utérus (insémination intra-cervicale (IAC)) soit dans la cavité utérine (insémination intra-utérine (IIU)) (Sauvalle, 2004).

L'IAC intervient lorsque la qualité du sperme de l'homme n'est pas optimale. Dès lors, il pourra être amélioré in vitro et placé dans l'utérus.

L'IAD est utilisée lorsque le partenaire est stérile ou hypofertile, ou lorsqu'il a une maladie génétiquement transmissible. Pour s'assurer de la qualité du sperme et éviter une contamination de l'embryon, le donneur doit participer à un certain nombre de dépistages, comme pour les hépatites et le sida. Cette technique nécessite la congélation du sperme entre la période du don et l'insémination (Canto-Sperber et Frydman, 2008).

2 Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)

La fécondation in vitro est une méthode permettant d'obtenir un œuf fécondé à l'extérieur du corps, en assemblant l'ovule et des spermatozoïdes en laboratoire. Elle peut se faire avec le sperme et l'ovocyte des parents lorsqu'il existe une hypofertilité de l'un des deux ou une infécondité inexplicquée (Testart, 1993), ainsi que lorsqu'il y a un risque de transmission d'une maladie héréditaire. Elle peut également se faire avec un don de sperme lors de stérilité masculine ou avec un don d'ovocyte lors de stérilité féminine, dans quel cas la mère d'intention est la gestatrice (mère porteuse) mais non la génitrice (mère génétique). Lors d'un don, seul l'un des parents est le géniteur de l'enfant (Testart, 1993). Lorsque les gamètes (sperme et ovocyte) du couple ne peuvent pas être utilisées, soit pour des raisons d'infertilité commune ou de maladies héréditaires, le couple peut implanter dans l'utérus un embryon fécondé in vitro par un couple tiers qui a été congelé. Ainsi, la mère porte l'enfant, mais aucun des deux n'est le géniteur de l'enfant (Testart, 1993).

3 Injection intracytoplasmique du spermatozoïde (ICSI)

L'injection intracytoplasmique du spermatozoïde est une fécondation in vitro assistée. Le spermatozoïde est directement introduit dans le cytoplasme de l'ovocyte. Les embryons fécondés in vitro sont ensuite transférés dans la cavité utérine (Sauvalle, 2004).

L'ICSI – tiré du terme anglophone "intracytoplasmic sperm injection" – est réalisée dans les cas d'infertilité masculine et après échec de FIV. Dans une proportion minoritaire, cette méthode peut également être utilisée lorsqu'un diagnostic préimplantatoire est nécessaire ou lorsqu'il y a un contexte viral. *« L'augmentation de la réalisation de l'ICSI ces dernières années semble résulter principalement [...] de l'extension des indications de l'ICSI [et] du passage plus rapide à l'ICSI en cas de qualité spermatique modérément altérée »* (Haute autorité de santé, 2007, p. 1175).

La technique de l'ICSI représentait, en France, *« 22,3 % des fécondations in vitro [...] en 1995, 48,5 % en 2000, 53 % en 2002 [...] et 57 % en 2004 [...] »* (Haute autorité de santé, 2007).

4 La gestation pour autrui et la maternité de substitution

Lorsqu'il y a une impossibilité de gestation par la mère, soit dans des situations de chimiothérapies ou d'ablations des ovaires, il y a la possibilité d'implanter les gamètes du couple dans l'utérus d'une mère porteuse. Dans ce cas, les deux membres du couple seront les géniteurs de l'enfant, par contre la gestation se fera dans le ventre d'une autre femme, sans lien génétique avec l'enfant qu'elle portera. Lorsque la femme du couple est stérile et ne peut procréer, l'embryon implanté dans la mère porteuse est issu d'un don d'ovocyte et d'une IA avec le sperme du mari. Ainsi, seul le père sera le géniteur de l'enfant (Testart, 1993). Lors d'une gestation pour autrui, la femme porteuse n'est que la gestatrice et non la mère génétique de l'enfant (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010).

En revanche, lors d'une procréation pour autrui ou maternité de substitution, la femme qui porte l'enfant est sa mère génétique et remplace totalement la mère sociale ou d'intention. Dans le cas échéant, elle est inséminée par le sperme du futur père (Delaisi De Parseval, Szejer, et Guardiola, 2010).

Comme le souligne Testart (1993), des enfants sont nés de tout temps sans être le fruit de leur père, mais c'est relativement nouveau pour ce qui est de la mère.

5 L'équivalence des techniques de PMA dans l'histoire et dans le monde

A ce stade, il nous paraît intéressant de comparer les techniques de PMA à quelques pratiques antiques et ancestrales, qui permettent d'apporter un certain éclairage aux fondements normatifs de la PMA dans notre société actuelle.

De tout temps, les couples ont eu des inquiétudes quant à leur fertilité et à la santé de l'enfant engendré (Testart, 1993). Dans l'histoire, il y eut beaucoup de croyances sur l'infertilité et les maladies des nouveau-nés, telles que des malédictions et des punitions divines.

Dans la Sparte antique, les bébés sont examinés à la naissance et tués s'ils présentent des malformations ou des faiblesses (Nouvel, 2006). *« Même si on admet que le diagnostic préimplantatoire est acceptable en tant que pratique médicale sophistiquée, il faut reconnaître, au minimum, l'existence d'une analogie avec les pratiques eugéniques les plus directes qui doit inciter à un examen plus approfondi »* (Nouvel, 2006, p. 37).

Comme le rappelle Nisand (2010), l'Ancien Testament nous raconte l'histoire de Sarah qui, étant stérile, demande à Abraham de procréer avec la servante prénommée Agar. Ismaël, le fils issu de cette union, devient le descendant d'Abraham et de Sarah, qui ont alors fait recours à ce que l'on pourrait appeler de nos jours une mère porteuse. Cette histoire illustre un conflit lorsque Sarah tombe finalement enceinte d'Isaac et répudie Ismaël, le renvoyant dans le désert avec Agar, sa mère biologique. Ce mythe rapporte l'instabilité quant au statut et à la reconnaissance de filiation de l'enfant porté par une autre femme, ainsi que la subordination et l'instrumentalisation d'Agar, actuellement inadmissibles car contraires au principe de dignité humaine.

Selon Lévi-Strauss (s.d, cité par Barou 2010), *« la parenté [...] est affaire de manipulations sociales plus que de déterminisme biologique »* (Barou, 2010, p. 34). Depuis les temps anciens, certaines sociétés pratiquent le lévirat, pratique qui consiste à marier les femmes veuves avec les frères ou autres parents masculins du défunt, pour assurer protection à la femme et aux éventuels enfants. De manière plus rare, ce mariage peut être organisé pour engendrer des enfants qui seront

symboliquement descendants du défunt qui n'a pas pu procréer. Cette "procréation symbolique post-mortem" apparaît dans les textes bibliques, notamment dans la situation de Ruth qui enfante avec un proche parent de son défunt mari pour poursuivre ainsi la descendance de sa belle-famille. De nos jours, ces pratiques se retrouvent dans certains peuples africains, tels que les Nuer au Soudan et les Zoulous venant d'Afrique du Sud.

Ainsi, *« les possibilités offertes par les progrès considérables accomplis dans le domaine de la génétique permettent désormais de réaliser concrètement ce que les sociétés humaines cherchaient depuis toujours à réaliser par des moyens symboliques et des conventions sociales »* (Barou, 2010, p. 34).

Dans d'autres sociétés, tels que de nombreux peuples du golfe du Bénin, la solidarité féminine tentait de répondre à l'infertilité, par exemple, en permettant à une femme stérile de se marier avec une autre femme par l'intermédiaire de qui elle aurait des enfants. En effet, les enfants issus des relations de l'épouse fertile avec différents amants auront la femme stérile, considérée comme la "femme-mari", comme "père", de même lorsque le mari polygame de la femme stérile enfante d'autres femmes. Ainsi, *« ni le sexe ni l'identité des partenaires, ni la paternité physiologique n'ont d'importance à eux seuls »* (Barou, 2010, p. 35), étant donné que c'est le mariage qui déterminera la filiation. Pour l'anthropologue Barou (2010), cela prouve la « dimension universelle » des problématiques et des questionnements rencontrés de nos jours, tels la gestation par autrui et les couples homosexuels.

III Le cadre législatif de la procréation médicalement assistée

Dans ce chapitre, il nous paraît important de présenter le contexte législatif de la PMA, tant au niveau national qu'international, afin de comprendre les principes et les enjeux actuels, ainsi que de percevoir les divergences entre les Etats.

En effet, les techniques de PMA émergentes amènent une « période de transition morale » où la société doit redéfinir ses nouvelles valeurs :

il faut énoncer des principes [...] [et] prononcer des jugements sur les choix qui sont en accord avec l'identité de la société, sur les conduites qui peuvent être tolérées, même si elles ne sont pas approuvées, sur les limites de la liberté, et sur quels droits et valeurs doivent céder à d'autres quand tous ne peuvent pas être honorés et observés (Roy, 1990, p. 14).

1 Les droits de l'enfant

Bien que les conventions présentées dans ce chapitre ne légifèrent pas directement sur la procréation médicalement assistée, elles posent des principes et servent d'outil de réflexion dans l'élaboration de lois concernant les enfants.

Au cours de l'histoire, le statut de l'enfant évolue. En effet, étant dans l'Antiquité la propriété de son père, qui a des droits de vie et de mort sur lui, il devient, notamment par l'institutionnalisation de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, un sujet de droits. Auparavant considéré comme une main-d'œuvre, il est désormais un être désiré, représentant souvent le fruit de l'amour du couple parental, et il est source d'attention, de respect, d'amour et de protection (Lazartigues, 2007).

Suite à la mise en lumière des multiples exploitations exercées sur les enfants, ceux-ci sont reconnus comme sujets de droits dans la *Convention internationale relative aux droits de l'enfant* (ci-après CDE), édictée en 1989 par l'Assemblée générale de l'ONU. Cette Convention octroie à l'enfant des droits non seulement au niveau de la protection et des prestations, mais également au niveau de la participation, regroupant ainsi les droits civils et politiques, ainsi que les droits sociaux, économiques et culturels (Hanson, 2010). Elle s'appuie sur quatre principes généraux représentant les bases fondamentales du respect des droits de l'enfant : le droit à la non-discrimination (art.2), l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3), le droit à la vie, à la survie et au développement (art. 6), ainsi que la participation et le respect des opinions de l'enfant (art. 12).

Outre ces quatre principes fondamentaux, la CDE défend l'accès à la santé (art. 24) et la prise en considération des besoins des enfants en situation de handicap (art. 23), garantissant ainsi à tous les enfants la dignité et l'accès aux soins. Par ailleurs elle souhaite garantir le droit de ne pas être séparé de ses deux parents (art. 9), tout comme le droit d'avoir un nom et une nationalité, ainsi que de connaître ses parents et de vivre avec eux (art. 7), cet article pouvant être interprété comme un droit à la connaissance de ses origines. La *Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale de 1993 (CLaH 93)*, quant à elle, demande aux autorités étatiques de

conserver les informations qu'elles détiennent sur les origines de l'enfant, notamment celles relatives à l'identité de sa mère et de son père, ainsi que les données sur le passé médical de l'enfant et de sa famille. [...] Elles assurent l'accès de l'enfant ou de son représentant à ces informations, avec les conseils appropriés, dans la mesure permise par la loi de leur Etat (art. 30).

La ClaH s'adresse plus spécifiquement à l'adoption, néanmoins elle peut servir de base de réflexion pour les situations de PMA. Dès lors, ces deux conventions semblent s'accorder sur l'importance et le droit de connaître ses origines.

En ce qui concerne les bénéficiaires de la CDE (1989), son article premier définit l'enfant comme « *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ». Dès lors, elle ne se détermine pas sur la question de savoir à quel moment débute le statut d'être humain. Par conséquent, le fœtus est-il protégé par cette Convention ou n'est-il pas considéré comme un être humain avant la naissance ? Soulignons néanmoins que, dans son préambule, il est dit que « *comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, "l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance"* » (CDE, 1989). En dépit d'une définition précise, les termes « avant la naissance » laissent supposer une ouverture pour la considération du bébé intra-utérin.

Il est intéressant de constater que différents auteurs se sont interrogés sur le statut juridique de l'embryon et/ou du fœtus. Loiseau (2009), par exemple, estime difficile que l'on considère les embryons comme des sujets de droits, ce qui poserait d'ailleurs question dans les situations d'embryons surnuméraires ou déchus du projet parental. Durand (2009), quant à elle, propose de protéger l'embryon sous le

concept de « dignité humaine » tout en faisant prévaloir les intérêts des personnes physiques en cas de conflits.

Notons que la protection du fœtus se retrouve aussi dans la pratique de l'avortement, d'ailleurs admise dans la plupart des pays occidentaux sous des conditions variables (Louis-Pécha, 2009), dont le sujet n'est pas traité dans le cadre de ce travail.

Au final, eu égard au schéma ci-dessous nous pouvons constater qu'il manque de consensus sur le début de la vie :

Tableau 2. Quand commence la vie (à protéger)? Différentes perspectives.
La vie commence ...
selon Aristote (384-322 av. J.-C.), l'embryon masculin a une âme 40 jours après la fécondation, l'embryon féminin après 90 jours
lors de la fusion du pronucléus féminin et masculin
à la première division cellulaire du zygote, quelques heures après la fécondation
à la nidification du blastocyste, le 12^e-14^e jour après la fécondation
quand la formation de jumeaux n'est plus possible (au max. 2 semaines après la fécondation)
après 4 semaines, quand le cœur bat
après 2 mois, quand le visage du fœtus ressemble à celui d'un primate
8 semaines après la fécondation, des ondes du cerveau, qui ressemblent à des rêves, pouvant être enregistrées
après 3 semaines, le fœtus ressemblant à un bébé
après 4 mois, les traits individuels du visage devenant perceptibles
après 24 semaines environ, le fœtus étant capable de survivre hors de l'utérus (dans les conditions optimales) – comparer avec la date tolérée pour l'avortement: seulement jusqu'à la 20^e-21^e semaine
après 24-27 semaines, le cortex cérébral étant connecté – c.-à-d. la pensée étant théoriquement possible à partir du 6^e mois
à la naissance seulement, présence de l'être humain

(Zech et Zech, 2003)

Comme le souligne Cantwell (2010), lors de la création de cette Convention, elle a été quelque peu controversée, amenant, entre autres, la question de savoir où se trouvent, en général, les droits des parents par rapport à celui des enfants. Comme nous le verrons dans ce travail, ces interrogations existent également dans la problématique de la PMA, mettant ainsi en balance "le droit à l'enfant" des parents désireux de procréer et "l'intérêt de l'enfant" dans ces techniques et dans les législations concernées. En outre, tous les pays ne se basent pas sur les mêmes valeurs. Pour comprendre les multiples controverses et les divers principes sous-

tendant ces pratiques, il est important de distinguer les différences nationales présentées dans le prochain chapitre.

A ce stade, nous relevons un certain nombre de questions, soulevées par les pratiques de PMA et en lien avec les droits de l'enfant. Celles-ci seront reprises au cours de ce travail :

- Le diagnostic préimplantatoire et la sélection des embryons contreviennent-ils au principe de non-discrimination ?
- Les diverses conséquences de la procréation médicalement assistée sur les enfants issus de ces techniques respectent-elles l'intérêt supérieur de l'enfant ?
- Les techniques de sélection des embryons et de réduction embryonnaire vont-elles à l'encontre du droit à la vie et au développement ?
- Avec du recul, le point de vue des enfants nés par ces techniques est-il pris en considération ?
- Et pour terminer, les législations actuelles en matière de PMA permettent-elles de garantir à l'enfant le droit de connaître ses origines, le droit de vivre avec ses deux parents et l'équité dans l'accès aux soins ?

Ces questions posées, nous poursuivons ce travail par l'exposé des législations d'abord internationales, puis nationales.

2 Les bases légales internationales

Pour comprendre les normes privilégiées par notre société dans les pratiques de PMA, cette partie relève les principes universels décrits dans les instruments législatifs internationaux concernés par la PMA, sans s'intéresser aux multiples législations nationales dans le monde.

Les progrès de la médecine, de la recherche et des sciences de la vie ont amené à la création d'instruments de référence internationale. Les trois déclarations présentées ci-dessous ont comme objectif de donner un cadre aux législations nationales, avec des principes universels, et soulignent toutes l'importance de stimuler le débat public et de créer des comités d'éthique pour questionner les progrès et réfléchir aux cadres législatifs.

2.1 Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme (1997)

Formulée et adoptée le 11 novembre 1997 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco), cette déclaration est adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1998 (Ummel, 2006). L'Unesco reconnaît

que les recherches sur le génome humain et leurs applications ouvrent d'immenses perspectives d'amélioration de la santé des individus et de l'humanité tout entière, mais [souligne] qu'elles doivent en même temps respecter pleinement la dignité, la liberté et les droits de l'homme, ainsi que l'interdiction de toute forme de discrimination fondée sur les caractéristiques génétiques (Unesco, 1977).

Son article 2a définit que « *chaque individu a droit au respect de sa dignité et de ses droits, quelles que soient ses caractéristiques génétiques* » (Unesco, 1977).

Cette convention pose des principes, tels que l'interdiction de commercialisation du génome humain (art. 4), remis en question par les trafics d'œufs fécondés, et limite également la recherche et les diagnostics posés sur le génome d'un individu (art. 5, a) selon les législations nationales.

L'article 6 stipule que « *nul ne doit faire l'objet de discriminations fondées sur ses caractéristiques génétiques, qui auraient pour objet ou pour effet de porter atteinte à ses droits individuels et à ses libertés fondamentales et à la reconnaissance de sa dignité* » (Unesco, 1977). Ce principe interdirait-il subtilement les diagnostics préimplantatoires ? Si tel est le cas, les cadres législatifs nationaux ne seraient pas tous conformes. En revanche, le clonage y est explicitement interdit (art. 11). La recherche sur le génome humain y est autorisée, à condition qu'elle tende « *à l'allègement de la souffrance et à l'amélioration de la santé de l'individu et de l'humanité tout entière* » (art. 12). Cette déclaration demande, par ailleurs, que les Etats ouvrent un débat éthique (art. 16, 21 et 23) entre les différents domaines et courants de pensées tels que la sociologie, la philosophie et la religion.

2.2 Déclaration internationale sur les données génétiques humaines (2003)

La Déclaration internationale sur les données génétiques humaines a été adoptée le 16 octobre 2003 par l'Unesco. Cette deuxième déclaration a comme objectif « *d'assurer le respect de la dignité humaine et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans la collecte, le traitement, l'utilisation et la*

conservation des données génétiques humaines » (art. 1) (Unesco, 2003). Pour éviter la poursuite d'un intérêt économique et commercial contrevenant au respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, elle précise que « *l'intérêt et le bien-être de l'individu devraient l'emporter sur les droits et les intérêts de la société et de la recherche* » (préambule). Elle reconnaît également que ces données ont un « caractère sensible », pouvant notamment indiquer des prédispositions génétiques concernant les individus, et qu'elles « *peuvent avoir une incidence significative sur la famille, y compris la descendance, sur plusieurs générations, et dans certains cas sur tout le groupe concerné* » (préambule) (Unesco, 2003).

2.3 Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005)

Cette Déclaration, adoptée le 19 octobre 2005 par l'Unesco, traite « *des questions d'éthique posées par la médecine, les sciences de la vie et les technologies qui leur sont associées, appliquées aux êtres humains* » (art. 1) et souligne davantage l'impact de la médecine et des technologies « *sur les individus, les familles, les groupes ou communautés et sur l'humanité tout entière* ». L'article 16 demande dès lors de protéger davantage les générations futures, particulièrement en ce qui concerne l'incidence sur leur constitution génétique.

Aussi, elle requiert la prise en compte des vulnérabilités humaines ainsi que la protection, face aux progrès scientifiques, de l'intégrité personnelle des individus, des populations autochtones et des groupes particulièrement vulnérables (art. 8). L'article 2 demande « *de promouvoir un accès équitable aux progrès de la médecine, des sciences et des technologies* ». Or, au niveau de la procréation médicalement assistée, tous les couples n'ont pas accès aux traitements proposés pour vaincre la stérilité, dû notamment aux lieux de vie mais également à leur coût.

2.4 L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

En 1998, l'OMS a rappelé dans son document intitulé *Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services* qu'elle refusait les pratiques de clonage humain, défini alors par la « *création d'un foetus dont le génome est entièrement issu d'un autre individu* » (Wertz, Fletcher, et Berg, 2001, p. 25). Ce texte souligne la disparité des législations en matière de techniques autorisées en PMA sans cadrer ces pratiques :

Les couples qui présentent un risque d'avoir un enfant atteint d'une maladie génétique peuvent choisir d'autres options [...]. Quelles que soient les solutions de remplacement offertes, elles doivent correspondre non seulement aux traditions culturelles et croyances de chaque pays, mais aussi au respect total de l'autonomie des personnes et des familles (Wertz, Fletcher, et Berg, 2001, p. 25)

En ce qui concerne l'information médicale,

les enfants adoptés ou qui ont été conçus à l'aide de gamètes de donneurs doivent pouvoir retrouver les noms de leurs parents biologiques à leur majorité légale si et, seulement si, le(s) parent(s) y a (ont) consenti. La divulgation de cette information doit être mutuelle [...] » (Wertz, Fletcher, et Berg, 2001, p. 25).

Par contre, chacun doit pouvoir retirer son nom de la liste quand il le demande et, dans ce cas, l'anonymat doit être mutuellement garanti. De par ces indications, il est difficile de comprendre la position de l'OMS face à l'anonymat et au droit de connaître ses origines.

En 2000, l'OMS édicte des *Lignes directrices opérationnelles pour les comités d'éthique chargés de l'évaluation de la recherche biomédicale* et, en 2002, en collaboration avec le conseil des Organisations internationales des Sciences médicales et l'Unesco, l'OMS édicte des *Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*. Celles-ci portent sur les principes fondamentaux et éthiques de la recherche « *tels que le consentement libre et éclairé, l'évaluation du rapport risques/bénéfices, la protection des groupes vulnérables [...] et la confidentialité* » (OMS, 2009, p. 69).

En dépit de rappeler le respect primordial des droits de l'homme et les principes de protection de la dignité humaine, tels que la non-discrimination et la non-stigmatisation, nous constatons que ces instruments internationaux (Unesco et OMS) laissent une marge de manœuvre aux Etats sur certaines questions.

3 Le cadre législatif européen

Dans ce chapitre, après la présentation de la convention européenne, nous nous intéressons aux divergences nationales dans certains pays européens, afin de montrer la disparité des situations qui touchent les enfants et leur conception.

3.1 La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (1997)

Suite aux progrès de la médecine, et se basant sur la *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* de 1950, le Conseil de l'Europe a édicté la *Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine de 1997*, aussi connue sous le nom de *Convention d'Oviedo*, entrée en vigueur en décembre 1999. C'est le premier instrument international juridiquement contraignant (Elveris, 2011).

Selon Ummel (2006), cet instrument unifie les réflexions et le travail déjà effectués par des comités d'éthiques et d'autres instances nationales et internationales. Dans son article 28, il aborde l'éthique en demandant aux Etats l'instauration d'un débat public sur les progrès scientifiques. L'article 2 fait d'ailleurs prévaloir « *l'intérêt et le bien de l'être humain [...] sur le seul intérêt de la société ou de la science* ». Le préambule et l'art 1 de cette convention insistent également sur la dignité et l'identité de l'individu, s'opposant ainsi à l'instrumentalisation des êtres humains. Contrairement à la notion de personne, l'être humain existe dès le commencement de la vie, qui, selon Ummel (2006), pourrait être considéré comme tel dès la fécondation. Cet instrument instaure donc une nouvelle protection pour l'être humain avant sa naissance, mais également pour l'espèce humaine dont le génome ne peut être modifié expressément. Bien que la dignité soit accordée aux embryons, ils ne sont pas porteurs des droits de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). Toutefois la Convention les protège dans le cadre de la recherche, laissant aux Etats la liberté de définir cette protection.

La cour rappelle que la notion "toute personne" de l'art. 2 n'est pas définie ni dans la disposition elle-même, ni dans la jurisprudence. Elle n'a pas encore tranché la question du commencement du droit "de toute personne à la vie", au sens de cette disposition, ni celle de savoir si l'enfant à naître en est titulaire. [...] Son "droit" à la "vie", s'il existe, se trouve implicitement limité par les droits et les intérêts de sa mère (Ummel, 2006, p. 58).

Au vu d'un manque de consensus européen, la Cour européenne des droits de l'homme laisse les Etats libre de définir à quel stade débute la vie et, par là même, le droit à la vie (Elveris, 2011).

Le chapitre 3 [de la Convention d'Oviedo] concerne le respect de la vie privée et du droit à l'information (art.10). Le chapitre 4 aborde le thème du génome humain avec un rappel du principe de non-discrimination (art. 11), puis la description des conditions liées à la pratique des tests génétiques prédictifs (art. 12) et des interventions sur le génome humain. L'art. 14 interdit la sélection du

sexe, sauf en vue d'éviter une maladie grave héréditaire liée au sexe. [...]L'art. 18 concerne la recherche sur les embryons in vitro et interdit la constitution d'embryons humains aux fins de recherche. [...] L'interdiction du profit et les conditions d'utilisation d'une partie du corps humain sont énoncées au chapitre 7 (Ummel, 2006, p. 51).

Précisons que les violations de cette convention ne peuvent être soumises à la Cour européenne des droits de l'homme. Toutefois, la Cour est parfois amenée à rendre un arrêt en lien avec la PMA, dans le cadre du droit au respect de la vie privée et de la famille de la *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme* (art. 8 CEDH), et peut alors s'inspirer de cet instrument juridique dans ses décisions (Ummel, 2006). La CEDH est un instrument international de protection des droits de l'homme de première génération, c'est-à-dire des droits civils et politiques, et, bien qu'elle ne traite pas de la biomédecine, sa jurisprudence aborde la procréation, comme nous pouvons le voir ci-dessous.

Dans son arrêt du 10 avril 2007 pour la situation de *Evans contre le Royaume-Uni* (n° 6339/05), la Cour européenne des droits de l'homme considère qu'il est primordial de respecter la libre volonté à devenir parent, les gamètes et embryons ne pouvant donc pas être utilisés à visée procréative sans l'accord des personnes concernées, c'est-à-dire les bénéficiaires et les donneurs (Elveris, 2011). Ainsi, la femme ayant porté l'affaire devant la Cour n'a pas été autorisée à concevoir avec les gamètes cryoconservés de son ex-mari qui, suite à leur séparation, a changé d'avis quant à leur utilisation et à la conception d'un enfant.

Au vu des trois affaires de PMA jugées à ce jour par la Cour, il en ressort que la décision de concevoir un enfant et de recourir aux techniques de PMA est dorénavant incluse dans l'article 8 de la CEDH (Elveris, 2011).

3.2 L'accès aux diverses techniques de PMA

Il est important de constater que, bien qu'il existe une convention européenne, les législations nationales divergentes en Europe.

Le Code de la santé publique français, qui rejoint les principes des dispositions suisses, définit l'accès aux techniques de PMA comme suit :

L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle a pour objet de 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. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans, et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination (Ponte, 2009).

En Suisse comme en France, l'âge de la procréation est l'une des conditions pour recourir aux techniques de PMA. Or, en France, l'âge moyen de ménopause est de 49 ans et la Sécurité sociale rembourse ces traitements jusqu'à 42 ans. Dès lors, il arrive que des couples s'adressent à des centres étrangers où la réglementation paraît plus souple, tels qu'en Belgique, Angleterre, Canada, Espagne, Etats-Unis et Israël (Marchaudon, Piccardino, Dufour, Subtil, et Deruelle, 2007). Comme le soulignent Marchaudon et al. (2007), une grossesse après 45 ans, de surcroît par don d'ovocyte, augmente les risques maternels et foetaux, tels que la mortalité maternelle, des naissances précoces et un petits poids à la naissance, posant ainsi des questions quant à l'intérêt de l'enfant dans ces procédures.

Tout comme en Suisse, en Allemagne et en Italie, la PMA en France est réservée aux couples hétérosexuels. «*En revanche, en Belgique, au Danemark [depuis 2006 seulement], en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les femmes seules ainsi que les couples homosexuels féminins peuvent bénéficier de l'AMP* » (Ponte, 2009, p. 17), tout comme en Grèce, en Suède et en Norvège.

En France, lors de la révision de la loi nationale de 2004, la discussion avait été lancée pour lever l'anonymat du donneur et autoriser le recours aux PMA aux couples homosexuels féminins, aux personnes célibataires et aux femmes devenues veuves, ce qui a été rejeté dans la loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011 (Barroux-Chabanol, 2010). Le don de gamètes doit donc y rester anonyme et, contrairement aux conditions françaises d'adoption, la PMA n'est pas ouverte à une personne célibataire.

Notons qu'en France, l'on ne parle pas de PMA mais de AMP «*car seule l'assistance médicale et non la procréation peut faire l'objet d'une législation* » (Généthique). Dès lors, les lois de bioéthiques de 1994 ont préféré le terme d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

3.3 Le don de gamètes et l'anonymat

En termes de comparaisons nationales (Emile 2008), les dons d'ovocytes et d'embryon sont interdits en Suisse, en Italie, en Allemagne, en Autriche et en Turquie. Le don d'ovocyte est autorisé en Belgique, Grèce et Grande-Bretagne, tandis que le don d'embryon est autorisé en Belgique, Espagne et Royaume-Uni.

En Norvège, lors du don de sperme à un couple de femmes homosexuelles, le donneur sera identifié afin de permettre à l'enfant devenu majeur de connaître l'identité de son géniteur. En Suède – en 1985 pour le don de sperme et en 2004 pour le don d'ovocyte – et en Allemagne, le don de gamètes n'est pas anonyme (Emile, 2008). L'Autriche a maintenu l'anonymat pour le don d'ovocyte et levé cette interdiction pour le donneur de sperme, alors que la France, l'Espagne et le Danemark maintiennent l'anonymat absolu. Par ailleurs, en Angleterre, la mère porteuse est connue. Selon Frédérique Granet-Lambrechts (2010), par respect du droit de chacun de connaître ses origines, il est possible qu'il y ait une évolution en Europe pour connaître l'identité du donneur de sperme, par contre la même discussion n'existe pas pour l'identité de la donneuse d'ovocyte (Granet-Lambrechts et Guardiola, 2010). Précisons qu'en France, la levée de l'anonymat est possible si l'intérêt médical de l'enfant est en jeu. Ainsi, les médecins en savent plus que l'enfant sur son origine (Le Lannou, 2010).

Les législations européennes sont très diversifiées ; il semblerait que l'Italie ait l'une des législations les plus restrictives d'Europe, vu que, depuis la loi de 2004, toutes les techniques de PMA y sont interdites. En Allemagne, seul l'IAD est autorisée.

Pour un aperçu plus précis des divergences législatives européennes, voici un tableau récapitulatif des pratiques autorisées et interdites dans chaque pays en matière de don et de maternité de substitution. Ce tableau a été effectué par le Comité directeur de bioéthique du Conseil de l'Europe (CDBI, 2005, Tableau 6+12). En annexe, vous trouverez également des tableaux sur les diverses légalisations européennes concernant l'homoparentalité et l'anonymat de donneurs dans la PMA.

Don de sperme/ovocyte/embryon + Mères de substitution									
Est-il possible, dans votre pays, de procéder à									
a. Don de Sperme?									
b. Don d'Ovocyte?									
c. Don d'Embryon?									
d. Mères de substitution?									
Pays	a	b	c	d	Pays-Bas	a	b	c	d
Albanie					Lituanie	Non	Non	Non	Non
Arménie					Luxembourg	Oui	Oui	Oui	
Autriche	Oui	Non	Non	Non	Malte	Oui	Oui	Oui	
Azerbaïdjan	Oui	Oui	Non	Non	Moldova				
Belgique	Oui	Oui	Oui	Oui	Pays-Bas	Oui	Oui	Oui	Oui
Bosnie-Herzégovine					Norvège	Oui	Non	Non	Non
Bulgarie					Pologne	Oui	Oui	Oui	Non
Croatie	Oui	Non	Non	Non	Portugal	Oui	Oui	Non	Non
Chypre	Oui	-	-		Roumanie				
République tchèque	Oui	Oui	Oui	Non	Fédération de Russie	Oui	Oui	Oui	Oui
Danemark	Oui	Oui	Oui	Oui	Serbie-Monténégro	-	-	-	Non
Estonie	Oui	Oui	Oui	Oui	Slovaquie	Oui	Oui	Oui	Non
Finlande	Oui	Oui	Oui	-	Slovénie	Oui	Oui	Non	Non
France	Oui	Oui	Oui	Non	Espagne	Oui	Oui	Oui	Non
Géorgie	Oui	Oui	Oui	Oui	Suède	Oui	Oui	Non	Non
Allemagne	Oui	Non	-	Non	Suisse	Oui	Non	Non	Non
Grèce	Oui	Oui	Oui	Oui	"L'ex- R Y M"	Non	Non	Non	Non
Hongrie					Turquie	Non	Non	Non	Non
Islande	Oui	Oui	Non	Non	Ukraine	Oui	Oui	Oui	Oui
Irlande					Royaume-Uni	Oui	Oui	Oui	Oui
Italie	Non	Non	Non	Non	Canada	Oui	Oui	Oui	Oui
Lettonie	Oui	Oui	Oui		Israël	Oui	Oui	Non	Oui

En ce qui concerne le don d'ovocyte hors d'Europe, il est interdit dans certains pays d'Amérique du Sud et dans des pays islamiques pour des questions religieuses. Alors que la religion catholique ne l'autorise pas, cette pratique est tolérée dans les religions hindouistes et bouddhistes, ainsi que dans la religion juive si la donneuse est célibataire (Marchaudon, Piccardino, Dufour, Subtil, et Deruelle, 2007).

3.4 La gestation pour autrui

Cette technique touche directement l'enfant et a une grande influence sur son devenir. Néanmoins, elle est controversée et considérée différemment d'un pays à l'autre.

Comme vu précédemment, dans la gestation pour autrui (ci-après GPA), il y a une dissociation entre, d'une part, la mère génétique et, d'autre part, la mère qui porte l'enfant. Créant ainsi plusieurs mères possibles, cette technique brouille notre conception occidentale de la filiation maternelle et contrevient à notre droit de filiation occidental basé sur l'adage « *Mater semper certa est* », qui signifie que la mère d'un enfant est toujours connue de par son accouchement (Ruffieux, 2009).

Depuis 1980, il y a deux tendances au sujet de la GPA. La Suisse, la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la Finlande l'ont strictement interdit, alors que d'autres la tolèrent, tels que la Belgique, les Pays-Bas, la Grèce et le Royaume-Uni (Weiss-Gout, 2009). En Allemagne, les conventions de gestation pour autrui sont nulles, et en Italie et en Espagne c'est l'accouchement qui détermine la filiation. Une mère porteuse serait ainsi considérée comme la mère juridique de l'enfant qu'elle a porté. De même, lorsqu'un couple a eu recours à une GPA à l'étranger, la France ne reconnaît pas les actes de naissances étrangers des enfants. Ainsi, la femme "adoptive" ne peut devenir la mère légale de l'enfant, alors que le père peut le reconnaître (Granet-Lambrechts et Guardiola, 2010).

Dans des pays tels que la Suisse (LPMA art. 31), l'Allemagne et l'Espagne, seuls les équipes médicales et les intermédiaires sont sanctionnés pénalement, alors qu'en Italie les parents d'intention et les mères porteuses sont également poursuivis.

Dans certains pays européens, la GPA est autorisée. En Belgique, par exemple, il n'y a pas de cadre légal sur le sujet, la GPA y est donc pratiquée et reconnaît la filiation de l'enfant par une procédure d'adoption, tout comme au Danemark où cette pratique est mentionnée dans plusieurs textes de lois sans y être formellement interdite. Cependant, selon Weiss-Gout (2009), un régime de dissuasion est pratiqué dans ces deux pays en sanctionnant pénalement les intermédiaires et en reconnaissant la filiation par l'accouchement. Au Royaume-Uni, deux lois encadrent cette pratique sans interdire que la gestatrice fournisse ses propres ovocytes ou qu'elle soit une parente du couple demandeur. Dans ce pays, l'enfant est remis à ses parents d'intention après la naissance et la gestatrice et/ou génitrice, ainsi que son mari dans le cas échéant, doivent donner leur accord avant les six semaines pour que le couple commanditaire puisse ensuite demander une décision judiciaire permettant à l'enfant de porter leur nom (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag,

2010). Aussi, pour établir une filiation entre l'enfant et ses parents d'intention, il est nécessaire que l'enfant ait une filiation génétique avec au moins l'un des deux parents, que l'un des deux soit domicilié dans le pays afin de limiter le "tourisme procréatif" et qu'aucune rémunération dépassant les frais n'ait été versée à la gestatrice. La pratique australienne paraît être similaire (Weiss-Gout, 2009) et, en Grèce, la GPA est également légalisée, à la différence qu'il y est interdit d'utiliser les ovules de la gestatrice, auquel cas celle-ci pourrait contester la filiation avec la mère d'intention.

En Russie et dans d'autres pays de l'Europe centrale et de l'Est, où la GPA est admise et pratiquée, les médias dénoncent l'intérêt économique des mères porteuses, tout comme en Inde (Granet-Lambrechts et Guardiola, 2010).

Hors des frontières européennes (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010), la GPA à titre gratuit est autorisée au Canada et la filiation est réglée différemment selon les provinces, pouvant, par exemple, faire l'objet d'un jugement d'adoption dans le cas de gamètes étrangères, ou être reconnue automatiquement si l'enfant est issu des gamètes du couple demandeur. Le Code Civil du Québec, quant à lui, ne reconnaît pas les conventions de GPA.

En Israël, cette pratique est autorisée uniquement lorsque l'embryon est issu des gamètes du couple commanditaire, ou au moins de l'homme avec un don d'ovocyte qui ne doit pas provenir de la gestatrice. De plus, la donneuse d'ovocyte et la gestatrice ne peuvent pas être mariées car l'enfant serait alors adultérin. L'accord est octroyé par un comité de sept personnes (médecin, psychologue, juriste, assistant social et représentant religieux).

Aux Etats-Unis (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010), il n'existe pas de législation fédérale sur le sujet, mais la PMA est relativement libéralisée et différente d'un Etat à l'autre. Les femmes seules ou homosexuelles peuvent, par exemple, avoir recours à un don de sperme ou à toute autre technique de PMA. La GPA est autorisée par plus de la moitié des Etats, réglée soit dans une loi soit dans la jurisprudence, et la filiation s'inscrit soit par un "jugement en parenté" soit par un jugement d'adoption.

Comme le souligne Weiss-Gout (2009), lorsque les couples parviennent à recourir à cette méthode dans un pays étranger – ce serait le cas d'environ 400 couples

français – les actes de naissances établis dans des pays tels que la Californie, où la mère d'intention est inscrite dans les registres de naissance, ne sont pas reconnus en France. Ainsi, les enfants se voient privés de filiation maternelle à l'Etat civil français, voire des deux parents lorsqu'aucun n'est le parent génétique. Dans cette situation, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt supérieur de l'enfant : en effet, comment lui garantir une filiation ?

La Cour européenne des droits de l'homme ne se prononce pas directement sur le sujet mais, comme l'énonce Weiss-Gout (2009) dans un arrêt de 2004, *Lebbink c. Pays-Bas*, « le seul lien biologique entre un parent et son enfant n'est pas suffisant pour caractériser la vie familiale ». De plus, dans la situation de *Wagner et JMWL c. Luxembourg* de 2007, elle « fait primer la réalité sociale ou le "fait accompli" et l'intérêt de l'enfant sur le contenu de la loi nationale des Etats membres » (Weiss-Gout, 2009, p. 218), en jugeant contraire à l'art. 8 CEDH la non-reconnaissance d'une adoption plénière par le pays, du fait que sa législation nationale interdit l'adoption par une personne célibataire.

3.5 L'insémination post-mortem, la congélation d'embryons et le diagnostic préimplantatoire

L'insémination post-mortem est interdite en France, tout comme en Suisse, en Allemagne, au Danemark et en Italie. Cependant, en France, « l'insémination post mortem [...] n'est plus totalement interdite lorsque "le projet parental a été engagé mais interrompu par le décès du patient" » (Barroux-Chabanol, 2010, p. 23).

L'insémination et le transfert d'embryons post-mortem sont admis en Belgique, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, sous certaines conditions, telles que l'accord préalable de l'homme pour devenir père (Ponte, 2009). Aussi, le délai de cette pratique ne peut excéder « la durée maximale de cryoconservation, en général fixée à cinq ans. La loi belge pose un délai spécifique pour ces opérations qui ne peuvent avoir lieu ni moins de six mois ni plus de deux ans après le décès » (Ponte, 2009, p. 18). Alors que la filiation n'est pas réglementée dans ces situations, en Espagne, la loi établit le lien de filiation entre l'enfant et l'homme décédé « si l'insémination ou le transfert d'embryons post-mortem ont lieu moins de douze mois après le décès » (Ponte, 2009, p. 18).

Lors d'une congélation d'embryons, en France, les couples sont contactés toutes les années pour se déterminer sur le devenir des embryons (Emile, 2008).

En ce qui concerne le Diagnostic préimplantatoire (DPI), la situation est différente d'un pays à l'autre (Fagniez, Loriau, et Tayar, 2005). Interdit en Suisse (en cours de révision), en Allemagne, en Italie, en Autriche et en Irlande, le DPI n'est autorisé que sous certaines conditions au Danemark, en Espagne, en Norvège et en Suède, mais est libéralisé en Belgique et au Royaume-Uni.

Au vu de ces différences européennes, nous pouvons voir que les enfants ne vivent pas les mêmes réalités d'un pays à l'autre. Ainsi, tous ne seront pas confrontés aux mêmes interrogations et aux mêmes problèmes. En effet, la question de la filiation ne se pose pas dans les pays où les dons sont interdits, de même pour les questionnements éthiques liés à la congélation ou à la conception post-mortem.

4 La procréation médicalement assistée en Suisse

A ce stade, il est intéressant d'étudier le contexte suisse et le cadre légal, qui nous concerne davantage et qui définit le type de problématiques que les enfants issus de PMA peuvent rencontrer.

Conformément aux déclarations internationales qui demandent à tous les pays de légiférer sur les questions génétiques, en Suisse il existe une loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA) depuis 2001. Actuellement, une révision de la loi et de l'article concerné de la Constitution (art. 119) est en cours, suite à une motion déposée en 2004 pour admettre l'utilisation du diagnostic préimplantatoire (ci-après DPI). Après le travail effectué sur de nouvelles normes législatives et une procédure de consultation, il est attendu que le Conseil fédéral se prononce sur les démarches à suivre au cours du premier semestre de l'année 2012 (OFSP, 2011).

Chaque canton étant responsable de son application, une autorisation cantonale est nécessaire à la pratique de la PMA. En Suisse, il est actuellement possible de recourir à cette pratique dans vingt-six centres (hôpitaux cantonaux ou cliniques privées), répartis dans onze cantons et généralement affiliés à FIVNAT CH³ (www.ch.ch, 2011).

³ FIVNAT-CH est un groupe de travail de la Société suisse de fertilité, stérilité et de planning familial (SSFSPF), dont le but du registre est de disposer d'informations fiables sur chaque tentative de FIV, ainsi que sur les grossesses qui en sont issues (www.ch.ch, 2011).

Les vingt-six centres suisses de procréation médicalement assistée ont permis, en 2008, à plus de la moitié des couples demandeurs de procréer. Cependant, le taux de réussite est légèrement plus faible que dans d'autres pays européens, notamment par la restriction du nombre d'embryons et par l'interdiction de les sélectionner (Bleichenbacher, Heitlinger, et Imthurn, 2010). Par ailleurs, outre les inséminations, les traitements ne sont pas remboursés par les caisses maladie, contrairement à la France, ce qui diminue le nombre de demandes et exclu les classes de la société les plus défavorisées.

Comme vu précédemment, en Suisse, la LPMA est relativement restrictive par rapport aux législations étrangères, interdisant notamment :

- *« le développement de plus de 3 embryons hors du corps de la femme*
- *la cryoconservation des embryons au stade cellulaire*
- *le diagnostic pré-implantatoire*
- *le don d'ovocytes [alors que le don de sperme est permis]*
- *le don d'embryons*
- *les mères porteuses*
- *le développement d'embryons dans un but de recherche*
- *la réalisation d'embryons in vitro pour d'autres raisons que celle d'obtenir une grossesse*
- *la détermination du sexe*
- *les interventions altérant le patrimoine génétique des gamètes ou des embryons*
- *le clonage, la création de chimères ou d'hybrides. »* (CPMA, 2011)

Contrairement à la France et à d'autres pays d'Europe, il n'est donc pas permis de congeler des embryons en Suisse. *« Ne peuvent être cultivés jusqu'au stade d'embryon que le nombre d'ovules fécondés qui seront effectivement transférés dans l'utérus [...] pour des raisons éthiques relatives à la destruction d'embryons surnuméraires »* (Bleichenbacher, Heitlinger, et Imthurn, 2010, p. 1373). Dès lors, pour augmenter les chances de réussite, deux embryons sont cultivés et doivent tous deux être implantés, sans possibilité de sélection. Ceci amène à un nombre conséquent de grossesses multiples – en 2008, une grossesse sur cinq a abouti à des jumeaux (Bleichenbacher, Heitlinger, et Imthurn, 2010) – ce qui augmente les probabilités d'une naissance prématurée et fragilise ainsi la santé des nouveau-nés. Le groupe AGART (Advisory Group Assisted Reproductive Therapy), représenté par Bleichenbacher et al. (2010), souligne également la conséquence du nombre de naissances prématurés sur les coûts de la santé. En outre, ce groupe d'experts médicaux et scientifiques estime que le DPI devrait pouvoir être utilisé lorsqu'il y a de

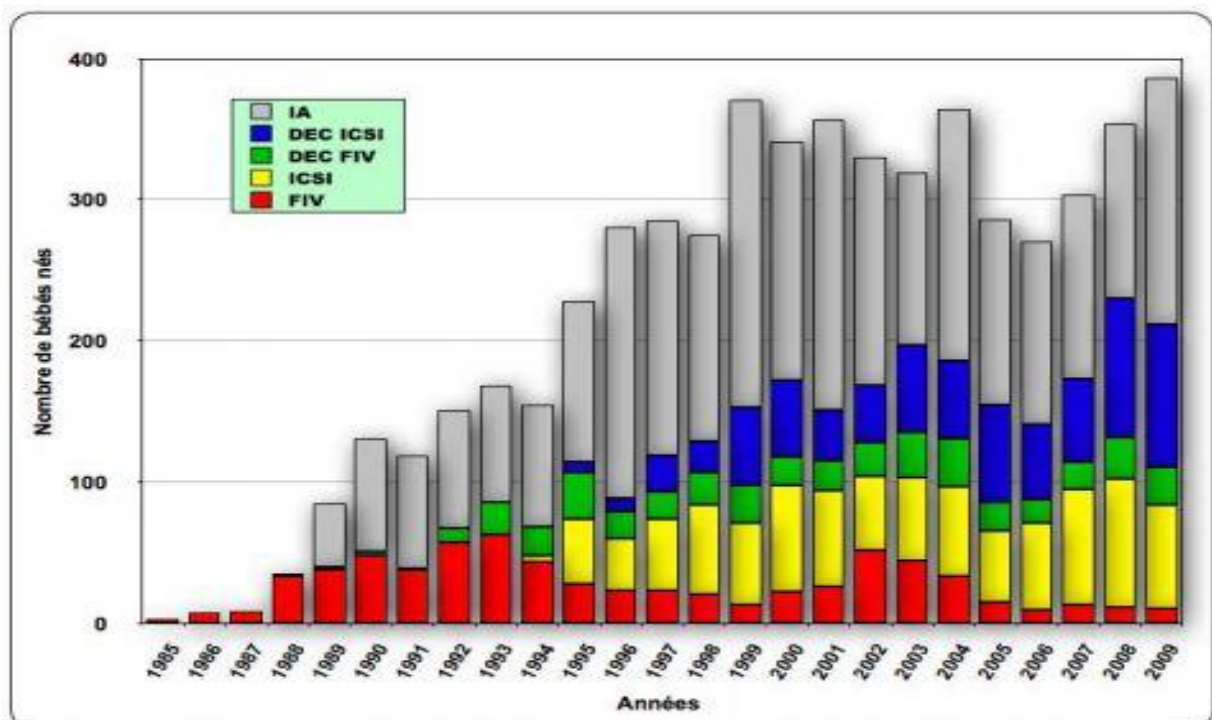
grands risques de transmission de maladies génétiques, ce à quoi réfléchit actuellement le Conseil fédéral. Au final, ces experts considèrent que la réglementation suisse sur la médecine de la reproduction devrait s'assouplir pour profiter des progrès de la médecine et être adaptée aux besoins actuels des couples. Par conséquent, il est également nécessaire de réfléchir à l'intérêt des enfants dans ces situations.

En Suisse, les votations de ces vingt dernières années ont montré l'évolution de l'opinion publique.

Le retournement de l'opinion est net [depuis] 1992 [lors de l'] adoption de l'article constitutionnel restrictif [...]. [...]. Le principe d'une levée de l'interdiction du diagnostic préimplantatoire est désormais acquis au Parlement (Mauron, 2009, p. 342).

4.1 Quelques chiffres

Dans le Centre de procréation médicalement assistée de Lausanne, plusieurs milliers de couples ont été pris en charge, donnant ainsi naissance à plus de cinq mille bébés : « 2'500 enfants sont issus de traitements tels que IAC et IAD, 1'500 enfants proviennent d'un transfert d'embryons frais (FIV et ICSI) [et] 1'000 enfants sont nés après transferts de zygotes cryoconservés » (CPMA, 2011).



*FIV: fécondations in vitro et transferts d'embryons,
ICSI: injections intracytoplasmiques,
DEC FIV, DEC CSI: transferts d'embryons issus de zygotes congelés suite à une FIV
ou à une ICSI,
AUTRES: inséminations avec sperme du conjoint ou d'un donneur, rapports
sexuels dirigés, cycles de contrôle (CPMA, 2011).*

Selon les chiffres de l'Office fédéral des statistiques, en septembre 2011 il y aurait eu 6'492 femmes traitées en 2010, contre 3467 en 2002, dont respectivement 35,7% et 33,2% ont abouti à une grossesse. Parmi les grossesses de 2009, 72,4% ont abouti à une naissance, 17,3% à des naissances multiples et 0,4% des enfants sont morts.

Par comparaison avec d'autres pays européens, Bleichenbacher et al. (2010) citent les données statistiques de ESHRE 2009 : les « cycles de traitement FIV par million de personnes » sont de 0,785 pour la Suisse, alors qu'ils sont de 2,031 pour le Danemark, 1,682 pour la Belgique, 1,503 en Finlande, 1,434 en Islande, 1,322 en Suède, 1,288 en Slovénie, 1,242 en Allemagne, 1,172 en Norvège, 1,093 aux Pays-Bas, 1,009 en France, 0,633 en Grande-Bretagne, 0,611 en Croatie et 0,602 en Autriche.

Probablement dû aux circonstances déjà décrites, telles que le non-remboursement des assurances maladie et la sévérité des normes législatives, nous constatons que la Suisse a un taux relativement bas de recours aux techniques de PMA.

4.2 La législation suisse

Dans ce chapitre, le cadre légal suisse est exposé pour comprendre la situation des enfants issus des techniques de PMA en Suisse.

L'article 119 de la Constitution fédérale (1999) pose les bases fédérales de la PMA et du génie génétique dans le domaine humain. Il précise que

l'être humain doit être protégé contre les abus en matière de procréation médicalement assistée et de génie génétique [et que] la Confédération [...] veille à assurer la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la famille.

Elle limite notamment

le recours aux méthodes de procréation médicalement assistée [...] [aux situations où] la stérilité ou le danger de transmission d'une grave maladie ne peuvent être écartés d'une autre manière, et non pour développer chez l'enfant certaines qualités ou pour faire de la recherche.

Comme déjà mentionné, elle restreint le nombre d'embryons développés in vitro, interdit le don d'embryon et la maternité de substitution, ainsi que la commercialisation « *du matériel germinal humain* ».

Selon Hohl (2003), l'interdiction du don d'ovocyte et d'embryon oblige les Suisses à partir à l'étranger pour pouvoir recourir à ces techniques, ce qui conduit au tourisme médical de la procréation médicalement assistée, appelé également "tourisme procréatif".

La loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA) et l'ordonnance fédérale sur la procréation médicalement assistée (OPMA) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2001, et ce sont les cantons qui sont responsables de leur application.

L'article 3 de la LPMA est intitulé « *bien de l'enfant* » et, pour le respecter, il réserve la PMA

aux couples [mariés ou non] [...] à l'égard desquels un rapport de filiation peut être établi (au sens des art. 252 à 263 du code civil, CC3), et [...] qui, en considération de leur âge et de leur situation personnelle, paraissent être à même d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité.

Cet article précise aussi que seuls les couples mariés peuvent recourir au don de sperme (art. 3) et que ce don doit être gratuit (art. 21). Précisons que la sélection du sperme se fera en lien avec la ressemblance physique du donneur et son groupe sanguin (art. 22, al. 4), peut-être pour une meilleure illusion de la filiation biologique avec le père d'intuition. Aussi, il est interdit d'utiliser le sperme d'un même donneur pour la conception de plus de huit enfants (art. 22, al. 2).

Il est important de souligner qu'aucun lien de parenté ne peut être institué avec les donneurs de gamètes (art. 22, al. 3) et que, lors d'un don de sperme, l'enfant ne peut contester son lien de filiation avec le mari de sa mère (art. 23). De plus, le mari ne peut intenter l'action en désaveu de paternité s'il a consenti à la conception de l'enfant par un tiers (art. 256, al. 3 du Code civil, 1907, état en 2011), particulièrement par un donneur de sperme.

Par ailleurs, la Constitution (1999) exige que chaque personne puisse avoir « *accès aux données relatives à son ascendance* », décidant ainsi de garder les informations concernant le donneur et, par conséquent, de ne pas instituer l'anonymat des dons. Dès lors, l'article 27 de la LPMA octroie à l'enfant le droit d'obtenir les données

relatives au donneur, lors de ses 18 ans, voire avant cet âge s'il relève d'un « *intérêt légitime* » (art. 27, al. 2, LPMA). L'article 24 définit les données qui devront être conservées pendant 80 ans (art. 26), telles que : « [...] *nom et prénom, date et lieu de naissance, domicile, lieu d'origine ou nationalité, profession et formation; [...] date du don de sperme; [...] résultats des examens médicaux; [...] renseignements sur l'aspect physique.* » Cependant, le donneur peut refuser de rencontrer l'enfant. Le même article mentionne les données de la femme bénéficiaire de sperme qui seront conservées, incluant en particulier ses données identitaires et son domicile.

Les gamètes conservées sont gardées cinq ans au maximum (art. 15) et il est interdit d'utiliser des gamètes imprégnées⁴ après la mort de la personne (art. 3, al. 4), tout comme sont interdits le don d'ovules et d'embryons, la maternité de substitution (art. 4) et le prélèvement des cellules d'un embryon pour analyse (article 5, al. 3). Néanmoins, comme vu précédemment, l'autorisation du DPI fait actuellement l'objet d'un projet. Or, selon Hohl, « *le diagnostic préimplantatoire permet le transfert d'un embryon unique, génétiquement sain, avec un grand potentiel vital. Il réglerait simultanément le problème des grossesses multiples non désirées et toutes les complications associées, et aurait donc aussi une grande signification de médecine préventive* » (2003, p. 386). Rappelons, en effet, que tous les embryons développés, au maximum trois par cycle, doivent être implantés, leur conservation étant interdite (art. 17).

5 Synthèse de droit

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant étant un instrument international, le principe de l'intérêt de l'enfant devrait être poursuivi dans chaque pays. Dès lors, comment expliquer ces différences de législations ? Les normes sociales étant extrêmement différentes d'une culture à l'autre, comment définir l'intérêt supérieur et universel de l'enfant ? Serait-il perçu différemment d'un contexte à l'autre ? Pouvons-nous considérer qu'un pays respecte davantage le droit de l'enfant et son intérêt qu'un autre ?

Il est difficile de répondre à ces questions étant donné que l'intérêt de l'enfant est une notion sujette à interprétation. Au final, l'importance n'est peut-être pas tant les

⁴ Définition : ovule pénétré par un spermatozoïde avant la fusion des noyaux (LPMA, 1998).

techniques autorisées, mais surtout le système législatif mis en place pour protéger l'enfant et son statut selon les pratiques légalisées.

Comme nous l'avons vu, les déclarations internationales ont pour objectif d'offrir un cadre universel, notamment en matière de bioéthique. Toutefois, le statut de déclaration n'est pas contraignant pour les Etats qui dès lors élaborent leurs lois selon leurs normes et principes nationaux (Ummel, 2006). En revanche, la *Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine* a un caractère juridique contraignant. Toutefois, ratifiée par une minorité d'Etats, son pouvoir est limité aux pays signataires. Dès lors, nous pouvons percevoir l'impuissance des traités internationaux ou régionaux et davantage comprendre l'existence de telles divergences.

Par ailleurs, tentant de concilier les diverses législations, la *Convention d'Oviedo* discute des divergences nationales et apporte un cadre de protection sans se prononcer sur le statut de l'embryon, le don d'embryon, le nombre d'embryon à implanter, ainsi que le diagnostic préimplantatoire (CDBI, 2003). En ce qui concerne la recherche sur les embryons, elle demande uniquement que l'embryon soit protégé de manière adéquate sans se déterminer sur son autorisation (Dreifuss-Netter, 2009).

Les disparités conséquentes semblent favoriser un nouveau tourisme appelé "tourisme médical" ou "tourisme procréatif", rappelant le tourisme sexuel des pédophiles et le trafic d'enfants en adoption. Ainsi, les femmes qui ont des ovocytes dysfonctionnant et qui ne peuvent pas recourir aux techniques de PMA en Suisse, ou en France, pourront avoir un don d'ovocyte en Espagne. Comme le souligne Dreifuss-Netter (2011), la PMA étant considérée comme un service, toute personne doit pouvoir en bénéficier où qu'elle se trouve, selon le traité de Rome. Par conséquent, il n'est pas illégal de recourir à l'étranger à des techniques interdites dans son pays de domicile.

Aussi, une commercialisation de la PMA semble se dessiner, entre autres, par les services proposés sur Internet et dans les pays où la législation est relativement moins stricte, avec des prix souvent conséquents. Or, sans vouloir tout libéraliser, il est nécessaire de réfléchir à la manière d'empêcher ces dérives, notamment pour garantir le respect des droits de l'enfant.

Nous constatons que la loi fédérale actuelle semble inégale envers les problèmes de stérilité des hommes et des femmes, étant donné que le don de sperme est autorisé pour pallier à l'incapacité de procréation de l'homme, alors que le don d'ovule et la maternité de substitution, pouvant répondre notamment au dysfonctionnement de l'utérus, sont prohibés. Les nouvelles technologies soulevant de nouveaux questionnements éthiques inexistant dans le cadre des procréations naturelles, il est probable que les dispositions se modifient au fil de l'évolution de la société et des progrès scientifiques. Le Conseil fédéral a d'ailleurs institué une Commission nationale d'éthique qui a pour fonction de suivre les progrès de la biomédecine et de se prononcer sur les directives et leurs manquements (art. 28, LPMA, 1998).

« Le rôle des comités d'éthique [...] est d'éclairer, de nourrir la réflexion, de discuter, pour tâcher de retrouver un sens commun, d'anticiper le pire pour le conjurer » (Barroux-Chabanol et Besnier, 2010, p. 27). Etant donné que les nouvelles technologies devancent le droit, celui-ci doit émettre de nouveaux cadres législatifs basés sur les normes et les valeurs de la société contemporaine pour délimiter le permis et l'interdit dans les champs scientifiques et médicaux, car *« l'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science »* (Barroux-Chabanol, 2010, p. 22).

Finalement, la vue d'ensemble des lois permet de relever une tendance qui défendent l'intérêt de l'enfant et le développement de ses potentialités futures, le respect de l'être humain et de la vie (Barroux-Chabanol, 2010), ainsi que la non-instrumentalisation et la non-commercialisation du corps d'autrui, tout comme la limitation des interventions médicales au cadre médical et non à convenance (Canto-Sperber et Frydman, 2008).

Les lois actuelles en matière de PMA semblent tenter de concilier la dignité humaine des enfants et la demande des individus souhaitant concevoir par les nouvelles techniques médicales de procréation. Cependant, les lois trop permissives semblent amener des situations problématiques pour l'enfant, telles que les problématiques de filiation, tandis que les lois trop restrictives, telles que celles de la Suisse, poussent au tourisme procréatif. Il paraît donc nécessaire d'unifier les pratiques, pour éviter ce tourisme, et de légaliser uniquement les pratiques les moins problématiques pour l'enfant.

Au fil de cette partie législative, nous avons pu percevoir les différences nationales en matière de PMA. Pour conclure sur ces disparités, il nous a paru intéressant de mentionner le tableau ci-dessous, tiré de l'écrit de Zech et Zech (2003), précisant la position de différents pays sur une variété de normes, afin de percevoir les systèmes de valeurs divergents.

Quel peuple, quelle nation est moralement/éthiquement meilleure?								
	CH	A	D	I	F	UK	B	USA
Don d'ovule	-	-	-	+	+	+	+	+
Culture de blastocytes	-	+	-	+	+	+	+	+
Don de sperme	+	-	(+)	+	+	+	+	+
Avortement	+	+	+	+	+	+	+	+
Peine de mort	-	-	-	-	-	-	-	+
Euthanasie	-	-	-	-	-	-	(+)	-
Lois diverses								
⋮								
⋮								
⋮								
→	dépendant entièrement des lobbys				■ démocratie ■			

IV L'enfant face aux techniques de PMA

Après avoir exposé le contexte social, historique et législatif de la PMA, nous nous interrogeons, dans ce chapitre, sur quelques conséquences de la PMA sur l'enfant, sa vie, sa santé et ses droits.

1 Les conséquences des techniques de PMA sur la santé de l'enfant

Selon Guibert et Olivennes (2004), il est difficile de faire des études longitudinales sur le devenir des enfants issus de PMA, par souci notamment du respect de l'intimité des enfants, de la résistance des parents à accepter un tel suivi, mais également à cause du secret de la conception de l'enfant lorsqu'il ne lui a pas été dévoilé. De ce fait, les études existantes sur la PMA ne sont pas exhaustives (Guibert et Olivennes, 2004), quant à la population consentante, et comportent d'ailleurs plusieurs biais, tels que le taux d'enfants perdus de vue au cours des études (de 20 à 35%). De plus, selon Guibert et Olivennes (2004), d'autres facteurs de risques sont également à prendre en compte dans le taux de complications, tels que l'âge maternel élevé, l'infertilité et les antécédents d'avortement, l'historique médical des géniteurs et de leur ascendance, les conditions de prise en charge, ainsi que le stress ou encore le niveau socio-économique.

Par ailleurs, lorsqu'il n'y a pas de fécondation in vitro, il est difficile de savoir si la grossesse a été conçue naturellement ou par insémination artificielle. Dès lors, les données ne sont pas complètes et il est difficile de déterminer clairement les conséquences développementales associées à la PMA.

En ce qui concerne l'insémination artificielle, les études effectuées sur les enfants issus d'une insémination avec le sperme d'un donneur ne montrent pas d'augmentation de malformations congénitales (Fauque, Jouannet, et Jammes, 2008). En revanche, la stimulation ovarienne pose question car elle semble avoir un impact sur le taux de grossesses multiples (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006). Néanmoins, selon Fauque et al. (2008), ces conséquences négatives pourraient être réduites en diminuant les concentrations hormonales.

En ce qui concerne la FIV et l'ICSI, les risques de pertes fœtales et de fausses couches, comparables dans ces deux techniques, sont corrélés à l'âge parental (Haute autorité de santé, 2007). En ce qui concerne les différentes techniques de fécondation in vitro, le développement moteur ne semble pas perturbé, tandis que les malformations congénitales (urogénitales, gastro-intestinales, nerveuses) semblent doubler en FIV et en ICSI et les anomalies chromosomiques sont davantage présentes en ICSI (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006), celles-ci pouvant être liées soit aux éventuels dommages de l'ovule lors de sa pénétration, soit à la déficience des spermatozoïdes ayant provoqué l'infertilité masculine (Hafhouf, Taar, Demouzon, Tibi, et Lévy, 2009). Une diminution du poids à la naissance et une augmentation des maladies pulmonaires ont également été constatées (Goëb, et al., 2006). Les malformations congénitales majeures des enfants conçus par FIV ou ICSI seraient de 5% alors que la moyenne serait de 3,6% dans la population générale. Les différences résultant de la FIV ou de l'ICSI ne semblent pas être significatives (Hafhouf, Taar, Demouzon, Tibi, et Lévy, 2009), bien que les enfants issus d'une ICSI semblent avoir davantage de risque de prématurité (9,3% contre 6,4% pour les grossesses naturelles) et d'hypotrophie⁵ (9% contre 4,7%) (Haute autorité de santé, 2007).

La plupart de ces études portent sur les malformations découvertes en période périnatale. À huit ans, il a été montré que les malformations plus fréquentes chez les enfants nés par ICSI avaient été corrigées par des interventions chirurgicales mineures. Les autres aspects du développement et en particulier les stades pubertaires ne montraient aucune différence significative perceptible (Beauquier-Maccotta, 2010, p. 207).

Selon Hafhouf et al. (2009), « concernant les données périnatales, il existe un consensus sur l'augmentation des risques de prématurité, d'hypotrophie et de mortalité périnatale ; même après prise en compte des facteurs maternels et des grossesses multiples ou non, après FIV ou ICSI » (Hafhouf, Taar, Demouzon, Tibi, et Lévy, 2009, p. 876).

En France, dans les grossesses uniques issues d'une FIV, 12,2% de prématurité contre 5,6% pour les grossesses naturelles, 15% d'hypotrophie contre 10%, 18,6% de mortalité périnatale contre 12,3% et 14,3% de mortalité infantile contre 9,7% (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006).

⁵ «Développement insuffisant du corps entier.» Récupéré de Larousse.fr. Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Une étude danoise ayant comparé pendant plus de quatre ans les enfants issus de PMA aux enfants conçus naturellement « *ne relève pas d'augmentation de la fréquence des maladies d'empreinte, des cancers de l'enfant, des maladies mentales, des malformations congénitales et des troubles du développement* » (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006, p. 32), cependant elle constate un risque plus élevé d'infirmité motrice cérébrale et de troubles de sommeil. Tout comme d'autres auteurs, cette étude considère que les complications proviennent davantage du pourcentage élevé des grossesses multiples (25%), que la haute autorité de santé (2007) identifie d'ailleurs comme la cause principale de l'augmentation des risques de prématurité et d'hypotrophie. Selon d'autres auteurs, « *le contexte génétique parental, voire l'infertilité [...], sont plus en cause que la technique d'AMP elle-même* » (Guibert, Davy, et Olivennes, 2006, p. 34).

Les premiers enfants issus de ces techniques de procréation assistée sont entrés dans l'âge adulte et paraissent avoir eu un développement normal et avoir créé un attachement avec leur parent équivalent aux autres enfants (Goëb, et al., 2006), bien que l'attente prolongée de l'enfant puisse influencer la relation parents-enfants (Guibert et Olivennes, 2004), comme nous le verrons dans le chapitre sur la filiation. « *Les études de grande cohorte avec un long suivi à cinq ans n'ont pas rapporté de différences majeures entre les enfants conçus naturellement ou après ICSI quant au développement physique, cognitif et psychologique* » (Haute autorité de santé, 2007, p. 1177). Au final, la grande majorité des enfants semblent naître en bonne santé et présentent des capacités normales.

Selon Guibert et Olivennes (2004), il est davantage complexe de mesurer l'évolution psychomotrice et psychologique des enfants vu que d'autres facteurs, tels que le contexte environnemental, influent sur le « *développement psychomoteur de la petite enfance, [les] performances scolaires, et [sur] une bonne santé* » (Guibert et Olivennes, 2004, p. 142) tout au long du développement de l'enfant. Rappelons que, dans les études où les variables sont contrôlées, il est difficile de suivre une famille à moyen ou long terme.

Tenant compte des opinions divergentes, nous pouvons constater que les conséquences médicales des PMA ne sont pas encore définies et paraissent se contredire au fil des années et des études. Bien que les conséquences aggravantes

semblent plutôt exister dans les situations de grossesses multiples, il apparaît que les méthodes de PMA ne sont pas totalement dépourvues de risques (Fauque, Jouannet, et Jammes, 2008). Toutefois, il faut relativiser les résultats qui ne sont pas toujours significatifs, car bien que les taux de morbidité soient plus élevés, ils ne sont pas forcément conséquents proportionnellement à la population.

Des questions se posent également quant à l'hérédité de la stérilité des enfants issus de PMA. Bien que certains de ces enfants aient déjà pu concevoir eux-mêmes naturellement, il est nécessaire de suivre l'évolution à plus long terme pour voir les effets dans les générations suivantes. Toutefois, comme le soulignent Guibert et Olivennes (2004), l'étude des enfants issus d'une PMA questionne au niveau éthique. En effet, étant identifiés comme une population à étudier, ces enfants peuvent se sentir différents, voire stigmatisés.

1.1 Les grossesses multiples

Comme nous venons de le voir, les grossesses multiples semblent influencer la santé des enfants issus de PMA. Or, depuis 1980, il y a une augmentation du nombre de grossesses multiples, dont 30% seraient liées aux techniques de PMA qui aboutissent effectivement à 25% de jumeaux et 4% de triplés en plus (Beauquier-Maccotta, 2010).

Comparativement à la population globale où le taux est de 3,1%, la moitié des enfants issus de ces techniques proviendraient de naissances multiples avec un taux de 41,5% pour la FIV et de 42,2% pour l'ICSI. Les méthodes de fécondation in vitro seraient responsables d'environ 40% des grossesses gémellaires, 44% serait la conséquence des stimulations simples et 16% de l'insémination intra-utérine (IIU). Bien que les grossesses gémellaires en général soient des grossesses à risques, celles qui sont la conséquence d'une PMA aboutissent plus souvent à des naissances prématurées et ont un taux plus élevé de morbidité et de mortalité néonatale (Beauquier-Maccotta, 2010).

Les grossesses triples augmentent de manière considérable le taux de mortalité périnatale, passant ainsi de 18,6% pour les grossesses uniques issues de FIV à 81,9% pour les triplés. Le taux des prématurés passe de 12,2% à 83,9% pour les triplés et l'hypotrophie de 15% à 62,4% (Guibert et Olivennes, 2004). En 2004, ces grossesses triples sont relativement rares en France (2%), alors qu'elles sont plus fréquentes aux Etats-Unis (4 à 13%), où davantage d'embryons semblent être placés simultanément.

Comme le soulignent Guibert et Olivennes (2004), la réduction embryonnaire a été une réponse à ces complications, bien qu'elle soulève des questions éthiques, comme nous le verrons dans le chapitre suivant. Néanmoins, le bénéfice n'est pas toujours démontré dans les études : « *la prématurité semble plus fréquente chez les jumeaux issus de grossesses triples réduites que pour les grossesses gémellaires d'emblée* » (Guibert et Olivennes, 2004, p. 140).

Les grossesses multiples découlant du transfert de multiples embryons, la situation est variable d'un pays à l'autre, notamment dû aux différences législatives quant au nombre d'embryons à implanter. Comme le souligne la Haute autorité de santé (2007), pour avoir plus de chances de féconder, les couples choisissent d'implanter davantage d'embryons, surtout si le nombre de traitements remboursés est limité par les caisses maladie. En Belgique, les grossesses gémellaires sont passées de plus de 25% à moins de 10% en appliquant le transfert mono-embryonnaire (TME), qui est obligatoire en Suède et en Belgique, et recommandé en Finlande et aux Pays-Bas (Merviel, 2009). Utilisant les embryons congelés, le taux de grossesses y est comparable au taux de grossesses lors du transfert de deux embryons.

Nous pouvons dès lors constater que les naissances multiples dépendent en partie des politiques étatiques sur le transfert d'embryon et sur la réduction embryonnaire, qui sera davantage discutée dans le prochain chapitre. Cela nous interroge sur la corrélation entre la santé de ces enfants issus de PMA et les politiques et ressources financières de chaque Etat. Les différences législatives que nous avons pu survoler précédemment semblent donc avoir une conséquence directe sur la santé des enfants.

2 Questionnements éthiques posés par ces techniques vis-à-vis de l'enfant et de son développement

Comme nous avons pu le constater dans le cadre législatif, la finalité de la PMA de concevoir un enfant semble majoritairement acceptée dans notre société. Cependant, certaines pratiques posent des questions éthiques quant au respect de l'enfant et de sa dignité. Dans ce chapitre, nous avons choisi de discuter certains de ces aspects qui touchent également aux droits de l'enfant.

2.1 La réduction embryonnaire

Etant donné que les techniques de PMA ne peuvent garantir une grossesse, de multiples ovules sont fécondés et plusieurs embryons sont implantés, augmentant dans le même temps le risque des grossesses multiples. Selon Testart (1993, p. 82), « *c'est la priorité donnée à l'efficacité immédiate sur toute autre considération* ». Dès lors, si plus de deux embryons se développent, une réduction embryonnaire est effectuée, c'est-à-dire un avortement sélectif. De même lorsqu'une anomalie est détectée chez l'embryon lors du diagnostic préimplantatoire (DPI) qui permet de sélectionner les œufs fécondés paraissant les plus aptes et de détruire ainsi les autres. Comme le souligne Roy (1990), l'arrivée dans la famille d'un enfant avec un handicap perturbe la vie des parents. Dans ce cas, selon la philosophie d'Hegel, il y a deux droits en opposition : faut-il privilégier le droit des parents à souhaiter un enfant sain ou le droit à la vie de tout fœtus ? Telle est la question qui sous-tend les interrogations éthiques actuelles.

Les œufs humains, produits en grand nombre, pourront être triés selon leur patrimoine génétique afin que la grossesse ne concerne que des enfants convenus. Ce qui se dessine là, au-delà de l'évitement justifié de graves pathologies, c'est une construction normative de l'humain dans le refus des altérités (Testart, 1993, p. 7). Dès lors, selon Testart (1993), les handicaps légers ou les maladies jusqu'alors acceptés lors du diagnostic prénatal (DPN) ne seront plus tolérés lors du DPI, répondant ainsi au fantasme des couples d'avoir un enfant parfait et en bonne santé. La différence et le handicap semblent devenir toujours plus marginaux, jusqu'où évaluer l'anormalité et le handicap ? Qui peut en décider ? Par ailleurs, comment garantir une vie digne de respect et de non-discrimination aux enfants naissant avec un handicap ? Il faudrait renforcer les politiques protégeant les droits des personnes en situation de handicap pour éviter ainsi leur discrimination.

Comme le souligne Testart (1993), lors d'une réduction embryonnaire, les couples n'ont pas tout le travail psychologique et les questionnements présents lors d'une décision d'avortement. « *Le DPN concerne un seul fœtus déjà investi affectivement par le couple, tandis que le DPI concerne de nombreux œufs, de faible poids émotif et encore isolés du corps maternel* » (Testart, 1993, p. 96).

Or, selon diverses études réalisées depuis 1970-(Feuillet et Portier, 2010), les français donnent relativement peu d'importance à l'embryon, 53,2% des personnes interrogées étant favorables à la réduction embryonnaire, 57,7% à la recherche sur les embryons congelés et 49,7% à la destruction des embryons suite à l'abandon du projet parental.

Notre société autorise la réduction embryonnaire et la destruction d'embryons lorsque les techniques de PMA génèrent des embryons surnuméraires. Si l'on admet que l'embryon est déjà considéré comme un être humain, comment expliquer ces actes médicaux (Séralini, 2006) ? Comme le souligne Séralini (2006), dans les questionnements éthiques, il faudra prendre en compte le contexte social de notre société et non les principes absolus et philosophiques antiques. En effet, les différentes avancées se sont de tout temps confrontées aux croyances existantes, telles que

l'interrogation qui consiste à savoir à partir de quel moment la population ou un individu, même le géniteur, dispose en toute légalité de la vie d'un embryon, et dans quelles circonstances particulières cela peut être admis pour le bien-être ou le désir d'un adulte, même s'il s'agit de sa mère. C'est-à-dire que nous nous rapprochons bien sûr sans le vouloir du débat sur l'avortement (Séralini, 2006, p. 126).

Si nous nous interrogeons sur nos croyances occidentales actuelles en la matière, nous constatons que l'Eglise, par exemple, considère l'embryon déjà comme une personne en devenir (Feuillet et Portier, 2010), alors que les conventions internationales et européennes ne se prononcent pas sur le sujet. Dès lors, le droit de l'embryon à la vie n'est actuellement pas établi.

En sus de la destruction de l'embryon, nous pouvons constater que la réduction embryonnaire touche également au respect de l'altérité, de l'égalité et de la protection des plus faibles.

2.2 Le diagnostic préimplantatoire

Outre la sélection des embryons présentant des anomalies, le diagnostic préimplantatoire (DPI) pose d'autres questions éthiques.

Dans le cas des "bébés médicaments", le DPI tente de sélectionner l'embryon immunologiquement compatible avec le frère aîné dans le but de le soigner par les cellules souches du cordon ombilical du cadet. Se pose alors la question de

l'instrumentalisation de l'enfant à naître qui n'est à l'origine conçu que pour sauver l'aîné, considéré alors comme un moyen ou un objet.

Alors que la Société européenne de la reproduction humaine pose la condition que l'enfant conçu par PMA, suite à un DPI, soit désiré et aimé par sa famille, la législation nord-américaine ne condamne pas la conception d'un bébé médicament comme seule fin de soigner l'aîné (Shenfield, 2005). En France, le DPI peut être effectué lorsqu'un couple a donné naissance à un enfant porteur d'une maladie génétique mortelle. Cependant, selon le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé, « *tout acte ou tout processus médical affectant un embryon, destiné à être implanté doit avoir pour fin première son bien propre et constituer un bénéfice direct pour l'enfant à naître* » (Fagniez, Loriau, et Tayar, 2005, p. 830). Bien qu'il ne soit pas autorisé de concevoir un bébé juste comme "médicament", lorsque les parents désirent concevoir un autre enfant, ils peuvent recourir à une FIV et au DPI pour vérifier que l'enfant n'est pas porteur de la même maladie que l'aîné et sélectionner l'embryon compatible avec l'aîné. Cet enfant, qui fera don des cellules souches de son cordon ombilical, est appelé le "bébé du double espoir". Par ailleurs, selon Canto-Sperber et Frydman (2008), un enfant ne peut être conçu uniquement comme un moyen étant donné qu'il est le fruit d'un projet parental et qu'il fera partie intégrante du système familial. Au final, bien que cette sélection pose question, elle ne semble pas péjorer la santé des enfants, mais au contraire prévenir une maladie chez le nouveau-né et sauver, dans la mesure du possible, un deuxième enfant.

Le DPI permet également de connaître le sexe de l'embryon. Cette pratique peut servir pour la sélection du sexe lors de maladies génées ou, comme le revendique l'Asie, à convenance, ce qui est accepté par l'American Society of Reproductive Medicine (ASRM) dans certaines situations (Azria et Grangé, 2007). Il semblerait que la détermination du sexe se fasse fréquemment dans une dizaine de centres de fécondation in vitro en Jordanie, au Liban, en Arabie Saoudite et en Iran, une vingtaine en Egypte et au Brésil, et dans environ 150 centres en Chine (Canto-Sperber et Frydman, 2008).

Or, Azria et Grangé (2007) mettent en garde sur les pratiques de ce DPI qui permet un grand nombre de sélections s'éloignant toujours plus des problématiques médico-thérapeutiques initiales. « *Il nous faut prendre conscience du retentissement*

que pourrait avoir sur chacun et sur nous tous une utilisation déchaînée de cette technique » (Azria et Grangé, 2007, p. 506).

Bien que cette sélection n'influence pas la santé des enfants, étant donné que la santé de plusieurs milliers d'enfants ayant subi une DPI est comparable à celui des enfants issus de Fivete et d'ICSI (Sacoun, 2009), elle touche à la discrimination des sexes. Cette problématique peut également se rapprocher de l'eugénisme (Testart, 1993), où les individus de notre société souhaitent décider des caractéristiques des populations futures. Au contraire, selon Sacoun (2009), le DPI peut être considéré comme une alternative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) qui interviendrait après un diagnostic prénatal (DPN) et qui permettrait d'arrêter le développement au stade embryonnaire plutôt que fœtal.

Tenant compte de ces différences de points de vue, nous pouvons comprendre l'ambivalence et la difficulté des législateurs à s'accorder sur l'autorisation du DPI qui, comme nous avons pu le constater, peut tout aussi bien protéger les enfants et leur garantir le droit à la vie et à la santé, comme discriminer certaines caractéristiques telles que le sexe et le handicap.

2.3 La congélation des embryons

Alors que ces pratiques sont interdites en Suisse, lors d'une FIV, il est possible de féconder plus d'embryons que ceux qui seront réellement implantés et de congeler les embryons surnuméraires pour une utilisation ultérieure.

Selon Beauquier-Maccotta (2010), en cas de congélation et d'une implantation ultérieure de ces embryons, la question se pose de la gémellité des enfants découlant tous d'une même FIV mais nés à des années d'intervalle. Face aux inquiétudes des parents, les médecins considèrent la grossesse comme le seul élément pouvant donner naissance à des jumeaux. Bien que ces craintes s'estompent à la venue des enfants nés successivement et grandissant à des rythmes différents (Beauquier-Maccotta, 2010), cette fausse gémellité, d'une part, et le pouvoir des parents de suspendre la conception, d'autre part, peuvent avoir un impact sur le développement psychologique des enfants. Il est alors important de s'interroger « sur la manière dont les enfants eux-mêmes vont se réapproprier la

reconstruction fantasmatique que les parents auront faite de cette partie de leur histoire procréative » (Beauquier-Maccotta, 2010, p. 205).

En ce qui concerne les effets sur la santé des enfants, alors que deux études de 1994 et 1995 (Beauquier-Maccotta, 2010) concluent que l'utilisation d'embryons congelés aboutit aux mêmes résultats que l'implantation d'embryons frais, « certains auteurs s'interrogent à nouveau sur les effets possibles de la congélation d'embryons et montreraient que les enfants nés après congélation d'un embryon conçu par ICSI seraient plus à risque de malformation congénitale » (Beauquier-Maccotta, 2010, p. 207). La durée de maturation in vitro semblant également influencer le développement de l'embryon, selon Fauque et al. (2008), une plus courte maturation augmenterait les chances d'un meilleur développement.

Outre les impacts possibles sur le développement psychologique des enfants et sur leur santé, la congélation des embryons amène des interrogations éthiques quant au statut de ces embryons congelés : doivent-ils être considérés comme de potentiels enfants qu'il faut protéger ou comme la propriété des adultes qui décident de leur sort ? Aussi, quel impact peut avoir l'arrêt dans le temps du développement du fœtus sur les générations ? Comment l'enfant pourra-t-il se représenter le fait d'avoir été figé pendant plusieurs années, de surcroît sans être sûr de son destin ? A notre avis, lorsque l'enfant connaît sa situation prénatale, il risque d'y avoir une confusion dans les générations, vu que sa conception peut être antérieure à celle d'un membre de sa famille (un cousin par exemple) qui est plus âgé de par sa naissance.

Assurément, de telles questions restent sans réponse, mais elles ne sont pas moins nécessaires pour comprendre les conséquences que peuvent avoir les techniques de PMA sur les enfants. Par conséquent, il serait intéressant d'étudier, si cela est éthiquement possible, les perceptions et le vécu des enfants et adultes qui auraient été congelés au stade d'embryon.

Par ailleurs, la congélation de l'embryon pose question quant à son utilisation post-mortem. Comme nous avons pu le constater à maintes reprises, il existe une grande disparité entre les lois européennes. En Suisse, lorsque le père décède après avoir fécondé un embryon, celui-ci ne peut être utilisé par sa femme pour concevoir.

Dans les pays où les fécondations post-mortem sont tolérées, l'intérêt de l'enfant est remis en question. « *Dans le cas où [le père] souhaiterait seulement s'immortaliser à travers sa descendance ou laisser une trace de lui à sa conjointe et ses proches, l'enfant serait traité comme un moyen* » (Le Coz, 2006, p. 123). Le but étant ici de rappeler le disparu, l'enfant serait un « enfant-mémoire » ou « enfant-relique », ce qui ne serait pas dans l'intérêt de son développement. En effet, sa personnalité propre risque de ne pas être reconnue et il serait probablement porteur d'un certain nombre d'attentes de la part de son parent survivant. De plus, cela questionne sur le type de représentation de soi que peut avoir un enfant qui sait être né d'un père mort. Des problèmes au niveau de l'estime et de l'acceptation de soi peuvent ainsi se dessiner chez l'enfant.

2.4 La gestation pour autrui

Cette pratique pose un certain nombre de questions, particulièrement en ce qui concerne l'explication donnée à l'enfant sur sa conception et l'impact de la symbiose avec la gestatrice pendant les neuf mois de grossesse. Quel statut et quelle place dans la vie de l'enfant aura la femme qui l'a porté et qui lui a transmis une partie de son histoire ? Cela pose également question dans les situations où des femmes vivant dans des conditions précaires acceptent d'être mères porteuses pour une rétribution financière : se nourrira-t-elle convenablement pour que le fœtus puisse se développer sainement ? Dans le cas échéant arrêtera-t-elle de fumer, de boire, voire de se droguer ? En effet, les couples qui recourent à la GPA à l'étranger peuvent se retrouver « *dans des conditions acceptables pour les plus riches, mais dans des conditions dangereuses et honteuses quand on ne peut s'offrir que l'Ukraine ou l'Inde* » (Nisand, 2010, p. 229).

Nous pouvons dès lors constater que cette pratique questionne, d'une part, le droit de l'enfant à vivre avec ses parents, si l'on considère que la femme qui le porte pendant neuf mois est considérée comme l'un de ses parents, et d'autre part le droit à la santé. De plus, des dérives commerciales peuvent contrevenir à l'intérêt de l'enfant lorsque, par exemple, il est instrumentalisé et devient un moyen pour la gestatrice de s'enrichir, ou, à l'extrême, lorsque sa mère d'intention décide volontairement de ne pas subir les effets de la grossesse (Vercellone, 1990). En effet, dans cette situation, nous nous interrogeons sur la place de l'enfant dans la famille

après sa naissance et, par là même, sur ses figures d'attachement et son développement.

Comme le soulignent Grabinski et Haberko (2011), plusieurs risques peuvent découler de la GPA, tels que les répercussions psychologiques de l'abandon de la mère gestatrice et d'une « parenté fragmentée », mais également un double abandon par la gestatrice et par les parents commanditaires en cas de malformations, ainsi que la difficulté de l'enfant à accepter qu'il est né d'un contrat.

Selon Delaisi de Parseval et Szejer (Delaisi De Parseval, Szejer, et Guardiola, 2010), l'enfant a construit des repères lors de sa vie fœtale qu'il a inscrits et mémorisés comme des éléments identitaires et il hérite d'une partie de l'histoire de sa mère gestatrice par le passage dans le placenta de molécules secrétées par les émotions. « *Le corps n'est évidemment pas un moyen parmi d'autres, mais bien un moyen privilégié d' "entrer en filiation" »* (Delaisi de Parseval, 2009, p. 59). La gestation créant des liens affectifs et sensoriels entre la gestatrice et l'enfant qu'elle porte, la séparation à la naissance peut avoir des effets dévastateurs tant sur l'enfant abandonné que sur la femme qui abandonne, car cela fonctionne comme « *une amputation bilatérale du Moi* » (Delaisi De Parseval, Szejer, et Guardiola, 2010, p. 30). Ainsi, il est important que l'enfant rencontre également cette mère gestatrice en sus de sa mère d'intention, car l'ascendance génétique est importante dans la biographie de chaque individu. Cacher son ascendance à l'enfant amènerait à une "logique du refoulé" (Delaisi De Parseval, Szejer, et Guardiola, 2010). Selon Delaisi de Parseval et al. (2010), il est important de sortir de ce dilemme "biologique-volonté" en considérant la PMA comme un projet parental qui ne nie pas pour autant le don héréditaire et les origines génétiques de l'enfant.

Selon Nisand (2010), il ne suffit pas d'accoucher pour être mère, car il est nécessaire d'attendre l'enfant psychiquement pendant la grossesse et de l'accepter à la naissance, sans quoi le psychisme peut provoquer un déni de grossesse. L'adoption psychique est alors, selon lui, un élément primordial dans la parentalité. Or, selon des études étrangères (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010), les gestatrices n'investissent pas affectivement ces grossesses, car elles se préparent mentalement à rendre l'enfant à terme et refoulent dans leur inconscient l'attachement prénatal au fœtus (Delaisi De Parseval, Szejer, et Guardiola, 2010). Par conséquent, dans la

PMA, l'enfant ne subit pas d'abandon, selon Nisand (2010), étant donné que sa conception a été décidée préalablement par le couple qui va l'adopter dès sa naissance. Selon Le Lannou (2010), la construction de son histoire paraît donc relativement moins douloureuse que dans les situations d'adoption. Cependant, Canto-Sperber et Frydman (2008) considèrent que les enfants issus de dons de gamètes et ceux qui ont été adoptés – l'enfant ayant également eu un échange intra-utérin avec sa gestatrice – peuvent traverser les mêmes questions sur leur origine et l'échange ou le don dont ils ont fait l'objet.

A ce stade, il est difficile de savoir si l'enfant issu d'une GPA subira des conséquences néfastes sur son développement, surtout qu'il y a peu d'études sur la santé psychologique des enfants nés de mères porteuses. Canto-Sperber et Frydman (2008) confirment que des préoccupations sur sa conception, sa gestation et d'éventuels échanges d'argent peuvent surgir chez l'enfant. Cependant, ils estiment que, du moment où l'information est donnée avec délicatesse et que l'enfant est suivi psychologiquement et entouré d'une famille aimante, les conséquences sur son développement peuvent être relatives. Par ailleurs, étant donné que plusieurs couples recourent à cette pratique, dans le cas échéant à l'étranger lorsque cela est prohibé dans leur pays de résidence (Nisand, 2010), il est nécessaire de réfléchir au statut donné à la gestatrice et à sa place dans la vie de l'enfant.

Au final, un cadre législatif est nécessaire pour garantir la dignité tant de l'enfant que de la gestatrice (Dreifuss-Netter, 2011). Selon nous, pour le respect de son identité et pour un développement optimal, l'enfant devrait pouvoir connaître et nommer cette tierce personne qui fait partie de son histoire de vie. Dès lors, dans les pays où la GPA est prohibée, faudrait-il aller dans le sens d'une législation au cas par cas pour défendre l'intérêt de l'enfant vis-à-vis du lien avec la gestatrice, lorsque les parents y ont eu recours à l'étranger ?

A l'inverse, nous pouvons également nous interroger sur le principe de cette pratique : est-il dans l'intérêt de l'enfant d'être conçu pour ensuite être porté par une personne qui ne l'élèvera pas par la suite ? Il serait intéressant d'interroger des enfants conçus par GPA pendant leur enfance, mais également à l'âge adulte, pour tenter d'identifier les éventuels troubles que cela peut provoquer. Néanmoins, au vu de la symbiose lors de la grossesse et des échanges intra-utérins, cette

pratique nous semble plus problématique vis-à-vis de l'enfant. De plus, ce type de conception requiert une sorte d'abandon volontaire de l'enfant et amène une variété de questions particulières que l'enfant se posera notamment quant à son identité.

2.5 Le don de gamètes

Tout comme dans la GPA, le don de gamètes fait intervenir un tiers dans la conception génétique de l'enfant, ouvrant alors plusieurs débats sur l'identité de l'enfant et sur la place de ces tiers dans sa vie.

Comme vu dans ce travail, les pratiques de PMA utilisent différentes formes de don : don de sperme dans l'insémination artificielle avec donneur, don d'ovocyte lors de la FIV en cas d'infertilité féminine, don d'embryon lors de stérilité commune ou de maladie héréditaire.

Contrairement à la GPA, les dons n'obligent pas l'enfant à partager une période de sa vie avec le donneur de gamètes, mais il hérite toutefois de certaines caractéristiques personnelles.

Dès lors, en comparaison avec la GPA, bien qu'il semble moins fondamental de rencontrer le donneur et de maintenir un lien, il paraît nécessaire d'informer l'enfant de son mode de conception et du don qui font partie intégrante de son identité. Cependant, selon Testart (1993), le donneur est choisi pour ses caractéristiques semblables au conjoint (couleurs de cheveux, des yeux, groupe sanguin, etc.) afin que l'enfant puisse ignorer sa conception non naturelle, tout comme dans les inséminations clandestines en France vers 1940 (Le Lannou, 2010). Comme nous avons pu le voir par l'art. 22 de la LPMA, en Suisse, la sélection du sperme se fait effectivement en lien avec la ressemblance physique du donneur et son groupe sanguin. Bien que le cadre législatif (CDE et CLaH) défende pour l'enfant la connaissance de ses origines, le désir de faux-semblant d'une conception naturelle semble encore présent, et cette disposition peut favoriser le maintien du secret chez certaines familles. Comme nous le verrons dans un prochain chapitre, le secret peut avoir des répercussions sur le développement affectif et psychologique de l'enfant, mais il peut également détériorer les liens de confiance entre les membres de la famille.

Par ailleurs, l'accès aux dons peut poser question. En effet, aux Etats-Unis, par exemple, les donneurs sont décrits dans un catalogue, afin que les couples demandeurs puissent les choisir selon leur apparence physique et leur parcours universitaire. Permettant ainsi aux parents de choisir les caractéristiques qu'ils désirent pour leur enfant, cette situation peut s'apparenter à une forme d'eugénisme et contrevenir au principe de non-discrimination et d'égalité des chances.

Aussi, il subsiste des interrogations quant au don de gamètes entre membres d'une même famille. Dans le cadre des dons d'ovocyte et de sperme, pourrions-nous imaginer utiliser les gamètes d'un membre de la famille afin de conserver un lien génétique avec l'enfant ? Quelles problématiques cela pourrait-il amener lors du développement de l'enfant ? Dans cette situation de proximité entre les membres de la famille, quel serait le statut du donneur dans la vie de l'enfant et comment lui expliquer cette situation particulière ? De plus, que faire lorsque le donneur se rapproche davantage de l'enfant et souhaite finalement être considéré comme son parent ? Pour illustrer cette question, Nisand (2010) estime, en ce qui concerne les mères porteuses, qu'il n'est pas souhaitable qu'un membre de la famille se propose de porter l'enfant, notamment la mère de la demandeuse, car il s'établirait alors une "dette impayable" à vie faisant des ravages psychologiques.

De plus, dans notre société, cette situation place l'enfant dans une situation ambiguë, ce qui pourrait probablement amener des questionnements identitaires particuliers au cours de son développement. Il risque également de se retrouver au centre de conflits de loyauté entre ses différents « parents », néfastes pour son développement psychique. Cependant, comme nous avons pu le voir dans ce travail, cette situation de solidarité familiale semble habituelle dans certaines sociétés notamment africaines, où l'enfant ne souffrirait probablement pas de la situation. Dès lors, nous constatons que les réflexions sur l'intérêt de l'enfant diffèrent d'une société à l'autre par rapport aux conséquences sur l'enfant.

Pour conclure sur ce point, le don de gamètes dans le cadre des PMA ne semble pas poser de problèmes éthiques du moment où il est cadré, empêchant ainsi des dérives eugéniques ou des fécondations incestueuses, et à la condition que l'enfant ait connaissance de cet élément de son existence. Il faut, néanmoins, être vigilant quant au don dans la famille, car cette situation est peu claire pour l'enfant et peut

avoir des conséquences néfastes lors de disputes à son égard et dû au conflit de loyauté.

2.6 La recherche sur les embryons

Comme vu précédemment, lorsqu'il existe des embryons surnuméraires, ils peuvent, dans certains pays, être congelés pour une utilisation ultérieure, donnés à un autre couple, détruits ou donnés à la science.

La recherche sur les embryons pose question car, d'une part, elle permet l'amélioration des techniques de PMA et, par là même, une optimisation espérée de la santé des enfants issus de ces pratiques et, d'autre part, elle réduit les embryons à un statut d'objet.

A Bruxelles, par exemple, une étude sur les cellules souches, qui permettent de traiter certaines maladies dégénératives, est actuellement en cours, tandis que ce type de recherche est interdit dans certains pays. Selon Fauque, Jouannet et James (2008), il serait important de pouvoir faire des recherches sur l'embryon humain pour déceler les éventuelles variations épigénétiques⁶ lors des techniques de PMA, car ces altérations épigénétiques semblent entraver le développement de l'embryon si elles ne rétablissent pas d'elles-mêmes pendant le développement embryonnaire.

Les études actuelles ont été effectuées uniquement sur les gènes soumis à "empreinte parentale"⁷ qui sembleraient subir des dérégulations « *en fonction de chaque étape intervenant en PMA* » (Fauque, Jouannet, et Jammes, 2008, p. 1145). « *La stimulation ovarienne, la maturation ovocytaire forcée, la fécondation in vitro, les conditions de culture pendant les premières divisions cellulaires et le transfert embryonnaire semblent, en effet, impliquées dans des anomalies d'empreinte* » (Fauque, Jouannet, et Jammes, 2008, p. 1141).

⁶ « Epigénèse : Partie des phénomènes du développement embryonnaire qui n'est pas due au programme génétique mais à d'autres facteurs, telle l'action de contact d'un tissu sur un autre. » Récupéré de Larousse.fr. Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

⁷ « Il existe deux copies de chaque gène, l'une héritée du père, l'autre de la mère. Ces deux copies sont équivalentes, sauf pour les gènes soumis à empreinte parentale, dont l'expression dépend du parent qui l'a transmis ; par exemple, pour un gène donné, seule la copie héritée du père est active. Les gènes soumis à empreinte parentale sont rares (environ 2 % des gènes chez l'homme), mais sont souvent des gènes fortement impliqués dans la croissance fœtale et le développement cérébral. Plusieurs maladies sont causées par l'anomalie d'un gène soumis à empreinte parentale : les manifestations de ces maladies sont alors différentes selon le parent dont provient ce gène. » Récupéré de Larousse encyclopédie. Accès : http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/empreinte_parentale/12757

A ce stade, nous pouvons constater qu'il subsiste des inconnus quant aux conséquences de la PMA sur la santé des enfants. Aussi, comme nous avons pu le voir précédemment, les instruments internationaux et européens tentent de cadrer la recherche sur les embryons et/ou le génome humain pour respecter la dignité de l'embryon.

Dès lors, dans la recherche, deux intérêts semblent se confronter : la protection de l'embryon et sa dignité en tant qu'être en devenir d'une part, et, d'autre part, une optimisation de son développement et de son état de santé par la recherche. Or, si les cadres législatifs protègent la dignité humaine en évitant les dérives, nous pouvons imaginer qu'il serait dans l'intérêt de l'enfant de faire des recherches sur l'embryon, tenant en compte que les embryons surnuméraires risquent fort, dans le contexte actuel, d'être de toute façon détruits.

Précisons que la première FIV, en France, a été réalisée sans expérimentation préalable, sur des primates par exemple, ce qui ne pourrait se reproduire actuellement dû au contexte législatif (Barroux-Chabanol et Frydman, 2010). Dès lors, sans cadre législatif, jusqu'où oserions-nous aller de nos jours ? Il est important de conserver les questionnements éthiques et les objectifs liés à l'intérêt de l'enfant afin de maintenir des limites au sein de la recherche.

2.7 La PMA lors d'une infection virale

Les situations de couples atteints de maladies virales qui souhaitent concevoir questionnent quant à l'intérêt valorisé. En effet, au-delà du souhait des parents d'avoir un enfant, qu'en est-il de la situation familiale de l'enfant à venir qui a un risque accru de se retrouver rapidement orphelin ?

Notons que cette question ne se pose explicitement que lorsque les couples recourent à la PMA, car il est difficile de cadrer les conceptions naturelles (Dreifuss-Netter, 2011). Il est certain que la question peut également se poser pour d'autres types de maladie des parents, mais cela ne sera pas traité dans ce travail.

En Suisse, aucune loi n'interdit l'accès à la PMA pour les couples séropositifs du moment où ils respectent les conditions, c'est-à-dire être en âge de procréer et qu'ils recourent à la PMA pour éviter la transmission d'une maladie grave. En effet, dans ces situations, le dessein est d'avoir un enfant sain par une conception sécurisée et hors sexualité (Hopker Azemar, Daudin, et Bujan, 2010). Dès lors, « ces

aspects particuliers peuvent accentuer le clivage [...] en AMP entre sexualité et procréation » (Goëb, et al., 2006, p. 786).

« Les études portant sur les AMP des couples atteints par le VIH insistent sur l'absence de contamination chez les enfants et leur bon développement psychomoteur, bien qu'un nombre non négligeable de grossesses soient gémellaires, entraînant des accouchements par césarienne » (Rosenblum, Poirot, et Cohen, 2008, p. 265). En revanche, selon Terriou, Roulier et Roulier (2004), il y a 5% de risque que le VHC (virus de l'hépatite C) soit transmis à l'enfant, voire 15% lorsque la mère est également infectée par le VIH.

Selon l'étude effectuée par Hopker Azemar et al. (2010), lorsque la PMA abouti à une grossesse, certaines mères ressentent une angoisse quant au risque de transmission de la maladie à l'enfant. Quant aux pères, ils ressentent une part de culpabilité pour les traitements médicaux que doivent subir leur femme, ainsi que pour le risque de les laisser élever seules l'enfant en cas de décès, mais également vis-à-vis du risque, minime mais existant, de contamination de leur enfant. Tous deux investissent et attendent beaucoup de cet enfant idéal qui leur redonne espoir et qui leur permet d'avoir un nouveau statut de parents et de se projeter dans le futur des générations. « Ainsi, ils passent du statut de survivants à celui de parents potentiels ouvrant le champ de l'immortalité » (Rosenblum, Poirot, et Cohen, 2008, p. 265).

L'enfant étant très attendu et idéalisé pendant la grossesse, il est dès sa naissance, selon Rosenblum et al. (2008), très investi, voire surprotégé. Dès lors, se pose la question du poids de l'image de l'enfant idéal sur l'enfant réel et de la place laissée à celui-ci. En outre, certains couples souhaitent garder le secret de la maladie du père, créant ainsi un non-dit dans la famille (Hopker Azemar, Daudin, et Bujan, 2010). Ces quelques éléments semblent être défavorables à l'intérêt de l'enfant et à son développement psychologique et affectif. En effet, il risque de découvrir la maladie de son père par la dégradation de son état de santé et, outre le risque majoré de se retrouver orphelin, il porte le poids de l'enfant idéal ainsi que des conséquences d'un si lourd secret dans la famille. De plus, l'idée de mort est présente tout au long du processus de procréation et au-delà de la naissance de l'enfant, vu que la mère est traitée pendant la grossesse et l'accouchement pour la prévention de la

transmission virale du VIH à l'enfant, et qu'elle doit accoucher par césarienne et s'abstenir d'allaiter (Terriou et Roulier, 2004). L'enfant, quant à lui, est également traité, tout comme dans le cas du VHC, à moins qu'il élimine le virus de lui-même. Pour le VHC aucun traitement ne peut être administré pendant la grossesse car il serait néfaste pour l'embryon. Lorsque la femme est porteuse du VHB (hépatite B), une vaccination de l'enfant à la naissance est recommandée.

Nous avons pu souligner le bénéfice pour les parents infectés de concevoir un enfant. Toutefois, l'intérêt de l'enfant semble plus incertain, étant donné qu'il subsiste des risques de contaminations, qu'il est confronté à la maladie, voire à la mort, depuis sa conception et qu'il a symboliquement un rôle implicite de réparation.

2.8 Le recours à la PMA dans l'homoparentalité

Un autre débat se situe autour de l'homoparentalité. En effet, certains couples homosexuels réclament le droit de recourir à la PMA pour pouvoir procréer, ce qui est admis dans certains pays. Cependant, ici encore, la question de l'intérêt de l'enfant peut se poser.

L'homoparentalité est souvent accusée de manquer de repères pour la construction identitaire des enfants (Ensellem, 2009), ainsi que dénoncée comme une situation stigmatisante pour l'enfant envers ses pairs, ce qui ne serait probablement plus le cas si cette parentalité devenait reconnue et légale, comme le prévoit le projet de travail du Conseil de l'Europe (art. 18) (Committee of experts on family law (CJ-FA), 2010). Le Coz (2006) se questionne sur l'homoparentalité car « *les personnes homosexuelles sont souvent les premières à admettre que pour le développement d'un enfant un couple bisexué vaut mieux qu'une ascendance unisexuée* » (p. 145) leur permettant ainsi d'avoir des repères dans les deux sexes. Aussi, « *les enfants de parents homosexuels portent, comme d'autres, mais beaucoup plus que d'autres, la trace singulière d'un destin difficile* » (Le Coz, 2006, p. 145).

Selon l'étude "*The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type*" (Jadva V, Freeman T, Kramer W, Golombok S. (2009). *Human Reprod*, 24, 1909–1919), citée par Le Lannou (2010), les enfants issus d'un don de sperme et vivant dans des couples homosexuels ou avec des mères célibataires ressentent plus de frustration et d'angoisse que ceux

qui vivent dans des familles hétérosexuelles. Gavarini (2001), au contraire, estime que l'enfant a une grande capacité d'adaptation et qu'il peut donc se développer dans tous les types de famille. Selon Sacoun (2010),

c'est la qualité de la parentalité qui intervient bien plus sur le bien-être de l'enfant que l'orientation sexuelle des parents. Qu'il s'agisse de la relation mère-enfant, du développement psychosocial, du vécu des enfants, ou des orientations sexuelles, aucune étude n'a montré de différence entre les enfants issus de parents homosexuels et les autres enfants (Sacoun, 2010, p. 10).

Là encore, nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas de consensus sur les conséquences de l'homoparentalité sur l'enfant. Il nous semble plus aisé de trancher positivement dans une situation d'adoption où un enfant cherche une famille aimante, qu'elle soit hétéro ou homosexuelle. En revanche, dans la PMA, un enfant est conçu délibérément dans un environnement de différence, qui, en l'état actuel des lois, porte encore des signes de marginalisation. Par ailleurs, cette situation ne répond pas à l'exigence de critères médicaux permettant de recourir à la PMA, mais au seul désir d'enfants (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010). Ainsi, le processus semblerait davantage se diriger dans un "droit à l'enfant", bien qu'il rejoigne en même temps l'article 8 de la CEDH garantissant un droit au respect de la vie privée et de la famille.

3 La filiation dans la PMA

Comme nous avons pu le constater, les techniques de PMA peuvent amener des situations ambiguës quant à la filiation de l'enfant lorsque plusieurs personnes sont impliquées dans sa conception ou lorsque la législation ne lui reconnaît pas une filiation officielle.

Dès lors, dans ce chapitre, nous avons jugé important de discuter de quelques-unes de ces situations qui nous posent question, tout en exposant le contexte actuel de la notion de filiation dans la société occidentale.

Auparavant, la filiation de la mère était exclusivement reconnue par accouchement, comme c'est d'ailleurs encore le cas en Suisse, et le mariage définissait la filiation paternelle par présomption (Le Lannou, 2010). Aujourd'hui, la génétique prend une place importante dans la filiation, notamment par

l'émergence des tests de paternité permettant au mari de nier sa paternité et à l'homme non marié de reconnaître son enfant.

Cependant, en Suisse, le père ayant accepté le recours à la PMA ne peut contester la filiation par la suite (art. 256, al. 3 CCS, 1907), car la filiation par PMA est définitive. De même en France, il ne peut la contester que s'il a changé d'avis et n'a finalement pas consenti à la PMA, si une procédure de divorce a été engagée, s'il est décédé ou si la conception n'est pas issue d'une PMA (Sacoun, 2008). Ainsi, ces dispositions protègent l'enfant issu d'une PMA, lui garantissant une filiation paternelle. Notons que hors PMA, dans une optique de protection de l'enfant, un arsenal juridique a été mis en place pour contraindre les pères à reconnaître leur enfant, tel que l'action en paternité qui peut être entamée par la mère ou par l'enfant.

Par ailleurs, la législation suisse, tout comme la législation française, ne donne aucun statut au donneur qui est le géniteur de l'enfant du point de vue biologique et qui ne peut attenter aucune action de reconnaissance en paternité à son égard. Tandis qu'il s'ensuit une scission entre la filiation biologique et la filiation sociale, les parents sociaux acceptent d'être en même temps les parents juridiques de l'enfant à venir. Cette situation est comparable à celle d'une famille ayant abouti à une adoption plénière, c'est-à-dire lorsque la filiation juridique de l'enfant est établie, les parents se voyant alors conférer l'autorité parentale et l'enfant accédant aux droits patrimoniaux de succession (Sacoun, 2008).

L'enfant a ainsi une filiation garantie, même s'il n'existe pas de lien génétique avec l'un des parents. A l'inverse, le lien génétique avec le donneur est ainsi d'une certaine façon effacé. Selon Sacoun, « *les règles de filiation en matière d'AMP ne sont pas construites sur l'intérêt de l'enfant, mais sur celui du couple et sur une vision traditionnelle de la famille et de la parenté* » (Sacoun, 2008, p. 15). Ainsi, le donneur et sa propre famille sont protégés, tout comme la famille accueillant l'enfant qui se voit libérée de l'intervention d'un tiers dans leur famille. Dès lors, se pose à nouveau la question de l'intérêt de l'enfant dont l'opinion sur l'anonymat n'est actuellement que peu connue. Un prochain chapitre sera d'ailleurs consacré à cette question de l'anonymat.

En définitif, le concept de filiation recouvre trois réalités : la filiation biologique qui naît par la transmission génétique, la filiation sociale et affective qui se construit dans la vie quotidienne entre l'enfant et les parents qui l'élèvent, et la filiation juridique déterminée par le statut légal de l'enfant et la parenté établie juridiquement (Sacoun, 2008). Si les enfants issus des techniques de PMA se voient privés d'une filiation génétique, il est nécessaire, en respect des droits qui leur sont octroyés, de légaliser et officialiser leur filiation sociale.

3.1 La non-reconnaissance problématique de certains types de filiation

Grâce aux progrès médicaux et technologiques, tels que la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la PMA, la conception de l'enfant est désormais, dans la majorité des situations, un choix découlant d'un projet parental. Cependant, tous ne sont pas reconnus par les diverses législations nationales.

Dans les situations de mères porteuses, lorsque les couples s'adressent à l'étranger, en raison de la prohibition de cette pratique dans leur pays de résidence, tel qu'en Suisse et en France, la filiation entre l'enfant et ses parents d'intention n'est pas établie à leur retour au pays. « *L'enfant est ainsi sanctionné pour la manière dont il a été conçu [...] [faisant ainsi penser à la sanction] qui touche aujourd'hui encore l'enfant incestueux [en France] ou celle qui frappait hier l'enfant adultérin* » (Ruffieux, 2009, p. 246).

Au final, l'interdiction de la GPA, qui souhaite en particulier protéger la mère porteuse et l'enfant d'éventuelles séquelles psychologiques découlant de cet "abandon", peut au contraire être perçue comme une interdiction mettant en péril la situation des enfants nés par ces techniques (Mehl, 2009). En effet, la non-reconnaissance de filiation pose des problèmes dans l'acquisition d'une identité légale pour l'enfant (comportant un nom et une nationalité), et fragilise le statut de l'enfant qui risque notamment de ne pas pouvoir vivre légalement avec ses parents d'intention qui lui ont donné vie par leur projet parental. De plus, si le père d'intention est également le géniteur, l'enfant n'aura qu'une filiation paternelle, ce qui pose problème en cas de décès de ce parent : la mère d'intention pourra-t-elle obtenir la garde de l'enfant, voire l'autorité parentale, ou sera-t-elle séparée de son enfant avec qui elle aura vécu depuis sa naissance ? Cette situation contrevient, par conséquent, à la protection de l'enfant (art. 3, al. 2, CDE), à son intérêt (art. 3, al.

1, CDE), ainsi qu'au droit d'avoir un nom et une nationalité – notamment ceux de ses parents d'intention – ainsi que d'être élevé par ses parents (art. 7, CDE), alors que l'article 7 de la CDE demande aux Etats de remédier à la situation afin qu'aucun enfant ne se retrouve apatride.

Pour éviter cette situation, deux réponses pourraient être envisagées, allant de la légalisation de la GPA, avec un cadre et une définition stricte des conditions d'accès, au maintien de l'interdiction, avec toutefois une reconnaissance de la filiation entre les enfants issus de telles techniques et leurs parents d'intention.

De plus, la GPA pose une autre question quant au statut de la mère porteuse : étant donné qu'il semble favorable au développement de l'enfant, comme vu précédemment, de connaître la mère porteuse, doit-elle également être reconnue comme parent ? Vu que dans certaines situations la mère porteuse ne vit pas dans le même pays que l'enfant, il paraît peu probable qu'une relation à long terme soit nourrie. Dès lors, il ne nous semble pas nécessaire qu'elle ait un statut de parent, le droit de vivre avec ses parents ne s'appliquant par conséquent pas à la mère porteuse. Néanmoins, il pourrait être utile que son nom figure dans l'acte de naissance de l'enfant afin de lui garantir la connaissance de sa conception et qu'il subsiste le droit de la connaître.

Un problème similaire se pose pour les couples homosexuels et les femmes seules qui ne sont pas autorisés à recourir à la PMA dans le contexte suisse, probablement parce qu'ils contreviennent aux conditions de procréation naturelle où seuls deux êtres unis et hétérosexuels peuvent concevoir (Ensellem, 2009).

Cependant, comme le souligne Mehl (2008), les couples homosexuels qui souhaitent avoir un enfant peuvent recourir à l'insémination artificielle à l'étranger (Belgique, Espagne) et aux mères porteuses (Etats-Unis), ainsi que recourir à une personne de leur entourage pour procréer ou à l'adoption par une personne seule. Or, les lois actuelles (notamment en Suisse et en France) ne reconnaissent qu'un seul des deux "parents sociaux" – généralement le parent génétique – dans toutes ces situations, plaçant l'enfant dans une situation précaire en cas de maladie ou de perte de ce parent légitime. Pour y remédier, les travaux préparatoires du Conseil de l'Europe sur le statut et la responsabilité des parents (Committee of experts on family law (CJ-FA), 2010) prévoient que les pays qui reconnaissent le mariage ou le partenariat entre

personnes du même sexe puissent également établir une filiation légale entre les deux femmes du couple et l'enfant conçu (art. 18). Ceci permettrait en effet de protéger l'enfant qui, n'ayant qu'une seule filiation reconnue, se verrait orphelin en cas d'accident de ce seul parent légal.

Au vu de ces exemples, nous pouvons conclure que la restriction des lois nationales favorise le tourisme procréatif, d'où s'ensuivent souvent des situations et constellations familiales précaires pour l'enfant allant à l'encontre de ses droits et de son intérêt. De plus, bien que certaines conceptions ne soient pas idéales dans l'intérêt de l'enfant, telles que la GPA et l'homoparentalité vues précédemment, il est nécessaire de prévoir un cadre juridique de reconnaissance de ces filiations. En effet, bien que ces pratiques ne soient pas légalisées dans certains pays, il faut penser à des mesures de réparation pour une meilleure condition de vie de l'enfant.

3.2 L'enfant dans une famille particulière

Comme nous l'avons vu, en Suisse seuls les couples peuvent recourir à la PMA et en France tous doivent être mariés. Cette exigence de mariage se retrouve également en Suisse lors d'un don de sperme, peut-être dans un but de stabilité pour l'enfant à venir, qui, d'après le taux croissant de divorces, ne peut cependant plus être garantie dans le long terme (Grabinski et Haberko, 2011).

L'exigence du mariage et du couple semble placer la famille traditionnelle, c'est-à-dire la famille "nucléaire" formée par le couple parental hétérosexuel et l'enfant, comme le modèle familial idéal pour l'intérêt de l'enfant, alors que la réalité des familles tend à se diversifier notamment par la différenciation entre la conjugalité et la parenté (De Singly, 1996). En effet, les changements familiaux apparus dans les années 60 – tels que la remise en cause de la famille traditionnelle, considérée comme autoritaire et inégalitaire dans les rôles et les tâches (Lazartigues, 2007) – ont entraîné une augmentation des divorces⁸, du concubinage, du célibat, ainsi que des naissances hors mariage modifiant alors la condition des enfants et la notion de filiation. Dès lors, nous voyons apparaître de nouvelles configurations familiales faisant émerger de nouvelles dénominations de la fonction parentale comme la

⁸ En Suisse, 52,6% de divorces en 2005 et 47,7% en 2009 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2011), et en France 45% en 2004 (Lazartigues, 2007).

coparentalité, la monoparentalité⁹, l'homoparentalité et la pluriparentalité, notamment dans les familles recomposées où le nouveau conjoint du parent a bien souvent des fonctions parentales réelles sans être reconnu légalement.

Dès lors, cette "famille nucléaire" ne peut plus être considérée comme le seul idéal pour le développement de l'enfant, car cela perpétuerait la discrimination à l'encontre des autres configurations familiales. En effet, nous pouvons constater que les enfants ne vivent pas tous la même réalité familiale, sans que leurs droits et leur intérêt ne soit bafoués pour autant, et que les dispositions exigeant que les couples soit mariés pour recourir à certaines pratiques de la PMA paraissent désuètes. Dès lors, prenant en compte l'intérêt de l'enfant dans sa construction identitaire, les législations devraient réfléchir et définir les statuts et les rôles de chaque "parent" auprès de l'enfant (Ensellem, 2009), tel que le beau-parent qui s'investit dans son éducation ou le donneur qui reste présent dans la vie de l'enfant. En revanche, nous ne considérons pas qu'un statut de parent doive être donné à un donneur qui ne sera pas aux côtés de l'enfant et qui ne s'impliquera pas dans sa vie.

En ce qui concerne les législations sur la PMA, malgré l'augmentation des familles monoparentales, nous nous interrogeons sur l'accès aux personnes célibataires : a-t-on le droit de décider délibérément de mettre au monde un enfant sans père ?

Les restrictions de l'accès à l'AMP apparaissent à certains en décalage avec l'évolution des modèles familiaux et de la société en général. [...]. [Cependant,] il faut [...] faire preuve de prudence afin que la législation ne passe pas d'une logique de "droits de l'enfant" à une logique de "droit à l'enfant" (Ponte, 2009, p. 18).

Il est vrai que dans l'adoption, une personne célibataire peut accueillir un enfant. Cependant, elle accueille un enfant abandonné et dépourvu de parents pour lui offrir une meilleure situation, tandis que dans la PMA un enfant dépourvu de père sera créé délibérément.

Dès lors, bien que le cadre législatif ne semble pas correspondre à la réalité des situations familiales actuelles, où il y a un taux croissant de familles monoparentales et de naissances naturelles hors mariage (Le Coz, 2006), nous n'imaginons pas une ouverture aux personnes seules. Au contraire, l'accès à la PMA ne devrait pas être réservé aux couples mariés, car au final, vu l'augmentation des divorces, cela

⁹ En Suisse, en 2009, 13,1% des enfants jusqu'à 19 ans vivent dans un ménage monoparental contre 6,9% en 1980 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2011).

n'apporte pas davantage de sécurité pour l'enfant. Le parent non marié ou séparé devrait donc également avoir un statut officiel au regard de l'enfant.

3.3 La relation parents-enfant

Le parcours des parents avant la PMA est souvent éprouvant et difficile, étant donné qu'ils passent par une conscientisation de leur infertilité et par les différents traitements nécessaires à la PMA. C'est un long parcours pendant lequel ils fantasment sur l'enfant à venir. Il est donc intéressant de s'interroger sur les conséquences psychiques résultant de cette attente sur l'enfant.

Suite aux attentes et aux échecs antérieurs, lors des grossesses découlant d'une technique de PMA, les mères sont souvent plus inquiètes et anxieuses quant à la santé de l'enfant et au déroulement de la grossesse et de l'accouchement, d'une manière semblable au niveau d'angoisse dans les grossesses à risques (Beauquier-Maccotta, 2010), ce qui peut avoir une influence sur le développement foetal. Lorsqu'une malformation et/ou une maladie est avérée chez l'enfant, les parents peuvent se sentir coupables d'avoir recouru à la PMA et ainsi éprouver des sentiments ambivalents à l'égard de leur enfant. Il faudrait donc informer les parents de ces risques au préalable pour une plus grande acceptation de l'état de santé de l'enfant (Goëb, et al., 2006).

Par ailleurs, selon Beauquier-Maccotta (2010), les mères ayant eu recours à la PMA idéalisent davantage le foetus, ce qui peut avoir une influence sur la perception future du bébé et de ses compétences, et ainsi accentuer le fossé entre le bébé rêvé et le bébé réel, comme dans les maladies virales vues précédemment. L'idéalisation de l'enfant risque de le surcharger d'attentes et d'exigences supplémentaires par rapport à des enfants dont la conception aurait été moins fastidieuse.

De plus, l'enfant peut avoir un rôle implicite de réparation narcissique pour les parents vis-à-vis de leur infertilité, ce qui risque d'amener à une surprotection de cet enfant "précieux" (Goëb, et al., 2006).

Aussi, lors de PMA, le moment de la conception de l'enfant est primordial et la relation sexuelle des deux partenaires n'est plus une condition à la procréation. Dès lors, en « *déssexualis[ant] l'origine* » (Barroux-Chabanol, 2010, p. 21), la PMA

peut « réactiver les fantasmes de théories sexuelles infantiles dans lesquelles le déni de la sexualité parentale donne lieu à des figurations tout à fait créatives » (Beauquier-Maccotta, 2010, p. 205). Ainsi, cela peut influencer l'élaboration du roman familial de l'enfant et les théories sexuelles infantiles (Goëb, et al., 2006). Dès lors, il serait intéressant de savoir comment les enfants perçoivent leur conception effectuée dans un laboratoire par un tiers. Aussi, il y aura-t-il une influence sur leur vie sexuelle à l'âge adulte ? Il serait intéressant d'étudier également cet aspect du développement des enfants issus de la PMA.

En ce qui concerne les études longitudinales sur les enfants issus d'une PMA, selon Beauquier-Maccotta (2010), elles ne sont pas représentatives, étant donné qu'elles n'interviennent qu'auprès des familles ayant parlé de la conception particulière à l'enfant. Néanmoins, il apparaîtrait que « la qualité de l'attachement des enfants nés par FIV, à un an, envers leur mère, ne montre pas de différences significatives par rapport à celle de la population générale, 65 % sont Secure » (Beauquier-Maccotta, 2010, p. 207). L'intégration et la chaleur affective serait d'ailleurs plus élevées chez les familles ayant eu recours à la PMA ou à l'adoption. De plus, les enfants entre deux et huit ans ne semblent pas montrer de différences de comportement, peut-être parce que l'investissement pendant la grossesse a contribué à l'identification entre la mère et son bébé (Beauquier-Maccotta, 2010). Toutefois, selon Goëb et al. (2006), les études sur l'attachement et l'éducation sont mitigées et non avérées. Tandis que certains auteurs (Almeida, Müller Nix, Germond, Ansermet, 2002, cités par Goëb et al., 2006) ne constatent pas davantage de dépressions post-partum lors d'une PMA, d'autres relèvent un taux de dépression maternelle plus élevé mais non significatif (Raoul-Duval, Bertrand-Servais, Letur-Konirsch, Frydman, 1994, cités par Goëb et al., 2006). Alors que certains auteurs relèvent des interactions plus riches (Golombok, Brewaeys, Cook, Giavazzi, Guerra, Mantovani et al., 1996, cités par Goëb et al., 2006), d'autres avancent que les mères ayant eu recours à une FIV ont une moindre estime d'elles-mêmes et ressentent leur enfant comme plus difficile (McMahon, Ungerer, Tennant, Saunders, 1997, cités par Goëb et al., 2006). Aussi, plus de difficultés ont été constatées dans la relation au neuvième mois, notamment par des problèmes alimentaires et de sommeil des enfants conçus par FIV. Toutefois, les difficultés du couple à devenir parent est similaire à la population globale (Goëb, et al., 2006).

Au final, il est important de constater que l'histoire des parents, leur représentation en tant que parent et le contexte de la conception risquent d'influencer leur relation à l'enfant (Beauquier-Maccotta, 2010). Les résultats des études diffèrent encore une fois, cependant les différences semblent se limiter à des difficultés minimales et non significatives qui peuvent se retrouver également dans la population conçue de manière naturelle. A priori, nous concluons donc que l'enfant est globalement bien intégré dans sa famille, bien que l'intensité puisse différer. Bien qu'il n'existe pas d'études montrant les conséquences psychiques d'une PMA sur les enfants devenus adultes (Dehan, 1996), son développement affectif et psychique ne semble pas être significativement perturbé, en dehors des questionnements spécifiques sur sa conception et de l'élaboration des romans familiaux.

4 La connaissance de ses origines

Après avoir discuté de quelques aspects de la filiation, il nous semble important de traiter de l'anonymat et du secret qui jouent un rôle primordial dans la connaissance de ces origines. Il faut distinguer le secret qui porte sur la non-révélation du mode de conception à l'enfant et/ou aux proches, et l'anonymat qui est décidé par les Etats pour protéger les donneurs de gamètes et libérer les parents d'intention de l'intrusion d'un tiers dans leur famille.

4.1 L'anonymat

Le fait que le donneur de gamètes ne soit pas anonyme en Suisse peut poser question et pourrait exprimer l'importance accordée au lien génétique dans l'établissement de la filiation. Outre les raisons médicales et la connaissance d'éventuelles maladies génétiques, quelle serait la plus-value de connaître les références du donneur ? Etant donné que ce sont les parents dits "sociaux" qui ont débuté le projet parental et qui élèvent l'enfant au quotidien, quelle place et quel rôle est censée jouer la tierce personne impliquée dans la conception de l'enfant ?

Comme le soulève Dumortier (2009), en France, où l'anonymat est de rigueur, l'intérêt de l'enfant peut être porté, tant par les partisans de l'anonymat qui souhaitent protéger la vie familiale de l'enfant avec ses parents "sociaux" sans intrusion d'une tierce personne, que par les partisans de la levée d'anonymat qui

considèrent primordial de connaître l'histoire du géniteur dont l'enfant hérite génétiquement. Ainsi, nous pouvons percevoir les ambiguïtés que cache cette notion d'"intérêt supérieur de l'enfant" quant à la place accordée aux liens génétiques.

Au niveau international, l'article 7 de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'Enfant (1989) stipule que « *l'enfant a le droit à un nom, et dans la mesure du possible le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux* ». Selon Le Lannou (2010), cet article avait pour objectif de lutter contre les trafics d'enfants dans les pays d'Amérique latine, notamment dans le cadre de l'adoption, alors que certains l'interprètent comme le droit de connaître ses origines génétiques, voire l'identité du donneur pour les enfants issus d'un don de gamètes. Cependant, le Conseil de l'Europe, interrogé sur l'interprétation de cet article 7 de la Convention, a conclu qu'il « *n'est pas possible, aujourd'hui, de tirer d'arguments décisifs de la Convention, en faveur ou contre l'anonymat des donneurs* » (Le Lannou, 2010).

En ce qui concerne l'impact sur l'enfant, selon Grabinski et Haberko (2011) l'anonymat risque d'amener des troubles dans sa construction personnelle du fait qu'il se voit privé d'une partie de son histoire. Certains enfants ressentent un malaise et une souffrance (Delaisi de Parseval, 2009) et ont d'ailleurs formé une association, en France, militant pour le droit de connaître ses origines. Pour d'autres, l'anonymat des donneurs ne semble pas poser de problèmes car ils considèrent que le père est celui qui les a désirés (Merviel, et al., 2011). Selon Sacoun (2008), un nombre infime d'enfants (25 sur 50'000) aurait entamé des recherches sur leurs origines biologiques. D'après Le Lannou (2010), peu d'études témoignent du vécu des enfants issus d'une PMA et des conséquences de l'anonymat. De plus, celles qui existent sont souvent peu représentatives quant à la quantité d'enfants et aux législations nationales spécifiques.

Par ailleurs, certains auteurs (Bait, 2009 ; Sacoun, 2008) nuancent la connaissance des origines : le pôle génétique n'est qu'un élément constitutif de l'histoire de l'enfant étant donné que la filiation découle d'un équilibre entre l'affectif, le biologique et le social. Dès lors, dans la PMA, il est important pour l'enfant de connaître l'histoire du couple, les conditions de sa venue et de sa conception, le

désir et le projet qui habitaient ses parents d'intention, ainsi que le déroulement de la grossesse et les premiers liens d'attachement.

Relevons que, dans les pays ayant levé l'anonymat, des conséquences externes à l'enfant sont perçues (Merviel, et al., 2011), tels que la diminution du nombre de donneurs – 70% aux Pays-Bas et 50% en Grande-Bretagne – et une augmentation des dons anonymes par Internet. En Suède, on constate également une diminution du nombre d'enfants issus d'une IAD, un délai d'attente croissant pour les couples infertiles, une augmentation du recours de ces couples à l'étranger – par exemple au Danemark où l'anonymat a été maintenu – ainsi qu'une augmentation du secret dans les familles, semblerait-il pour que les enfants n'aient pas accès à l'information alors qu'aucun enfant n'en a fait la demande. En réponse à cette pénurie de don, l'autorité compétence de Grande-Bretagne (Human fertilisation and embryology authority) propose qu'un don puisse bénéficier à vingt familles et qu'une rémunération soit établie (Merviel, et al., 2011).

Par conséquent, nous pouvons observer, lors de la levée de l'anonymat, une tendance risquant d'entraîner une commercialisation du corps humain et une augmentation du tourisme procréatif. De plus, en cas de diminution du nombre de donneurs, l'intérêt de l'enfant est mis en péril par le nombre croissant d'enfants conçus par un même donneur. Outre les questionnements que l'enfant peut avoir sur l'existence d'éventuels frères et sœurs inconnus (Vercellone, 1990), l'enfant a aussi plus de probabilité de rencontrer, par hasard, et de concevoir, par ignorance, avec un membre de sa fratrie, ce qui pose le problème de la consanguinité.

D'autre part, il semblerait que le souhait de lever l'anonymat se retrouve chez une minorité d'enfants issus d'une IAD et que, par ailleurs, les parents receveurs et les donneurs s'y opposent (Merviel, et al., 2011).

S'il est important dans l'adoption, comme le mentionne Bait (2009), que l'enfant connaisse l'identité de ses parents génétiques avec qui il partage une part de son histoire personnelle (naissance, abandon, etc.), la question paraît moins essentielle dans la PMA où l'enfant est né du désir de ses parents qui l'élèvent dès sa naissance.

4.2 Le secret

Selon une étude européenne de 2002 (citée par Beauquier-Maccotta, 2010), seuls 8,6% d'enfants âgés de 11 à 12 ans sont informés de leur conception, alors que la plupart des couples expliquent vouloir en informer leur enfant, soit parce que cela fait partie de son histoire personnelle, soit pour lui montrer à quel point il a été désiré. Ceux qui taisent la conception estiment que ce sujet fait partie de leur intimité, qui n'a pas à être partagée avec l'enfant, ou souhaitent le protéger des moqueries qu'il pourrait subir par ses pairs (Kulakowska et Epelboin, 2007).

Comme le souligne Merviel et al. (2011), aucune loi ne peut obliger un couple à informer leur enfant du mode de conception, bien que l'Angleterre, considérant que l'enfant avait le droit de le savoir, ait envisagé de noter le mode de conception de l'enfant sur son acte de naissance. Cela n'a pas encore été entrepris, ce qui selon Merviel et al. (2011), risquerait d'ailleurs de contrevenir à l'article 8 de la Convention européenne qui stipule « *que tout individu a droit à une vie privée et familiale* ».

Il est fortement conseillé aux parents de raconter le plus tôt possible à l'enfant l'histoire de sa conception, car le secret nuit à la relation parent-enfant et peut détruire toute la confiance que l'enfant porte aux parents lorsqu'il le découvre ultérieurement (Kulakowska et Epelboin, 2007). Aussi, des malaises peuvent être ressentis par l'enfant lorsque les parents éprouvent une certaine culpabilité vis-à-vis de la dissimulation ou valorisent la filiation biologique, ce tabou risquant fort d'avoir des répercussions sur le développement affectif et psychologique de l'enfant. De plus, l'information peut être découverte de manière accidentelle lorsque d'autres personnes extérieures au couple connaissent le mode de procréation (familles, amis, professionnels) ou, en cas de doutes de l'enfant, par un test ADN.

En ce qui concerne le secret, les avis sont tranchés. En effet, le droit de l'enfant à la transparence semble négligé, les parents détenant une information concernant l'enfant qu'ils décident de taire (Le Coz, 2006). Taire à l'enfant son mode de conception, revient, selon nous, à lui nier une entité de personne à part entière ayant possession de son histoire, de sa vie, ainsi qu'une capacité de penser et de mener sa vie comme il lui plaira.

Certains auteurs pensent au contraire que, si la parentalité affective est la plus importante dans notre société actuelle, nul ne sert d'informer l'enfant d'une filiation génétique, ce qui le déstabiliserait davantage. « *Il semble abusif de conclure que tout secret constitue une souffrance qui comme telle requiert d'être dévoilée* » (Le Coz, 2006, p. 99). La paternité découlant d'une reconnaissance, le donneur de sperme ne peut être considéré comme le père de l'enfant car il n'apporte que sa "contribution séminale" sans lien social et affectif (Le Coz, 2006).

Malgré la comparaison de certains auteurs (Sacoun, 2008) avec le secret dans l'adultère, nous constatons que les intérêts diffèrent. En effet, hormis l'ignorance de l'origine génétique et historique de ce père biologique, les enfants issus d'une PMA sont exclus de la connaissance du projet parental et du processus de conception dans lesquels ses deux parents se sont totalement investis, souvent pendant plusieurs années.

Pour conclure, il est difficile de trancher sur la question de l'anonymat, qui, comme nous avons pu le voir, a été normé différemment en Suisse et en France. Néanmoins, nous défendons l'importance de révéler à l'enfant son mode de conception, qui fait partie intégrante de son histoire. Le donneur ne s'investissant pas dans la vie de l'enfant et le désir de conception venant des parents d'intention (Bait, 2009), il ne nous paraît pas nécessaire que l'enfant connaisse l'identité du donneur. A moins, évidemment, qu'il ne vive dans l'entourage de l'enfant ou que l'enfant le côtoie. Cependant, pour pouvoir se développer de manière optimale et construire son identité, l'enfant devrait pouvoir accéder à des informations sur le donneur, telles que son apparence physique et ses antécédents médicaux. Au final, une législation donnant le choix à l'enfant de s'informer sur ses origines, semblerait le considérer davantage comme un sujet de droits et acteur de sa propre vie.

En ce qui concerne la proposition de consigner le don sur l'acte de naissance de l'enfant pour éviter le "mensonge légal" et permettre la levée systématique du secret (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010), nous avons un avis tranché. Bien que cela paraisse envisageable lors d'une GPA où la mère porteuse a vécu une symbiose avec l'enfant, dans les situations de don d'ovule, de sperme ou d'embryon, cela semble davantage stigmatisant pour l'enfant qui verra cette différence affichée administrativement tout au long de sa vie.

V Discussion

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce travail, ce sujet n'offre pas de réponse, mais ouvre sur une multitude de dilemmes éthiques. Bien que ceux-ci ne soient semblablement pas résolus de sitôt, les réflexions émergentes permettent de cadrer les progrès et le respect de la dignité des individus.

Nous avons pu voir que la PMA répond en premier lieu à un désir d'enfant. Tenant compte de l'histoire et des autres cultures, nous pouvons constater que l'homme a toujours tenté de trouver des solutions aux problèmes d'infertilité.

Or, comme alternative à ces techniques de PMA, les couples peuvent recourir à l'adoption, qui permettrait ainsi de concilier le désir d'enfant pour le couple et le besoin de l'enfant abandonné d'avoir une famille.

Cependant, en termes d'aboutissement du projet parental, dans l'adoption un candidat sur trois accueille un enfant, alors que dans la PMA le taux est de deux candidats sur trois (Blanchy, 2011). De plus, comme le souligne Testart (1993), dans le choix de ces deux pratiques, se pose la question de l'altérité et de la ressemblance, étant donné que dans la PMA, même hors lien génétique, la ressemblance du donneur aux parents d'intention est recherchée. Aussi, l'histoire de l'enfant et le lien parents-enfant se construit différemment dans l'adoption et la PMA, où l'enfant est accueilli par ses parents d'intention dès sa naissance (Lacheref, 2010). Etant donné que les enfants proposés à l'adoption internationale sont de plus en plus grands, avec des histoires lourdes et souvent des problèmes de santé, il arrive que des couples recourent à la PMA avant de se tourner vers l'adoption. Cependant, comme le rappelle Blanchy (2011) *« l'enfant ne peut jamais être de "seconde main", il doit être désiré et aimé pour ce qu'il est et ce n'est possible que si "le deuil" de la grossesse, du maternage et de l'enfant biologique a été fait »* (Blanchy, 2011, p. 495).

Au final, la PMA semble témoigner de l'importance de la grossesse dans la filiation, ainsi que des liens précoces. En effet, lors de l'accueil d'un embryon fécondé par les gamètes de donneurs, aucun membre du couple n'est finalement le parent génétique de l'enfant. Cependant, le recours à la PMA, plutôt qu'à l'adoption, permet à la mère de vivre une symbiose avec l'enfant qu'elle porte, et au couple

d'établir une relation pendant la grossesse et d'accueillir l'enfant dès sa naissance (Le Coz, 2006).

Or, considérant l'intérêt de l'enfant, Vercellone (1990) s'interroge sur la création d'enfants ainsi "orphelins", remplaçant notamment l'adoption d'enfant déjà nés et vivant dans des situations difficiles. Alors que l'adoption s'insère clairement dans une logique de protection de l'enfant, cela est moins explicite dans la PMA, qui protège toutefois les enfants lorsqu'il y a un risque de transmission d'une maladie héréditaire.

Comme vu précédemment, les discours moraux et les instruments juridiques internationaux répriment l'instrumentalisation des individus. Or,

[...] l'attente d'un enfant a toujours comporté une part d'instrumentalisation, inhérente au désir parental et aux attentes sociales. Autrefois, les couples savaient que l'enfant était le plus sûr moyen de protéger leurs vieux jours, si bien que la procréation tenait le rôle de caisse de prévoyance (Bordeyne, 2001).

Dès lors, ce qui importe davantage est le respect de l'intérêt de l'enfant au cours de de sa vie, plus que la raison de sa conception. Etant donné que les conclusions des diverses études sur le développement apparaissent encore floues et non consensuelles, il s'avère nécessaire de poursuivre le suivi des enfants pour comprendre l'impact réel des diverses techniques de PMA sur les enfants et sur leur descendance future.

1 L'intérêt de l'enfant

Les réactions contradictoires suscitées par la PMA semblent toutes revendiquer l'intérêt de l'enfant, témoignant ainsi de la difficulté à définir cette notion, pourtant universellement acceptée et souvent intégrée dans le droit de la famille. Par conséquent, Grabinski et Haberko (2011) ont tenté de dégager une définition générale de l'intérêt de l'enfant à naître qui serait « *la configuration optimale des éléments constituant son bien-être tant matériel qu'immatériel, dans ses dimensions affectives, éducatives, sociales et psychologiques* » (Grabinski et Haberko, 2011, p. 173).

Dès lors, prenant exemple sur la procédure d'adoption¹⁰ (Freire, 2010), il nous semble pertinent d'envisager une évaluation plus approfondie des parents et de leur situation familiale, pour garantir à l'enfant un minimum de protection à son arrivée, tant sur le plan matériel qu'immatériel. Les ressources financières sont souvent décelées dans l'accès à la PMA, qui n'étant pas remboursé dans tous les pays n'est pas accessible à tous. Par ailleurs, en Suisse et en France, des psychologues reçoivent les couples avant de débiter les techniques de PMA. Est-ce toutefois suffisant pour discerner leur état psychique, comportemental et familial, et pour s'assurer de leur compétence à élever un enfant dans les meilleures conditions ?

Il est vrai qu'il n'y a pas beaucoup de contrôle dans les conceptions naturelles. Cependant, les techniques de PMA peuvent amener des questions particulières, comparables à celles posées par les enfants adoptés, en lien avec leur origine.

Aussi, comme le proposent Goëb et al. (2006), un suivi des parents pourrait également être instauré tout au long du processus, dans le but de les soutenir et de les questionner sur l'impact de la PMA dans leur vie : comment pensent-ils l'annoncer à l'enfant et aux proches ? Imaginent-ils que le recours à la PMA aura un impact sur leur relation à l'enfant, tel que la surprotection de l'enfant due aux difficultés vécues et éprouvées pour le concevoir ? Ceci permettrait en effet aux parents de mieux appréhender certaines difficultés et questions particulières à la PMA, et découlerait peut-être sur l'éradication du secret et sur un meilleur soutien de l'enfant dans son épanouissement personnel. Ici, la recherche de l'intérêt de l'enfant passerait par l'évaluation des aptitudes parentales des parents et par leur préparation quant aux besoins spécifiques de l'enfant.

D'autre part, il faut réfléchir à l'intérêt de l'enfant dans les conditions d'accès aux techniques de PMA. En effet, si l'on conçoit que l'intérêt de l'enfant est d'

être conçu par un couple stable qui agira dans son intérêt, pouvoir être élevé le plus longtemps possible par, si possible, ses deux parents, au sein d'une famille dont le modèle est socialement accepté et qui offre un environnement affectif harmonieux et transparent permettant à l'enfant de se développer sans subir le poids du secret ou les conséquences des décisions des adultes qui l'ont fait venir au monde (Grabinski et Haberko, 2011, p. 170),

¹⁰ L'évaluation des recourants à l'adoption se porte sur leur personnalité et leur histoire, sur le couple et la composition de la famille, ainsi que sur leur situation socioprofessionnelle et leur état de santé. Le but est de vérifier que les parents détiennent les compétences parentales nécessaires à la spécificité de l'adoption et de l'abandon, pour soutenir notamment l'enfant dans son développement et ses interrogations spécifiques (Freire, 2010).

le recours à la PMA pour les couples porteurs de maladies virales, pour les couples homosexuels ou encore les femmes seules, pose question. En effet, dans ces situations, les enfants semblent naître au sein de situations encore peu acceptées par notre société actuelle, et il est donc difficile de percevoir leur intérêt. De plus, ces conceptions ne sont pas fondées sur des raisons médicales.

Au regard de la diversité des législations et des environnements familiaux, « *le vécu des enfants nés d'un don de gamètes correspond à des situations sociales et familiales très différentes d'un pays à l'autre et peut être à l'origine de profondes disparités* » (Le Lannou, 2010, p. 325). Par conséquent, pour connaître les conséquences vécues par les enfants issus de PMA et connaître ce qui peut constituer leur intérêt, il est nécessaire d'écouter leurs points de vue et de poursuivre les études, notamment dans les domaines de la santé et du développement psychique et affectif des enfants issus de ces techniques.

2 Les droits en opposition

On voit que les notions d'anonymat du don et de secret sur le mode de conception, qui renvoient aussi aux notions parfois contradictoires des droits de l'enfant, droits des parents, droits du donneur, sont difficiles à formaliser en un seul droit équitable pour tous (Le Lannou, 2010, p. 329).

En effet, il semble que les questionnements autour de la PMA en viennent à confronter les libertés des recourants à la PMA, des donneurs de gamètes et des enfants à naître. Comment décider alors lesquelles privilégier ?

Selon Grabinski et Haberko (2011), dans la logique de la CDE, il faudrait considérer en premier lieu l'intérêt des enfants. Cependant, comme nous avons pu le voir, les arguments et les intérêts divergent. Or, si l'on envisage que l'enfant doit pouvoir connaître l'identité du donneur pour se construire psychiquement, comment considérer les conséquences sur les éventuels enfants du donneur (Merviel, et al., 2011) ? En effet, ceux-ci peuvent également être affectés de savoir que leur père (ou leur mère) a d'autres enfants quelque part dans le monde.

Il est difficile de définir quel intérêt doit primer : celui de l'enfant qui, comme nous l'avons vu, peut être confronté à une variété de conséquences néfastes découlant de certaines pratiques de PMA, ou celui des parents qui souhaitent un prolongement d'eux-mêmes, un statut de parent et un enfant à chérir et protéger ? Il semblerait que le « *droit de fonder une famille* » (Delaisi de Parseval et Depadt-Sebag, 2010, p. 7) serait un nouveau droit inscrit dans la Déclaration universelle des droits de

l'homme (1948) par l'article 16 qui dit que « *l'homme et la femme (...) ont le droit de se marier et de fonder une famille* ». Cela irait dans le sens de la notion du "droit à l'enfant" qui a émergé dans les années 80 et qui peut conduire à des situations extrêmes, comme par exemple lorsqu'un enfant est conçu avec les gamètes conservées de son père après sa mort. Or, cette situation semble émaner davantage d'un acte, si l'on ose dire, égoïste de satisfaction personnelle, que dans l'intérêt de l'enfant. Au final, sommes-nous dans un contexte politique et social du "droit à l'enfant" ou des "droits de l'enfant" ?

En ce qui concerne la protection intra-utérine de l'enfant, il semble compliqué de prioriser la protection d'un être en devenir avant les besoins de personnes physiques. Par ailleurs, si nous nous référons au temps qui a été nécessaire pour l'adoption de droits spécifiques aux enfants, il y a une vingtaine d'années, nous pouvons envisager que le statut de l'embryon ne sera pas défini de sitôt.

Pour conclure, il semble légitime que les parents recourent à la PMA pour fonder une famille, à condition qu'ils usent des techniques de moindres conséquences pour l'enfant. En effet, les droits des parents et des enfants peuvent être conciliés si une sélection des techniques est faite en faveur de l'intérêt de l'enfant. Ainsi, nous pourrions imaginer écarter, entre autres, la GPA et les conceptions lors de maladies virales.

3 L'eugénisme

En sus, des interrogations posées ci-dessus, la PMA a amené une crainte relative à la volonté de créer, par l'intermédiaire de la science, des enfants parfaits.

On améliore l'homme et l'espèce, on fait naître des enfants conformes à nos attentes (grâce au diagnostic anténatal, il ne naît presque plus d'enfants trisomiques), on [...] bascule vers la volonté de faire advenir un monde parfait. L'éthique consiste, dit-on, dans la maîtrise de notre maîtrise. Il s'agit de poser des limites à notre puissance (Barroux-Chabanol et Besnier, 2010, p. 27).

Le terme "eugénisme" a été employé pour la première fois en 1883 par Francis Galton, scientifique britannique et cousin de Darwin, « *pour désigner la science qui se propose d'améliorer l'espèce humaine en entravant la multiplication des "inaptes" et en favorisant celle des "élites"* » (Testart, 1993, p. 113).

Selon l'OMS, la volonté consciente des individus d'avoir des enfants en bonne santé ne constitue pas une pratique eugénique, surtout que les techniques de PMA ne sauraient éradiquer toutes les formes d'incapacités (Wertz, Fletcher, et Berg, 2001). Aussi, « *la génétique médicale a pour objectif le bien des individus et des familles. [...] C'est là la différence capitale qui existe entre la génétique médicale d'aujourd'hui et l'eugénisme d'hier* » (Wertz, Fletcher, et Berg, 2001, p. 18). En effet, selon Gavarini (2001), les diagnostics préimplantatoires et prénataux ne sont pas des eugénismes autoritaires et idéologiques, mais s'articulent davantage dans un principe « thérapeutico-humanitaire », résultant sur la création d'un seuil de normalité dans les diagnostics de pathologies graves et vitales. Finalement, la sélection lors du DPI (diagnostic préimplantatoire) anticipe les avortements qui se feraient après le DPN (diagnostic prénatal).

Ainsi, l'eugénisme questionné et dénoncé actuellement dérive plus de l'imposition d'une norme de ce que doit être un être humain, que des comportements extrêmes de sélection rencontrés au cours l'histoire de notre société.

Par ailleurs, il est difficile de considérer que les avancées médicales permettant d'identifier rapidement certaines maladies génétiques soient contre l'intérêt de l'enfant et des individus en général. Toutefois, le choix du sexe de l'enfant dans le DPI nous apparaît plus inquiétant et nous convainc de la nécessité de cadrer les progrès médicaux et de développer les réflexions, notamment éthiques, sur les pratiques de la PMA.

Tandis qu'à court terme le diagnostic préimplantatoire et la sélection d'embryons ne semblent pas amener de conséquences néfastes, nous pouvons entrevoir une problématique croissante de discrimination envers les enfants porteurs de handicap, voire envers d'autres particularités comme le sexe des individus. Dans une optique de non-discrimination, il est donc nécessaire de développer, toujours plus, les droits des enfants en situation de handicap. Aussi, pour ne pas entrer dans une situation d'eugénisme, il faut être attentif à ne pas changer les propriétés génétiques des individus au fil des progrès médicaux. En effet,

aujourd'hui, pour la première fois dans l'histoire humaine, l'homme peut changer vraiment son espèce, ses caractéristiques, son essence. [...] Les changements peuvent devenir irréversibles [...]. Il faut proclamer l'absolue nécessité de légiférer tout de suite, mais avec des bases communes à tous les pays [car] tous ces problèmes appartiennent à l'humanité (Vercellone, 1990, p. 59).

VI Conclusion

Ce travail souhaitait relever les conséquences de la PMA sur l'enfant. Or, comme nous l'avons vu, ces conséquences sont multiples et variées, elles se rencontrent dans une diversité de domaines et sont différentes d'un pays à l'autre.

En lien avec les droits promus par la CDE (1989), il semblerait que le diagnostic préimplantatoire et la sélection des embryons contreviennent en partie aux principes de non-discrimination (art. 2) et de droit à la vie (art. 6), tout en empêchant des enfants gravement malades de souffrir dès leur naissance. Peut-être pourrions-nous même avancer que ces techniques de PMA améliorent la situation des enfants, permettant de déceler de graves maladies à un stade précoce et de soigner un aîné en danger pour sa vie.

Par ailleurs, certaines situations de PMA, telles que l'absence de filiation ou de nationalité pour des enfants issus de GPA illégales, semblent aller à l'encontre de l'intérêt de l'enfant (art. 3, CDE), et de son droit à une nationalité et à la reconnaissance (art. 7, CDE). Or, l'hypothèse, postulant l'émergence de questionnements particuliers quant aux origines, et de situations problématiques relatives à la filiation, semble être confirmée. En effet, les diverses situations de parenté ne paraissent pas encore être ni évaluées ni réglées. Or, pour respecter les droits de l'enfant, notamment le droit à une filiation officielle, et lui garantir une filiation en toute situation, il est nécessaire de prévoir un cadre légal satisfaisant pour les situations émergentes, telles que le recours aux techniques désirées à l'étranger ou le recours à un donneur dans la famille de manière privée.

Quant à la santé des enfants issus des techniques de PMA, la proportion des grossesses multiples et son impact sur la santé est important, d'une part. Cependant, ce taux élevé semble pouvoir être abaissé grâce à la sélection d'embryons, nécessitant par conséquent les techniques de diagnostic préimplantatoire et de congélation.

D'autre part, la proportion des maladies liées uniquement aux techniques de PMA semble minoritaire. Dans une majorité des situations, les enfants paraissent avoir une vie adéquate, la plupart des études montrant qu'ils ont une vie comparable aux

enfants conçus naturellement. Dès lors, le développement de ces enfants ne semble pas menacé.

Par conséquent, si l'on considère uniquement la période depuis la naissance, sans s'interroger sur la protection de l'embryon, nous pouvons établir que la PMA n'enfreint pas directement les droits de l'enfant, et que, de ce fait, elle ne va pas à l'encontre de son intérêt, du moment où des lois réfléchies fixent le cadre. En effet, il est essentiel d'interdire certaines pratiques de PMA, dans le but notamment de protéger le développement de l'enfant et de ses capacités, ainsi que sa socialisation et son épanouissement personnel, sachant que les législations ont un grand impact sur la situation de ces enfants. Effectivement, certaines pratiques peuvent avoir des conséquences néfastes sur le développement psychique et affectif de l'enfant, ainsi que sur le développement de l'estime de soi, telles que la congélation des embryons et la conception post-mortem.

Pour conclure, il est important de nourrir et de renouveler constamment les réflexions et interrogations découlant des techniques de PMA, dans le but d'améliorer les situations des enfants issus de ces pratiques. Dès lors, pour définir notamment un cadre juridique, satisfaisant pour la protection de l'enfant et le respect de son intérêt, qui s'appuie sur des considérations sociales et psychologiques, cette problématique doit être pensée en termes d'interdisciplinarité, et créer ainsi un « *dialogue interpersonnel, interdisciplinaire et interculturel [...]* » (Roy, 1990, p. 14).

« C'est cette expérience fondamentale de la protection de l'homme par l'homme qui doit nous servir de fil conducteur dans les décisions à prendre concernant l'adoption ou les techniques d'assistance médicale à la procréation. »

(Le Coz, 2006, p. 148)

VII Lexique

Abréviations

AMP :	Assistance médicale à la procréation
CDE :	Convention internationale des droits de l'enfant
CEDH :	Convention européenne des droits de l'homme
CLaH :	Convention de la Haye
DPI :	Diagnostic préimplantatoire
DPN :	Diagnostic prénatal
FIV :	Fécondation in vitro
FIVETE :	Fécondation in vitro et transfert d'embryon
FIVNAT-CH :	Fécondation in vitro national (Groupe de travail pour les statistiques de la Société suisse de la médecine de la reproduction)
GPA :	Gestation pour autrui
IAC :	Insémination artificielle avec le sperme du conjoint
IAD :	Insémination artificielle avec donneur
ICSI :	Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes
IIU :	Insémination intra-utérine de sperme
LPMA :	Loi sur la procréation médicalement assistée
MIDE :	Master Interdisciplinaire en droit de l'enfant
OPMA :	Ordonnance de la loi sur la procréation médicalement assistée
PMA :	Procréation médicalement assistée

Définitions *(Récupéré de Larousse.fr et de l'art. 2 LPMA)*

Anténatal :	Avant la naissance
Embryon :	Le fruit de la fusion des noyaux jusqu'à la fin de l'organogenèse (environ jusqu'à la 8 ^e semaine)
Fœtus :	Le fruit de la conception après l'organogenèse et jusqu'à la naissance
Gamète :	Les spermatozoïdes et les ovules
Génome :	Ensemble du matériel génétique, c'est-à-dire des molécules d'ADN, d'une cellule
Hypotrophie :	Développement insuffisant du corps tout entier
Néonatal :	Qui concerne le nouveau-né
Ovocyte :	Cellule ovarienne précurseur de l'ovule
Périnatal :	Circonstances entourant la naissance
Prénatal :	Période qui précède la naissance
Cellules souches embryonnaires :	Cellules embryonnaires qui peuvent proliférer

VIII Références

- Assemblée générale des Nations Unies. *Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant*. Résolution 44/25.
- Assemblée nationale française et le Sénat. *Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique*. France.
- Azria, E. et Grangé, G. (2007). Diagnostic préimplantatoire : considérations d'ordre éthique. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 35, 504–506. [doi :10.1016/j.gyobfe.2007.04.004]
- Bait, S. (2009). L'enfant issu d'une assistance médicale à la procréation (AMP) : quelle filiation ? Dans J. Pierre et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le fœtus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 279-282). Paris, France: Eska.
- Barou, J. (2010). Afrique. Faire un enfant pour autrui : le ventre légal. *L'école des parents*, 583, 34-35.
- Barroux-Chabanol, C. (2010). Lois de bioéthique : les possibles interdits. *L'école des parents*, 583, 20-23.
- Barroux-Chabanol, C. et Besnier, J.-M. (2010). Science fiction sous contrôle : posthumains. *L'école des parents*, 583, 26-28.
- Barroux-Chabanol, C. et Frydman, R. (2010). Séminaire de l'espace éthique : place à l'innovation. *L'école des parents*, 583, 18.
- Beauquier-Maccotta, B. (2010). Les enfants de l'assistance médicale à la procréation. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 23, 204-211. [doi :10.1016/j.jpp.2010.07.001]
- Blanchy, S. (2011). L'adoption, alternative à l'assistance médicale à la procréation ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 39, 491–495. [doi :10.1016/j.gyobfe.2010.10.014]
- Bleichenbacher, M., Heitlinger, E. et Imthurn, B. (2010). La vision de la procréation médicalement assistée en Suisse. *Bulletin des médecins suisses*, 91, 1373-1377.
- Bordeyne, P. (2001). Ethique, théologie et lien social. Dans R. Frydman, P. Madelenat, J. Milliez et A. Proust, *Ethique, religion, droit et procréation* (p. 65-68). Paris, France: G.R.E.F.
- Canto-Sperber, M. et Frydman, R. (2008). *Naissance et liberté : La procréation. Quelles limites ?* Paris, France: Plon.
- Cantwell, N. (2010). Le pourquoi et le comment de l'élaboration de la CDE. *Cours enfants et droits humains du premier semestre du MIDE*. Sion, Suisse: Institut Universitaire Kurt Bösch.

- Comité directeur de bioéthique (CDBI) (2003). *La protection de l'embryon humain in vitro*. Strasbourg, France: Conseil de l'Europe.
- Comité directeur de bioéthique (CDBI) (2005). *Réponses des Etats membres au questionnaire sur l'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) et sur le droit à la connaissance de ses origines pour les enfants nés après PMA*. Strasbourg, France: Conseil de l'Europe.
- Commission des droits de l'homme (2002). *Autres questions spécifiques se rapportant aux droits de l'Homme. Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme*. Genève, Suisse: Conseil Economique et Social des Nations Unies.
- Committee of experts on family law (CJ-FA) (2010). *Working party on the new legal instrument(s) on the rights and legal status of children and parental responsibilities (CJ-FA-GT3)*. Strasbourg, France: Conseil de l'Europe.
- Confédération suisse (s.d.). *Grossesse et assurance maladie*. Récupéré en novembre 2011 depuis Le Portail suisse: [www.ch.ch: http://www.ch.ch/private/00045/00047/00586/00593/index.html?lang=fr](http://www.ch.ch/private/00045/00047/00586/00593/index.html?lang=fr)
- Confédération suisse (s.d.). *Procréation médicalement assistée*. Récupéré en octobre 2011 depuis Office fédéral de la santé publique OFSP: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/index.html?lang=fr>
- Confédération suisse. *Code civil suisse du 10 décembre 1907*. RS 210.
- Confédération suisse. *Constitution fédérale du 18 avril 1999*. RS 101.
- Confédération suisse. *Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998*. RS 810.11.
- Confédération suisse. *Ordonnance sur la procréation médicalement assistée (OPMA) du 4 décembre 2000*. RS 810.112.2.
- Conseil de l'Europe (1998). *Assistance médicale à la procréation et protection de l'embryon humain, étude comparative sur la situation dans 39 pays*. Strasbourg, France: Auteur.
- CPMA (2011). Récupéré sur Centre de Procréation Médicalement Assistée et d'endocrinologie gynécologique: <http://www.cpma.ch/about/quality/born-babies.html>
- Darbellay, F. (2010). *Méthodologies et initiation à la recherche inter- et transdisciplinaire. Cours du premier semestre du MIDE*. Sion, Suisse: Institut Universitaire Kurt Bösch.
- De Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., Castilla, J., Ferraretti, A., Korsak, V.,...Nyboe Andersen, A. (2010). *Assisted reproductive technology in Europe, 2006 : results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction*, 1-12.
- De Singly, F. (1996). *Le Soi, le couple et la famille*. Paris, France: Nathan.

- Dehan, M. (1996). Devenir des enfants nés après une assistance médicale à la procréation. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 9, 459-463.
- Delaisi de Parseval, G. (2009). Assistance médicale à la procréation : la cuisine procréative. *L'école des parents*, 581, 58-59.
- Delaisi de Parseval, G. et Depadt-Sebag, V. (2010). Accès à la parenté : assistance médicale à la procréation et adoption. Pour une révision progressiste de la loi relative à la bioéthique. Paris, France: Terra Nova.
- Delaisi De Parseval, G., Szejer, M. et Guardiola, I. (2010). Gestation et procréation pour autrui : mère porteuse. *L'école des parents*, 583, 29-31.
- Dreifuss-Netter, F. (2009). Les orientations législatives: le droit de l'AMP à l'épreuve des évolutions de la société. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le foetus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 29-39). Paris, France: Eska.
- Dreifuss-Netter, F. (2011). Quels principes pour un droit de la procréation assistée ? *Médecine & droit*, 2011, 8-11. [doi :10.1016/j.meddro.2010.10.021]
- Dumortier, T. (2009). L'anonymat du don et l'AMP : un enjeu institutionnel. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le foetus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 295-298). Paris, France: Eska.
- Durand, M. (2009). L'embryon in vitro saisi par le droit, chose digne ou personne incapable ? Ou l'utopie d'une qualification juridique définitive et unifiée de l'embryon. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le foetus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 125-129). Paris, France: Eska.
- Elveris, A. (2011). La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en matière de procréation médicalement assistée. *Médecine & droit*, 2011, 23-26. [doi :10.1016/j.meddro.2010.10.003]
- Emile, C. (2008). Assistance médicale à la procréation : les méthodes de prises en charge en AMP. *OptionBio*, 409, 9-11.
- Ensellem, C. (2009). La filiation: entre parentalité et identité. L'empire du ventre. *L'école des parents*, 581, 60-63.
- Fagniez, P.-L., Loriau, J. et Tayar, C. (2005). Du "bébé médicament" au "bébé du double espoir". *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 33, 828-832. [doi :10.1016/j.gyobfe.2005.07.034]
- Fauque, P., Jouannet, P. et Jammes, H. (2008). Empreinte parentale et assistance médicale à la procréation. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 36, 1139-1146. [doi :10.1016/j.gyobfe.2008.08.007]

- Feuillet, B. et Portier, P. (2010). Éthique et religion dans la décision de recourir à l'assistance médicale à la procréation. Une première approche de la situation française. *Médecine & droit*, 2010, 142–149. [doi :10.1016/j.meddro.2010.09.002]
- Freire, R. (2010). L'évaluation sociale dans la procédure d'adoption : Comment les candidats à l'adoption comprennent-ils l'étape de l'évaluation sociale ? Lausanne, Suisse: Ecole d'études sociales et Pédagogiques (EESP).
- Frydman, R. (2010). Contre la grossesse pour autrui (GPA). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, 224-225.
- Gavarini, L. (2001). *La passion de l'enfant*. Paris, France: Denoël.
- Gènétique. Dossier Assistance médicale à la procréation. Récupéré en novembre 2011 depuis GèneEthique: http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/amp/amp.asp
- Goëb, J.-L., Férel, S., Guetta, J., Dutilh, P., Dulioust, E., Guibert, J.,...Golse, B. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales médico psychologiques*, 164, 781-788. [doi :10.1016/S0003-4487(06)00214-9]
- Grabinski, A. et Haberko, J. (2011). L'intérêt de l'enfant à naître en AMP : regards croisés franco-polonais. *Médecine & droit*, 167–173. [doi :10.1016/j.meddro.2011.05.002]
- Granet-Lambrechts, F. et Guardiola, I. (2010). Les possibles interdits : interview d'un professeur de droit privé. *L'école des parents*, 583, 24-25.
- Guibert, J. et Olivennes, F. (2004). Les enfants de l'assistance médicale à la procréation. *EMC-Gynécologie obstétrique*, 1, 137–144. [doi : 10.1016/j.emcgo.2004.07.001]
- Guibert, J., Davy, C. et Olivennes, F. (2006). Le suivi des enfants nés par assistance médicale à la procréation. *Réalités en gynécologie-obstétrique*, 108, 29-34.
- Hafhouf, E., Taar, J.-P., Demouzon, J., Tibi, C. et Lévy, R. (2009). ICSI chirurgicales : quels enfants ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 37, 873–883. [doi :10.1016/j.gyobfe.2009.09.007]
- Hanson, K. (2010). Enfants et droits humains. *Cours du premier semestre du MIDE*. Sion, Suisse: Institut Universitaire Kurt Bösch.
- Haute autorité de santé (2007). Evaluation de la fécondation in vitro avec micromanipulation (intracytoplasmic sperm injection [ICSI]). Indications, coût-efficacité et risques pour la descendance. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 35, 1173–1179. [doi :10.1016/j.gyobfe.2007.09.013]
- Heinzl, S. (2003). La procréation médicalement assistée aujourd'hui. *Forum Med Suisse*, 13, 307-308.

- Hohl, M. K. (2003). La situation de la procréation médicalement assistée en Suisse. *Forum Med Suisse*, 16, 382-386.
- Hopker Azemar, F., Daudin, M. et Bujan, L. (2010). Couples sérodifférents dont l'homme est infecté par le VIH et assistance médicale à la procréation : le désir d'enfant et la grossesse aux prises avec la réalité de la maladie. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 38, 58-69. [doi :10.1016/j.gyobfe.2009.05.012]
- Kulakowska, E. et Epelboin, S. (2007). Procréation médicalement assistée : fertiles déconvenues. *L'école des parents*, 563, 46-47.
- Lacheref, I. (2010). Association Maia : désir d'enfant. *L'école des parents*, 583, 32-33.
- Lazartigues, A. (2007). Nouvelles familles, nouveaux enfants, nouvelles pathologies. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 304-320. [doi :10.1016/j.neurenf.2007.07.005]
- Le Coz, P. (2006). *Quelle philosophie de la famille pour la médecine de la reproduction ?* Paris, France: L'Harmattan.
- Le Lannou, D. (2010). Secret et anonymat du don de gamètes. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 38, 324-331. [doi :10.1016/j.gyobfe.2010.03.003]
- Loiseau, G. (2009). La qualification juridique de l'embryon : sujet ou objet ? Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le fœtus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 91-103). Paris, France: Eska.
- Louis-Pécha, A. (2009). Statut du fœtus et personnalité juridique. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le fœtus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 153-178). Paris, France: Eska.
- Marchaudon, V., Piccardino, O., Dufour, P., Subtil, D. et Deruelle, P. (2007). Être enceinte après 45 ans grâce au don d'ovocyte à l'étranger : merveille de la médecine ou transgression des règles éthiques ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 35, 1235-1238. [doi :10.1016/j.gyobfe.2007.05.025]
- Mauron, A. (2009). Du statut de l'embryon au statut des technologies de la reproduction. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le fœtus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 333-343). Paris, France: Eska.
- Mehl, D. (2008). *Enfants du don : Procréation médicalement assistée, parents et enfants témoignent*. Paris, France: Robert Laffont.
- Mehl, D. (2009). Gestation pour autrui : quelle demande ? Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le fœtus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 219-232). Paris, France: Eska.

- Merviel, P. (2009). Peut-on éviter les grossesses multiples en AMP ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 37, 1-2.
- Merviel, P., Cabry, R., Lourdel, E., Brzakowski, M., Maerten, I., Berthe, E.,...Copin, H. (2011). Faut-il vraiment lever l'anonymat des dons de gamètes en France ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 39, 67-69. [doi :10.1016/j.gyobfe.2010.12.006]
- Nisand, I. (2010). Grossesse pour autrui : pour le cas par cas. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 38, 226–229. [doi :10.1016/j.gyobfe.2010.01.007]
- Nouvel, P. (2006). De l'insécurité génétique. Dans Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay (dir.), *Santé et droits de l'homme : les nouvelles insécurités* (Vol. 2, p. 35-45). Genève, Suisse: Médecine & hygiène.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2011). *Familles, ménages - Analyse : Les familles en Suisse*. Récupéré en novembre 2011 depuis Statistique suisse: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/06.html>
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco). *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines du 16 octobre 2003*.
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme du 19 octobre 2005*.
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco). *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme du 11 novembre 1997*.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009). *Comités d'éthique de la recherche : notions de base*. Genève, Suisse: Auteur.
- Ponte, C. (2009). AMP : législation comparée et perspectives d'évolution. *OptionBio*, 418-419, 17-18.
- Rosenblum, O., Poirrot, C. et Cohen, D. (2008). L'aide médicale à la procréation chez les couples atteints par le VIH. Nouvelles implications dans l'accès à la parentalité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 263–268. [doi :10.1016/j.neurenf.2008.04.006]
- Roy, J. (1990). L'éthique de la reproduction assistée. Dans *Les nouvelles familles : un défi pour la justice au seuil de l'an 2000* (p. 13-45). Turin, Italie: Association internationale des magistrats de la jeunesse et de la famille.
- Ruffieux, G. (2009). Quel cadre juridique pour la maternité de substitution ? Dans J. Pierre et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le foetus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 239-247). Paris, France: Eska.
- Sacoun, E. (2008). Quelle filiation pour l'enfant issu d'une assistance médicale à la procréation ? *Option Bio*, 19, 14-15.

- Sacoun, E. (2009). La fécondation in vitro. Trente années d'assistance médicale à la procréation : réalisations et défis. *OptionBio*, 418-419.
- Sacoun, E. (2010). Faut-il étendre les limites de l'AMP ? *OptionBio*, 433, 10-11.
- Sauvalle, A. (2004). Petite annexe pour démêler le vocabulaire et les abréviations de l'assistance médicale à la procréation. Dans J. Dayan (dir.), *Cigognes et paillettes. L'assistance médicale à la procréation* (Vol. 32, p. 17-18). Paris, France: Erès.
- Séralini, G.-E. (2006). Enjeux éthiques et génétique. Dans Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay (dir.), *Santé et droits de l'homme : les nouvelles insécurités* (Vol. 2, p. 121-134). Genève, Suisse: Médecine & hygiène.
- Shenfield, F. (2005). Le diagnostic préimplantatoire en vue de choisir un enfant sauveur de fratrie. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 33, 833-834. [doi :10.1016/j.gyobfe.2005.07.037]
- Steering committee of bioethics (CDBI) (2005). *Replies by the member States to the questionnaire on access to medically assisted procreation (MAP) and on right to know about their origin for children born after MAP*. Strasbourg, France: Conseil de l'Europe.
- Terriou, P. et Roulier, R. (2004). Risque virologique et assistance médicale à la procréation. *EMC-Gynécologie obstétrique*, 1, 2-6. [doi : 10.1016/S1762-6145(03)00002-7]
- Testart, J. (1993). *La procréation médicalisée*. France: Flammarion.
- Ummel, M. (2006). La réglementation des progrès de la médecine et de la biologie : quelle articulation entre bioéthique et droits de l'homme? Dans Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay (dir.), *Santé et droits de l'homme : les nouvelles insécurités* (Vol. 2, p. 49-67). Genève, Suisse: Médecine & hygiène.
- Vercellone, P. (1990). La procréation artificielle et la génétique. Dans *Les nouvelles familles: Un défi pour la justice au seuil de l'an 2000* (p. 46-59). Turin, Italie: Association internationale des magistrats de la jeunesse et de la famille.
- Weiss-Gout, B. (2009). La maternité de substitution : le droit français confronté aux solutions étrangères. Dans P. Jouannet et C. Paley-Vincent (dir.), *L'embryon, le fœtus et l'enfant. Assistance médicale à la procréation et lois bioéthiques : une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale* (p. 201-218). Paris, France: ESKA.
- Wertz, D. C., Fletcher, J. C. et Berg, K. (2001). *Les problèmes éthiques rencontrés en génétique médicale*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Zech, H. et Zech, N. (2003). Controverses sur la procréation médicalement assistée en Europe. *Forum Med Suisse*, 14, 338-341.

IX Annexes

1 Tableaux statistiques

Procréation, santé des nouveau-nés - Données, indicateurs				
Procréation médicalement assistée				
Procréation médicalement assistée: traitements et résultats				
	2007	2008	2009	2010
Personnes traitées, cycles de traitements et grossesses				
Femmes traitées (total)	5'481	5'960	6'281	6'492
Femmes ayant débuté un traitement dans l'année	3'087	3'728	3'858	3'577
Cycles de traitements initiés	8'858	9'624	10'347	10'898
Femmes traitées chez qui le traitement a abouti à une grossesse	37.0%	36.5%	35.8%	35.7%
Suivi des grossesses				
Grossesses ayant abouti à une naissance ¹	71.5%	71.5%	72.4%	..
Accouchements avec naissances multiples	17.1%	18.6%	17.3%	..
Naissances vivantes	1'687	1'828	1'908	..
Part de jumeaux, en % des enfants	29.6%	31.8%	29.7%	..
Mortinaissances, en % des enfants ²	0.2%	0.3%	0.4%	..
<p>1 Issue de la grossesse inconnue dans 3% des cas en 2006, 0.5% en 2007 et 0.3% en 2008 et 0.8% des cas en 2009.</p> <p>2 Statut à la naissance inconnu dans 0.6% des cas en 2006, dans 0.4% en 2007 et 2008 et 0.5% des cas en 2009.</p> <p>Etat au 23 septembre 2011</p> <p>Source: Statistique de la procréation médicalement assistée, OFS</p>				

(Office fédéral de la statistique (OFS), 2011)

Table 1 ART in European countries in 2006.

country	IVF clinics in the country		Treatment cycles										Cycles/million	
	Total	Reporting	IVF	ICSI	FER	ED	IVM	PGD	FOR	All	Women 15-45	Population		
Albania	2	1	0	120		21				141	NA	NA		
Austria	25	25	1218	3733	226					5177	2582	624		
Belgium	18	18	3619	11 928	6620	563				22 730	9383	2165		
Bulgaria	15	8	642	634	93	18	0	0	0	1387	NA	NA		
Cyprus	7	7	402	790	143	80		27		1432	5231	1432		
Czech Republic	21	21	2331	6891	3560	511		414		13 707	5471	1331		
Denmark	22	22	5500	4436	2515	31	52	84		12 618	10 132	2268		
Finland	18	18	2849	1927	3561	385	22	27	345	9116	7827	1720		
France	102	102	20 409	30 367	14 064	573	69	267		65 749	4436	1074		
Germany	122	122	11 082	28 687	14 926					54 695	2843	664		
Greece	50	9	1222	2287	310	152		0	27	3971	NA	NA		
Hungary	10	5	522	2086	641	28	0	3	27	3307	NA	NA		
Iceland	1	1	173	173	162	22	0	0	0	530	7088	1767		
Ireland	7	6	1588	1004	636	4	0	0	0	3232	NA	NA		
Italy	202	202	8680	28 186	905					40 748	2993	691		
Latvia	1	1	105	63	87	25	0	0	0	280	475	122		
Lithuania	3	2	345		68					413	NA	NA		
Macedonia	3	3	531	355	25					911	1726	456		
Montenegro	2	2	40	202	3					245	1382	408		
Norway	11	11	2749	2312	2054		19	0		7134	6645	1518		
Poland	32	17	336	3790	1737	315	6	38	1	6223	NA	NA		
Portugal	21	19	1161	2225	380	37	3	65		3871	NA	NA		
Russia	55	50	10 785	6469	2910	1110	32	415	0	21 274	NA	NA		
Serbia	11	4	124	378	15	9				526	NA	NA		
Slovenia	3	3	687	1512	590	5	0	10	3	2807	5591	1404		
Spain	182	107	4178	28 360	8203	6547	36	2478	141	49 943	NA	NA		
Sweden	14	14	5304	4784	4695	148				14 931	7337	1631		
Switzerland	24	24	821	3239	3049	0	0	0	0	7109	3851	948		
The Netherlands	13	13	8365	6485	2920					17 770	4489	1084		
Turkey	77	77	914	31 938	2308	338	2	2308		37 468	1878	508		
Ukraine	16	14	3002	1309	710					5361	NA	NA		
UK	70	70	17 634	16 184	7943	1763		425	4	43 953	3039	726		
All	1160	998	117 318	232 844	86 059	12 685	241	6561	3498	458 759	NA	NA		

For Belgium, France and Iceland 'treatment cycles' for IVF and ICSI refer to aspirations. FER refers to thawings, but for Austria, France, Iceland, Lithuania, Macedonia, the Netherlands and Turkey it refers to transfers. ED refers to transfers. FOR refers to thawings, except for Finland where it refers to transfers. For Russia IVM and PGD cycles were also counted in the number of IVF and ICSI cycles.

Table II Results after ART in 2006.

Country	Cycles IVF + ICSI		IVF		Pregnancies per aspiration (%)		Deliveries per aspiration (%)		ICSI		Pregnancies per aspiration (%)		Deliveries per aspiration (%)		FER		ART	
	IVF + ICSI	Aspirations	Aspirations	Pregnancies per aspiration (%)	Aspirations	Pregnancies per aspiration (%)	Aspirations	Pregnancies per aspiration (%)	Aspirations	Pregnancies per aspiration (%)	Deliveries per aspiration (%)	Deliveries per aspiration (%)	Trawings FER	Pregnancies per thawing (%)	Deliveries per thawing (%)	Infants ¹	ART infants per national births (%)	
Albania	120	0	—	—	119	40.3	36.1	36.1	25.9	20.1	20.1	25.5	15.5	10.2	2674	78	1.3	
Austria	4951	1207	32.9	21.0	3571	32.8	18.4	18.4	1885	26.8	21.6	3561	19.9	15.2	1908	1041	1.3	
Belgium	3619	283	28.3	21.0	11928	27.2	25.3	25.3	25.8	20.3	20.3	3561	19.9	15.2	13480	4019	3.3	
Bulgaria	1276	601	29.0	21.3	601	30.9	25.3	25.3	26.5	22.0	22.0	310	13.0	9.1	932	374	1.6	
Cyprus	1182	377	30.0	21.3	745	37.9	14.3	14.3	26.5	22.0	22.0	641	17.8	9.5	869	10427	1.5	
Czech Republic	9222	2208	31.4	21.4	6631	37.6	23.3	23.3	26.5	22.0	22.0	641	17.8	9.5	149	869	3.4	
Denmark	9936	5290	27.8	21.1	4351	25.9	20.1	20.1	26.5	22.0	22.0	641	17.8	9.5	2674	2674	4.1	
Finland	4776	2770	27.0	21.0	1885	26.8	21.6	21.6	26.8	20.3	20.3	3561	19.9	15.2	1908	1908	3.3	
France	20409	242	24.2	18.7	30367	25.8	20.3	20.3	25.8	20.3	20.3	3561	19.9	15.2	13480	13480	1.6	
Germany	39769	10276	29.9	18.8	27789	28.0	18.4	18.4	28.0	22.0	22.0	310	13.0	9.1	932	10427	1.5	
Greece	3509	1146	26.5	19.0	1984	26.5	22.0	22.0	26.5	22.0	22.0	310	13.0	9.1	932	932	1.5	
Hungary	2608	471	21.7	17.6	2028	32.0	26.8	26.8	32.0	26.8	26.8	641	17.8	9.5	869	869	3.4	
Iceland	173	324	25.4	25.4	173	28.3	24.9	24.9	17.3	28.3	28.3	641	17.8	9.5	149	149	3.4	
Ireland	2592	1299	30.9	26.3	880	29.1	24.3	24.3	29.1	24.3	24.3	636	17.6	12.7	787	787	1.0	
Italy	36866	7429	21.4	13.4	25392	21.1	12.3	12.3	21.1	12.3	12.3	905	16.0	9.3	5322	5322	1.0	
Latvia	168	105	68.6	41.3	63	41.3	87	10.3	41.3	10.3	10.3	87	10.3	10.3	32	32	1.0	
Lithuania	345	165	32.1	16.2	168	34.5	16.4	16.4	16.5	32.1	32.1	68	11.8	11.8	227	227	0.8	
Macedonia	886	491	25.3	16.2	335	20.9	16.4	16.4	20.9	16.4	16.4	68	11.8	11.8	227	227	0.8	
Montenegro	242	37	18.9	16.2	190	23.2	22.1	22.1	18.9	16.2	16.2	3	33.3	33.3	57	57	0.8	
Norway	5061	2607	30.6	25.7	2240	28.4	24.1	24.1	28.4	24.1	24.1	2054	15.8	11.5	1660	1660	2.8	
Poland	4126	314	34.1	29.9	3711	35.2	28.7	28.7	35.2	28.7	28.7	1737	16.8	13.6	1686	1686	2.8	
Portugal	3386	1056	34.8	26.3	2034	28.5	22.8	22.8	26.3	22.8	22.8	380	19.2	14.2	964	964	1.7	
Russia	17254	10365	34.8	22.2	6312	33.7	20.2	20.2	33.7	22.2	22.2	2910	21.6	13.3	5424	5424	1.7	
Serbia	502	117	47.9	38.5	361	26.9	22.2	22.2	38.5	22.2	22.2	15	20.0	13.3	200	200	1.7	
Slovenia	2199	646	31.1	26.0	1418	27.8	22.9	22.9	26.0	22.9	22.9	590	18.8	12.7	672	672	3.6	
Spain	32538	3479	34.9	30.6	25972	34.0	17.6	17.6	34.9	30.2	30.2	8203	21.7	12.1	11302	11302	3.6	
Sweden	10088	4917	32.5	25.4	4579	30.2	23.9	23.9	25.4	23.9	23.9	4695	23.8	17.0	3417	3417	3.3	
Switzerland	4060	749	24.2	16.6	3002	26.3	19.1	19.1	26.3	26.3	26.3	3049	17.7	12.2	1241	1241	1.7	
The Netherlands	14850	7727	29.9	22.2	6076	32.9	25.8	25.8	29.9	22.2	22.2	3049	17.7	12.2	4448	4448	2.4	
Turkey	32852	867	47.9	14.5	31212	37.3	11.5	11.5	47.9	14.5	14.5	710	21.8	14.8	1617	1617	1.7	
Ukraine	4311	2927	34.1	24.1	1286	35.1	26.7	26.7	34.1	24.1	24.1	710	21.8	14.8	1617	1617	1.7	
UK	33818	15530	28.9	25.7	16138	30.1	26.5	26.5	28.9	25.7	25.7	7943	20.1	17.5	12698	12698	1.7	
All ¹	283493	109374	29.0	21.5	223541	29.9	18.4	18.4	29.9	21.5	21.5	66354	19.1	12.7	87705	87705	1.7	

*Tdata refer only to these countries where data were reported. ¹ART infants also includes ED. The recording of deliveries is incomplete. Data on initiated cycles for IVF and ICSI not available for Belgium, France and Iceland. Data on deliveries for IVF and ICSI not available for Austria, Cyprus, Czech Republic and Latvia. For FER, no data available for Albania, Austria, France, Iceland, Lithuania, Macedonia, The Netherlands and Turkey. Data on deliveries for FER not available for Cyprus, Czech Republic and Latvia. For Lithuania: aspirations refer to transfers.

(De Mouzon, et al., 2010)

2 Législations européennes en matière d'anonymat des donneurs et d'accès à la PMA pour les femmes homosexuelles

Section II – Droit à la connaissance de ses origines pour les enfants nés après PMA

16. Les dons suivants sont-ils anonymes?

a. Spermie
b. Ovocyte
c. Embryon

Pays	a	b	c	Pays	a	b	c
Albanie				Lituanie	*	*	*
Arménie				Luxembourg	Oui*	Oui*	Oui*
Autriche	Non	-	-	Malte	*	*	*
Azerbaïdjan	Oui	-	-	Moldova			
Belgique	Oui*	Non*	Oui*	Pays-Bas	Non*	Non*	Non*
Bosnie-Herzégovine				Norvège	Non*	-	-
Bulgarie				Pologne	Oui*	Oui*	Oui*
Croatie	Oui*	-	-	Portugal			
Chypre	-*	-*	-*	Roumanie			
République tchèque	Oui	Oui	Oui	Fédération de Russie	Oui*	Oui*	Oui*
Danemark	Oui	Oui	Oui	Serbie - Monténégro	-	-	-
Estonie	Oui	Oui	Oui	Slovaquie	Oui	Oui	Oui
Finlande	Oui*	Oui*	Oui*	Slovenie	Oui*	Oui*	-
France	Oui	Oui	Oui	Espagne	Oui	Oui	Oui
Géorgie	Non*	Non*	Non*	Suède	Non	Non	-
Allemagne	Non*	-	Non	Suisse	Non*	-	-
Grèce	Oui	Oui	Oui	"Lex-R Y M"	-	-	-
Hongrie				Turquie	Non	Non	Non
Islande	Oui*	Oui*	-	Ukraine	Oui*	Oui*	Oui*
Irlande				Royaume-Uni	Non*	Non*	Non*
Italie	Oui*	Oui*	Oui*	Canada	*	*	*
Lettonie	Oui	Oui	Oui	Israël	Oui	Oui	-

Aspects juridiques

1. L'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) (insémination artificielle, fécondation in vitro (FIV) est-il

a. réservé aux couples hétérosexuels?
b. ouvert aux femmes ne vivant pas en couple hétérosexuel ?

Pays	a	b	Pays	a	b
Albanie			Lituanie	Oui	Non
Arménie			Luxembourg	Non	Oui*
Autriche	Oui	Non	Malte	*	*
Azerbaïdjan	Oui	Oui	Moldova	Non	Oui*
Belgique	Non*	Oui	Pays-Bas	Non	Oui*
Bosnie-Herzégovine			Norvège	Oui	Non
Bulgarie			Pologne	Oui*	Non*
Croatie	Oui	-	Portugal	Oui	Non
Chypre	Oui	Non	Roumanie		
République tchèque	Oui	Non	Fédération de Russie	Non*	Oui*
Danemark	Oui	Non*	Serbie - Monténégro	Non	Non
Estonie	Oui	Oui	Slovaquie	Oui	Non
Finlande	Non	Oui	Slovenie	Oui*	Non
France	Oui*	Non	Espagne	Oui	Oui
Géorgie	*	*	Suède	Oui	Non*
Allemagne	Oui*	Non	Suisse	Oui	Non
Grèce	Non*	Oui*	"Lex-R Y M"	Oui	Non
Hongrie			Turquie	Oui	Non
Islande	Oui	Non	Ukraine	Non*	Oui*
Irlande			Royaume-Uni	Non	Oui*
Italie	Oui	Non	Canada	Non*	Oui*
Lettonie	Non	Oui	Israël	Non*	Oui