

## INFORMATION

### **Ouverture de l'assistance médicale à la procréation avec sperme de donneur (AMPD) à des indications non médicales <sup>1</sup>**

MOTS-CLÉS: INSÉMINATION AVEC SPERME DE DONNEUR. COUPLE LESBIEN. MÈRE CÉLIBA-TAIRE. PARENTALITÉ

### *Extension of assisted reproductive technologies with donor sperm (ARTD) to non-medical indications*

KEY-WORDS : DONOR INSEMINATION. LESBIAN COUPLES. SINGLE MOTHER. PARENTING.

Pierre JOUANNET (rapporteur) \*

*Au nom d'un groupe de travail de la Commission X (Reproduction et développement) et de la Commission XVII (Éthique et droit)*

*Membres du groupe de travail : Monique ADOLPHE, Claudine BERGOIGNAN-ESPER, Marie Thérèse HERMANGE, Marie-Christine MOUREN, Marie-Odile RETHORÉ, Gérard BRÉART, Georges DAVID, Roger HENRION (président), Jacques MILLIEZ, Guy NICOLAS, Jean-Pierre OLIÉ, Alfred SPIRA, Paul VERT.*

**Les membres du groupe de travail déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de ce rapport.**

## RÉSUMÉ

*En France comme dans d'autres pays, de plus en plus de femmes vivant seules ou en couple homosexuel souhaitent devenir mères. Pour mener à bien leur projet parental, elles peuvent consulter un médecin en France et souvent se rendent à l'étranger pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation avec les spermatozoïdes d'un donneur (AMPD). L'AMPD devrait-elle leur être accessible en France ? Il n'appartient pas au médecin de le*

<sup>1</sup> Une liste des abréviations utilisées est indiquée à la fin du rapport

\* Membre de l'Académie nationale de médecine.

*Tirés-à-part : Professeur Pierre JOUANNET*

*Article reçu le 28 mai 2014*

décider. L'AMPD réalisée dans ces circonstances n'a pas d'indication ni de contre-indication médicale. Ce mode de procréation suscite de nombreuses questions concernant le développement et le bien-être des enfants. Les résultats des études menées dans d'autres pays sont souvent rassurants mais les conditions de leur obtention ne permettent pas de conclure et de nombreuses zones d'ombre persistent. Il serait donc nécessaire de poursuivre l'effort de recherche récemment initié en France dans le domaine. Si l'accès à l'AMPD des femmes sans partenaire masculin était légalisé, il devrait être accompagné de mesures pour assurer sa mise en œuvre selon les principes éthiques de bénévolat et d'anonymat s'appliquant à tout don d'élément du corps humain. Ces mesures devraient aussi permettre une prise en charge médicale efficace des actes et de leurs conséquences pour favoriser au mieux le bien-être des enfants et de leurs mères.

## SUMMARY

*In France as in other countries, more and more single women and lesbian couples wish to become mothers. To carry through their parenting project they may consult a physician in France and often go abroad in order to get Assisted Reproductive Technologies with donor sperm (ARTD). Should ARTD be available to those women in France? The physician has not to take the decision. In such situations ARTD has no medical indication or contraindication. This assisted procreation raises many questions on children development and well-being. The results of studies made in other countries are often reassuring but their methodologies do not allow any conclusion to be drawn and grey areas persist. Therefore it should be necessary to develop a research effort in the field as it recently started in France. Would ARTD access to women without a male partner be legalized, the law should respect the ethical principles of non-payment and anonymity associated with donation of all body components. In any case, it should also allow an efficient medical care to be performed to ensure under the best conditions the well-being of the children and their mothers.*

## INTRODUCTION

Après que deux membres de l'Académie nationale de médecine (MC Mouren et P Jouannet) ont été auditionnés le 13 décembre 2012 par la commission des lois de l'Assemblée nationale à propos du projet de loi ouvrant le mariage aux personnes de même sexe, le président a souhaité début 2013 que l'Académie soit informée des questions posées par l'accès éventuel de ces personnes à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et à la Gestation Pour Autrui (GPA). Un groupe de travail a été constitué sous la présidence de Roger Henrion. Au cours de sa réflexion, il est apparu au groupe que la nature des questions concernant l'AMP et la GPA aussi bien que leurs enjeux et le contexte dans lequel elles étaient posées étaient très différents, ce qui a conduit à proposer deux documents distincts.

Ce document ne concerne que l'AMP avec sperme de donneur (AMPD) et plus précisément sa réalisation éventuelle pour des indications non médicales, c'est-à-dire pour des femmes seules ou des couples de femmes. Ce sujet a suscité de nombreux débats et commentaires, parfois passionnés, depuis plus d'un an dans la société française. Le groupe de travail a souhaité mener sa réflexion sans *a priori* et

avec toute la sérénité possible en s'attachant avant tout aux aspects médicaux du sujet et en s'efforçant d'en identifier les enjeux et les conséquences à l'exclusion de toute considération d'ordre idéologique ou politique. Il ne s'est pas prononcé non plus sur les aspects juridiques et sociaux qui sont aussi importants à considérer mais qui n'étaient pas de son ressort.

## CONTEXTE

En France, l'AMP est réglementée depuis 1994 par la loi qui en précise les indications et les conditions d'accès. « *L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination* » (CSP L 2141-2). Ces dispositions, qui n'autorisent l'accès de l'AMP qu'aux couples hétérosexuels et seulement s'il y a une indication médicale, n'ont pas été modifiées depuis, malgré deux révisions de la loi en 2004 et 2011. De plus, quand il s'agit d'une AMP nécessitant l'intervention d'un tiers donneur, « *les époux, les partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou les concubins (...) doivent préalablement donner, dans les conditions prévues par le code civil, leur consentement au juge ou au notaire* » (CSP L 2141-10). Comme tous les éléments du corps humain donnés à autrui, le don de spermatozoïdes est volontaire, anonyme et gratuit.

Le mariage est ouvert aux couples de même sexe depuis la promulgation de la loi du 17 mai 2013. La loi ouvre également la voie de l'adoption à ces couples mariés. Par ailleurs, une femme seule (pacée, en concubinage ou célibataire) homosexuelle ou non peut adopter un enfant. Ce dernier pourra par la suite être adopté par la concubine de l'adoptante si elles se marient. En revanche, l'AMP reste inaccessible aux femmes seules et aux couples de femmes.

Il est difficile de connaître le nombre exact des couples homosexuels, encore plus difficile de savoir combien de ces couples vivent avec des enfants et impossible de savoir combien de couples en désirent. Dans une étude appelée « *le couple dans tous ses états* », provenant de l'exploitation de la dernière enquête « *Famille et logement* » effectuée auprès de 360 000 personnes en 2011, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), a donné quelques indications en février 2013. Près de 200 000 personnes vivaient en couples en France avec une personne du même sexe, soit environ 100 000 couples [1]. Six fois sur dix, il s'agirait de couples d'hommes. En revanche, parmi les 10 % de personnes en couple de même sexe qui déclaraient résider avec un enfant, il s'agissait huit fois sur dix de couples de femmes. On peut en déduire que 20 000 personnes en couple de même sexe vivaient avec au moins un enfant, estimation se rapprochant des chiffres de l'Institut national d'études démographiques (INED).

Dans une note publiée en 2009, l'INED soulignait en effet que l'homoparentalité est un concept récent faisant l'objet de travaux reposant sur des approches juridiques ou relevant de la sociologie qualitative mais qui reste difficile à quantifier faute d'instruments adaptés. Si une famille homoparentale peut être définie par la réunion d'un parent ou d'un couple de parents dont l'orientation homosexuelle est clairement reconnue et un ou plusieurs enfants légalement liés à l'un des parents au moins, l'homoparentalité recouvre des situations diverses. Ainsi l'INED distingue les configurations homoparentales qui sont issues d'unions hétérosexuelles et résultent de recompositions familiales et celles qui sont issues du projet parental d'un couple de même sexe ou d'une personne homosexuelle qui peut être réalisé par l'adoption ou par l'insémination avec sperme de donneur (IAD). Enfin la coparentalité correspond au projet de plusieurs personnes (dont une au moins est homosexuelle) s'accordant pour avoir un enfant ensemble et l'élever conjointement. À l'époque, l'INED estimait que les couples co-résidents de même sexe avoisineraient 1 % du nombre total des couples et que le nombre d'enfant résidant avec ce type de couple devait se situer entre 25 000 et 40 000 [2].

Les enfants élevés par des femmes seules sont beaucoup plus nombreux. D'après l'enquête INSEE évoquée ci-dessus, 2,5 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans vivaient dans une famille monoparentale en 2011 et dans 86 % des cas, les enfants étaient élevés par leur mère [3]. Il est pratiquement impossible de savoir combien parmi ces enfants résultent d'un projet parental de la femme seule et ont été conçus soit naturellement soit par AMPD.

## **SITUATION INTERNATIONALE**

La situation légale et les conditions d'accès à l'AMP sont très variables d'un pays à l'autre. L'accès à l'AMP n'est autorisé ni aux femmes célibataires ni aux couples de femme en Allemagne, en Italie, en Suisse et au Portugal. Il est en revanche autorisé dans les deux situations en Belgique, aux Pays-Bas, au Danemark, en Finlande, en Espagne, en Grèce, en Israël, au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada. Enfin l'AMP n'est pas accessible aux femmes seules en Suède et en Norvège et elle n'est pas accessible aux couples de femmes en Russie alors qu'elle est accessible aux femmes célibataires dans ce dernier pays.

Les contacts avec les médecins assurant cette activité indiquent que les femmes seules et les femmes vivant en couple homosexuel représentent une proportion croissante des personnes pour lesquelles l'AMPD est pratiquée dans tous les pays où elle est autorisée. Cependant il est pratiquement impossible de disposer d'informations précises en la matière, une des raisons étant l'absence d'enregistrement national de ce type d'acte dans la plupart des pays. Ainsi aux États-Unis, l'« American Society of Reproductive Medicine » et l'« American College of Obstetricians and Gynecologists » ont clairement pris position pour que l'AMP soit accessible à toutes les femmes quels que soient leur orientation sexuelle et leur statut marital [4, 5] et l'AMPD est couramment pratiquée pour les femmes sans partenaires masculin

dans la plupart des États. Toutefois le « Centers for Disease Controls » d'Atlanta qui publie chaque année un bilan très précis des activités d'AMP pratiquées dans ce pays, y compris avec don d'ovocyte, ne donne aucune information sur le don de sperme et *a fortiori* quand il est utilisé pour permettre à des femmes hétérosexuelles célibataires, ou à des femmes homosexuelles, de devenir mères.

Afin de pouvoir éclairer la réflexion du groupe de travail, plusieurs centres d'AMP ont été visités en Belgique et au Royaume Uni où en outre les responsables de la Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) ont été rencontrés.

**Au Royaume Uni**, l'AMP est encadrée par la loi depuis 1990 (HFE Act). Depuis cette date les femmes peuvent bénéficier d'une AMP quelle que soit leur situation matrimoniale, c'est-à-dire vivant seules ou en couple hétérosexuel ou homosexuel. Cependant, dans le but d'assurer le bien-être de l'enfant, il avait été demandé dans un premier temps que la « nécessité d'un père » soit considérée dans la prise en charge de la femme. Cette exigence, inscrite dans la loi, a été modifiée en 2008, la notion de nécessité d'un père étant remplacée par la nécessité d'un « coparent » (*supportive parenting*). Depuis avril 2009, le certificat de naissance de l'enfant peut indiquer le nom de deux femmes comme parents et l'inscription est automatique en cas de contrat de partenariat civil enregistré légalement. Le mariage de deux personnes de même sexe n'avait pas été légalisé jusqu'à une période très récente au Royaume-Uni.

L'activité, qui est assurée par des équipes pluridisciplinaires, avec entretiens psychologiques quasi systématiques, est encadrée par la HFEA qui joue un rôle équivalent à celui de l'Agence de la Biomédecine (ABM) en France. D'après cet organisme 400 femmes seules en moyenne ont bénéficié d'une IAD chaque année entre 2005 et 2011 (428 en 2011). Le nombre de couples de femmes prises en charge était équivalent avant 2009 mais a nettement augmenté depuis (622 en 2011). Les AMP réalisées pour les femmes n'ayant pas de partenaire masculin représentent environ la moitié de toutes les AMPD au Royaume-Uni. En 2010, sur les 5879 cycles de traitements de ce type, 1 509 concernaient des femmes seules (25,7 %) et 1 589 des couples de femmes (27 %). Sur les 1 047 accouchements consécutifs à ces traitements, 169 concernaient des femmes seules (16,1 %) et 316 des couples de femmes (30,2 %).

Au Royaume-Uni, chaque centre d'AMP assure en principe son propre recrutement de donneurs de sperme. En dehors de ces centres, 3 organismes fonctionnent uniquement comme des banques de sperme, 2 à Londres et 1 à Brighton qui ont recruté 36, 28 et 2 donneurs respectivement en 2012. Bien que des données précises ne soient pas disponibles, il semble que le nombre d'actes d'AMP réalisé avec du sperme importé d'autres pays soit en nette augmentation depuis quelques années. D'après la HFEA, 7 % des donneurs provenaient de banques danoises en 2010 contre 0 % en 2005 mais le sperme peut être importé aussi des États-Unis. Ainsi au Hammersmith hospital de Londres, sur les 272 spermatozoïdes de donneur utilisés en 2011-2012, 1,5 % provenaient d'une banque londonienne, 2,5 % d'une banque danoise et 96 % d'une banque américaine.

Depuis 2005, l'anonymat du don de sperme a été levé et les enfants pourront accéder à l'identité du donneur à leur majorité. Cependant un registre a été créé en 2004 avec le soutien des pouvoirs publics où peuvent s'inscrire volontairement les enfants, qui ont été conçus avant 1991 et qui souhaitent connaître le donneur, ainsi que les donneurs qui acceptent d'être contactés. En juin 2012, 174 personnes conçues par don de sperme et 74 donneurs avaient été inscrits sur le registre. À la même époque les donneurs et les personnes qu'ils avaient aidés à concevoir avaient pu être mis en relation dans 6 cas avec des résultats positifs mais pas toujours [6].

Le coût des actes d'AMP peut être pris en charge par le National Health Service (NHS) par l'intermédiaire de 255 organismes locaux, les « *clinical commissioning groups* », qui établissent des conventions avec les établissements de soin. La prise en charge est très variable d'une région à l'autre et d'un moment à l'autre de l'année en fonction des budgets attribués localement. Moins de 18 % des IAD sont pris en charge financièrement par le NHS et il semble que dans la plupart des cas il s'agisse d'actes faits pour des couples hétérosexuels stériles.

**En Belgique**, l'AMP est encadrée par la loi du 6 juillet 2007. Le don de sperme est gratuit et anonyme. Cependant l'AMP réalisée avec un donneur connu des receveurs est autorisée. Dans ce pays 18 centres sont autorisés à pratiquer des actes d'AMP. Il n'y a pas d'enregistrement national des activités par un organisme public comme en France et au Royaume Uni mais les données sont regroupées dans le « Belgian Register for Assisted Procreation » (BELRAP) qui est géré par le Collège médical de médecine de la reproduction. Les rapports de cet organisme sont essentiellement consacrés aux activités de fécondation *in vitro* et d'insémination artificielle intraconjugale. Les seules données fournies par le BELRAP en matière d'AMPD concernent 2008-2009 où 8341 cycles d'IAD ont été enregistrés dont 74 % avaient été faites pour des femmes n'ayant pas de partenaire masculin.

Une étude menée en avril 2013 dans quatre centres de la région bruxelloise (Hôpital Erasme, Hôpital Saint Pierre, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ VUB) et Centre interrégional Edith Cavell (CHIREC) a permis de mieux analyser l'activité réalisée pour les couples de femmes et les femmes seules et les modalités de leur prise en charge. Dans tous les centres, les femmes sont reçues par un gynécologue. Elles ont de plus au moins un entretien avec un psychologue ou un psychiatre dans trois centres, l'entretien n'étant pas systématique au CHIREC. Au cours des entretiens, la biographie des femmes et l'histoire du projet d'enfant sont abordées. La place de la compagne dans le projet et la manière dont elle envisage de s'investir en tant que parent sont évaluées. Une attention particulière est accordée aux informations qui seront données à l'entourage familial et amical et aux conditions de l'intégration du projet dans ce contexte. Enfin les modalités de l'information qu'il est prévu de donner à l'enfant ainsi que la place accordée à une référence masculine dans son éducation sont envisagées.

Si l'ensemble des médecins et psychologues de ces centres ont souligné le peu de difficultés rencontrées dans la prise en charge des couples de femmes dont la

démarche est comparable à celle des couples hétérosexuels, plusieurs d'entre eux ont indiqué qu'il n'en était pas de même quand la demande était faite par une femme seule. Pour ces dernières en effet, le projet paraît être parfois incertain ou ambigu. L'absence de référence à un tiers ou à une personne d'appui peut constituer une fragilité pour l'éducation de l'enfant ou même parfois pour assumer la responsabilité de la prise en charge de ses besoins élémentaires. C'est ce qui a conduit certains centres à n'accepter de prendre en charge les femmes seules que si elles pouvaient indiquer une personne référente qui pouvait s'engager pour l'avenir. Ces différentes difficultés expliquent aussi que la proportion de femmes seules prises en charge est relativement faible. Sur les 317 demandes de rendez-vous de femmes seules en 2012 à l'UZ VUB, l'hôpital universitaire néerlandophone de Bruxelles, il n'y a eu que 145 entretiens (46 %) qui ont conduit à 123 prises en charge (39 %).

En pratique, le type d'AMP prioritairement pratiquée est l'insémination intra utérine, en général sans stimulation ovarienne, puis la fécondation *in vitro*. Pour les femmes résidant en Belgique, le coût des actes est pris en charge par le système d'assurances sociales à l'exception du coût de la paillette de sperme (150 à 200 euros). Dans la plupart des cas, le donneur est anonyme. Exceptionnellement le sperme d'un homme connu de la (des) femme (s) est utilisé.

Dans les 4 centres belges visités, la majorité des AMPD pratiquées concernent des femmes sans partenaire masculin. En 2011-2012, sur les 126 femmes résidant en Belgique et prises en charge à l'hôpital St Pierre de Bruxelles, 45 vivaient avec une femme (40,5 %) et 40 étaient célibataires (31,5 %). À l'UZ VUB, sur les 792 femmes résidant en Belgique qui ont été prises en charge pendant la même période, 379 (48 %) vivaient avec une autre femme et 236 (30 %) étaient seules. Les femmes seules ou homosexuelles constituaient aussi une forte proportion des AMPD réalisées dans les deux autres centres (CHIREC et Erasme). En général les taux de grossesse et d'accouchements sont plus faibles chez les femmes seules que chez les femmes homosexuelles. Ce résultat peut être expliqué par l'âge plus élevé des femmes seules.

## SITUATION EN FRANCE

Les femmes vivant seules ou avec une partenaire du même sexe, désirent de plus en plus souvent pouvoir devenir mères. Cette évolution est notable en France comme dans les pays socio-culturellement équivalents. Elle semble être indépendante des statuts matrimoniaux existant dans les différents pays.

Les femmes vivant seules ou avec une autre femme peuvent élever un enfant qui a été conçu dans une relation hétérosexuelle antérieure mais il peut aussi s'agir d'un nouveau projet parental. Théoriquement elles peuvent adopter mais en pratique cela se révèle souvent impossible. Elles envisagent donc d'autant plus facilement une procréation qu'elles souhaitent aussi être enceintes. Elles sont peu nombreuses, mais on commence à disposer d'informations sur la manière dont les femmes procèdent pour réaliser leur projet parental ainsi que sur l'attitude des médecins. Bien que les

données recueillies par le groupe de travail ne soient pas représentatives de la situation réelle, elles sont présentées ici car ce sont les seules disponibles.

En 2012, une enquête a été menée par des chercheurs en science humaines auprès de 405 femmes vivant avec une autre femme et élevant au moins un enfant [7]. Le recrutement de ces femmes a été fait en partie par des associations et par internet mais la moitié des femmes qui ont répondu au questionnaire disponible sur le site de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales n'avaient jamais adhéré à une association. Considérant uniquement l'aîné des enfants, 102 (25 %) étaient nés d'une union hétérosexuelle antérieure et 32 (8 %) d'un projet de coparentalité, c'est-à-dire d'un accord avec un homme (généralement homosexuel) ayant conçu l'enfant et s'étant engagé dans l'éducation de l'enfant. Huit enfants (2 %) avaient été adoptés et les autres ont été conçus avec le sperme d'un donneur, soit avec un donneur anonyme grâce à une AMP réalisée à l'étranger pour 208 enfants (51 %), soit avec le sperme d'un homme connu de la femme pour 55 enfants (14 %).

Un des résultats les plus spectaculaires de cette enquête est l'évolution qu'elle met en évidence. Quand l'aîné des enfants a plus de 5 ans, il est né d'une union hétérosexuelle antérieure dans 53 % des cas mais si l'aîné a moins de 5 ans, seulement 2 % ont la même origine. En revanche si 24 % des aînés des enfants ont été conçu par AMP avec sperme de donneur anonyme quand ils ont plus de 5 ans, la proportion est de 73 % quand l'aîné a moins de 5 ans. Ces observations suggèrent une nette augmentation du nombre de couples de femmes recourant à l'IAD pour devenir parent dans les années récentes.

D'après les informations obtenues sur internet ou auprès des associations, les destinations privilégiées pour faire réaliser l'IAD sont des pays proches comme la Belgique, les Pays-Bas et l'Espagne où ce type d'AMP est autorisé.

Dans une étude réalisée en 2008 en Belgique auprès des 18 centres d'AMP autorisés, il avait été trouvé qu'un peu plus de 400 femmes françaises s'étaient rendues chaque année dans ces centres pour bénéficier d'une IAD entre 2003 et 2005 et qu'elles étaient plus de 600 en 2006 et 2007 [8]. Cette augmentation a été confirmée et semble se poursuivre selon les données recueillies dans l'étude, évoquée plus haut, qui a été faite en 2013 dans la région bruxelloise. En effet, chaque année, en moyenne plus de 530 femmes résidant en France ont bénéficié d'une IAD en 2011 et 2012 dans les 4 centres visités. Ces femmes étaient majoritairement homosexuelles mais pas uniquement. Par exemple en 2011-2012, l'hôpital St Pierre a pris en charge 160 femmes résidant en France dont 111 (69 %) vivaient avec une autre femme, 25 (16 %) étaient seules et 24 (15 %) vivaient avec un homme. Pendant la même période, l'hôpital néerlandophone, UZ VUB, a pris en charge 286 femmes résidant en France dont 164 (57 %) vivaient avec une autre femme, 78 (27 %) étaient célibataires et 44 (16 %) étaient en couple hétérosexuel. Les médecins responsables des 4 centres ont indiqué que dans la plupart des cas, la prise en charge était assurée en liaison avec un médecin qui suivait la femme en France.

La participation de médecins français à des AMP faites dans d'autres pays, a été aussi observée dans une étude menée récemment auprès de femmes se rendant en Belgique, en Grèce et en Espagne. Dans 86 % des cas, il y avait la notion d'un suivi médical en France qui était assuré par le gynécologue habituel dans 51 % des cas [9].

Afin de pouvoir mieux évaluer l'implication éventuelle de médecins français, dans le projet parental de couples de même sexe, une étude a été menée au cours de l'été 2013 grâce à un questionnaire diffusé par des organisations professionnelles de médecins généralistes et de gynécologues [10]. Parmi les 270 médecins qui ont répondu, dont 201 gynécologues et 55 médecins généralistes, 191 (71 %) ont été consultés en 2011-2012 par 1 040 couples homosexuels souhaitant devenir parents. Les motifs de consultation étaient variés, 35 % des médecins ont été sollicités pour des conseils avant une procréation naturelle, 48,5 % pour des conseils en vue de la réalisation d'une insémination par la femme elle-même, 14,5 % avant une AMP faite en France et 94 % avant une AMP faite à l'étranger. Seulement 13 % des médecins n'ont jamais répondu aux demandes formulées. En revanche 61 % de ceux ayant été consultés ont dit avoir directement participé à un projet d'AMP réalisé à l'étranger, en général en prescrivant les traitements hormonaux nécessaires à la stimulation ovarienne. Une proportion relativement élevée de médecins est restée ensuite en contact avec les couples puisque 134 (70 %) savent que tout ou partie des couples qui les ont consultés sont devenus parents.

Les résultats de cette étude ne sont pas représentatifs de l'expérience et de l'opinion du corps médical dans son ensemble. Il en ressort cependant que de nombreux couples de femmes homosexuelles vivant en France consultaient un médecin quand elles souhaitaient concevoir un enfant avant même que le mariage des personnes de même sexe ait été légalisé en France. Cette étude révèle aussi que si les médecins peuvent être consultés avant des AMP réalisées à l'étranger, ils le sont aussi pour des projets parentaux n'impliquant pas obligatoirement une intervention médicale.

## **DEVENIR DES ENFANTS**

L'évaluation du développement et de la qualité de vie des enfants et des adolescents est à considérer en priorité dans toute démarche d'AMP, notamment en cas de conception avec un tiers donneur. Les interrogations et parfois les préoccupations sont encore plus nombreuses quand le projet parental est conduit par une femme seule ou un couple de femmes.

Les études portant sur le développement des enfants élevés par des femmes seules montrent qu'ils ont en général un risque plus élevé d'avoir des difficultés émotionnelles, comportementales ou scolaires mais dans la plupart des cas il s'agit d'enfants dont la mère s'est trouvée seule involontairement ou suite à une séparation. Les études concernant les enfants délibérément conçus et élevés par des femmes seules sont beaucoup plus rares. Une recherche a été menée en Grande-Bretagne pour suivre jusqu'à l'âge adulte des enfants élevés soit par des femmes seules, soit par des

femmes homosexuelles, soit par des couples hétérosexuels, en évaluant la qualité des relations parents-enfants et les capacités d'adaptation psychologique des enfants. Aucune différence n'a été observée entre les différents groupes, le bien être psychologique des enfants dépendant plus de la qualité des relations familiale que du type de famille. Les auteurs reconnaissent cependant qu'il est impossible de conclure de ce type d'étude, portant sur un effectif très limité, que les pères ne sont pas importants pour le bien-être psychologique de l'enfant [11].

Les publications concernant les enfants élevés par des couples de femmes sont beaucoup plus nombreuses mais elles sont très hétérogènes. Une revue de la littérature publiée en 2005 avait recensé 311 publications sur le thème [12]. À partir d'une analyse de 38 publications à orientation empirique et expérimentale correspondant à 35 recherches, les auteurs avaient conclu que les résultats des travaux publiés, non dépourvus de failles méthodologiques, « ne conduisent pas au constat d'une plus grande vulnérabilité des enfants. Si l'on observe un éloignement progressif par rapport à un modèle déficitaire considérant les enfants comme potentiellement « à risque » et une ouverture des thématiques, le champ de recherche reste encore limité par le contexte polémique et militant qui a accompagné l'émergence de ces travaux. De nouvelles recherches méritent d'être conduites avec une approche plus écologique que la simple mise en regard de la variable « orientation sexuelle des parents » avec les caractéristiques développementales des enfants ».

Depuis d'autres travaux ont été publiés. En fait différents types d'études peuvent être distinguées, d'une part celles réalisées sur des échantillons de « convenance » aux effectifs souvent limités [11, 13-15], d'autre part celles analysant des échantillons représentatifs, qu'il s'agisse d'études longitudinales [16] ou non [17, 18]. Malgré leur hétérogénéité, et parfois leurs faiblesses méthodologiques, la plupart de ces travaux aboutissent à des conclusions similaires et n'ont pas mis en évidence de différence significative des critères analysés entre les enfants vivant dans des couples de même sexe et les autres que ce soit en matière de performances scolaires, de comportements, d'interactions enfants-parents, de dépression, d'anxiété, de relations sociales, de tabagisme, de consommation d'alcool et de délinquance. Une seule étude fait exception, celle publiée par Regnerus et al. en 2012 qui a interrogé des adultes de 18 à 39 ans représentatifs de la population américaine et qui appartenaient à 175 familles dont la mère avait eu au moins une fois une relation homosexuelle et 73 familles dont le père était dans le même cas [18]. Cette recherche a mis en évidence de nombreuses différences que ce soit pour des facteurs émotionnels, relationnels ou sociaux, entre les enfants élevés par une mère ayant eu au moins une relation homosexuelle et ceux élevés par des couples hétérosexuels. Cette étude a suscité une vive polémique dans le milieu des sciences humaines américain notamment parce que les populations étudiées étaient mal caractérisées et qu'il n'était pas suffisamment tenu compte de la stigmatisation que les enfants avaient pu subir dans l'interprétation des résultats [19, 20]. Aujourd'hui, alors que plusieurs sociétés professionnelles américaines (médicales, psychologiques et sociologiques), soulignent l'absence d'arguments montrant que les enfants élevés par des couples de

même sexe subissent un préjudice, il est admis que les études devraient être poursuivies dans l'avenir avec une meilleure rigueur méthodologique, plus de transparence dans l'analyse des données et plus d'objectivité dans les interprétations [21].

Aucune recherche n'a été menée sur ce thème jusqu'à présent en France, cependant un projet financé par l'Agence nationale de la recherche a débuté en 2014 [22]. Il a pour objectif une étude longitudinale de la socialisation et du développement des enfants qui grandissent au sein de familles homoparentales. Le but est de produire, par une approche pluridisciplinaire, des données quantitatives quant à la construction identitaire des enfants nés en contexte homoparental et à approfondir les données, sur un plan qualitatif, concernant les familles de ces mêmes enfants par une approche socio-anthropologique et clinique. S'appuyant sur la cohorte ELFE pour le recrutement des familles, l'échantillon sera élargi pour permettre une exploitation statistique pertinente.

Comme l'ont souligné les psychologues et pédopsychiatres auditionnés par le groupe de travail, toutes les constructions familiales sont à risque. Cependant l'AMP comme l'adoption peuvent être à l'origine d'une fragilité narcissique de l'enfant. Dans ce contexte, l'absence de référence ou d'image paternelle peut constituer une difficulté supplémentaire pour la construction de l'individu. Cependant l'argument de l'absence de père ne semble pas avoir été retenu quand le législateur a autorisé, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, l'adoption pour les femmes seules.

De nombreuses interrogations demeurent et il est possible de revenir pour finir à la conclusion à laquelle était arrivée Marie Christine Mouren lors de son audition devant la commission des lois de l'Assemblée nationale en décembre 2012 : « *La temporalité des épidémiologistes ou pédopsychiatres n'est pas la même que celle des politiques. Ils ne peuvent donner des réponses précises aujourd'hui sur le devenir des enfants de parents homosexuels qui, globalement, reste entaché de zones d'ombres. Par assimilation avec ce qu'ils constatent déjà de l'évolution des familles, et sans pour autant dramatiser, on peut penser que ce devenir à court et surtout à long terme ne sera pas " neutre " par rapport à une situation qui, il faut le reconnaître, conduira à un grand bouleversement de l'organisation familiale.* »

## **ENJEUX MÉDICAUX D'UNE OUVERTURE EVENTUELLE DE L'AMP AVEC SPERME DE DONNEUR AUX FEMMES N'AYANT PAS DE PARTENAIRE MASCULIN**

L'assistance médicale à la procréation a été l'objet d'analyses et de réflexions à plusieurs reprises de la part de l'Académie Nationale de Médecine (ANM), notamment dans le cadre du rapport rédigé par Robert Laplane et Georges David en 1996 qui soulignait que « *ce domaine médical, rapidement évolutif, soulève de multiples problèmes en raison des conditions d'intervention du médecin* ». Ce même rapport

précisait que si le développement des techniques n'est pas laissé à la seule initiative des médecins dans le cadre des règles déontologiques, « *cela ne signifie pas pour autant qu'ils puissent s'en affranchir* » [23]. L'état des lieux de l'AMP et ses évolutions possibles ont été aussi envisagés par la suite [24]. C'est dans cette perspective que les enjeux et les conséquences médicales de l'ouverture de l'AMP à des indications non liées à un état pathologique méritent d'être considérés.

De la chirurgie plastique à la médecine sportive, nombreux sont les actes et les missions qui peuvent être confiés au médecin sans que la finalité soit de corriger un état pathologique ou de se substituer à une fonction défaillante. Ce n'était pas le cas jusqu'à présent en France quand il s'agissait de procréer, que ce soit au début des pratiques quand le médecin exerçait seul la responsabilité de ses actes ou depuis 1994 quand l'AMP fut encadrée par la loi. Les limites qui prévoyaient que l'AMP ne pouvait être pratiquée qu'en cas de stérilité ou de risque de transmission d'une pathologie grave à l'enfant ont été rompues pour la première fois par le législateur en 2011. En effet il fut décidé alors par le parlement qu'il serait possible de conserver les gamètes d'une personne pour la seule raison qu'elle était soit donneuse d'ovocyte soit donneur de sperme, c'est-à-dire sans indication médicale. Faut-il aller au-delà et aider des femmes à devenir mère grâce à une AMP quand elles n'ont pas de partenaire masculin ? Si le médecin en tant que tel n'a pas à décider de cette opportunité et n'a donc pas à prendre position pour ou contre, il ne peut être indifférent aux conséquences des décisions qui seront prises, d'autant moins que c'est à lui que sera confiée la mission de mettre en œuvre les choix qui auront été faits.

### Aspects éthiques

Les actes impliquant l'utilisation médicale et le don à autrui d'éléments du corps humain, *a fortiori* des gamètes, doivent obéir à trois grands principes éthiques inscrits dans le code civil : la non patrimonialité, le consentement et l'anonymat. Ces principes seraient-ils fragilisés ou remis en cause si l'AMP avec sperme de donneur était accessible aux femmes seules et aux couples de femmes ?

**La non rémunération du don** est non seulement un principe éthique fondamental, elle permet aussi de maintenir des normes élevées de sécurité sanitaire et contribue à la protection de la santé humaine comme le précise la directive du parlement et du conseil européens publiée en 2004 [25]. Cependant, pour réduire le décalage existant entre le nombre de personnes souhaitant bénéficier d'un don de gamètes et le nombre de donneurs et de donneuses volontaires, il est souvent proposé que le don soit rémunéré, ce qui conduit inévitablement à entrer dans une logique de marché [26]. Cette logique se manifeste par le développement d'organismes qui « commercialisent » et même parfois « exportent » les gamètes comme de véritables marchandises.

L'augmentation d'activité induite par l'ouverture de l'AMP aux femmes seules et aux couples de femme favoriserait-elle une approche « commerciale » du don de

gamète qui n'existe pas actuellement en France? Le risque ne peut être exclu mais il pourrait être évité si des actions performantes étaient mises en œuvre pour recruter le nombre de donneurs nécessaires. Par ailleurs, on ne peut ignorer que la situation d'interdiction d'accès à l'AMP en France conduit les femmes à faire appel à des banques de sperme commerciales quand elles se rendent à l'étranger ou encore pire, à recourir aux pratiques « artisanales » ou incertaines qui sont proposées par des officines sur internet et qui n'offrent ni les garanties éthiques ni les critères minima de sécurité sanitaire exigibles en matière de don de gamètes.

*L'anonymat du don* est un des aspects essentiel du débat éthique qui se déroule depuis de nombreuses années en France. Il s'agit d'une question d'autant plus sensible que la levée de l'anonymat est demandée par un certain nombre de personnes qui ont été conçues par don de sperme. Peu nombreuses, les demandes de ces personnes ont d'autant plus de force qu'elles sont relayées de manière récurrente par des juristes ou des spécialistes en sciences humaines et sociales ainsi que par les médias. L'ANM s'est déjà exprimée sur ce sujet et a rappelé son attachement à l'anonymat en 2006 quand, à l'occasion du dépôt d'un projet de loi, Georges David au nom d'un groupe de travail avait montré la complexité du problème, notamment quand il s'agit d'apprécier la valeur respective des liens génétiques, sociaux et affectifs dans la filiation [27]. À l'époque l'Académie avait recommandé que soit ouvert un large débat de société sur la filiation en soulignant que le choix qui pourrait être fait serait largement dépendant de l'évolution de la société en matière de liens intergénérationnels. Depuis le législateur a maintenu l'anonymat du don de gamètes lors de la révision de la loi relative à la bioéthique en 2011. Le débat est-il clos ? Probablement pas puisque cette question continue d'alimenter réflexions et propositions [28].

Dans d'autres pays, les dons de gamètes entre proches sont parfois mis en œuvre. La médicalisation de ces actes pourrait-elle être envisagée dans une société comme la nôtre ? Emanuelle Prada-Bordenave, directrice de l'Agence de la Biomédecine, a rappelé, lors de son audition, que cette démarche complexe est déjà légalement admise pour le don d'organe mais les enjeux sont différents quand il s'agit de la procréation d'un enfant.

Il est parfois affirmé que le débat prendrait une autre dimension si les femmes seules ou les couples de femmes accédaient à l'AMP dans la mesure où l'absence visible de père conduirait plus souvent les enfants à souhaiter connaître l'identité de leur géniteur. En fait si les enfants nés dans ces circonstances ne peuvent ignorer qu'ils ont été conçus grâce à un donneur de sperme, cette information n'induit pas automatiquement de désir de connaître l'identité du donneur. Aucun élément ne permet d'affirmer que ce soit l'ouverture de l'AMPD à des femmes sans partenaire masculin qui ait influencée la réflexion menée sur l'accès aux origines ni les décisions qui ont été prises, que ce soit dans des pays qui ont levé l'anonymat comme le Royaume Uni et la Suède ou dans des pays qui ont maintenu l'anonymat du don comme la Belgique.

Depuis la création du premier CECOS en 1973, les deux grands principes du bénévolat et de l'anonymat, qui sont étroitement liés [29], ont pu être maintenus en France en matière de don de gamètes comme ils le sont pour tous les dons d'organe et d'éléments du corps humain. Inscrits dans la loi depuis 1994, ils ont été confirmés à chaque révision des lois relatives à la bioéthique. Seraient-ils fragilisés par une ouverture de l'AMP aux femmes seules et aux couples de femme ? Ce n'est pas certain car leur remise en cause a été tout aussi vive depuis que des couples hétérosexuels procréent grâce à un don de sperme. De plus quand ces principes ont été abandonnés dans d'autres pays, ce ne fut jamais en lien avec l'ouverture de l'AMP à des indications non médicales. Enfin l'exemple de la Belgique montre qu'il est possible de mettre en œuvre une AMPD, y compris pour les femmes qui n'ont pas de partenaire masculin, tout en maintenant la non patrimonialité des gamètes et l'anonymat c'est-à-dire en pratiquant ces activités selon une éthique « essentialiste » soucieuse du respect des droits fondamentaux et de la dignité des personnes.

### **Organisation des soins**

Le système médical aurait-il la capacité de répondre à la demande beaucoup plus importante de procréation par don de sperme si les indications de l'AMPD étaient modifiées ?

Les praticiens de l'AMP sont confrontés à des contraintes et des enjeux non négligeables, que ce soit en matière d'accréditation, de formation, de définition de nouveaux référentiels pour des technologies en constante évolution, d'amélioration de l'efficacité et d'évaluation de leurs résultats. Par ailleurs les exigences sont de plus en plus importantes aussi bien en matière de tests à réaliser chez les donneurs que pour leur accompagnement psychologique. Une attention toute aussi soutenue doit être accordée, y compris à très long terme si nécessaire, aux parents bénéficiant du don ainsi qu'à leurs enfants. Ces actes spécifiques très consommateurs de temps sont souvent sous-évalués. Il serait nécessaire que les moyens des centres soient adaptés à la réalisation de l'AMP pour des indications supplémentaires à celles existant aujourd'hui.

Assurer des soins de qualité ne dépend pas uniquement des moyens qui sont alloués à leur mise en œuvre. Il est aussi nécessaire que les praticiens en assurant la responsabilité adhèrent à leur finalité comme à leurs modalités. Quelle serait l'attitude des médecins qui seraient conduits à réaliser des actes d'AMP dont ils ne contrôlèrent pas les indications ?

Il y a peu de données disponibles permettant de savoir ce que pense le corps médical en France de l'accès éventuel de femmes sans partenaire masculin à l'AMP. Dans une enquête menée en 2010 par des chercheurs de l'INSERM auprès d'un échantillon représentatif de 595 médecins généralistes et de 416 gynécologues, 43 % avaient déclaré que les femmes homosexuelles devraient pouvoir recourir à un traitement pour avoir un enfant et 52 % estimaient qu'il devrait en être de même pour les femmes vivant seules [30].

Parmi les 270 médecins ayant participé en 2013 à l'enquête évoquée plus haut, 60 % se sont dits favorables à ce que les couples de femmes puissent accéder à l'AMP en France [10].

Enfin une étude a été menée en 2013 auprès du personnel médical et non médical des CECOS. Elle a révélé que la majorité des 183 personnes ayant répondu se sont déclarées d'accord pour prendre en charge les couples de même sexe si l'AMP avec les spermatozoïdes d'un donneur leur devenait accessible, 42 (23 %) ayant indiqué qu'elles ne le seraient pas. À la question de savoir si elles feraient valoir leur clause de conscience personnelle pour ne pas prendre en charge les couples de femmes, 28 personnes travaillant dans les CECOS ont répondu « certainement » (15 %) et 35 (19 %) ont répondu « peut-être ». Dans cette étude comme dans la précédente, les opinions étaient d'autant plus favorables que les personnes interrogées étaient plus jeunes.

Ces différents résultats suggèrent que si le corps médical ne semble pas nettement opposé à une ouverture des indications de l'AMP avec sperme de donneur, il n'y adhère pas dans son ensemble.

Enfin, on peut s'interroger sur les conséquences de l'ouverture de l'AMP à des indications non médicales sur le recrutement des donneurs. Le fait que l'AMP soit accessible aux femmes seules et aux femmes homosexuelles ne semble pas avoir diminué le nombre de donneurs volontaires dans les pays ayant développé cette pratique y compris quand le don n'est pas rétribué comme en Belgique ou en Suède.

En France comme ailleurs, le nombre de dons est actuellement insuffisant pour répondre de manière satisfaisante aux demandes des couples hétérosexuels. Aussi il est à craindre que l'augmentation d'activité qui résulterait de l'ouverture de l'AMP à de nouvelles indications aggrave la pénurie existante et se manifeste par un allongement considérable des délais d'attente. Cet inconvénient pourrait être évité si des campagnes d'information et de sensibilisation sur le don de gamètes étaient menées plus fréquemment et plus activement de manière similaire à ce qui est entrepris pour d'autres formes de dons comme le don de moelle osseuse ou le don d'organe.

### **Aspects économiques**

Le bénéfice de l'assurance maladie est par principe lié à un état pathologique. Le code de la sécurité sociale permet la prise en charge des actes de soins organisés par le code de la santé publique. Il semble couramment admis que seuls les actes liés à un état pathologique soient pris en charge, certains actes comme la chirurgie esthétique ou la chiropraxie n'étant pas remboursés. Il y a cependant des exceptions comme la contraception, l'interruption volontaire de grossesse ou la nymphoplastie de réduction dont la finalité est principalement esthétique.

Si la loi autorisait les actes d'AMP en dehors d'indications médicales, devraient-ils être inscrits sur la liste de la classification commune des actes médicaux et pris en

charge totalement ou partiellement par la sécurité sociale ? Cela n'est pas apparu souhaitable pour plusieurs des personnalités auditionnées par le groupe de travail, notamment parce que le recours à l'AMP ne serait pas motivé par une pathologie. Dans l'enquête citée plus haut, seulement 45,5 % des médecins qui se sont déclarés favorables à l'ouverture de l'AMP aux couples de même sexe estimaient qu'elle devait être totalement prise en charge par les caisses d'assurance maladie [10].

En cas de non remboursement, et afin de limiter toute discrimination par l'argent, des mesures pourraient être prises pour réduire les coûts. Par exemple il faudrait éviter de recourir systématiquement à des stimulations ovariennes quand une IAD est programmée chez une femme n'ayant pas de troubles de l'ovulation sur le modèle de ce qui se pratique dans les centres belges ou danois.

Toute dérive financière pourrait être aussi évitée en favorisant l'offre de soins dans le secteur public. Enfin une prise en charge par la sécurité sociale (éventuellement avec entente préalable) ne devrait pas être écartée quand l'état de santé de la femme exige le recours à certaines techniques d'AMP plus lourdes comme la fécondation *in vitro*.

### **Questions spécifiques relatives aux AMPD pratiquées pour les femmes seules**

S'agissant des femmes seules, la procréation grâce à un don de sperme est souvent un « choix » de femmes de milieux favorisés, notamment dans les pays développés comme aux États-Unis [31]. Mais ces femmes peuvent aussi vivre dans un état de grande précarité et l'extrême solitude dans laquelle elles peuvent se trouver, conduisent à s'interroger sur les conséquences pour l'éducation des enfants.

Le fait que ces femmes ont souvent un âge plus avancé à d'autres conséquences. La baisse de la fonction ovarienne liée à l'âge peut être source d'échec, ce qui conduit parfois à faire appel à un double don de spermatozoïdes et d'ovocytes pour obtenir une grossesse [32]. Enfin le risque obstétrical, notamment de pré-éclampsie, augmente avec l'âge de la femme enceinte [33]. Ces différentes données devraient être prises en compte aussi bien pour l'information que pour le suivi de ces femmes.

## **UN DEVOIR D'ÉVALUATION**

Dans le rapport publié par l'ANM en 2009 sur la gestation pour autrui (GPA) [34], il était indiqué que « *la GPA, comme les autres modes d'Assistance médicale à la procréation, suscite des interrogations graves et inhabituelles ; graves parce qu'elles concernent le domaine personnel le plus sensible, celui de la filiation et aussi le plus intime, celui de la sexualité et de la conception ; inhabituels parce que, intéressant deux générations, on entre dans une dimension inédite, la médecine intergénérationnelle.* »

Constatant que l'évaluation était encore trop limitée du fait de l'insuffisance des données disponibles au plan international malgré une pratique de plusieurs décennies dans certains pays, le groupe de travail avait recommandé alors que, « *dans le cas où le législateur serait conduit à autoriser la GPA, fut-ce dans des conditions très*

*restrictives, celle-ci soit assortie d'une démarche d'évaluation des risques, rigoureuse, objective, contradictoire, strictement encadrée ».*

La même recommandation pourrait être faite aujourd'hui si l'accès des femmes seules et de couples de femme à l'AMPD était légalisé. Certes les données internationales concernant les maternités de femmes seules et l'homoparentalité sont beaucoup plus nombreuses que celles concernant la GPA mais elles sont encore insuffisantes, notamment dans des contextes socio-culturels différents, pour faire l'économie de cette évaluation.

Considérant le nombre de plus en plus élevé de femmes seules et homosexuelles ayant recours à l'AMP avec sperme de donneur pour devenir mère et considérant que cela n'est pas sans conséquences pour la médecine et pour la société qui sont amenées à prendre en charge les femmes et les enfants concernés, que ce soit avant ou après l'AMP, il serait souhaitable que cette évaluation soit entreprise dès maintenant, que ce type d'acte soit autorisé ou non en France. Pour cela il faudrait réfléchir à la mise en place d'indicateurs de suivi qui auraient d'ailleurs leur utilité pour bien d'autres situations que celle des enfants élevés par des femmes seules ou homosexuelles.

Les études de cohortes d'enfants conçus naturellement ou par différents types d'AMP et dans différentes configurations parentales, incluant des couples homosexuels ou des femmes seules, seraient des sources d'information utiles pour une meilleure connaissance des facteurs de développement psycho-comportemental harmonieux ou à l'inverse des facteurs potentiellement délétères. Il va de soi qu'un tel suivi ne peut s'envisager que dans le respect de la confidentialité et à l'abri de toute stigmatisation.

## CONCLUSIONS

L'assistance médicale à la procréation utilisant les spermatozoïdes d'un donneur (AMPD) est devenue une réalité sociale et médicale. Reconnue par la loi depuis 1994, elle doit répondre aux principes éthiques de volontariat, de bénévolat et d'anonymat. Ses indications et ses modalités de mise en œuvre sont précisément encadrées. Elle n'est accessible qu'aux couples infertiles ou risquant de transmettre une pathologie d'une particulière gravité.

Dans d'autres pays, l'AMPD permet aussi à des femmes de devenir mère quand elles n'ont pas de partenaire masculin, soit parce qu'elles vivent seules ou avec une autre femme. Devrait-il en être de même en France ? Il n'appartient pas au médecin de le décider. Il s'agit d'un choix de société dont les enjeux sont avant tout sociaux et juridiques.

Il n'est pas possible d'ignorer que des femmes seules ou homosexuelles, en France comme dans d'autres pays, entreprennent de plus en plus souvent un projet parental y compris par AMPD et indépendamment de leur statut matrimonial, ce qui n'est pas sans conséquences sociales et juridiques.

Ce nouveau mode de procréation suscite de nombreuses questions concernant notamment le développement et le bien-être des enfants qui naissent dans ces circonstances. Bien que les résultats des études menées dans d'autres pays soient souvent rassurants, les conditions de leur obtention ne permettent pas de conclure et de nombreuses zones d'ombre persistent. Il serait donc nécessaire de poursuivre et d'amplifier l'effort de recherche récemment initié en France dans le domaine et ce, que l'accès des femmes seules et homosexuelles à l'AMPD soit autorisé ou non.

Si la pratique de l'AMPD pour les femmes seules ou homosexuelles n'a pas d'indication médicale, il n'y a pas non plus de contre-indication médicale à cette pratique.

Si l'AMPD devait être légalisée, elle devrait être accompagnée de mesures permettant que sa mise en œuvre soit assurée selon les principes éthiques s'appliquant à tout don d'élément du corps humain et notamment au don de gamète. Ces mesures devraient aussi permettre, comme pour toute AMP, une prise en charge médicale efficace que ce soit pour la réalisation de l'acte comme pour ses conséquences afin de favoriser au mieux le bien-être des enfants et de leurs mères.

Si la pratique de l'AMPD pour les femmes seules ou homosexuelles n'est pas légalisée en France, Il sera néanmoins nécessaire d'examiner quelles mesure prendre pour assurer aux femmes, qui y auraient recours malgré tout, les meilleures conditions de prise en charge médicale pour leur bien-être et celui de leurs enfants.

## RÉFÉRENCES

- [1] Buisson G, Lapinte A. Le couple dans tous ses états. INSEE Première. 2013;1465.
- [2] INED. La difficile mesure de l'homoparentalité, Fiche d'actualité. 2009;8.
- [3] Lapinte A. Un enfant sur dix vit dans une famille recomposée. INSEE Première. 2013;1470.
- [4] Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013; 100(6):1524-7.
- [5] ACOG Committee Opinion No. 385. The limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol*. 2007;110:1203-8.
- [6] Crawshaw M, Gunter C, Tidy C, Atherton F. Working with previously anonymous gamete donors and donor-conceived adults: recent practice experiences of running the DNA-based voluntary information exchange and contact register, UK DonorLink. *Hum Fertil*. 2013;16(1): 26-30.
- [7] Gross M, Courdurières J, de Federico A. Le recours à l'AMP dans les familles homoparentales : état des lieux. Résultats d'une enquête menée en 2012. *Socio-logos*. 2014;9.
- [8] Pennings G, Autin C, Declerck W, Delbaere A, Delbeke L, Delvigne A, et al. Cross-border reproductive care in Belgium. *Hum Reprod*. 2009;24(12):3108-18.

- [9] Rozée Gomez V, de la Rochebrochard E. Migrations procréatives pour recourir à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) de Paris à Bruxelles, Barcelone ou Athènes, séminaire IRESP 13 juin 2013.
- [10] Jouannet P, Spira A. Demandes d'aide à la procréation formulées par les couples de même sexe auprès de médecins en France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62(4):268-72.
- [11] Golombok S, Badger S. Children raised in mother-headed families from infancy : a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod*. 2010;25(1):150-7.
- [12] Vecho O, Schneider B. Homoparentalité et développement de l'enfant : bilan de trente ans de publications. *La psychiatrie de l'enfant*. 2005;48(1):271-328.
- [13] Chan RW, Raboy B, Patterson CJ. Psychosocial Adjustment among Children Conceived via Donor Insemination by Lesbian and Heterosexual Mothers, *Child Development*. 1998; 69(2):443-57.
- [14] Wainright JL, Russell ST, Patterson CJ. Psychosocial Adjustment, School Outcomes, and Romantic Relationships of Adolescents With Same-Sex Parents. *Child Development*. 2004; 75(6):1886-98.
- [15] Brewaeys A. Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Hum Reprod*. 1997;12(6):1349-59.
- [16] Van Gelderen L, Bos HM, Gartrell N, Hermanns J, Perrin EC. Quality of life of adolescents raised from birth by lesbian mothers: the US National Longitudinal Family Study. *J Dev Behav Pediatr*. 2012;33(1):17-23.
- [17] Rosenfeld MJ. Nontraditional families and childhood progress through school. *Demography*. 2010;47(3):755-75.
- [18] Regnerus M. How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study. *Soc Sci Res*. 2012;41(4):752-70.
- [19] Osborne C Further comments on the papers by Marks and Regnerus *Soc Sci Res*. 2012; 41(4):779-83.
- [20] Regnerus M. Parental same-sex relationships, family instability, and subsequent life outcomes for adult children: Answering critics of the new family structures study with additional analyses. *Soc Sci Res*. 2012;41(6):1367-77.
- [21] Moore MR, Stambolis-Ruhstorfer M. LGBT Sexuality and Families at the Start of the Twenty-First Century. *Annu Rev Sociol*. 2013;39:491-507.
- [22] Ducouso-Lacaze A. Homoparentalité, fonctionnement familial, développement et socialisation des enfants (devhom), programme blanc ANR 2013.
- [23] Laplane R, David G. Assistance Médicale à la procréation. Problèmes médicaux actuels. *Bull Acad Natle Méd*. 1996;180(2):397-417.
- [24] Jouannet P. La procréation médicalisée en France, état des lieux et perspectives *Bull. Acad Natle Méd*. 2008;192(1):117-132.
- [25] Directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humains *Journal officiel n° L 102 du 07/04/2004 p. 0048-0058*.
- [26] Almeling R. Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks, and the Medical Market in Genetic Material. *Am Soc Rev*. 2007;72(3):320-40.
- [27] David G. À propos de la proposition de loi relative à la possibilité de lever l'anonymat des donneurs de gamètes. *Bull Acad Natle Méd*. 2006;190(7):1551-9.

- [28] Théry I, Leroyer AM. Filiation, origins parentalité, le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère délégué chargé de la famille, 2014.
- [29] David G. Don de sperme : le lien entre l'anonymat et le bénévolat, *Androl.* 2010;20(2):63-7.
- [30] Moreau C, Bajos N et Bohet A. Connaissances et pratiques médicales en matière de santé sexuelle et reproductive en France. Rapport de recherche Inserm, juillet 2012.
- [31] Jadvá V, Badger S, Morrissette M, Golombok S. Mom by choice, single by life's circumstance...? Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Hum Fertil (Camb)*. 2009;12(4):175-84.
- [32] Landau R, Weissenberg R, Madgar I. A child of "hers": older single mothers and their children conceived through IVF with both egg and sperm donation. *Fertil Steril.* 2008; 90(3):576-83.
- [33] Le Ray C, Scherier S, Anselm O, Marszalek A, Tsatsaris V, Cabrol D, Goffinet F. Association between oocyte donation and maternal and perinatal outcomes in women aged 43 years or older. *Hum Reprod.* 2012;27(3):896-901.
- [34] Henrion R, Bergoignan-Esper C. La gestation pour autrui. *Bull Acad Natle Méd.* 2009; 193(3):583-618.

## **PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES**

Joëlle Belaisch-Allart (chef du service de Gynécologie-Obstétrique, hôpital de Sèvres, vice-présidente du Collège national des gynécologues obstétriciens français).

Louis Bujan (professeur de Biologie de la reproduction, Toulouse, président de la fédération française des CECOS)

Charlotte Dudkiewicz-Sibony (Psychologue au CECOS Paris Tenon, présidente de la commission des psychologues de la Fédération Française des CECOS)

René Frydman (ancien chef du service de Gynécologie-Obstétrique, hôpital Antoine Béchère, Clamart)

Pierre Gabach et Didier Laporte (CNAM)

Martine Gross (ingénieur au CNRS, ancienne présidente de l'association des parents gays et lesbiens de 1999 à 2003)

Claudine Junien (professeur de génétique, UMR INRA-ENVA-CNRS 1198 BDR, Jouy en Josas)

Rachel Levy (professeur de Biologie de la reproduction, hôpital Jean Verdier, présidente du BLEFCO)

Pierre Levy-Soussan (pédopsychiatre, membre du conseil d'orientation de l'Agence de la Biomédecine)

Jacqueline Mandelbaum (ancien chef du service de Biologie de la reproduction/CECOS de l'hôpital Tenon, membre du conseil d'orientation de l'Agence de la Biomédecine)

Jean François Mattei (ANM)

Jennifer Merchant (professeur à l'Université Panthéon-Assas, Paris II)

Claire Neirinck (Professeur de droit civil à l'université de Toulouse)

Emmanuelle Prada-Bordenave, directrice de l'Agence de la Biomédecine

Frédéric Salat-Baroux (Conseiller d'Etat)

Françoise Shenfield (Reproductive Medicine Unit, UCLH, Londres ; membre de l'ESHRE's Ethics and Law taskforce et du comité d'éthique de la FIGO)

Michael Stambolis-Rusthorfer (sociologue, university of California, Los Angeles)

**LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES :**

AMP : Assistance médicale à la procréation

AMPD : Assistance médicale à la procréation utilisant les spermatozoïdes d'un donneur

ANM : Académie nationale de médecine

BELRAP : Belgian Register for Assisted Procreation

CECOS : Centre d'étude et de conservation du sperme et des œufs humains

CHIREC : Centre interrégional Edith Cavell

CSP : Code de la santé publique

GPA : Gestation pour autrui

HFEA : Human Fertilisation and Embryology Authority

IAD Insémination avec sperme de donneur

INED : Institut national d'études démographiques.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

NHS : National health service

UZ VUB : Universitair Ziekenhuis Brussel

