

**GRANDE LOGE FEMININE DE FRANCE
COMMISSION CONVENTUELLE LAICITE
GROUPE BIOETHIQUE**

**ELEMENTS D'INFORMATION ET DE REFLEXIONS
sur la PMA, Procréation médicalement assistée
et sur la GPA, Gestation pour autrui**

CONTEXTE DES TRAVAUX

La Grande Loge Féminine de France approuve toute initiative qui va dans le sens de l'égalité des droits et s'attache à apporter sa contribution aux analyses sur des enjeux de société qui peuvent en favoriser le développement.

En prévision d'un projet de loi sur la Famille incluant la Procréation médicale assistée (PMA), de l'avis du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) sur cette question et des débats législatifs prévus dans l'année 2013, les Commissions de réflexion de l'Obéissance examinent tous les points qui suscitent des interrogations sur les conséquences juridiques, éthiques et humaines de ce projet de loi.

Dans ce cadre et depuis plusieurs années le groupe bioéthique, partie intégrante de la Commission Conventuelle de la Laïcité, s'interroge sur les enjeux éthiques posés par les avancées techniques et les progrès scientifiques, à rapprocher du contexte sociétal également en mutation.

L'être humain est au cœur de nos réflexions et c'est avec un regard laïc que nous abordons cette réflexion, car la laïcité défend la liberté de conscience et n'admet aucun dogme. Elle permet d'aborder ce questionnement bioéthique avec l'indépendance nécessaire.

Les réflexions incluses dans ce document reflètent les avis du groupe bioéthique et fournit l'état actuel des techniques et de la législation afférente qu'il faut impérativement prendre en compte pour différencier les dispositifs médicaux utilisés et les contextes sociaux et thérapeutiques dans lesquels ils sont proposés.

La Commission bioéthique apporte ses analyses à ces questions, suite à ses recherches et aux nombreux échanges et réunions entre les membres de la Commission.

Enfin, il nous semble que la GPA doit impérativement être abordée distinctement compte-tenu de son impact éthique et scientifique, sans rapport avec l'insémination ou la fécondation in vitro qui sont également traités par le projet de loi. A noter que le groupe bioéthique de la Commission conventuelle de laïcité s'est prononcé défavorablement concernant l'ouverture à la GPA eu égard aux potentiels impacts négatifs sur l'intégrité du corps des femmes et le risque de marchandisation qui en découle.

SYNTHESE

Le groupe bioéthique s'est prononcé favorablement pour un élargissement de la PMA à toutes les femmes en âge légal de la réaliser avec une approche distinctive entre deux types de situation :

- ➔ **pour les Femmes Fertiles** : une " Insémination avec donneur " PMA simple à faible impact médical, que nous avons volontairement dénommée « **Procréation Assistée** » (**PA**). Cette PA serait ouverte à toutes les femmes en âge légal et indépendamment de leur orientation sexuelle et qu'elles soient en couple ou célibataires. Le coût est limité (1000 € en moyenne par essai).

Cette procédure donnerait accès à la maternité aux femmes volontaires dont l'âge et la santé facilitent la réussite de ce type d'intervention relativement légère et que la loi pourra encadrer comme elle le fait pour d'autres dispositifs (âge maximum, nombre de tentatives, remboursement,...).

Par ailleurs, pour accompagner ces mères, célibataires ou en couple, sur l'anonymat du don ou le secret de la PMA le cas échéant, il est tout à fait probable que se constitueront des groupes d'accompagnement psychologique volontaires afin de les aider à bien clarifier et prendre en charge l'information et l'explication de ses origines à leur futur enfant le moment venu, comme c'est déjà le cas pour des parents adoptants s'ils le souhaitent. Là encore l'expérience des pays européens ou américains apportera un bon éclairage pour organiser ces accompagnements décidés par les mères.

Concernant la rémunération des donneurs de sperme, il est probable que les dons gratuits pourraient seulement satisfaire une partie des demandes générées par l'accès légal à la PMA, car déjà à l'heure actuelle en France, la demande de sperme est très supérieure au nombre de dons, ce qui instaure une attente de plus de dix huit mois dans les CECOS (centre d'étude et de conservation du sperme et des œufs).

C'est pourquoi on peut avancer que la rémunération augmenterait la mise à disposition et la variété de donneurs et favoriserait de fait la mise en place de la PA. L'indemnisation paraît nécessaire pour compenser les frais des donneurs et favoriser les dons sans tomber dans un commerce à outrance comme aux Etats-Unis ou en Espagne. Une limitation du nombre de dons par donneur pourrait contredire cette dérive ultra commerciale.

Par ailleurs, on peut parier à terme sur l'effet positif qu'une telle mesure pourrait avoir sur le taux de natalité en France car si la cible de femmes concernées venait à décider d'une "PA" elle apporterait ainsi au pays des enfants voulus et in fine une jeunesse supplémentaire bienvenue dans le contexte de la pyramide des âges de la France.

- ➔ **Pour les Femmes Infertiles** : une PMA plus complexe nécessitant un traitement médical lourd de type "Fécondation in vitro", FIV et FIV/ ICSI et au coût significatif (6000 à 8000 € en moyenne par essai)

Cette procédure est déjà très encadrée par la loi et les médecins en matière d'éligibilité et d'opportunité clinique. La loi pourra optimiser les pratiques actuelles à la lumière des propositions faites par les praticiens et le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) dans le cadre des auditions futures.

Il nous semble donc que l'évolution de la loi sur la PMA aura pour principal effet de normaliser en France des pratiques vécues à l'étranger par des femmes françaises fertiles souhaitant être mère dans le célibat ou l'homoparentalité et qui jusqu'ici doivent pratiquer une PMA dans d'autres pays de l'Union qui l'autorisent.

Le volet sur les femmes infertiles étant déjà médicalement encadré il ne nécessite pas à notre connaissance d'évolution majeure.

Si dans les années 1970 les femmes ont pu accéder au droit à disposer de leur corps pour maîtriser leur maternité, les années 2010 ouvriront aux femmes un droit nouveau, celui d'accéder légalement à la maternité quelle que soit leur situation familiale et non par des démarches cachées et menées à l'étranger à grand frais.

Il apparaît que la société privilégie aujourd'hui un élargissement de la notion de filiation. La filiation sociale par l'éducation et l'amour parental émergeant à côté d'une vision privilégiant la filiation génétique, historiquement liée à la transmission patrimoniale dans le cadre du contrat de mariage.

La PMA s'inscrit dans cette évolution de société et apporte au concept de maternité une vision renouvelée et vecteur de droits nouveaux pour les femmes françaises.

LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE (PMA)

1. LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE PMA

Le concept de PMA présente quatre volets qui sont détaillés ci-dessous :

- 1/ L'insémination artificielle avec conjoint (IAC) ou avec donneur (IAD)**
- 2/ La Fécondation in vitro (FIV)**
- 3/ La fécondation in vitro avec injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes (FIV / ICSI)**
- 4/ La gestation pour autrui (GPA)**

1/ L'insémination artificielle

Première technique d'assistance médicale à la procréation elle est la plus simple.

L'insémination artificielle intra-utérine avec sperme d'un donneur (IAD) ou sperme du conjoint (IAC) consiste en l'injection des spermatozoïdes dans la cavité utérine, le jour de l'ovulation.

Lorsque le ou les follicule(s) ovariens, souvent obtenus après stimulation, sont matures, l'insémination est programmée. Le sperme est préparé au laboratoire et les spermatozoïdes "sélectionnés" sont injectés dans l'utérus par le col de l'utérus.

La fécondation se fait selon le processus naturel, « in vivo » puisqu'elle se passe à l'intérieur du corps de la femme.

La stimulation des ovaires va permettre de maîtriser et d'améliorer l'ovulation. La surveillance de la stimulation se fait d'une part par échographie et d'autre part par dosage hormonal (œstradiol). Lorsque la stimulation et la maturation folliculaire sont suffisantes, on peut déclencher l'ovulation.

Généralement, 4 cycles d'IAC sont réalisés. Si au bout de 4 cycles, il n'y a pas de grossesse, il peut être nécessaire de changer de technique de PMA.

Les IAC représentent un coût financier de 1000 Euros environ. Ces tentatives sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale dans le cadre du traitement de stérilité. Une preuve d'au moins 2 ans de vie commune est demandée (loi du 29 juillet 1994).

2/ La Fécondation in vitro (FIV)

La Fécondation in vitro (FIV) conventionnelle consiste à reproduire en laboratoire la fécondation et les premières étapes du développement embryonnaire. La stimulation ovarienne, étape essentielle de la FIV, en conditionne les résultats ; elle permet la maturation de follicules dans lesquels on ponctionnera des ovocytes juste avant l'ovulation.

Les ovocytes prélevés sont mis en contact avec les spermatozoïdes dans une boîte de culture contenant un milieu de culture nutritif.

La fécondation se fait naturellement; les embryons de 2 ou 4 cellules sont ensuite transférés dans l'utérus deux à trois jours après la fécondation.

Tous les embryons obtenus ne sont pas forcément utilisés, ceux-ci sont dits *surnuméraires* peuvent être congelés

La FIV a permis

- d'obtenir des grossesses chez des couples dont la stérilité était considérée jusque-là comme définitive,
- de mieux comprendre les mécanismes de la procréation humaine.

La FIV a aussi un aspect financier à ne pas négliger. Une tentative de FIV coûte actuellement de l'ordre de 6000 € par essai, y compris tous les examens d'exploration de la stérilité pour la femme et l'homme, de radiologie, échographie, médicaments, soins infirmiers et d'hospitalisation.

Ces tentatives sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale dans le cadre du traitement de stérilité jusqu'à 42 ans pour 6 essais maximum.

Une preuve d'au moins 2 ans de vie commune est également demandée (loi du 29 juillet 1994) comme pour l'insémination artificielle.

3/ Fécondation in vitro avec injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes (FIV / ICSI)

La Fécondation in vitro avec injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) permet de pallier certaines anomalies des spermatozoïdes qui les empêchent de féconder.

Pour féconder l'ovocyte le spermatozoïde doit se fixer sur une coque qui entoure l'ovocyte, la zone pellucide. Grâce à des enzymes contenues au niveau de sa tête, le spermatozoïde va traverser la zone pellucide et pénétrer dans l'ovocyte. Pour que cette fécondation soit possible, il est nécessaire que les spermatozoïdes soient en nombre suffisant, qu'ils soient mobiles et qu'ils aient une morphologie normale.

Dans certaines infertilités masculines, ces conditions ne sont pas remplies et les spermatozoïdes ne peuvent pas spontanément féconder l'ovocyte. Dans ces cas-là, on peut injecter directement, à l'aide d'une micropipette, un spermatozoïde dans l'ovocyte, ce qui augmente les chances d'obtenir des embryons (ovocytes fécondés).

Cette intervention se fait au laboratoire après un traitement de stimulation ovarienne et une ponction des ovocytes identiques à une fécondation in vitro.

Après 72 heures d'incubation un ou deux embryons sont transférés par voie naturelle dans l'utérus de la patiente.

Cette technique est utilisée dans les cas de stérilité masculine, lorsque les spermatozoïdes sont peu nombreux ou peu mobiles et que la FIV classique ne donne pas de résultats.

L'ICSI est soumise à la même réglementation que la FIV.

Les praticiens Français sont contrôlés annuellement par l'Agence de la biomédecine, en lien avec une bonne qualité de soins, ce qui n'est pas forcément le cas de tous les Pays de l'Union européenne.

4/ La gestation pour autrui ou GPA

Ce quatrième volet est traité dans un chapitre indépendant, faisant partie intégrante de la PMA selon l'Organisation mondiale de la santé, mais à ce stade rappelons qu'il faut faire une différence entre deux concepts : la procréation pour autrui et la gestation pour autrui regroupés sous le terme de "Maternité pour autrui".

*Dans le cas de la **procréation pour autrui**, la mère porteuse donne ses ovocytes.*

Elle est donc la mère génétique puisqu'elle a procréé l'enfant avec ses propres gamètes.

*Dans la **gestation pour autrui**, la mère porteuse n'est que gestatrice, elle ne donne pas ses ovocytes. L'enfant est conçu avec les gamètes du couple demandeur ou de tiers donneurs.*

2. LE CADRE LEGAL ACTUEL DE LA PMA

Rappelons qu'en France, la PMA ou les dons d'organes et d'éléments du vivant doivent répondre à des critères précis, principes de base édictés par les lois de Bioéthique de 1994 et repris dans la loi de 2011, à savoir :

- La **gratuité et l'anonymat du don**,
- L'**inviolabilité** et la **non patrimonialité** du corps humain,
- La reconnaissance de la liberté de la personne par un **consentement éclairé**

Au niveau de la loi, le mariage et l'adoption dépendent du Code civil, la PMA dépend du Code de la santé.

Selon l'art L.2141-7 du code de la Santé Publique, la **Procréation Médicalement Assistée** désigne « l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryon et l'insémination artificielle ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ».

Le cadre légal de l'Assistance Médicale à la Procréation est établi par la "Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique" modifiée le 8 juillet 2011 (article 29)

Selon la loi, la PMA est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple stable hétérosexuel et stérile apportant une preuve de vie commune de plus de 2 ans. Cette infertilité doit être pathologique et médicalement diagnostiquée.

L'infertilité est définie comme l'absence de grossesse sans contraception après 2 ans de rapports sexuels réguliers.

En dehors de la stérilité, la PMA a également pour objet d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité.

Pour la limite d'âge, le texte de loi est flou, le couple "doit être en âge de procréer". Mais, l'âge maximum pour bénéficier d'un remboursement des frais liés à la PMA est fixé à 42 ans en France. Les CECOS admettent les donneurs jusqu'à 45 ans, les équipes de PMA ne prennent pas en charge les couples dont l'homme dépasse les 60 ans

L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou vivant ensemble depuis deux ans au moins et consentant au transfert d'embryons ou à l'insémination.

La conception in vitro doit se faire avec des gamètes d'au moins un des deux membres du couple (le double don par des tiers est interdit).

Cependant, pour éviter une conservation illimitée des embryons, chaque année les deux membres du couple seront consultés par écrit pour savoir s'ils maintiennent ou non leur projet parental.

S'ils ne le maintiennent pas, trois solutions sont possibles : la destruction, le consentement à un don à la recherche, dans certaines conditions, ou le don à un autre couple.

Ce consentement est alors réitéré devant le Président du TGI, du ressort du centre de PMA. En effet ce don déroge au principe de l'interdiction du double don de gamètes. Il est soumis à la décision de l'autorité judiciaire après réception du consentement écrit du couple demandeur.

Art 311-19 du code civil : Tout don est gratuit et anonyme; aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant issu de la procréation.

La France prône la non-commercialisation du corps, et donc la gratuité des dons, les dons d'ovocytes et de sperme sont donc anonymes et gratuits. Dans cette logique une circulaire du ministère de la Santé de janvier 2013, stipule que « si le médecin transmet l'information à ses patients, même sans obtenir un paiement ou un avantage de la part de la clinique ou de l'organisme étranger, il peut être poursuivi, encourant 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende". Selon cette circulaire, la PMA réalisée grâce à un don rémunéré est illégale aux yeux de la loi française : un gynécologue va à l'encontre de la loi s'il oriente ses patientes vers un établissement qui pratique ce genre d'actes.

La conception d'embryons in vitro ou tout clonage d'embryon humain à des fins de recherche ou à des fins industrielles ou commerciales est interdite.

Les règles de filiation sont les mêmes que celles qui régissent toute naissance.

En synthèse, la loi actuelle autorise la PMA aux seuls couples hétérosexuels et médicalement stériles et dans le cadre de dons gratuits et anonyme.

3. LA LEGISLATION DANS D'AUTRES PAYS D'EUROPE

L'Europe s'est construite sur des principes communs de respect de la personne mais les législations concernant la bioéthique peuvent différer d'un pays à l'autre voire être contradictoires. Il est donc possible de traverser les frontières pour avoir accès à d'autres pratiques interdites en France.

En Espagne, depuis la loi de 2006 la PMA est accessible aux couples hétéro et homosexuels ou aux femmes seules jusqu'à l'âge de 49 ans.

L'Espagne, "Royaume" de la PMA, obtient le meilleur taux de réussite en Europe.

Une FIV avec don d'ovocytes coûte 7000 Euros.

45 % des PMA sont réalisés par des couples hétérosexuels, 45 % par des femmes seules, 10 % par des couples de femmes.

Contrairement à la France, les dons d'ovocytes sont rémunérés en Espagne (900 Euros en moyenne). Les femmes peuvent donner leurs ovocytes entre 18 à 35 ans.

En Belgique, les femmes seules, les couples hétéro et homosexuels ont accès à la PMA jusqu'à l'âge de 47 ans. Ce droit a été reconnu bien avant le mariage pour tous. Cependant à l'heure actuelle suite à de fortes demandes, le pays se trouve face à une pénurie d'ovocytes. De plus, la décision d'entreprendre le traitement revient à l'équipe médicale, à qui la loi permet d'invoquer la clause de conscience.

Le don direct est autorisé, une personne connue peut donner ses gamètes. Le don n'est pas anonyme. La GPA est autorisée.

Au Royaume-Uni, la pratique de la gestation pour autrui, GPA, est autorisée, à condition qu'elle ne soit pas rémunérée. Le receveur connaît l'identité du donneur des gamètes, le don de sperme peut se faire directement sans passer par l'étape de congélation. Le don n'est pas gratuit ni la PMA.

La loi qui mentionnait le bien-être de l'enfant à naître « y compris le besoin de cet enfant d'avoir un père », a été amendée par « le besoin de l'enfant de bénéficier d'une éducation parentale qui l'aide à grandir », et la référence au père a été remplacée par « le second futur parent ».

L'Allemagne, est le pays d'Europe ayant les lois les plus restrictives concernant la PMA. Comme la France le couple doit faire la preuve de sa stabilité. Les techniques de PMA sont réservées aux couples mariés, mais une femme non mariée peut en bénéficier si son médecin traitant estime qu'elle constitue un couple stable avec son compagnon.

La Grèce a adopté depuis 2005 des lois autorisant la PMA pour les couples mariés ou non ainsi pour les femmes célibataires, avec une limite d'âge fixée à 50 ans. Ces lois encadrent également la gestation pour autrui (maternité de substitution), la mère commanditaire et la mère porteuse doivent résider toutes les deux en Grèce, le critère mis par le législateur est le lieu de résidence et non pas la nationalité. L'insémination artificielle post mortem est également permise sous conditions jusqu'à deux ans après le décès du mari ou du concubin.

La Suisse et l'Italie ont des lois proches des lois françaises, mais, contrairement à la France, n'imposent pas aux couples de prouver la stabilité de leur relations.

Les pays de l'Est s'ouvrent aussi au "tourisme procréatif"

A la lecture des différentes législations européennes, l'opportunité d'ouvrir la PMA, dans sa forme la plus simple (IAD / IAC), à toute femme célibataire ou à un couple lesbien, n'ayant pas de problème de stérilité particulière se fait jour.

Dans son rapport 2011, l'Agence de Biomédecine explique que « les longs délais d'attente pour un don d'ovocytes poussent des couples français, en dépit de coûts très élevés, à y recourir dans des pays étrangers ». (p 70 du rapport). L'agence souligne que le nombre de couple hétéros et lesbiens qui ont recours à ce "tourisme procréatif" est difficile à chiffrer mais "*semble aller croissant*".

L'Agence de Biomédecine préconise donc une harmonisation de la législation au niveau européen.

4. ANONYMAT, SECRET ET GRATUITE

Le don de gamètes, spermatozoïdes et ovocytes, a été traité comme le don du sang sur la base d'un don anonyme et gratuit, expression de la solidarité.

En ce qui concerne le principe d'anonymat, la France a pris une position radicale actuellement remise en cause.

L'association "PMA anonyme", première génération de personnes conçues par don de gamètes, a émis le souhait de pouvoir avoir accès aux origines biologiques des donneurs. Cette demande des enfants issus d'une IAD (insémination avec donneur) est recevable et la loi devra peut-être réactualiser cette question, compte-tenu de la prégnance des demandes. C'est pourquoi l'enfant, s'il le désire à sa majorité, pourrait avoir accès à des informations génériques sur ses origines tout en maintenant le principe de l'anonymat des donneurs.

Il en est de même en ce qui concerne l'adoption (en cas d'adoption plénière l'état civil inscrit est celui des parents adoptifs) et l'accouchement sous X.

Il a donc été mis en place un Conseil National pour l'Accès aux Origines Parentales (CNAOP).

A noter que certains pays européens ont levé l'anonymat, la Suède depuis 1984, l'Allemagne depuis 1989, la Suisse applicable depuis 2001, le Royaume-Uni depuis 2004.

L'avis du CCNE n° 90 du 24 novembre 2005 met en évidence les différences entre **anonymat** et **secret**, à propos de diverses situations : accouchement sous X, adoption ou PMA.

Nous rappelons que l'anonymat concerne le donneur.

Le secret concerne la modalité de la conception médicalement assistée.

En ce qui concerne la gratuité il ne nous semble pas que la pénurie d'ovocytes soit un argument en faveur d'une remise en cause de ce principe.

Autres questions soulevées :

A l'avenir l'Assurance maladie sera-t-elle fondée à rembourser ces infertilités médicales ou non médicales ?

Y-a-t-il plus de fondement à rembourser une PMA plutôt qu'une autre ? Infertilité médicale / infertilité "sociale". Ces interventions financières relèvent-elles de la solidarité nationale dans tous les cas ?

Cette question nécessite une réflexion sur la participation de la collectivité à de nouvelles situations induites par les évolutions de notre société.

La méthode de congélation par vitrification des ovocytes était interdite parce qu'assimilée à une manipulation sur les cellules embryonnaires. Cette technique a été autorisée par la dernière loi de Bioéthique. Elle a fait apparaître une nouvelle demande de la part des femmes dans le cadre d'une PMA: la possibilité de prélever et congeler ses ovocytes à un âge où ils sont de bonne qualité afin de se les faire réimplanter à un âge plus tardif alors que la fertilité peut diminuer et la possibilité de procréer peut devenir plus difficile.

La société a évolué; la sexualité, la procréation, la parentalité ne sont plus liées. Le moteur de cette évolution est l'égalité des sexes. Il faudrait que la loi s'y adapte. La PMA existe, ne peut-elle être ouverte aux couples de femmes, comme la proposition de loi du sénat du 27 août 2012 le demande dans les "Dispositions relatives à l'accès à la parentalité" (chapitre II, article 19) où la PMA « a également pour objet de répondre à la demande parentale d'un couple de femmes. »

Le Pacs permet d'organiser la vie commune, principalement du point de vue patrimonial mais sans dimension familiale. Seul le mariage donne accès à la parentalité.

Les couples homosexuels existent, ils élèvent des enfants. On a un certain recul et il n'apparaît pas que ces enfants aient plus de difficultés que ceux élevés par des couples hétérosexuels ni que la parenté hétérosexuelle soit la panacée.

Actuellement, dans la question du mariage ouvert aux couples de même sexe, le mouvement de contestation lancé par les religions confond sciemment le mariage civil régi par les lois de la République votées par le Parlement et le mariage religieux régi par les croyances des différents cultes.

Quel est le rôle des médecins ? Jusqu'où va le "pouvoir médical" de décision ?

Est-ce que le médecin a le pouvoir de juger du projet parental d'un couple, d'y intervenir et de poser des questions qu'il ne s'est peut-être pas posées lui-même avant la conception d'un enfant ?

D'autre part il faudrait évoquer la "clause de conscience" pour des médecins qui ne souhaiteraient pas pratiquer ces interventions. Cependant la PMA impliquant plusieurs intervenants médicaux à différents niveaux (médecins, biologistes, techniciens, etc...) la clause de conscience semblerait difficile à appliquer.

Les lois de bioéthiques actuelles relatives à la PMA traitent exclusivement de l'infertilité pathologique des couples en âge de procréer.

Dans le cadre de l'évolution de la norme de parenté les règles de filiation ne relèvent pas des lois de Bioéthique mais seront traitées dans un projet de loi sur la famille.

Il s'agit alors d'un questionnement de **société** posant la PMA comme mode de procréation, pour pallier aux impossibilités de procréer au sens large.

Dans le contexte des travaux engagés et leur transmission, nous rappelons qu'une grande figure humaniste, Henri CAILLAVET, franc-maçon, ministre, député et avocat vient de

disparaître. Ardent défenseur de grandes causes, notamment la PMA, les dons d'organes et le divorce par consentement mutuel, il a élaboré des lois dans ces domaines, en particulier la "loi Caillavet" sur les greffes d'organes. Il a également participé au CCNE et à la création de l'Association pour le Droit de Mourir dans la dignité (ADMMD). Grâce à tout son travail de législateur dans divers domaines où il a été un précurseur, il nous a ainsi assuré une transmission de ses idées.

LA GROSSESSE POUR AUTRUI (GPA)

La GPA se pratique généralement en cas d'infertilité féminine liée à une pathologie de l'utérus ou à son absence ou pour un couple homosexuel dans le cadre de l'homoparentalité.

La **mère porteuse** porte l'enfant d'un couple en désir d'enfant et, à la naissance, confie le nouveau né aux parents.

Le cadre légal actuel :

La GPA est interdite en France depuis la décision de la Cour de Cassation de 1991. La loi du 29 juillet 1994 énonce les grands principes qui confirment le principe législatif d'interdiction du recours aux mères porteuses, que la loi de 2004 n'a pas remis en cause :

L'Article 16-7 du Code civil dispose que "Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle" et ce, au nom de "l'indisponibilité du corps humain". Notre corps est "hors du commerce juridique" et ne peut en aucun cas faire l'objet d'un contrat.

Depuis la question des mères porteuses est régulièrement l'objet de débats en France. Plusieurs institutions se sont prononcées contre toute légalisation : l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix scientifiques et technologiques (OPECST) en novembre 2008, le Conseil d'Etat en mai 2009, l'Agence de la Biomédecine en septembre 2009, et l'avis négatif du CCNE en mai 2010.

Cette pratique est autorisée avec des variantes dans plusieurs pays : Belgique, Royaume Uni, Grèce, Roumanie, Inde, Etats-Unis (certains états seulement), Ukraine, Brésil, Afrique du sud.

La *gestation pour autrui*, la *maternité pour autrui*, ou encore la *grossesse par procuration* renvoient à une situation où un couple hétérosexuel ou homosexuel a recours à une femme pour avoir un enfant, le rôle de celle-ci se limitant à mettre son utérus à disposition pour cette gestation. Au moment de la naissance, elle remet l'enfant au couple commanditaire.

Il est clair que c'est la seule technique pour les couples homosexuels masculins d'accéder à la parentalité en dehors de l'adoption.

Au-delà de la dimension éthique ou juridique apparaissent des composants affectifs et psychologiques.

Même si la maternité pour autrui est une pratique ancestrale qui permettait de remédier à la stérilité de la femme, la maternité légale est le résultat de l'accouchement.

Les techniques actuelles qui dissocient maternité *génétique* (ce sont les gamètes de la mère d'intention) et maternité *utérine* (gamètes de la mère porteuse) remettent en cause la validité de cette règle.

La gestation et la procréation pour autrui sont strictement prohibées en France. Mais certains couples stériles se rendent à l'étranger où cette pratique est légale ou tolérée, ce qui pose ensuite le problème de l'établissement de la filiation à l'égard de la mère d'intention. Par ailleurs, même si cette pratique ancienne a été tolérée sans être reconnue, actuellement elle est médicalisée et très médiatisée, favorisée également par les progrès de la technique.

Les législations diffèrent selon les pays. Actuellement, le débat est ouvert et certains arguments militent en faveur d'une évolution du Droit à l'admission de cette pratique en tant que *procédé thérapeutique sous réserve d'un encadrement prévu par le législateur*.

Le Sénat avait fait une étude approfondie et déposé une proposition de loi le 27 janvier 2010, tendant à autoriser et encadrer la GPA pour les couples hétérosexuels. Ce fut sans suite.

Elisabeth BADINTER, philosophe, pense qu'il serait possible de mettre en place une "GPA éthique" c'est-à-dire "encadrée", qui serait décidée et surveillée par des juges et des psychologues et non rémunérée. Seuls les couples qui en auraient besoin pourraient en bénéficier, tel une femme ne possédant plus d'utérus.

En Angleterre cette législation a été mise en place dès 1985 où la gestatrice ne peut plus être la mère génétique, l'ovocyte doit venir d'une autre donneuse. Il n'y a pas de confusion, la mère génitrice n'est pas la mère de l'enfant et le don de celui-ci peut être psychologiquement plus facile.

Le Pr Israël NISAND, gynécologue obstétricien, déclare : « Je suis favorable à une légalisation au cas par cas. Il ne s'agit pas de permettre tout et n'importe quoi. Mais les conséquences négatives de la prohibition nous entraînent dans le pire du pire: aujourd'hui, une mère porteuse, c'est 15 000 euros sur Internet; les couples les plus démunis vont en Ukraine ou en Inde dans des conditions que j'abhorre... Une GPA entre personnes adultes, consentantes et non vulnérables, n'a rien d'immoral. Si elle était encadrée, on éviterait bien des dérives. »

Certains partisans de cette évolution de la loi émettent comme argument qu'une femme ne devient pas mère le jour où elle accouche.

La « maternalité » pour G. DELAISI de PARSEVAL, psychanalyste, est un processus de maturation psychique qui n'est pas calqué sur la grossesse. Elle fait remarquer que dans les sociétés occidentales, 15% des femmes font une dépression post-natales sévères (à distinguer du "baby blues" sans gravité).

Des études britanniques qui ont suivi des cohortes de gestatrices ont montré qu'aucune de ces femmes n'ont présenté de dépression post natale.

Des travaux de psychanalystes étrangers sur le vécu des gestatrices montrent que ces femmes vivent différemment ces grossesses par rapport à celle de leurs propres enfants. Elles expliquent avoir été sensibles à la détresse de ces couples stériles. Elles en retirent un sentiment de valorisation d'elles-mêmes. Mais est-ce vraiment l'intérêt de l'enfant à naître ?

Les partisans de cette pratique la comparent au don d'organes entre êtres vivants. Cependant un don d'organe sauve une vie ; ce n'est pas le cas de la GPA.

Il y a également des arguments contre cette pratique : on néglige les relations mère/foetus pendant la grossesse.

La gestation pour autrui ouvre la voie à la marchandisation du ventre des femmes, selon Sylviane AGACINSKI. Dans les pays où la GPA est autorisée, les “mères porteuses“ ont en général un niveau économique moins favorisé que celui des couples receveurs.

La GPA va contre le principe de l’indisponibilité du corps humain, c’est un abandon légalisé. Elle oblige la mère porteuse à subir le lourd protocole d’une fécondation in vitro pour satisfaire un désir de filiation biologique par tiers interposé.

L’enfant n’est pas un produit, peut-il faire l’objet d’un contrat ?

Si la mère porteuse veut garder l’enfant ou si les parents d’intention n’en veulent pas parce qu’il ne correspond pas à leurs attentes, que fait-on ? Même si la loi les obligerait à accepter cet enfant, cette filiation forcée n’est sans doute pas la plus souhaitable pour l’enfant.

Que se passerait-il si des complications interviennent au cours de la grossesse ou de l’accouchement ?

Quelles répercussions sur la famille de la mère porteuse : son conjoint et surtout ses enfants ?

L’Académie Nationale de Médecine a rendu un avis négatif. Ses arguments sont d’ordre moral et éthique mettant en évidence le risque de « déshumanisation et de commercialisation du corps humain », « l’atteinte à la maternité » et « les risques médicaux et psychologiques ».

De même, le Conseil d’Etat s’est prononcé le 6 mai 2011 contre la légalisation, soulignant la forte probabilité de l’exploitation du corps de la mère porteuse.

L’avis du CCNE n° 110 du 1^{er} avril 2010 sur les problèmes éthiques soulevés par la GPA ne la retient pas, même de manière contrôlée, « la mise à disposition de l’utérus d’une autre femme au service d’un projet parental apparaît enfin à certains comme radicalement contraire au principe de respect de la dignité de la personne humaine. » Or le principe de dignité humaine est un concept clé issu de la Déclaration des Droits de l’Homme de 1948.

Pour toutes ces raisons, notre groupe n’est pas favorable à cette technique au nom de l’indisponibilité du corps humain.

C’est un débat difficile, en ce sens qu’il nous oblige à réfléchir aux nouvelles formes de parenté, débat dont il est nécessaire d’approfondir la réflexion.

Ce texte n’est bien sûr pas définitif et nous nous proposons d’étudier les réflexions et conclusions des experts du CCNE, à paraître prochainement sur ces questions de filiation et de procréation.

Comme nous l’avons dit plus haut, le corps des femmes n’est pas à louer et ne doit en aucun cas subir une instrumentalisation ni une déshumanisation, l’enfant n’est pas une marchandise et il est clair qu’il faut combattre les dérives marchandes qu’on voit se développer.

Lors de son audition au Sénat le 5 février 2013, l’anthropologue et ethnologue Françoise HERITIER considère que ces progrès technologiques sont à la source de transformations extraordinaires de l’humanité : « Le principe de la conception hors du corps est une nouveauté bouleversante. De nouveaux possibles sont devenus pensables : l’utérus artificiel, la création d’un embryon à partir de spermatozoïdes et de cellules souches non germinales, greffe d’utérus

d'une mère à fille ...

Les grands bouleversements de notre paysage mental ont déjà eu lieu. Le propre de l'humain est de réfléchir à son sort et de mettre la main à son évolution. Il n'y a aucune raison de refuser des transformations dans l'ordre social au seul motif que ses ancêtres ne vivaient pas ainsi il y a plusieurs millions d'années.... Les premiers humains ont construit le monde social, les savoirs, les règles, qui nous ont été transmises. Nous avons désormais la possibilité de modifier ces données basiques : c'est une mutation absolue, qui ira vite. Ces évolutions impliquent des bouleversements plus profonds que le sujet de la loi qui nous occupe. »

Pour nous, Franc-maçonnnes, l'être humain est au centre de nos réflexions, nous sommes attachées à la liberté individuelle, garante de la liberté de disposer de notre corps de femme et de sa non marchandisation.

Femmes de progrès, toujours en recherche, nous sommes concernées par les enjeux liés aux progrès scientifiques et médicaux (PMA, GPA), et nous souhaitons participer au débat éthique. Les progrès scientifiques et technologiques mis au service de l'humanité ne sont-ils pas à l'image de notre devise commune de la FM, "Liberté, Egalité, Fraternité" et porteuse de vie et d'espoir.