

TES4 - Enseignement moral et civique
RECHERCHE - DISCUSSION N°1: FAUT-IL OUVRIR EN FRANCE LA PMA À TOUTES LES FEMMES?
A QUELLES CONDITIONS?

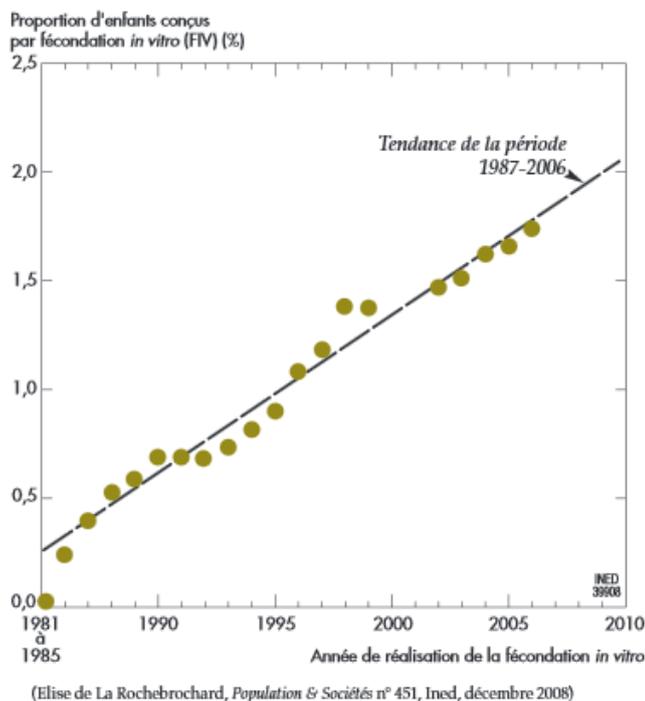
Présentation du sujet :

Document 1 : Qu'est-ce que la PMA ?

La procréation médicalement assistée (PMA) (ou assistance médicale à la procréation (AMP)), désigne les procédés qui permettent la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde, grâce à une intervention médicale. Elle a pour objectif de "remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité".

Il existe deux méthodes :

- L'insémination artificielle : les spermatozoïdes sont déposés soit à l'intérieur de l'utérus soit au niveau du col de l'utérus et la fécondation se fait ensuite par le processus normal.
- La fécondation in vitro : l'équipe médicale fait une stimulation ovarienne pour récolter des ovocytes, puis les féconde dans une éprouvette et les transfère de nouveau dans l'utérus de la femme.



La première naissance d'un bébé conçu par PMA a eu lieu en 1978 en Grande-Bretagne. En France, la première naissance d'un bébé issu de PMA date de 1982. Depuis, environ 200 000 bébés ont été conçus par PMA en France.

Selon les derniers chiffres de l'INED, en 2012, 142 708 tentatives de procréations médicalement assistées ont été menées. Elles ont abouti à la naissance de 23 887 enfants, ce qui représente 2,9% des naissances sur l'année.

En France, la loi réserve la PMA aux couples hétérosexuels apportant une preuve de vie commune d'au moins deux ans, qu'ils soient ou non mariés ou pacsés. Ils doivent par ailleurs être en âge de procréer, et présentant une infertilité pathologique médicalement constatée ou risquant de transmettre une maladie grave à leur enfant.

La sécurité sociale prend en charge 5 tentatives à 100% pour les femmes de moins de 43 ans. Chaque départ de grossesse, même si elle n'aboutit pas à une naissance vivante, donne de nouveau droit à 5 tentatives prises en charge à 100%.

Un couple peut avoir recours à un don anonyme et gratuit de gamète (spermatozoïde ou ovocyte), mais le double don est interdit : en conséquence, les couples dont les deux membres sont stériles (ne produisent pas de gamète) ne peuvent avoir recours à la PMA.

D'après « Bioéthique : l'ouverture de la PMA à toutes les femmes en débat », www.vie-publique.fr, 7 août 2018.

Document 2 : La Procréation Médicalement Assistée en Europe



Carte «Etat des lieux de la législation de la PMA en Europe», www.france24.com, 26 juin 2017

Document 3 : pourquoi parle-t-on de PMA en ce moment dans l'actualité ?

La promulgation de la loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de même sexe modifie les termes du débat autour de la PMA. La loi ouvre l'adoption aux couples homosexuels et reconnaît ainsi qu'un enfant peut avoir deux parents du même sexe. En revanche, le recours à la PMA reste impossible pour ces couples.

En 2015, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) a publié un avis recommandant au gouvernement et au Parlement d'étendre l'accès à la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires, au nom de l'égalité des droits entre tous et toutes. Les stratégies de contournement actuellement mises en place par les femmes qui ne peuvent avoir recours à une PMA en France les exposent à des risques sanitaires (moindre suivi gynécologique, infections sexuellement transmissibles, etc.) et à des fortes inégalités sociales, eu égard au coût d'une PMA à l'étranger.

L'ouverture de la PMA à toutes les femmes était, en outre, l'un des neuf thèmes à l'ordre du jour des États généraux de la bioéthique, organisés de janvier à mai 2018, dans le cadre de la future révision de la loi de bioéthique. Le sujet a suscité de nombreuses réactions. Toutefois, les contributions citoyennes exprimées sur le site Internet des États généraux n'ont pas permis de dégager de consensus. La majorité des contributions a été le fait de militants "pro" ou "anti" "PMA pour toutes". Quant aux rencontres en régions, elles ont également donné lieu à des opinions divergentes selon le rapport de synthèse des États généraux publié le 2 juillet 2018 par le Comité consultatif national d'éthique. (...) Enfin, le CCNE note que beaucoup de professionnels auditionnés (praticiens, chercheurs, etc.) se sont montrés favorables à l'ouverture de la PMA aux couples de femmes mais réservés quant à son extension aux femmes seules, en raison de leur possible vulnérabilité. Le CCNE doit remettre son avis en septembre prochain, afin d'apporter sa propre vision sur les priorités qui pourraient figurer dans la future loi de bioéthique.

Dans une étude consacrée à la révision de la loi de bioéthique, publiée le 11 juillet 2018, le Conseil d'État s'est également penché sur la question de l'ouverture de la PMA. Il considère que le droit n'oblige à rien : "ni au *statu quo* ni à l'évolution des conditions d'accès" à la PMA. En particulier, l'ouverture de la PMA ne saurait être justifiée selon cette étude par le principe d'égalité ou par un prétendu "droit à l'enfant". En cas d'extension de la PMA, le Conseil d'État recommande d'instituer un mode d'établissement de la filiation spécifique permettant une double filiation maternelle.

D'après « Bioéthique : l'ouverture de la PMA à toutes les femmes en débat », www.vie-publique.fr, 7 août 2018.

Document 4 :

Le Projet de révision de la loi sur la bioéthique approuvé en Conseil des ministres le 24 juillet 2019, et présenté à l'Assemblée nationale le 24 juillet 2019. (Extraits : déclaration de Mr le premier ministre) :

Le titre I^{er} élargit l'accès aux technologies déjà disponibles en matière de procréation tout en continuant à les encadrer. Le chapitre I^{er} vise à permettre d'exercer un choix éclairé en matière de procréation dans un cadre maîtrisé.

L'**article 1^{er}** élargit l'accès à l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes non mariées. Le critère médical d'infertilité, qui aujourd'hui conditionne cet accès est supprimé. La prise en charge par l'assurance maladie reste identique et est étendue aux nouveaux publics éligibles. L'article supprime également la notion imprécise d'âge de procréer qui figure dans la loi au profit d'une interprétation incontestable de ce critère. Il permet enfin le recours à un double don de gamètes au cours d'une même tentative d'assistance médicale à la procréation.

(...)

L'**article 4** a pour objet de tirer les conséquences, sur le plan de la filiation, de l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes non mariées.

Après avoir posé dans un article principal du code civil l'égalité des modes de filiation, et, à travers elle, l'égalité des droits et des devoirs pour tous les enfants dans leurs rapports avec leurs parents, il crée un mode de filiation par déclaration anticipée de volonté permettant aux couples de femmes de devenir légalement les parents de l'enfant issu de l'assistance médicale à la procréation qu'elles auront réalisée ensemble, et ce, dès sa naissance. La déclaration anticipée de volonté permet de rendre compte du projet parental des deux femmes, d'assurer à l'enfant une filiation sécurisée qui a les mêmes effets et ouvre les mêmes droits que la filiation fondée sur la vraisemblance biologique et la filiation adoptive.

Déroulement des séances d'EMC:

Objectif final des séances :

Dégager un consensus sur la loi de révision de la loi sur la bioéthique, avec éventuellement rédaction d'amendements. Articles 1 et 4, relatifs à l'ouverture de la PMA à toutes les femmes, et aux modifications afférentes de la définition de la filiation.

1. Présentation du thème. Qu'est-ce que la PMA ? (doc. 1), état des législations européennes sur la PMA (doc. 2)

Nombre de naissances concernées aujourd'hui

Actualité (doc. 3 et doc. 4)

- Qu'est-ce qui change avec le projet de loi actuel ?

ouverture de la PMA à toutes les femmes quel que soit leur statut matrimonial. Csqces : une femme peut faire un enfant sans père / deux femmes peuvent avoir un enfant sans père. Conséquences sur la filiation.

- Les élèves sont invités à rédiger leur avis personnel sur la question pour la prochaine séance, en argumentant, autant que faire se peut.

2. Mise en commun des avis par petits groupes, et discussions.

- Pouvez-vous dégager un consensus ? Si oui autour de quel avis ? Avec quels arguments ?

Si non, à quel propos ? Avec quels arguments ?

Puis vote collectif de la classe.

Textes supplémentaires :

Texte de Jacques Testard

Détours anthropologique sur la famille

Analyse des docs (résumé du texte de Testard, et dégager idée générale des textes sur la famille), puis discussions par petits groupes, et de nouveau vote collectif.

3. Recherches documentaires pour compléter les arguments et enrichir les avis (à organiser avec le CDI).

4. Rédaction collective d'un projet de loi avec amendements, sur la base du projet actuel (articles 1 et 4 en priorité et 2 et 3 si cette question est soulevée par les élèves).

Débat : Quatre raisons de s'opposer à la PMA pour toutes.

Jacques Testard (biologiste, directeur de recherche honoraire à l'INSERM).

in The Conversation, 10 octobre 2017.

<http://theconversation.com/debat-quatres-raisons-de-sopposer-a-la-pma-pour-toutes-85303>

La « PMA » est l'objet de discussions vives depuis plusieurs années. Ici, nous entendons la PMA, pour procréation médicalement assistée, dans le sens que ce sigle a pris récemment pour qualifier, non pas l'ensemble des techniques de procréation qui font intervenir des spécialistes de la biomédecine, mais spécifiquement l'[insémination artificielle avec donneur de sperme \(IAD\) de femmes seules ou de couples féminins](#). Nous utiliserons le sigle AMP, ou [assistance médicale à la procréation](#), pour désigner à la fois l'insémination artificielle et la fivète ou fécondation in vitro (FIV) et transfert d'embryon.

Les promesses du candidat Macron de légaliser la « PMA » ont [relancé ce débat](#) dans le cadre de la révision des lois de bioéthique prévue pour 2018-2019. Les Français sont aujourd'hui une majorité (64 %) à se déclarer favorables « à ce que les couples de femmes homosexuelles désirant un enfant puissent avoir recours à l'insémination artificielle (ce qu'on appelle aussi la PMA) pour avoir un enfant », selon [le sondage Ifop pour le site my-pharma.info](#) réalisé les 20 et 21 septembre.

Le plus souvent, les partisans de cette pratique se réclament de [l'égalité des sexes et de droits communs à toutes les femmes](#), dont le « droit à l'enfant » pour les homosexuelles, tandis que les opposants défendent la [famille traditionnelle avec papa, maman et bébé](#).

Mon propos est d'argumenter sur quelques points qui échappent à l'idéologie mais devraient raisonnablement poser les bases [d'un refus de cette « PMA »](#). Ces réflexions sont développées dans mon livre, *Faire des enfants demain* (Seuil).

Le penseur autrichien Ivan Illich écrivait dans son livre *Némésis médicale*, en 1975 : « Il convient de fixer des limites raisonnées aux soins de santé classiques. L'urgence s'impose de définir les devoirs qui nous incombent en tant qu'individus, ceux qui reviennent à notre communauté, et ceux que nous laissons à l'État ». C'est avec cette référence à l'autonomie qu'il faut d'abord penser ce que signifie « la PMA pour tous et toutes ».

La biomédecine n'a pas à résoudre les questions de société

L'AMP est légalement destinée à pallier l'infertilité des couples, non à permettre à des personnes fertiles d'avoir un enfant - sauf dans les cas d'anomalies génétiques chez les parents, leur transmission étant évitable par le recours à un donneur de gamètes ou à la sélection d'un embryon indemne. Si la biomédecine devait prendre aussi en charge les gens capables de procréer par leurs propres moyens, cela signifierait un glissement de l'aide médicale vers l'aide sociale, une médicalisation abusive de la vie humaine jusque dans les moments les plus intimes.

Rappelons la simplicité de l'acte « médical » d'insémination artificielle, nombre de lesbiennes de par le monde [ayant choisi l'auto insémination](#). Hors la [cryoconservation des gamètes](#) qui permet la planification de leur usage, la fonction des banques de sperme est principalement de gérer l'approvisionnement et les attributions : on pourrait dire qu'il s'agit d'une procréation administrativement assistée...

La démission des personnes fertiles qui s'en remettent aux spécialistes pour assumer leur désir d'enfant relève de l'aliénation à la technique, du refus d'autonomie [qui est la face triste du « progrès »](#). En outre, cela provoquerait des [coûts supplémentaires](#) car nul doute que l'argument égalitaire ferait adopter la gratuité des actes pour les femmes homosexuelles, comme cela existe pour les hétérosexuelles.

Il faut aussi envisager des demandes diverses si des règles politico-éthiques ne permettent pas de limiter l'aide biomédicale aux personnes souffrant de difficultés procréatrices : la [greffe d'utérus](#), qui a déjà permis d'enfanter à plusieurs femmes européennes privées de matrice, sera bientôt revendiquée par des hommes. Sera mis en avant un moindre trouble éthique que celui provoqué par la location d'utérus, aussi nommée [gestation pour autrui](#) ou GPA, qui instrumentalise une femme gestatrice.

De plus, la revendication « d'égalité » des sexes, qui cache la déssexualisation, fonctionnera comme cela est arrivé pour le refus de la ménopause (puisque les hommes ne la connaissent pas) par conservation d'ovules ou embryons en vue d'une grossesse différée. Déjà, en Grande-Bretagne, des adolescents se voient proposer, avec prise en charge financière, une perspective de procréation différée grâce à la congélation de leur sperme ou de leurs ovules avant les interventions médicales les faisant changer de sexe.

Une pénurie de sperme chronique en France

La pénurie de sperme est chronique en France, comme dans les autres pays où le don est gratuit. Aussi, de nouvelles demandes d'insémination artificielle avec donneur (IAD) viendraient en concurrence des demandes actuelles qui ne peuvent être aisément satisfaites. Une telle situation pourrait vite déboucher sur la fin de la gratuité, fierté de l'éthique médicale française, afin d'abonder les containers des banques de sperme. Et cette mise en marché d'un produit du corps humain s'élargirait vite à la commercialisation des ovules et embryons, puis du sang et des organes, toutes pratiques prohibées par notre bioéthique.

Ne serait-ce pas mettre la loi en demeure de changer ces principes que d'aggraver la pénurie de sperme en ouvrant l'IAD à de nouvelles populations ? La « PMA » est une vision libertaire des rapports humains qui conduit à une [pratique libérale de la bioéthique](#)...

Alternativement, afin d'économiser les précieux gamètes, on pourrait adopter la technique de FIV avec Injection d'un spermatozoïde dans l'ovule (ICSI) plutôt que l'IAD pour tous les couples (homos ou hétéros) en demande d'insémination. En effet la parité des gamètes s'y trouve réalisée puisqu'il suffit d'un spermatozoïde pour un ovule, au

lieu des centaines de milliers de spermatozoïdes qu'exige l'IAD. Mais, ce serait au prix d'une sophistication technique supplémentaire, inutile et coûteuse.

La solution finale pourrait être la production massive de gamètes en laboratoire à partir de cellules banales, avancée significative dans la fabrication anonyme et certifiée des enfants.

Le droit de l'enfant à connaître ses parents

Le droit de l'enfant à connaître ses parents est un principe international inscrit depuis 1989 dans la Convention des droits de l'enfant de l'ONU. Il est déjà bafoué par les banques de sperme et la loi française qui exigent l'[anonymat des donneurs de sperme](#). Peut-on accorder la parentalité exclusive aux personnes élevant l'enfant et dénier toute fonction, même symbolique, aux parents biologiques ?

L'anonymat du donneur de sperme a d'énormes conséquences sur la pratique de l'IAD mais aussi sur les interrogations de nombreux enfants [issus de tels dons](#) depuis les années 1970. Quand ils découvrent la réalité de leur conception, beaucoup souffrent de ne pas pouvoir mettre un visage dans le cadre psychologique de la figure du père, comme le montre [le mémoire de master 2 en sociologie](#) réalisé cette année à l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS) sous la direction d'Irène Théry. Par ailleurs, une [étude conduite par une ONG aux Etats-Unis](#) en 2010 montre que 67 % des personnes conçues avec donneur aimeraient connaître son identité. Cette réalité indiscutable devrait compter davantage que les arguties politiquement correctes qui expliquent que le père est seulement celui qui élève l'enfant.

Faut-il augmenter le nombre de ces enfants en souffrance en ouvrant la « PMA » à de nouvelles demandes ou d'abord accepter une réflexion profonde qui pourrait conduire à [abandonner l'anonymat](#) comme l'ont fait d'autres pays ? Ceux et celles qui demandent l'élargissement du don de sperme vers la « PMA pour toutes » ont-ils pris la mesure des troubles provoqués par la pratique actuelle de l'AMP pour les couples hétérosexuels ? Car il y en a d'autres.

Un eugénisme obligé, via les banques de sperme

Les banques de sperme pratiquent un eugénisme obligé, conséquence de l'anonymat des donneurs. Ce principe confère aux praticiens l'énorme responsabilité du choix d'un père génétique pour chaque enfant ainsi conçu. Là aussi, le dysfonctionnement concerne déjà les couples hétérosexuels. Serait-il sage d'intensifier le recours à l'IAD en autorisant la « PMA » si on demeure incapable de poser des limites au [nouvel eugénisme, mou et consenti](#) ?

Les donneurs de sperme sont d'abord choisis par élimination légitime de ceux qui seraient incapables de remplir ce rôle (sperme déficient ou inapte à la congélation) ou qui présentent de graves troubles physiologiques, infectieux ou comportementaux. À cette étape, déjà, il n'existe pas de document indiquant précisément les critères médicaux retenus. Puis, chaque femme receveuse se voit appariée avec un donneur accepté et physiquement compatible (ressemblant à l'homme qu'il remplace) mais ne présentant pas de « facteur cumulatif de risque » avec les imperfections génétiques de la patiente.

La démarche est logique mais ses limites sont indéfinies : alors que les critères infectieux de sélection sont décrits avec précision par les professionnels et l'Agence de biomédecine, les critères génétiques ne sont pas discutés ouvertement ni même rendus publics - en particulier par l'Agence de biomédecine dont ce serait le rôle. Les banques de sperme disposent ainsi d'une autonomie exceptionnelle pour imposer des « appariements » entre personnes, appariements génétiques qui n'existent pas dans la vie « normale » où l'on ne s'enquiert pas outre mesure du pedigree de son partenaire.

On peut craindre que les progrès dans l'identification des risques génétiques stimulent des exigences eugéniques croissantes puisque les médecins sont les seuls décisionnaires et dépositaires de l'identité génétique d'un père, et que leur responsabilité morale mais éventuellement juridique se trouve ainsi engagée. L'autorisation de la « PMA » est pour le moins prématurée tant que les conditions de l'IAD ne sont pas clarifiées.

Petit détour par l'ethnologie **La famille dans tous ses états.**

Document 1 :

Réservé à l'origine à la déférence que les sujets devaient à leur souverain, le devoir de piété a été appliqué aux relations familiales par Confucius et ses disciples, relations exclusivement organisées sur les principes de respect, de soumission et de hiérarchie entre générations. [...] La structure familiale vietnamienne s'organise de façon clanique suivant le modèle patriarcale et un système de parenté patrilineaire. Tous les descendants d'un ancêtre commun appartiennent à la même famille clanique. [...] Tous les membres du clan portent le même nom de famille. Le chef du clan familial est l'aîné de la souche familiale ; c'est donc lui qui détient théoriquement l'autorité sur toute la famille clanique, c'est-à-dire non seulement sur son épouse et ses enfants mais aussi sur ses jeunes frères, sur les femmes et les enfants de ceux-ci. Il a un rôle particulièrement important pour la cohésion de la famille puisqu'il est également le chef et le continuateur du culte des ancêtres.

Florence Nguyen-Rouault « Le culte des ancêtres dans la famille vietnamienne », *Hommes et Migrations*, n°1232, juillet-août 2001.

Document 2 :

Chez les Baruya de Nouvelle-Guinée, un enfant a autant de pères que son père a de frères (en ajoutant son père biologique), et autant de mères que sa mère a de sœurs (plus sa mère biologique). De sorte que tous les enfants de ses pères et de ses mères sont ses frères et sœurs.

En revanche, les enfants des frères de sa mère et des sœurs de son père sont des cousins.

D'après Maurice Godelier, *Métamorphoses de la parenté*, Fayard, 2005.

Document 3 :

Chez les Nuer d'Afrique occidentale, une femme, lorsqu'elle est reconnue stérile, c'est-à-dire après avoir été mariée et être demeurée sans enfants pendant un certain nombre d'années [...] rejoint sa famille d'origine où elle est désormais considérée comme un homme. [...]

Elle va pouvoir se constituer un troupeau comme un homme, avec la part qui lui revient au titre d'oncle, sur le bétail versé comme prix de la fiancée pour ses nièces. Avec ce troupeau et le fruit de son industrie personnelle, elle acquittera à son tour, comme si elle était un homme, le prix de la fiancée pour se procurer une ou plusieurs épouses. C'est en tant que mari qu'elle entre dans ces rapports sociaux institutionnels. Ses épouses la servent, travaillent pour elle, l'honorent, lui témoignent les marques de respect dues à un mari. Elle recrute un serviteur d'une autre ethnie [...] à qui elle demande entre autres prestations de services le service sexuel auprès de sa ou ses épouses. Les enfants nés de ces rapports sont les siens, l'appellent « père » et le traitent comme un père-homme. Le géniteur n'a d'autre rôle que subalterne, lié peut être affectivement aux produits qu'il a engendrés, il n'en reste pas moins un serviteur, traité comme tel par la femme-mari, par les épouses et les enfants. Il sera rémunéré de ses services par le don d'une vache, « prix de l'engendrement » à chaque fois que se mariera l'une des filles qu'il aura engendrées.

Françoise Héritier, *Masculin / Féminin*, Odile Jacob, 1996.

Document 4

Chez les trobriandais (Paouasie-Nouvelle-Guinée), les enfants naissent et sont élevés dans la maison de leur père et de leur mère. Toutefois, dans la doctrine locale, les enfants ne partagent aucune substance avec leur père et n'appartiennent pas à son clan, mais à celui de la mère. En fait, le personnage masculin important de la famille est le frère de la mère, qui cède à sa sœur une partie de sa récolte annuelle pour contribuer à élever ses enfants, et à leur puberté, accomplira pour eux les rituels nécessaires à leur entrée en société. Chez les Nas du Yunnan, l'effacement du père peut aller jusqu'à sa disparition. Un foyer familial se compose d'un ensemble de frères et de sœurs qui partagent une maison et des terres. Les femmes conçoivent des enfants avec des amants de passage la nuit, et ne gardent pas forcément un souvenir précis de la paternité probable de l'un d'entre eux. Le résultat est que les enfants ne peuvent ignorer qui est leur père.

N. Journet, « Trobriandais et Nas de Chine : du père discret à sa disparition », *Sciences humaines*, n°156, janvier 2005

Document 5 :

La filiation peut se décomposer en trois aspects : le « sang », le « nom », et le « quotidien » : le sang est la dimension biologique de la filiation. Le nom relève de la logique juridique. Il traduit le fait d'être reconnu légalement comme père ou mère d'un enfant. Cette reconnaissance s'accompagne en général de droits et de devoirs (éducation, obligations alimentaires envers ses enfants, succession...) et de la transmission du nom. Le quotidien relève davantage de l'affection et des soins prodigués au quotidien par les adultes que l'enfant qualifiera volontiers de « papa » ou « maman ».

Document 6

L'ethnologue Claude Lévi-Strauss a constaté que la famille « repose sur l'union plus ou moins durable et socialement approuvée d'un homme et d'une femme, et de leurs enfants ». Mais il existe de par le monde une extraordinaire variété de systèmes matrimoniaux et parentaux.

Dans la civilisation musulmane, par exemple, il y a des sociétés polygames dans lesquelles un homme peut avoir simultanément plusieurs épouses. Les sociétés polyandres sont peu nombreuses. On en rencontre particulièrement en Inde. L'éducation des enfants n'est pas toujours assumée par les parents biologiques. Chez les Mossis en Afrique, plusieurs femmes sont considérées comme la mère d'un enfant : la mère qui accouche, la mère qui allaite et la mère qui éduque. Chez les Trobriands, en Mélanésie, les enfants appartiennent à la lignée maternelle. Le père géniteur de l'enfant n'est pour ce dernier que le mari de sa mère, et c'est son oncle maternel qui assume les fonctions proprement paternelles. En Israël, dans les kibboutz, dès l'âge de 6 mois, les enfants sont élevés en groupes, dans les « maisons d'enfants », par des nourrices et ne rencontrent leurs parents que deux heures par jour. Il n'existe pas de modèle familial universel. Mais si les formes varient, il y a un point commun : dans chaque organisation, il existe des structures et des règles que chacun doit respecter.

Le Projet de révision de la loi sur la bioéthique approuvé en Conseil des ministres le 24 juillet 2019, et présenté à l'Assemblée nationale le 24 juillet 2019. (Extraits : déclaration de Mr le premier ministre) :

Le titre I^{er} élargit l'accès aux technologies déjà disponibles en matière de procréation tout en continuant à les encadrer. Le chapitre I^{er} vise à permettre d'exercer un choix éclairé en matière de procréation dans un cadre maîtrisé.

L'**article 1^{er}** élargit l'accès à l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes non mariées. Le critère médical d'infertilité, qui aujourd'hui conditionne cet accès est supprimé. La prise en charge par l'assurance maladie reste identique et est étendue aux nouveaux publics éligibles. L'article supprime également la notion imprécise d'âge de procréer qui figure dans la loi au profit d'une interprétation incontestable de ce critère. Il permet enfin le recours à un double don de gamètes au cours d'une même tentative d'assistance médicale à la procréation.

L'**article 2** met fin à la possibilité de conserver des gamètes pour soi-même au moment du don, dispositif qui pouvait être vu comme créant une contrepartie au don et ouvre la possibilité d'une autoconservation de gamètes pour les femmes comme pour les hommes. Pour éviter tout effet incitatif, la réforme est enserrée dans des conditions strictes de mise en œuvre (des bornes d'âge sont posées, l'activité est réservée aux centres publics et privés à but non lucratif). L'article prévoit la prise en charge des actes afférents au recueil ou au prélèvement de gamètes mais non de la conservation qui reste à la charge des bénéficiaires. Par ailleurs, l'article met fin au recueil du consentement du conjoint lors d'un don de gamètes.

Le chapitre II vise à reconnaître et sécuriser les droits des enfants nés d'assistance médicale à la procréation.

L'**article 3** permet d'ouvrir un nouveau droit aux personnes nées d'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur qui, à leur majorité, auront la possibilité, sans condition, d'accéder aux informations non identifiantes relatives au tiers donneur ainsi qu'à l'identité de ce dernier. En parallèle, l'article prévoit également une gestion centralisée des données relatives aux donneurs, aux dons et aux enfants nés de dons par l'Agence de la biomédecine. Il met en place une Commission qui accueillera les demandes des personnes nées de don et sollicitera l'Agence de la biomédecine pour obtenir les informations lui permettant d'exercer ses missions. Enfin, l'article prévoit un dispositif adapté pour les donneurs et les personnes nées de don qui ne relèvent pas du régime qui entrera en vigueur postérieurement à la promulgation de la loi.

L'**article 4** a pour objet de tirer les conséquences, sur le plan de la filiation, de l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes non mariées.

Après avoir posé dans un article principal du code civil l'égalité des modes de filiation, et, à travers elle, l'égalité des droits et des devoirs pour tous les enfants dans leurs rapports avec leurs parents, il crée un mode de filiation par déclaration anticipée de volonté permettant aux couples de femmes de devenir légalement les parents de l'enfant issu de l'assistance médicale à la procréation qu'elles auront réalisée ensemble, et ce, dès sa naissance. La déclaration anticipée de volonté permet de rendre compte du projet parental des deux femmes, d'assurer à l'enfant une filiation sécurisée qui a les mêmes effets et ouvre les mêmes droits que la filiation fondée sur la vraisemblance biologique et la filiation adoptive.

Projet de loi détaillé : (pour le prof) :

TITRE I^{ER}

ÉLARGIR L'ACCÈS AUX TECHNOLOGIES DISPONIBLES SANS S'AFFRANCHIR DE NOS PRINCIPES ÉTHIQUES

Chapitre I^{er}

Permettre aux personnes d'exercer un choix éclairé en matière de procréation dans un cadre maîtrisé

Article 1^{er}

I. - Le chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les articles L. 2141-2 et L. 2141-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 2141-2.* - Tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée a accès à l'assistance médicale à la procréation après une évaluation médicale et psychologique selon les modalités prévues à l'article L. 2141-10.

« Les deux membres du couple ou la femme non mariée doivent consentir préalablement à l'insémination artificielle ou au transfert des embryons.

« S'il s'agit d'un couple, font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une demande en divorce, la signature d'une convention de divorce par consentement mutuel selon les modalités de l'article 229-1 du code civil ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'un ou l'autre des membres du couple auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation.

« Les conditions d'âge requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Agence de la biomédecine. Elles prennent en compte les risques médicaux de la procréation liés à l'âge ainsi que l'intérêt de l'enfant à naître.

« *Art. L. 2141-3.* - Un embryon ne peut être conçu in vitro que dans le cadre et selon les objectifs d'une assistance médicale à la procréation telle que définie à l'article L. 2141-1.

« Compte tenu de l'état des techniques médicales, les membres du couple ou la femme non mariée peuvent consentir par écrit à ce que soit tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons, dans l'intention de réaliser ultérieurement leur projet parental. Dans ce cas, ce nombre est limité à ce qui est strictement nécessaire à la réussite de l'assistance médicale à la procréation, compte tenu du procédé mis en œuvre. Une information détaillée est remise aux membres du couple ou à la femme non mariée sur les possibilités de devenir de leurs embryons conservés qui ne feraient plus l'objet d'un projet parental.

« Les membres du couple ou la femme non mariée peuvent consentir par écrit à ce que les embryons, non susceptibles d'être transférés ou conservés, fassent l'objet d'une recherche dans les conditions prévues à l'article L. 2151-5.

« Un couple ou une femme non mariée dont des embryons ont été conservés ne peut bénéficier d'une nouvelle tentative de fécondation in vitro avant le transfert de ceux-ci sauf si un problème de qualité affecte ces embryons. » ;

2° Les articles L. 2141-5 et L. 2141-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 2141-5.* - Les deux membres du couple ou la femme non mariée peuvent consentir par écrit à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple ou une autre femme non mariée dans les conditions prévues à l'article L. 2141-6.

« En cas de décès d'un membre du couple, le membre survivant est consulté par écrit sur le point de savoir s'il consent à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple ou une autre femme dans les conditions prévues à l'article L. 2141-6.

« Les deux membres du couple, le membre survivant ou la femme non mariée sont informés des dispositions

législatives et réglementaires relatives à l'accueil d'embryons et notamment des dispositions de l'article L. 2143-2.

« *Art. L. 2141-6.* – Un couple ou une femme non mariée répondant aux conditions prévues à l'article L. 2141-2 peut accueillir un embryon.

« Les deux membres du couple ou la femme non mariée doivent préalablement donner leur consentement devant notaire à l'accueil de l'embryon. Les conditions et les effets de ce consentement sont régis par le livre I^{er} du code civil.

« Le couple ou la femme non mariée accueillant l'embryon et le couple ou la femme non mariée y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives.

« En cas de nécessité médicale, un médecin pourra accéder aux informations médicales non identifiantes au bénéfice de l'enfant né, du couple ou de la femme non mariée.

« Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué au couple ou à la femme non mariée ayant renoncé à l'embryon.

« L'accueil de l'embryon est subordonné à des règles de sécurité sanitaire. Ces règles comprennent notamment des tests de dépistage des maladies infectieuses.

« Seuls les établissements publics ou privés à but non lucratif autorisés à cet effet peuvent conserver les embryons destinés à être accueillis et mettre en œuvre la procédure d'accueil. » ;

3° L'article L. 2141-7 est abrogé ;

4° Les articles L. 2141-9 et L. 2141-10 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 2141-9.* – Seuls les embryons conçus dans le respect des principes fondamentaux prévus par les articles 16 à 16-8 du code civil et des dispositions du présent titre peuvent entrer sur le territoire où s'applique le présent code ou en sortir. Ces déplacements d'embryons sont exclusivement destinés à permettre la poursuite du projet parental du couple ou de la femme non mariée concernés. Ils sont soumis à l'autorisation de l'Agence de la biomédecine.

« *Art. L. 2141-10.* – La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation est précédée d'entretiens particuliers du ou des demandeurs avec un ou plusieurs médecins de l'équipe clinicobiologique pluridisciplinaire du centre, qui fait appel, en tant que de besoin, à un professionnel inscrit sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 411-2 du code de l'action sociale et des familles.

« Ils doivent :

« 1° Vérifier la motivation des deux membres du couple ou de la femme non mariée ;

« 2° Procéder à une évaluation médicale et psychologique des deux membres du couple ou de la femme non mariée ;

« 3° Informer ceux-ci des possibilités de réussite et d'échec des techniques d'assistance médicale à la procréation, de leurs effets secondaires et de leurs risques à court et à long terme, ainsi que de leur pénibilité et des contraintes qu'elles peuvent entraîner ;

« 4° Informer ceux-ci de l'impossibilité de réaliser un transfert des embryons conservés en cas de rupture du couple ;

« 5° Leur remettre un dossier-guide comportant notamment :

« a) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assistance médicale à la procréation ;

« b) Un descriptif de ces techniques ;

« c) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'adoption, ainsi que l'adresse des associations et organismes susceptibles de compléter leur information à ce sujet.

« Le consentement du couple ou de la femme est confirmé par écrit à l'expiration d'un délai de réflexion d'un mois après réalisation des étapes mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5°.

« L'assistance médicale à la procréation est subordonnée à des règles de sécurité sanitaire.

« Elle ne peut être mise en œuvre par un médecin ayant participé aux entretiens prévus au premier alinéa lorsque les demandeurs ne remplissent pas les conditions prévues par le présent titre ou lorsque ce médecin, après concertation au sein de l'équipe clinicobiologique pluridisciplinaire, estime qu'un délai de réflexion supplémentaire est nécessaire aux demandeurs dans l'intérêt de l'enfant à naître.

« Le couple ou la femme non mariée qui, pour procréer, recourent à une assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur doivent préalablement donner, dans les conditions prévues par le code civil, leur consentement à un notaire. »

II. – À l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale :

1° Le 12° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de l'infertilité ; »

2° Après le 25°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions du chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique ; ».

Article 2

I. – L'article L. 1244-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1244-2. – Le donneur est majeur. Le mineur émancipé ne peut être donneur.

« Préalablement au don, le donneur est dûment informé des dispositions législatives et réglementaires relatives au don de gamètes et notamment des dispositions de l'article L. 2143-2.

« Le consentement du donneur est recueilli par écrit et peut être révoqué à tout moment jusqu'à l'utilisation des gamètes. »

II. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 2141-12 devient l'article L. 2141-13 ;

2° Après l'article L. 2141-11-1, il est rétabli un article L. 2141-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 2141-12. – I. – Une personne majeure qui répond à des conditions d'âge précisées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Agence de la biomédecine peut bénéficier, après une prise en charge médicale par l'équipe clinicobiologique pluridisciplinaire, du recueil, du prélèvement et de la conservation de ses gamètes, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au présent chapitre.

« Ce recueil, ce prélèvement et cette conservation sont subordonnés au consentement écrit de l'intéressé recueilli par l'équipe clinicobiologique pluridisciplinaire après information sur les conditions, les risques et les limites de la démarche et de ses suites.

« Seuls les établissements publics de santé ou les établissements de santé privés à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier peuvent, lorsqu'ils y ont été autorisés, procéder au prélèvement, au recueil et à la conservation des gamètes mentionnés à l'alinéa précédent. Ces activités ne peuvent être exercées dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1.

« II. – La personne dont les gamètes sont conservés en application du I du présent article est consultée chaque année. Elle consent par écrit à la poursuite de cette conservation.

« Si elle ne souhaite plus la maintenir, elle consent par écrit :

« 1° À ce que ses gamètes fassent l'objet d'un don en application du chapitre IV du titre IV du livre II de la première

partie du présent code ;

« 2° À ce que ses gamètes fassent l'objet d'une recherche dans les conditions prévues aux articles L. 1243-3 et L. 1243-4 ;

« 3° À ce qu'il soit mis fin à la conservation de ses gamètes.

« Dans tous les cas, ce consentement fait l'objet d'une confirmation par écrit après un délai de réflexion de trois mois à compter de la date du premier consentement.

« Le consentement est révocable jusqu'à l'utilisation des gamètes ou jusqu'à ce qu'il soit mis fin à leur conservation.

« En l'absence de réponse de la personne durant dix années consécutives, il est mis fin à la conservation des gamètes.

« En cas de décès de la personne et en l'absence du consentement prévu au 1° ou au 2°, il est mis fin à la conservation des gamètes. »

III. – À l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11. »

Chapitre II

Reconnaître et sécuriser les droits des enfants nés d'assistance médicale à la procréation

Article 3

I. – L'article L. 1244-6 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 1244-6.* – Un médecin peut accéder aux informations médicales non identifiantes en cas de nécessité médicale au bénéfice d'un enfant conçu à partir de gamètes issus de don ou au bénéfice d'un donneur de gamètes. »

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 1273-3 du même code, avant les mots : « Le fait de divulguer une information », sont insérés les mots : « Sauf dans le cas que prévoient les dispositions de l'article 16-8-1 du code civil, ».

III. – Au titre IV du livre I de la deuxième partie du même code est ajouté un chapitre III ainsi rédigé :

«Chapitre III

«Accès aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur

« *Art. L. 2143-1.* – Pour l'application du présent chapitre, la notion de tiers donneur s'entend de la personne dont les gamètes ont été recueillis ou prélevés dans le cadre du chapitre IV du titre IV du livre II de la première partie du présent code ainsi que du couple ou de la femme ayant consenti à ce qu'un ou plusieurs de ses embryons soient accueillis par un autre couple ou une autre femme en application de l'article L. 2141-5.

« Lorsque le tiers donneur est un couple, son consentement s'entend du consentement exprès de chacun de ses membres.

« *Art. L. 2143-2.* – Tout enfant conçu par assistance médicale à la procréation avec tiers donneur peut à sa majorité, accéder à des données non identifiantes relatives à ce tiers donneur, et s'il le souhaite, accéder à l'identité de ce tiers donneur.

« Le consentement exprès du tiers donneur à la communication de ces données et de son identité dans les conditions du premier alinéa est recueilli avant même de procéder au don.

« *Art. L. 2143-3.* – I. – Au moment du consentement au don de gamètes prévu à l'article L. 1244-2 ou du consentement à l'accueil d'embryon prévu à l'article L. 2141-5, le médecin recueille l'identité du tiers donneur ainsi que des informations le concernant portant sur :

« 1° Son âge ;

« 2° Son état général au moment du don, tel qu'il le décrit ;

« 3° Ses caractéristiques physiques ;

« 4° Sa situation familiale et professionnelle ;

« 5° Son pays de naissance ;

« 6° Les motivations de son don, rédigées par lui.

« II. – Le médecin mentionné au I est destinataire des informations relatives à l'évolution de la grossesse résultant d'une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur et à son issue. Il recueille l'identité de chaque enfant né de chaque tiers donneur.

« *Art. L. 2143-4.* – Les données relatives aux tiers donneurs mentionnés à l'article L. 2143-3, à leurs dons et aux enfants nés de ces dons sont conservées par l'Agence de la biomédecine dans un traitement dont celle-ci est responsable en application du 13° de l'article L. 1418-1 dans des conditions garantissant strictement leur sécurité, leur intégrité et leur confidentialité pour une durée limitée et adéquate tenant compte des nécessités résultant de l'usage auquel ces données sont destinées fixée par décret en Conseil d'État et qui ne peut être inférieure à quatre-vingts ans.

« *Art. L. 2143-5.* – L'enfant qui, à sa majorité, souhaite accéder aux données non identifiantes relatives au tiers donneur ou à l'identité du tiers donneur s'adresse à la commission mentionnée à l'article L. 2143-6.

« *Art. L. 2143-6.* – I. – Une commission d'accès aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur est placée auprès du ministre chargé de la santé. Elle statue :

« 1° Sur les demandes d'accès à des données non identifiantes relatives au tiers donneur ;

« 2° Sur les demandes d'accès à l'identité du tiers donneur ;

« 3° À la demande d'un médecin, sur le caractère non identifiant de certaines données préalablement à leur transmission au responsable du traitement mentionné à l'article L. 2143-4.

« II. – La commission demande à l'Agence de la biomédecine la communication des données non identifiantes mentionnées à l'article L. 2143-3 et de l'identité des tiers donneurs.

« III. – La commission assure :

« 1° Les demandes de communication des données et de l'identité des tiers donneurs mentionnées à l'article L. 2143-3 auprès de l'Agence de la biomédecine ;

2° Le recueil et l'enregistrement de l'accord des tiers donneurs qui n'étaient pas soumis aux dispositions du présent chapitre au moment de leur don et se manifestent sur leur initiative pour autoriser l'accès à leurs données non identifiantes et à leur identité ainsi que la transmission de ces données à l'Agence de la biomédecine ;

3° La communication aux demandeurs des données mentionnées aux 1° et 2° du I ;

4° L'information et l'accompagnement des demandeurs et des tiers donneurs.

« *Art. L. 2143-7.* – La commission mentionnée à l'article L. 2143-6 est composée :

« 1° D'un membre de la juridiction administrative ;

« 2° D'un magistrat de l'ordre judiciaire ;

« 3° De quatre représentants du ministère de la justice et des ministères chargés de l'action sociale et de la santé ;

« 4° De quatre personnalités qualifiées choisies pour leurs connaissances ou leur expérience dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation ou des sciences humaines et sociales ;

« 5° De six représentants d'associations dont l'objet relève du champ d'intervention de la commission.

« L'écart entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes ne peut être supérieur à un.

« Le magistrat de l'ordre judiciaire préside la commission.

« Chaque membre dispose d'un suppléant.

« En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

« Les membres de la commission sont tenus à une obligation de confidentialité.

« Les manquements des membres de la commission à l'obligation de confidentialité, consistant en la divulgation d'informations sur une personne ou un couple qui a fait don de gamètes ou d'embryons sont passibles des sanctions prévues à l'article 511-10 du code pénal.

« *Art. L. 2143-8.* – L'Agence de la biomédecine est tenue de communiquer les données mentionnées à l'article L. 2143-3 à la commission sur sa demande pour l'exercice de ses missions mentionnées à l'article L. 2143-6.

« *Art. L. 2143-9.* – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

« 1° La nature des données non identifiantes mentionnées à l'article L. 2143-3 ;

« 2° Les modalités de recueil de l'identité des enfants mentionné au II de l'article L. 2143-3 ;

« 3° La nature des pièces à joindre à la demande mentionnée au premier alinéa de l'article L. 2143-5 ;

« 4° La composition et le fonctionnement de la commission prévue à l'article L. 2143-6. »

IV. – Après l'article 16-8 du code civil est inséré un nouvel article 16-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. 16-8-1.* – Le principe d'anonymat du don ne fait pas obstacle à l'accès de l'enfant majeur né d'une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur, sur sa demande, à des données non identifiantes ou à l'identité de ce tiers donneur, dans les conditions prévues au chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique. »

V. – À l'article 511-10 du code pénal, avant les mots : « Le fait de divulguer une information », sont insérés les mots : « Sauf dans le cas que prévoient les dispositions de l'article 16-8-1 du code civil, » et, après les mots : « don de gamètes et le couple », sont insérés les mots : « ou la femme non mariée ».

VI. – 1° Les dispositions des articles L. 1244-2, L. 2141-5 et L. 2143-3, L. 2143-5, L. 2143-6 et L. 2143-8 du code de la santé publique dans leur rédaction issue de la présente loi entrent en vigueur le premier jour du treizième mois suivant la promulgation de la loi ;

2° Les dispositions des articles L. 2143-4 et L. 2143-7 du même code dans leur rédaction issue de la présente loi entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le premier jour du treizième mois suivant la promulgation de la loi ;

3° À compter d'une date fixée par décret ne peuvent être utilisés pour toute insémination et toute tentative d'assistance médicale à la procréation que les embryons proposés à l'accueil et les gamètes issus de dons réalisés à compter du premier jour du treizième mois suivant la promulgation de la loi ;

4° À la veille de la date prévue au 3°, il est mis fin à la conservation des embryons proposés à l'accueil et des gamètes issus de dons réalisés avant le premier jour du treizième mois suivant celle-ci.

VII. – 1° L'article L. 2143-2 du code de la santé publique s'applique aux personnes conçues par assistance médicale à la procréation avec tiers donneur à compter de la date prévue au 2° du VI du présent article ;

2° Les tiers donneurs dont les embryons ou les gamètes sont utilisés jusqu'à la date prévue au 2° du VI du présent article peuvent manifester auprès de la Commission mentionnée à l'article L. 2143-6 leur accord à la transmission aux

personnes majeures nées de leur don de leurs données non identifiantes d'ores et déjà détenues par les organismes et établissements mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 2142-1 ainsi que leur accord à la communication de leur identité en cas de demande par ces personnes ;

3° Les personnes majeures, conçues par assistance médicale à la procréation avec tiers donneur à partir des embryons ou des gamètes utilisés jusqu'à la date mentionnée au 2° du VI du présent article, peuvent se manifester, si elles le souhaitent, auprès de la Commission mentionnée à l'article L. 2143-6 pour demander l'accès aux données non identifiantes du tiers donneur détenues par les organismes et établissements mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 2142-1 et, le cas échéant, à l'identité de ce tiers donneur ;

4° La Commission fait droit aux demandes d'accès aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur qui lui parviennent en application du 3° si le tiers donneur s'est manifesté conformément au 2° ;

5° Les organismes et établissements mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 2142-1 du code de la santé publique sont tenus de communiquer à la commission mentionnée à l'article L. 2143-6 du même code, sur sa demande, les données qu'ils détiennent nécessaires à l'exercice des missions de celle-ci ;

6° Les dispositions des 2° et 3° du VII sont applicables le premier jour du treizième mois suivant la promulgation de la loi.

Article 4

I. – Le code civil est ainsi modifié :

1° Les articles 310 et 358 sont abrogés ;

2° Le titre préliminaire est complété par un article ainsi rédigé :

« *Art. 6-2.* – Tous les enfants dont la filiation est légalement établie ont, dans leurs rapports avec leurs parents, les mêmes droits et les mêmes devoirs, sous réserve des dispositions particulières du chapitre II du titre VIII du livre 1^{er}. La filiation fait entrer l'enfant dans la famille de chacun de ses parents. »

II. – L'article 311-20 du code civil est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, les mots : « Les époux ou les concubins » sont remplacés par les mots : « Les couples composés d'un homme et d'une femme ou la femme non mariée » ;

b) Le premier alinéa est complété par les mots : « ainsi que des dispositions du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique. » ;

c) Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le consentement est privé d'effet en cas de décès, ainsi que de dépôt d'une demande en divorce ou en séparation de corps, en cas de signature d'une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités de l'article 229-1 ou de cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'insémination ou du transfert de l'embryon Il est également privé d'effet lorsque l'homme ou la femme le révoque, par écrit et avant la réalisation de l'insémination ou du transfert d'embryon, auprès du médecin chargé de mettre en œuvre cette assistance ou du notaire qui l'a reçu. »

III. – Après le titre VII du livre I^{er} du code civil est inséré un titre VII *bis* ainsi rédigé :

«TITRE VII BIS

«DE LA FILIATION PAR DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ

« *Art. 342-9.* – Lorsque deux femmes recourent ensemble à une assistance médicale à la procréation avec l'intervention d'un tiers donneur dans les conditions prévues par le code de la santé publique, les dispositions de l'article 311-19 s'appliquent à l'auteur du don.

« *Art. 342-10.* – Les couples de femmes qui recourent à une assistance médicale à la procréation doivent préalablement

donner leur consentement à un notaire dans les conditions de l'article 311-20. Dans le même temps, elles déclarent conjointement leur volonté de devenir les parents de l'enfant issu de l'assistance médicale à la procréation.

« Le consentement et la déclaration anticipée de volonté mentionnés au premier alinéa interdisent toute action aux fins d'établissement ou de contestation de la filiation à moins qu'il ne soit soutenu que l'enfant n'est pas issu de la procréation médicalement assistée ou que le consentement et la déclaration de volonté ont été privés d'effet.

« Le consentement est privé d'effet dans tous les cas prévus à l'article 311-20. Les effets de la déclaration anticipée de volonté cessent en même temps que ceux du consentement. La déclaration anticipée de volonté est irrévocable à compter de la réalisation de l'insémination ou du transfert d'embryon.

« Art. 342-11. – La filiation est établie à l'égard de la femme qui accouche et de l'autre femme, toutes deux désignées dans la déclaration anticipée de volonté. La déclaration est remise par l'une de ses auteures ou, le cas échéant, par la personne chargée de déclarer la naissance, à l'officier d'état civil qui l'indique dans l'acte de naissance de l'enfant.

« En cas d'absence de remise de la déclaration anticipée de volonté, celle-ci peut être communiquée au procureur de la République à la demande de l'enfant majeur, de son représentant légal s'il est mineur ou de toute personne ayant intérêt à agir en justice. La mention de la déclaration est portée en marge de l'acte de naissance de l'enfant.

« Toutefois, la filiation établie par la déclaration ne peut être portée dans l'acte de naissance tant que la filiation déjà établie à l'égard d'un tiers, par présomption, par reconnaissance ou par adoption plénière, n'a pas été contestée en justice dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre VII du présent livre, par une action en tierce opposition dans les conditions prévues par l'article 353-2, ou par un recours en révision dans les conditions prévues au titre XVI du livre I^{er} du code de procédure civile.

« Celle qui, après avoir consenti à l'assistance médicale à la procréation, fait obstacle à la remise de la déclaration anticipée de volonté à l'officier de l'état civil engage sa responsabilité.

« Art. 342-12. – Les deux personnes désignées dans la déclaration anticipée de volonté choisissent le nom de famille qui est dévolu à l'enfant au plus tard au moment de la déclaration de naissance : soit le nom de l'une d'elles, soit leurs deux noms accolés dans l'ordre choisi par elles dans la limite d'un nom de famille pour chacune d'elles. En l'absence de déclaration conjointe à l'officier de l'état civil mentionnant le choix du nom de l'enfant, celui-ci prend leurs deux noms, dans la limite du premier nom de famille pour chacune d'elles, accolés selon l'ordre alphabétique.

« En cas de naissance à l'étranger d'un enfant dont l'un au moins des parents est français, les parents qui n'ont pas usé de la faculté de choix du nom dans les conditions du précédent alinéa peuvent effectuer une telle déclaration lors de la demande de transcription de l'acte, au plus tard dans les trois ans de la naissance de l'enfant.

« Lorsqu'il a déjà été fait application du présent article, ou de l'article 357 à l'égard d'un enfant commun, le nom précédemment dévolu ou choisi vaut pour les autres enfants communs.

« Lorsque les parents ou l'un d'entre eux portent un double nom de famille, ils peuvent, par une déclaration écrite conjointe, ne transmettre qu'un seul nom à leurs enfants.

« Lorsqu'il est fait application du deuxième alinéa de l'article 342-11 et que la filiation de l'enfant s'en trouve modifiée, le procureur de la République modifie le nom de l'enfant par application des dispositions du présent article. »

IV. – Le chapitre 1^{er} du titre VIII du livre I^{er} du code civil est ainsi modifié :

1° À l'article 353-2 :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou au conjoint de l'adoptant » ;

b) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « , ainsi que la dissimulation au tribunal de l'existence d'un consentement à une procédure d'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur et d'une déclaration anticipée de volonté tels que prévus à la section 3 du chapitre I^{er} du titre VII et au titre VII *bis* du présent livre » ;

2° Au cinquième alinéa de l'article 357, après les mots : « du deuxième alinéa de l'article 311-23 », sont insérés les mots : « , de l'article 342-12 ».

V. – L'article 372 du code civil est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, après les mots : « du second parent de l'enfant », sont ajoutés les mots : « ou, dans le cas d'un établissement de la filiation dans les conditions du titre VII *bis*, lorsque la mention de la déclaration anticipée de volonté est apposée à la demande du procureur de la République » ;

b) Le troisième alinéa est complété par la phrase :

« Il en est de même pour les parents dont la filiation est établie par déclaration anticipée de volonté formée dans les conditions du titre VII *bis* du présent livre. »