

Contribution du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

Etats généraux de la bioéthique

Lundi 26 mars 2018

*Dans le cadre des Etats généraux de la bioéthique et de la consultation organisée par le Comité Consultatif National d'Éthique, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) souhaite apporter sa contribution concernant l'ouverture de la **Procréation Médicalement Assistée (PMA)**, suite à son **Avls, publié le 1er juillet 2015, « portant contribution au débat sur la procréation médicalement assistée »**.*

La Procréation Médicalement Assistée (PMA) recouvre un ensemble de techniques médicales reconnues en France depuis la loi de bioéthique de 1994 permettant la conception *in vitro*, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle¹.

En France, elle est aujourd'hui réservée aux couples hétérosexuels mariés, pacsés ou en concubinage, en âge de procréer. Pour pouvoir recourir à la PMA, le couple, ou l'un des membres du couple doit présenter une stérilité ou une infertilité pathologique médicalement constatée ou être porteur d'une maladie grave, susceptible d'être transmise au conjoint ou à l'enfant². La PMA est donc interdite aux couples de lesbiennes et aux femmes célibataires, alors même que la **légitimité de l'homoparentalité et de la monoparentalité** ont été reconnues respectivement par l'ouverture de l'adoption aux personnes célibataires en 1966, et par l'ouverture du mariage aux couples de même sexe en 2013.

En 2015, la PMA a permis la naissance de plus de 24 839 enfants en France, soit 3,1% du total des naissances³.

Une majorité de la population française est aujourd'hui favorable à un élargissement de l'accès à la PMA⁴.

¹ Article L2141-1 du Code de la santé Publique

² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462>

³ Rapport annuel 2016 de l'Agence de Biomédecine, page 66

⁴ Un sondage mené par l'Ifop en décembre 2017 pour le journal La Croix et le Forum européen de bioéthique indique que 60% des sondé.e.s se disent favorables à l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et 57% se disent favorables à l'ouverture aux femmes célibataires.

I/ Les problématiques actuelles

1. La loi actuelle est dépassée par la réalité des familles et des pratiques, et pose des problèmes juridiques, sanitaires et sociaux

- La société française évolue aujourd'hui dans un contexte de recomposition des schémas familiaux et parentaux. Le mariage a fortement diminué depuis 2000, il n'est plus l'étape obligatoire de la conjugalité et de la parentalité.

La famille nucléaire coexiste désormais avec d'autres schémas : familles monoparentales, familles recomposées ou encore parents de même sexe. En 2012, 452 000 familles franciliennes sont constituées d'une mère ou d'un père, seul(e) avec au moins un enfant de moins de 25 ans. Les femmes sont à plus de 80% les cheffes de ces familles monoparentales⁵. Par ailleurs, 10 000 couples de même sexe vivent avec au moins un enfant en 2014. 80% de ces couples sont des couples de femmes.⁶

- La PMA a été encadrée légalement afin qu'une réponse soit apportée à un problème médical : l'incapacité pour les individus d'avoir un enfant. La PMA signifie qu'il existe une issue favorable au désir d'enfant de couples qui ne peuvent pas en avoir spontanément. La jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme va également dans ce sens et consacre le droit, pour les individus, à fonder une famille.
- Les couples de femmes et les femmes célibataires françaises désireuses d'avoir un enfant ont aujourd'hui recours à des PMA à l'étranger. Bien qu'une estimation précise de ces données soit difficile, les centres belges disent recevoir chaque année de nombreux couples lesbiens et des femmes célibataires françaises.⁷ Une étude réalisée par l'Académie de médecine auprès de 270 médecins en France, essentiellement médecins en gynécologie médicale ou gynécologie-obstétrique, démontre que 94% d'entre eux avaient été consultés pour des demandes de PMA à l'étranger. Enfin, 5% d'entre eux ont déclaré avoir participé à des PMA illégales en France⁸.
- Or, cette pratique illégale de la PMA pose de nombreux problèmes : risques juridiques pour les médecins, exposition à des risques sanitaires et de fortes inégalités sociales pour les femmes, incertitude sur la reconnaissance de la filiation entre la ou les mère(s) et l'enfant.
 - L'article 511-9 du code pénal établit à cinq ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende « le fait d'apporter son entremise pour favoriser l'obtention de gamètes contre un paiement, quelle qu'en soit la forme (...)». Les médecins qui transmettent à leurs patient.e.s une information sur les cliniques ou organismes étrangers pratiquant le don de gamètes pour les couples lesbiens et les femmes célibataires sont donc particulièrement exposés.
 - Les femmes recourant à la PMA de manière illégales sont soumises à des risques sanitaires et à de fortes inégalités sociales. Elles ont recours à différentes stratégies dont la PMA dite « artisanale » qui consiste à s'auto-inséminer ou à avoir une relation sexuelle avec un inconnu. Dans les deux cas, la procédure est risquée car aucun contrôle du sperme n'est pratiqué et rien ne protège ces femmes des infections sexuellement transmissibles. Elles n'ont de plus aucune garantie de parvenir à une grossesse.
 - Alors que l'insémination artificielle avec don en France est prise en charge à 100% pour un couple hétérosexuel infertile, réaliser une PMA à l'étranger implique des coûts importants. En Belgique, le coût d'une PMA varie entre 2000 et 3000 euros⁹. Les associations accompagnant les couples lesbiens conseillent de prévoir environ 10 000 euros de budget. Le prix global est élevé en raison des déplacements à l'étranger pour l'insémination, particulièrement quand les tentatives doivent être renouvelées. Le taux de réussite des PMA,

⁵ INSEE Familles monoparentales franciliennes : les femmes toujours en première ligne face aux difficultés, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019694#titre-bloc-3>

⁶ http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_avis_no2015-07-01-san-17.pdf

⁷ Hôpital Erasme, Hôpital Saint Pierre, Uiversitair Ziekenhuis Brussel (UZ VUB) et Centre interrégional Edith Call (CHIREC)

⁸ Ouverture de l'Assistance médicale à la procréation avec sperme de donneur (AMPD) à des indications non médicales, Académie nationale de médecine, 2014

⁹ Estimation réalisée à partir de témoignages de femmes ayant réalisé une PMA en Belgique

toutes techniques confondues s'élève à 14,7% seulement¹⁰. Les démarches à réaliser pour établir la filiation, dont les frais d'avocat, viennent s'ajouter au coût global. Une partie des femmes se retrouvent ainsi exclues, pour des raisons financières, de cet accès à la PMA.

- La PMA à l'étranger implique que les femmes bénéficient d'un suivi gynécologique parfois irrégulier ou insuffisant, du fait des distances à parcourir. De plus, afin de produire plus d'ovules et de multiplier leurs chances de réussite de l'insémination, les patientes reçoivent un grand nombre d'injections hormonales. Or, cela les expose à de graves inflammations ovariennes pouvant aboutir sur des complications importantes. La peur d'être poursuivies, puisqu'elles commettent des actes illégaux, génère également du stress.
- De nombreux pays européens, tels le Royaume-Uni, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suède, autorisent l'accès à la PMA aux couples de femmes ainsi qu'aux femmes célibataires. La France fait figure de cas particulier. De plus, la circulation des patient.e.s en Europe est un droit reconnu par l'Union européenne.¹¹ Le maintien de l'interdiction, en France, de la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires apparaît d'autant plus incohérent.

2. Le droit encadrant la PMA et la parenté est aujourd'hui discriminatoire et incohérent

- La pratique de la PMA dans les faits aujourd'hui ne correspond pas à la loi. Dans les faits, le caractère pathologique de l'infertilité n'est pas toujours vérifié alors qu'il devrait l'être selon la loi. Les cas d'infertilités inexplicables, c'est-à-dire qu'aucun des deux membres du couple n'est stérile mais que le couple ne parvient pas à procréer, donnent le droit aux couples hétérosexuels d'avoir recours à une PMA.

De plus, la PMA n'est pas uniquement un traitement médical. Dans le cas d'un couple hétérosexuel où l'homme est stérile, et pour lequel toute démarche thérapeutique a échoué, la PMA autorise le recours à un tiers donneur. Le tiers donneur ne guérit pas l'homme de sa fertilité, il est un palliatif admis par la société à l'infertilité du couple. La PMA constitue donc un « arrangement » social.

- **Le droit actuel est ainsi discriminatoire à deux niveaux :**
 - ✓ **en raison de la sexualité :** l'« arrangement social » évoqué plus haut pour les couples infertiles qui ont un projet parental est interdit aux femmes lesbiennes en raison de leur orientation sexuelle qui les disqualifie pour formuler et porter un tel projet.
 - ✓ **en raison de la conjugalité :** une femme peut aujourd'hui accéder à l'arrangement social que constitue la PMA sous la seule condition d'être en couple avec un homme. Si elle n'est pas en couple, elle ne peut accéder à cet arrangement.

L'exclusion de l'accès à la PMA des couples de lesbiennes et des femmes célibataires soulève des enjeux en matière d'égalité d'accès à ce droit : l'égalité entre toutes les femmes et entre toutes les sexualités. Elle questionne la maîtrise du corps et de la reproduction des femmes et de ce fait, la reconnaissance de leurs droits et de leur autonomie.

Cette exclusion interroge également le genre dans son ensemble, défini par le Haut Conseil à l'Égalité comme « système de normes de féminité et de masculinité, hiérarchisées et hiérarchisantes »¹². Elle définit l'homosexualité comme une sexualité transgressive, dans une société où l'hétérosexualité est érigée en norme.

- L'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires pose la question de la légitimité d'un projet mono ou homoparental. Or, la validité des projets parentaux des couples hétérosexuels n'est jamais interrogée. L'adoption, par ailleurs ouverte aux couples homosexuels depuis 2013, et la PMA avec donneurs démontrent bien que ce qui rend l'individu parent n'est pas la procréation mais la volonté d'être parent. L'ouverture de la PMA à toutes les femmes achèverait de reconnaître cette approche de la parenté et de la parentalité et permettrait de rendre cette dernière indépendante de la sexualité ou de la conjugalité des personnes.

¹⁰ Agence de la biomédecine, *Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2011*.

¹¹ Directive européenne 2011/24 relative à l'application des droits des patient.e.s en matière de soins transfrontaliers

¹² Rapport "Pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, conditionner les financements publics", HCEfh, 20 octobre 2014, bit.ly/1ui17XG

- Enfin, l'ouverture de la PMA à toutes les femmes n'entrave pas le principe fondamental de dignité de la personne humaine et de la non-patrimonialité du corps humain. Ce principe est encadré par l'article 16-5 du Code civil qui reconnaît que « les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles ».

Ce n'est pas le cas de la Gestation Pour Autrui, à laquelle le HCE s'oppose sans détour, du fait qu'elle suppose l'accès à un « don de gestation » qui engage totalement une femme pendant 9 mois. Ce don n'est en rien comparable au don de gamètes, encore moins à un don de sperme, nécessaire à la réalisation d'une PMA pour les couples de femmes ou les femmes célibataires. La Gestation Pour Autrui perpétue également des inégalités de genre, de race et de classe à l'échelle mondiale.

Enfin, il est intéressant de rappeler que la Gestation Pour Autrui est interdite par l'article 16-7 du Code civil qui prévoit que "toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle" et ce, pour tous les couples, et sans discrimination, qu'ils soient hétérosexuels (par exemple, lorsque la femme ne peut être enceinte en cas d'absence d'utérus) ou homosexuels.

II/ Les recommandations du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

Recommandation n°1 : Étendre l'accès à la PMA à toutes les femmes sans discrimination

- Le HCE estime que l'ouverture de la PMA à toutes les femmes constituerait l'aboutissement d'un projet légitime et progressiste, s'inscrivant au-delà du cadre normatif qui hiérarchise les sexualités en reconnaissant aux couples hétérosexuels uniquement la légitimité de leur projet parental.
- Ouvrir la PMA à toutes les femmes, sans condition de sexualité ou de conjugalité, permettrait de franchir un pas supplémentaire vers l'égalité des droits entre toutes et tous.
- Enfin, l'accès de toutes les femmes à la PMA constituerait un renforcement des droits sexuels et reproductifs, dans la continuité des avancées vers la maîtrise par les femmes de leur fécondité, et la libre-disposition de leur corps.

Recommandation n°2 : Instaurer la possibilité d'une « déclaration commune anticipée de filiation » pour tous les couples ayant recours à une PMA

- Il est nécessaire, dans le cadre de l'ouverture de la PMA à toutes les femmes, de penser l'établissement de la filiation pour la mère qui n'accouche pas. Selon le droit en vigueur, les démarches d'établissement de la filiation entre des parents hétérosexuels et l'enfant né.e d'une PMA avec don sont identiques à celle établissant la filiation entre des parents hétérosexuels et l'enfant né.e d'une procréation charnelle. Or, selon le droit en vigueur, si une PMA était réalisée par un couple de femmes, le lien de filiation avec la femme qui n'accouche pas ne pourrait être établi. Il faudrait que cette dernière soit mariée à sa compagne puis adopte l'enfant.
- Le HCE recommande donc d'adopter la possibilité de « déclaration commune anticipée de filiation » pour tous les couples ayant recours à la PMA proposée par le rapport « Filiation, origines, parentalité ». ¹³ La déclaration est signée par les deux parents devant un notaire, reconnaissant ainsi un projet indivisible du couple (étape déjà obligatoire pour recourir à une PMA avec don). Elle permet ainsi :
 - de ne pas hiérarchiser les deux parents : parent biologique ou non ;
 - d'éviter de passer par le principe de pseudo-filiation génétique ;
 - de faire une distinction entre les actes publics d'état civil, sans mention de la modalité de filiation (charnelle, adoptive ou recours à la PMA), et les actes complets d'état civil, avec mention du mode de filiation, accessible uniquement à l'enfant.

¹³ Rapport « Filiation, origines, parentalité : le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle », Irène THERY, Anne-Marie LEROYER, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de la famille, www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000203

Recommandation n°3 : Aligner la prise en charge financière des actes de PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires sur les modalités de prise en charge prévues pour les couples hétérosexuels.

- Afin de garantir une égalité sociale d'accès à la technique, le HCE recommande d'aligner le mode de remboursement par la sécurité sociale des frais engendrés par les PMA pour les couples de femmes et les femmes célibataires, de la même manière que le sont ceux pour les PMA pratiquées par les couples hétérosexuels.
- Aujourd'hui, dans le cas d'une PMA réalisée par un couple hétérosexuel, sont pris en charge¹⁴ : les actes de PMA jusqu'au 43e anniversaire de la femme ; une seule insémination artificielle par cycle, dans la limite de six inséminations artificielles ; 4 tentatives de fécondation in vitro.
- Il faudra également veiller à l'égal accès de toutes femmes, et notamment les femmes handicapées, à la maternité et notamment via les techniques de PMA. Cette question s'inscrit plus largement dans une réflexion à mener sur la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs des femmes handicapées.

¹⁴ Arrêté du 25 janvier 2000, modifiant l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale, Journal officiel du 26 janvier 2000.